

Rapport

INDRE ØSTFOLD KOMMUNE

11.11.2024

Forvaltningsrevisjon
**Internkontroll –
risikovurdering og
avvikssystem**

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Mandat for forvaltningsrevisjonen	3
3	Fremgangsmåte	4
3.1	Problemstillinger og avgrensninger	4
3.2	Om revisjonskriterier	4
3.3	Revisjonsmetoder	5
4	Systematiske risikovurderinger	7
4.1	Revisjonskriterier	7
4.2	Datagrunnlag	7
4.2.1	Systematiske risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet	7
4.2.2	Risikovurderingene legges til grunn for å etablere eller avvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde	10
4.2.3	Systemer for å evaluere, og ved behov forbedre, skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll	11
4.3	Vurderinger	12
4.3.1	Systematiske risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet	12
4.3.2	Risikovurderingene legges til grunn for å etablere eller avvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde	13
4.3.3	Systemer for å evaluere, og ved behov forbedre, skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll	14
4.4	Konklusjon og anbefalinger	14
5	Avvikssystemet	16
5.1	Revisjonskriterier	16
5.2	Datagrunnlag	16
5.2.1	Avvikssystemet	16
5.2.2	Oppfølging av avvik både enkeltvis og samlet	19
5.3	Vurderinger	21
5.3.1	Avvikssystemet benyttes og er lett forståelig for de ansatte	21
5.3.2	Oppfølging av avvik både enkeltvis og samlet	23
5.4	Konklusjon og anbefalinger	25
6	Kilder og litteratur	26
7	Vedlegg	27
7.1	Utleddning av revisjonskriterier	27
7.2	Kommunedirektørens uttalelse	29

1 SAMMENDRAG

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

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt hvordan risikovurderinger knyttet til internkontrollen i kommunen gjennomføres og benyttes, og bruk av kommunens avvikssystem Compilo. Gjennom undersøkelser av dokumenter, personer i ledende stillinger og de ansatte for øvrig har revisjonen kontrollert om internkontrollen i kommunen samsvarer med foretrukket praksis i forbindelse med risikovurderinger og avvikssystemet.

Forvaltningsrevisjonen besvarer følgende problemstillinger:

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

Problemstilling 2: Har Indre Østfold kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

Revisjonens fremgangsmåte

Revisjonskriteriene er utledet fra kommunelovens § 25-1 om internkontrollen i kommunen og KS' veileder «Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll». Datagrunnlaget i rapporten er anskaffet gjennom dokumentanalyse, intervjuer med personer i ledende stillinger og en spørreundersøkelse for alle ansatte i kommunen med en stillingsprosent på 80 eller høyere.

Sentrale dokumenter for revisjonen har vært interne prosedyrer knyttet til risikovurderinger og avvikshåndtering. Det er gjennomført fire intervjuer med sentrale personer i kommunen. Blant disse er det kommunedirektør, direktør helse og mestring, direktør kultur og samfunn, og fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse. Spørreundersøkelsen omhandlet avvikssystemet Compilo og rettet seg mot alle ansatte i hele kommunen.

Revisjonens funn, konklusjoner og anbefalinger - risikovurderinger

Basert på våre undersøkelser er det revisjonens konklusjon at Indre Østfold kommune i noen grad gjennomfører systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen, og til en viss grad bruker denne kunnskapen herfra til å iverksette tiltak og evaluere disse.

Kommunen har ikke noen overordnet risikovurdering for internkontrollen, men det fremkommer at det gjøres risikovurderinger ute i de forskjellige kommuneområdene, selv om det er uklart for revisjonen hvor systematiske disse er. Revisjonen har også funnet at kommunen har et omfattende malverk for risikovurderinger, og disse ser ut til å være godt kjent i kommunen.

Revisjonen fant at de formelle rutinene kommunen har gir gode forutsetninger for å benytte seg av et formalisert risikobilde for å etablere rutiner, prosedyrer og tiltak, men at det gjøres likevel lite i praksis per i dag. Revisjonen fikk opplyst om at det ikke forelå et helhetlig system for det, men det er en intensjon om å jobbe med det.

Det fremkommer også at kommunen har systemer som til dels sikrer evaluering av rutiner og andre tiltak. Revisjonen fant likevel at manglende kommunikasjon mellom de som er ansvarlige for å revidere tiltak og rutiner og de som benytter seg av rutinene og tiltakene representerer en svakhet. Revisjonen mente også at en mer systematisk praksis form av risikovurderinger på overordnet og kommunalområdenivå vil kunne styrke kommunens evalueringsarbeid.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- jevnlig gjennomføre en overordnet risikovurdering for internkontrollen i kommunen
- jevnlig gjennomføre risikovurderinger på kommunalområdene
- etablere og utvikle rutiner, prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde

Revisjonens funn, konklusjoner og anbefalinger - avvikssystem

Basert på våre undersøkelser er det revisjonens konklusjon at Indre Østfold i hovedsak har etablert et tilfredsstillende avvikssystem.

Revisjonen har vurdert at kommunen i stor grad har lagt til rette for at avvikssystemet skal fungere etter hensikten. Kvalitetssystemet Compilo med sine tilhørende prosedyrer fremstår som omfattende og dekkende for sitt bruksområde og de forskjellige aspektene ved avviksbehandling. Det fremkommer likevel som at kommunen har noen utfordringer knyttet til avvikssystemet. Revisjonen fant at en vesentlig andel av de ansatte oppgir å ikke ha fått tilstrekkelig opplæring i Compilo, og selv om kommunens rutiner har definisjoner for ulike typer avvik så opplever fortsatt en vesentlig andel at ansatte at det ikke er en felles forståelse for hva et avvik er.

Våre undersøkelser viser at avvikene i stor grad blir fulgt opp både enkeltvis og samlet. Revisjonen ser at kommunen håndterer avvik både enkeltvis og samlet på flere arenaer i kommunen. Revisjonen fant også at kommunen hadde utfordringer knyttet til at en vesentlig andel ansatte mente at det ikke var nyttig å melde avvik. Revisjonen kom også frem til at kommunen ikke i tilstrekkelig grad benytter seg av avviksdata i arbeid med risikovurderinger, og går da glipp av informasjon som kunne bidratt i kartlegging og forebygging av uønskede hendelser.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- sikre at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde og behandle avvik
- sørge for at avviksdata benyttes i arbeidet med risikovurderinger

2 MANDAT FOR FORVALTNINGSREVISJONEN

Revisjonen skal i henhold til kommunelovens § 24-2 (1) utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk, som vil si å følge *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001) (NKRF¹, 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger², vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i kommunestyret i Indre Østfold kommune i sak 174/21 (08.12 2021)

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 29. april 2024. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

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

Vi har kvalitetssikret innsamlet data/fakta underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 05.11.2024 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse fremgår av vedlegg 7.2.

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

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

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 11. november 2024

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Knut Hofgaard Eikre (sign.)
utførende forvaltningsrevisor

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

² Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

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

Revisjonen legger til grunn at internkontrollen skal være systematisk. I dette ligger det at arbeidet med internkontroll ikke kan være tilfeldig og spontant, men at det må jobbes med dette på en planmessig og metodisk måte. Revisjonen legger også til grunn at internkontrollen skal tilpasses kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

I arbeidet med problemstilling 1 har vi særlig lagt vekt på viktigheten av at kommunen har opprettet systemer for å kartlegge risikoen i organisasjonen på overordnet nivå og på kommunalområdenivå, og at vurderinger av disse forholdene er førende for hva slags internkontroll det er behov for i Indre Østfold kommune. Med bakgrunn i blant annet risikovurderinger skal kommunen evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll, og kommunen skal kunne dokumentere internkontrollen i den grad det er hensiktsmessig.

Problemstilling 2: Har Indre Østfold kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

I denne problemstillingen har vi undersøkt om kommunen har etablert nødvendige rutiner knyttet til å melde avvik. Vi har også undersøkt om det blir gitt opplæring i bruk av avvikssystemet og om de ansatte har kjennskap til nevnte rutiner. Målet med undersøkelsen har blant annet vært å kunne vurdere om kommunen har etablert en praksis som innebærer at avvik meldes inn og følges opp både enkeltvis og samlet. Problemstillingen er avgrenset til å omhandle kommunens avviksmodul i kvalitetssystemet Compilo.

3.2 Om revisjonskriterier

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

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

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

3.3 Revisjonsmetoder

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

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

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

- Dokumentanalyse
- Intervjuer
- Spørreundersøkelse

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er interne rutiner/prosedyrer og maler sentrale for revisjonens undersøkelse. Revisjonen fikk tilsendt dokumentasjonen og et følgeskriv med forklaringer av de enkelte dokumentene fra kontaktpersonen i Indre Østfold kommune. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 6.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 4 intervjuer:

- Kommunedirektør
- Direktør Kultur og Samfunn
- Direktør Helse og Mestring
- Fagleder virksomhetsstyring eierskap og analyse

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

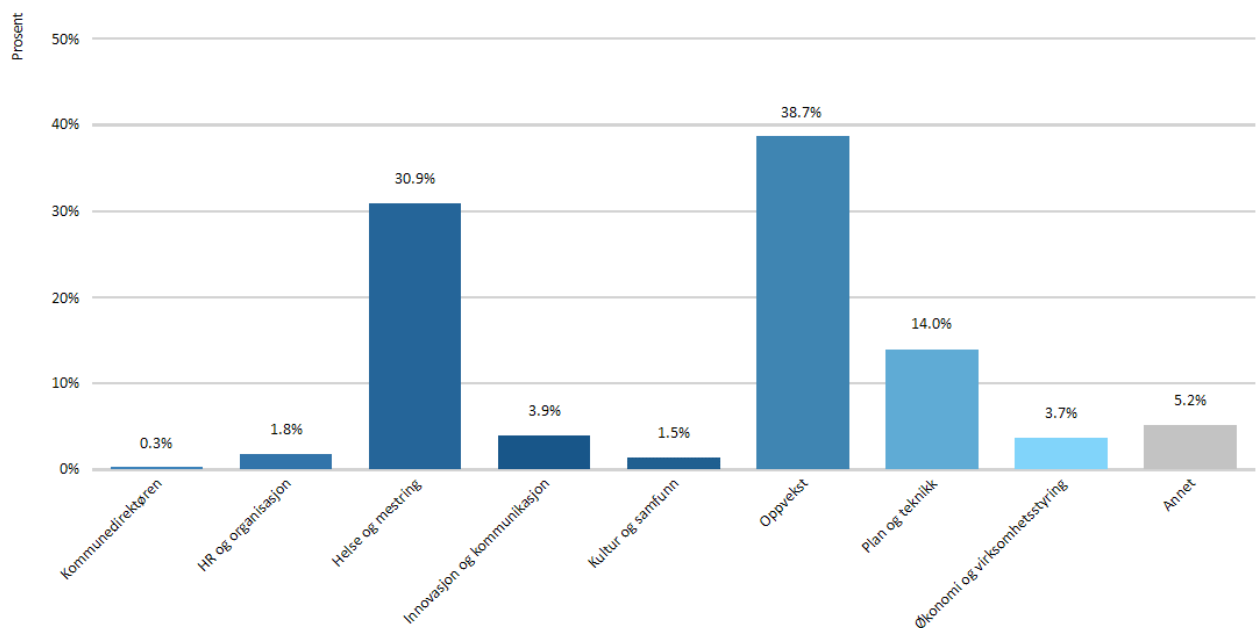
Underveis i revisjonen ble det utnevnt en ny kontaktperson, direktør økonomi og virksomhetsstyring, som har kommet med noen innspill og avklaringer til revisjonen.

Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte med en stillingsprosent på 80 % eller høyere i Indre Østfold kommune om kommunens avvikssystem (Compilo). Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback.

Undersøkelsen ber respondentene om å besvare en rekke spørsmål knyttet til avvikshåndtering og særlig avvikssystemet Compilo. Det er 622 respondenter som har besvart, noe som utgjør en svarprosent på 27%. Av de som besvarte informerer 55,5% at de har arbeidet i Indre Østfold kommune i over fem

år³, mens 36,6% oppgir å ha vært ansatt 1-5 år. 7,9 % av respondentene har vært ansatt i under ett år. Av respondentene er 20,5 % ansatt i en ledende stilling. Respondentenes arbeidsplass i kommunen er vist i figur 1 nedenfor.



Figur 1: Oversikt over hvor i organisasjonen respondentene er ansatt (n=615)

Revisjonen vurderer at på tross av den lave svarprosenten, er mengden respondenter av et slikt omfang at resultatene i tilstrekkelig grad kan legges til grunn for å belyse denne forvaltningsrevisjonens tematikk. Revisjonens vurderinger hviler ikke kun på funnene i spørreundersøkelsen, men også andre typer data som redegjort for ovenfor. Kombinasjonen av ulike data vi har innhentet gir etter vår oppfatning et tilstrekkelig grunnlag for å gi et øyeblikksbilde av de faktiske forholdene knyttet til problemstillingene i denne rapporten.

³ Indre Østfold kommune består av fem kommuner som ble sammenslått i 2020. Det må antas at respondentene har tolket det som at ansettelse i en av de tidligere kommunene skal tas hensyn til i dette spørsmålet.

4 SYSTEMATISKE RISIKOVURDERINGER

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

4.1 Revisjonskriterier⁴

Kommunen bør kunne dokumentere:

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

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Systematiske risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet

Rammer og prosesser for virksomhetsstyring

Revisjonen har fått tilsendt dokumentet «Rammer og prosesser for virksomhetsstyring» som ble revidert i mai 2024. Dokumentet skal vise sammenhengen i Indre Østfold kommunes styringsprosesser. Dette dokumentet beskriver blant annet hva internkontroll er og hva hensikten med internkontroll er. Det beskrives at prinsippene til Indre Østfold kommunes internkontroll bygger på KS-veilederen «Orden i eget hus» og at flere funksjoner skal ivaretas, deriblant:

- Risikovurdering – løpende, læring og forbedring
- Kontrolltiltak – avvikshåndtering

Internkontrollen i Indre Østfold kommune har tre nivåer:

- **Tredjelinje – Revisjon**, som foretas av en ekstern aktør.
- **Andrelinje – Overordnet oversikt og oppfølging**, som enten er en person eller et team som gis beslutningsmyndighet til å følge opp internkontrollsystemet for et utvalgt område eller for en prosess. Denne linjen skal blant annet ha kontroll med at det gjøres risikovurderinger, gjennomføres kontrolltiltak for å unngå uønskede hendelser med høy risiko, og se til at det er etablert rutiner og

⁴ Fullstendig utledning av revisjonskriterier fremgår i kapittel 7.1

prosesser for å rapportere og eskalere⁵ risiko og avvik for fagområde/prosessen. Internkontrollen skal også gjennomføre en årlig modenhetsvurdering hvor virksomheten gjør en egenvurdering av sentrale komponenter i internkontrollsystemet.

- **Førstelinde – Utøvende internkontroll**, som er de som til daglig arbeider i et fagområde eller gjennomfører en prosess. Det er her selve interkontrollen gjennomføres og hvor de nødvendige prosedyrer skal etableres. Denne linjen skal gjennomføre risikovurderinger og etablerer kontrolltiltak for å redusere risiko, samt sørge for etterlevelse av dem. Denne linjen rapporterer avvik og gjør korrigerende tiltak.

Dokumentet viser til at det årlig skal gjennomføres en kartlegging av risiko og muligheter, for å identifisere hvordan kommunens praksis, prosedyrer eller prosjekter bør endres for å få risiko ned på et akseptabelt nivå. Det nevnes også hva Compilos rolle i internkontrollarbeidet er som det skriftlige fundamentet i kommunens kontrollmiljø.

Maler

Revisjonen har fått tilsendt kommunens mal for risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS). Denne er i form av en Excel-fil med ark som inneholder veiledning for utfylling og selve skjemaet for analysen med tiltaksplan. Skjemaet for analysen har kategorier der følgende skal adresseres:

- temaer,
- ulike hendelser
- eksisterende tiltak
- risiko basert på sannsynlighet og konsekvens
- forslag til tiltak
- risiko etter tiltak basert på sannsynlighet og konsekvens

En hendelses risikoverdi er i form av et tall som utledes fra verdien av sannsynlighet ganget med verdien av konsekvensen. Dersom verdien til denne hendelsen ut ifra konsekvens og sannsynlighet er ti eller mer er det møtt en tiltaksgrense, og tiltak skal opprettes. Det kan også opprettes tiltak uten å møte denne grensen i noen tilfeller.

Revisjonen har også fått tilsendt avdeling Økonomi og virksomhetsstyring og kommunedirektørens fagstabs egen ROS-analyse som baserer seg på ovennevnte mal. Det fremkommer av skjemaet at flere temaer som blant annet datasikkerhet, habilitet, fakturering og rammeavtaler er vurdert. Ut ifra hva som er fylt inn i ROS-analysen så dukker de forskjellige tiltakene opp i en tiltaksplan automatisk, men denne er ikke videre behandlet ut i fra hvordan filen var på tidspunktet den ble sendt til revisjonen.

Revisjonen har også fått tilsendt malen for modenhetsvurderingen som kommunen benytter seg av. Ifølge følgeskrivet om dokumentasjon fra kontaktperson er ikke modellen der denne modenhetsvurderingen brukes fullt ut implementert i kommunen. Malen viser en eller flere elementer innen kategoriene mål og planer, risikostyring, kontrollmiljø, prosesser, ressursbruk og rapportering der det skal gis en vurdering i form av et tall mellom 1 og 5.

Styringsdokument internkontroll

Revisjonen har fått tilsendt kommunens styringsdokument for internkontroll. Her fremkommer det at det gjennomføres «Kvalitetsforum» fire ganger i året der alle kommuneområdene er representert, og her er

⁵ Kommunen har på et senere tidspunkt avklart at «eskalere» betyr å løfte problemstillingen til et høyere nivå for å jobbe med risikoreduserende tiltak.

to av temaene som drøftes blant annet risiko- og sårbarhetsanalyser og kritiske avvik. Kommunen har avklart for revisjonen at antallet møter bør forstås som et rammeverk, og ikke nødvendigvis et eksakt antall.

Dokumentet bekrefter at alle virksomhetene skal gjennomføre regelmessige risikovurderinger, og leders arbeid med dette innebærer følgende oppgaver:

- Vurdere og bestemme hvilke områder som skal gjøres til gjenstand for risikovurdering
- Avgjøre hvilket detaljeringsnivå risikovurderingen skal ha
- Fastsette akseptabelt risikonivå på området
- Avdekke risikoelementer på området, og vurdere sannsynlig forekomst og konsekvens av disse
- Foreslå egnede risikoreduserende tiltak for å oppnå akseptabelt risikonivå
- Vedta og gjennomføre nødvendige risikoreduserende tiltak
- Sørge for dokumentasjon og rapportering fra arbeidet med risikovurdering

Prosedyrer

Revisjonen har fått tilsendt flere av kommunens interne prosedyrer, herunder:

1. Hvordan utføre risikokartlegging i IØK
2. Melde og behandle avvik – rutine (felles)
3. Oppfølging av avvik i IØK
4. Behandle avvik – ansvarlig saksbehandler
5. Mottatt oppdrag/oppgave – tiltak

Prosedyrer 2, 3, 4 og 5 redegjøres for i kapittel 5.2.

Prosedyren «Hvordan utføre risikokartlegging i IØK» gjelder i hovedsak for arbeidstakere i kommunen med særskilt ansvar for en enhet, et arbeidsområde eller en arbeidsprosess. Det fremkommer at Compilo har en egen modul for ROS-analyser, men at denne krever særskilt opplæring og er frivillig å bruke. Det er utarbeidet et Excel-ark som tidligere nevnt for å gjøre ROS-analyser tilgjengelige og enkle for alle. Prosedyren skisserer en prosess i tre faser som går fra kartlegging av områder der en risikoanalyse er ønskelig i første fase, analysen av risiko i seg selv i fase to, og så risikoreduserende tiltak i fase tre. Dokumentasjonen på risikokartleggingen skal som hovedregel lagres i kommunalombudets mappe i Compilo. Direktør økonomi og virksomhetsstyring har senere presisert at lagringen av risikokartlegging i Compilo enn så lenge ikke har vært et krav.

Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (Del 1. Hovedrapport) for kommunal beredskap

Revisjonen har undersøkt den overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen for Indre Østfold kommune og ble vedtatt i kommunestyret 17.06.2024. Hovedrapporten gir et overordnet risikobilde som skal fungere som en oversikt. Det fungerer som et overordnet rammeverk for ROS-analysen i de forskjellige kommuneområdene. Dette dokumentet er en del av kommunens øverste beredskapsdokumentasjon og skal oppdateres hvert fjerde år. Det inkluderes både interne og eksterne aktører fra ulike fagområder. Kommunen har analysert 14 utvalgte hendelser og klassifisert disse ut i fra sannsynlighet og konsekvens i tråd med DSBs kriterier, eksempler på disse er kvikkleireskred, svikt i elektronisk kommunikasjon og kriminalitet. Hendelser utenfor kommunens grenser er også inkludert, som atomulykker i Halden eller på Kjeller. Tilhørende denne analysen er det en tiltaksplan for de 14 punktene der blant annet tiltak og utredninger i form av mer spesifikke ROS-analyser eller planer foreslås.

Fagleder virksomhetsstyring eierskap og analyse fortalte i intervju at målstrukturen i kommunens handlingsplan legger føringer for hvordan arbeid med internkontroll skal gjennomføres, men det er hovedsakelig kommunens ROS-analyse som er kommunens overordnede risikovurdering. Ut i fra denne lages det lokale beredskapsplaner hos de forskjellige kommunalområdene. Kommunen er også midt i et omstillingsprogram som vil påvirke arbeidet med internkontroll. Kommunedirektør sier at den gjennomførte analysen blir behandlet i en prosjektgruppe og deretter i kommunedirektørens ledergruppe som utarbeider tiltak dersom uakseptable risikoer identifiseres. Dette må politisk behandles før resultatene og totalbildet av analysen formidles nedover i organisasjonen, så ledere blir kjent med den.

Risikovurderinger i egen virksomhet

Av opplysninger fra direktør for helse og mestring fremkommer det at hun ikke var med på å utarbeide den overordnede risikovurderingen, men har vært med på risikovurderingen for beredskapsområdet. Hun påpeker at det finnes et godt malverk for denne overordnede risikovurderingen, og at dette finnes i Compilo.

Angående risikovurdering i egen virksomhet blir revisjonen informert av direktør helse og mestring om at det gjennomføres mange slike risikovurderinger i hennes virksomhet. Det påpekes at i Compilo er det en problematikk knyttet til systematikken med å finne det som tidligere er gjennomført av risikovurderinger. De kan finnes, men er ofte lagret lokalt på de forskjellige enhetene som har utført dem, noe som gjør dem mindre tilgjengelige for andre enheter som kan ha nytteverdi av disse risikovurderingene. Direktør ytret et ønske om at dette blir forbedret da det bør jobbes mer helhetlig og systematisk med risikovurderinger, som nevnt i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Direktør kultur og samfunn viser til at de gjennomfører faste ROS-analyser før valg og evalueringer etter dem, og at retningslinjer kontinuerlig oppdateres når det avdekkes et forbedringspotensial. Hun viser til et eksempel der innkjøpsrutiner er justert etter en hendelse ved valget i 2023 der scannere ble hastebestilt.

Dette samsvarer med hva fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse har påpekt. Revisjonen har fått vite at det er først nå nylig at risikovurderinger gjøres på en ordentlig måte. Det er gjort en del med tanke på å belyse risiko innenfor forskjellige kategorier som effektivisering og økonomistyring. Fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse har vært med på å utarbeide en konsekvensmatrise i form av et Excel-ark som alle ansatte i kommuneområdene kan bruke å gjøre risikovurderinger for deres virksomheter. Den skal bidra til at alle lærer seg viktigheten av risikovurderinger før alle skal over i Compilo og arket blir overflødig.

Både direktør helse og mestring og kommunedirektør forteller at det foreligger felles maler for risikovurderinger for hele kommunen i Compilo. Direktør helse og mestring opplever malene som gode, og Compilo som et intuitivt system å bruke. Kommunedirektør forteller at det kan hende noen enheter/tjenester benytter egenproduserte maler, og det foreligger et Excel-ark for risikoanalyser ansatte kan benytte utenom Compilo.

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

Det følger av kommuneloven § 25-1 b at kommunedirektøren må ha nødvendige rutiner og prosedyrer. Det fremgår av forarbeidene at «Hva som er nødvendig å etablere av rutiner og prosedyrer må ses i sammenheng med de øvrige kravene i internkontrollbestemmelsen, og vil måtte bero på en konkret vurdering av bl.a risiko for avvik. (...)».

Malene for risikovurdering som revisjonen har fått tilsendt viser at det ved risikovurdering på de enkelte kommuneområdene legges opp til at tiltak skal foreslås. I ROS-analysen for økonomi- og virksomhetsstyring og kommunedirektørens fagstab foreslås det noen tiltak basert på risikoen som er kartlagt, selv om de ikke møter tiltaksgrensen, men tiltaksplanen i deres ROS-analyse tilsier at ingen av disse tiltakene er gjennomført eller planlagt. Direktør økonomi og virksomhetsstyring har avklart overfor revisjonen at det har vært fokus på å avdekke risiko og foreslå tiltak. Deretter er det et pågående arbeid med å iverksette tiltak, som deretter vil dokumenteres i tiltaksplanen.

Styringsdokumentet for internkontroll viser at det er førstelinja i internkontrollen som skal gjennomføre risikovurderinger og etablere kontrolltiltak for å redusere risiko. Her fremkommer det også at ledere i alle virksomheter er ilagt et ansvar for å avdekke risikoelementer på sitt område, foreslå tiltak for å redusere risikoen, og vedta og gjennomføre nødvendige tiltak. Det legges opp til at dette skal gjøres etter en fastsatt standard for kvalitet, og det skal benyttes ROS-verktøyet som finnes i Compilo eller Excel-arket. Funn fra risikovurderingene skal bringes til ledelsens gjennomgang (LGG) på det enkelte kommuneområdet.

Fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse forteller at risikovurderingen brukes i for liten grad til å etablere og forbedre rutiner og prosedyrer. Det skjer noe, men det finnes ikke et helhetlig system for å bruke risikovurderinger for å etablere eller forbedre rutiner og prosedyrer. Det understrekes at det er en intensjon å fokusere mer på dette fremover.

Kommunedirektør opplyser overfor revisjonen at det brukes risikovurderinger som grunnlag for å etablere rutiner, men utdypet ikke dette noe mer.

4.2.3 Systemer for å evaluere, og ved behov forbedre, skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll

Fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse forklarer at enhver som har opprettet en rutine eller prosedyre i Compilo får denne tildelt til seg. Denne personen må enten tildele eller beholde rollen som revisjonsansvarlig for dokumentet, og om den ansvarlige slutter vil ansvaret i Compilo gå videre til en annen ansatt. Compilo gir den som innehar rollen beskjed om at rutinen eller prosedyren må revideres minst en gang i året. Dersom det er behov skal den ansvarlige endre denne med bakgrunn i hva som er hensiktsmessig.

Kommunedirektør sier at det antakeligvis foreligger et forbedringspotensial hos kommunen på evaluering av skriftlige prosedyrer og rutiner. Hun forteller også at det sikres at rutinene evalueres ved at det alltid oppnevnes en ansvarlig for de rutinene og prosedyrene som legges inn i Compilo. Denne personen får da ansvaret for å justere rutinene/prosedyrene underveis, men er også avhengig av tilbakemeldinger fra de som bruker rutinene og prosedyrene, så den ansvarlige vet hvordan vedkommende skal justere dem. I tillegg til dette er også evaluering av prosedyrer og rutiner noe som blir vurdert av Kvalitetsforum på bakgrunn av meldte avvik.

Direktør for helse og mestring opplyser om at hun har innført månedlige gjennomganger i forbindelse med evaluering på hennes kommuneområde. Dette er grunnet noe større behov for å evaluere på grunn av utfordringer rundt økonomi i helse og mestring. Det gjennomgås sjekklister også, for å tilpasse disse enda bedre til området hennes. Hun opplever at de er bedre på å planlegge og implementere enn å evaluere det som finnes av skriftlige prosedyrer og rutiner. Det gjennomføres evalueringer, men dette er ofte ute i tjenestene uten at resultatet av evalueringene spres oppover eller utover i systemet.

Indre Østfold kommune har mulighet til å evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak i kvalitetssystemet Compilo. Fagleder virksomhetsstyring eierskap og analyse fortalte i intervju med revisjonen at dette utføres i for liten grad⁶. Fagleder opplyste videre at det ikke finnes et helhetlig system for å bruke risikovurderinger for å etablere eller forbedre rutiner og prosedyrer, selv om verktøyene og malene for dette er på plass.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Systematiske risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet

Som en del av revisjonskriteriet la revisjonen til grunn at kommunen bør kunne dokumenteres at det gjennomføres en overordnet risikovurdering for hele kommunens internkontroll. Vår vurdering er at det ikke gjennomføres en slik overordnet risikovurdering for kommunens internkontroll i Indre Østfold kommune per i dag. Kommunen har for øvrig gjennomført en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse for hele kommunen knyttet til beredskapsområdet.

Internkontrollen i Indre Østfold kommune, som omtalt i «Rammer og prosesser for virksomhetsstyring», bygger på prinsippene fra KS' veileder «Orden i eget hus» og her er en overordnet risikovurdering for internkontrollen ansett som en del av god sektorovergripende internkontroll (Orden i eget hus, s. 115). «Rammer og prosesser for virksomhetsstyring» beskriver også at kommunens andrelinje i internkontrollen har et overordnet perspektiv på internkontrollen, og at risikovurderinger, samt håndtering av visse typer risiko, er noe denne linjen skal ha kontroll på. På bakgrunn av dette vurderer revisjonen det som uheldig at det ikke foreligger en overordnet risikoanalyse. Å benytte seg av en slik analyse i internkontrollen vil kunne kartlegge hvilke områder av internkontrollen som burde styrkes, belyse hvor risikoen er størst, og bidra til økt modenhet i kommunens internkontrollarbeid.

Revisjonen har kommet frem til at kommunalområdene i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger. De risikovurderinger som gjennomføres er etter vår forståelse i de fleste tilfeller ad hoc⁷-preget, som innebærer at de har sin bakgrunn i oppståtte hendelser og ikke er forankret i en overordnet forståelse av hvor det kan eksistere risiko i organisasjonen, eller gjennomføres gjennomgående og jevnlig i alle kommunalområder. De forskjellige kommunalområdene har naturlig nok et varierende forhold til risiko siden deres oppgaver og ansvarsområde er forskjellige, og når og hvorfor risikovurderingene gjennomføres er ikke nødvendigvis likt. Inntrykket vi har fra våre informanter er at det jobbes med systematiske risikovurderinger, men det er også indikasjoner på at det ikke har vært en systematikk for dette inntil nylig. Noen spesifikke hendelser, som eksempelvis gjennomføring av valg, fører til at en risikovurdering blir gjennomført. Direktør helse og mestring informerte også om at det gjøres flere risikovurderinger i hennes virksomhet og vektla også forholdet mellom risikovurderinger knyttet til tjenester og spesifikke forskrifter som gjelder kun for dette kommunalområdet. Selv om det i seg selv er positivt at det gjennomføres risikovurderinger i noen kommunalområder er det likevel varierende hvor strukturert dette arbeidet er. Revisjonens inntrykk er at slike risikovurderinger ikke gjennomføres jevnlig og systematisk i hele organisasjonen, og derfor risikerer dette arbeidet å bli noe sporadisk og hendelsesbasert.

⁶ Direktør økonomi og virksomhetsstyring har fortalt revisjonen at det har vært kjørt et ryddeprosjekt for å strukturere skriftlige prosedyrer etter et felles malverk i kvalitetssystemet.

⁷ Ad hoc er et latinsk uttrykk som betyr «til dette», eller «til dette bestemte siktemålet». Det motsatte er permanent. (kilde: Store norske leksikon)

Revisjonen har også funnet indikasjoner på at det kan foreligge barrierer for å lære av hverandres praksis for risikovurderinger på tvers av områdene, da det ofte er slik i dag at et kommunalområdets vurderinger er utilgjengelige for ansatte i andre kommunalområder som eventuelt har et ønske om å se på disse. Ut i fra prosedyrer revisjonen har fått skal dokumentasjonen på risikokartleggingen som hovedregel lagres i det respektive kommunalområdets mappe i Compilo, men revisjonen har også fått tilbakemelding som tilsier at det ikke nødvendigvis er et krav. Dette er støttet opp av at en av direktørene mente at det var problematisk med å finne tidligere risikovurderinger på andre enheter for å lære av dem da disse ofte er lagret lokalt.

Revisjonen vurderer at det foreligger felles metode og malverk for kommunen å benytte til å vurdere risiko. Våre intervjuobjekter er samstemte om at det foreligger felles maler for risikovurdering. Revisjonen ser det som positivt at det er utarbeidet felles maler med tilhørende veiledning, og at kommunalområdene har kjennskap til malene. Dette kan bidra til å sikre en felles forståelse for hvordan risikovurderingsprosessen fungerer i kommunen, og som påpekt i «Orden i eget hus» kan risiko vurderes på tvers av kommunalområder når samme metoder benyttes. Dette vil gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av kommunalområder.

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

Revisjonen har fått tilsendt dokumentasjon som tilsier at det i teorien skal være mulig å benytte seg av et formalisert risikobilde for å etablere rutiner og gjennomføre tiltak. Internkontrollens første- og andrelinje, som beskrevet i «Rammer og prosesser for virksomhetsstyring», gis tilsynelatende stort handlingsrom for å gjøre risikovurderinger og iverksette tiltak for å minimere risiko. Styringsdokumentet for internkontrollen viser at virksomheter skal gjennomføre regelmessige risikovurderinger og ledere kan for sine respektive enheter vurdere risiko, foreslå, vedta og gjennomføre risikoreducerende tiltak. Excel-arket for ROS-analyse som revisjonen har blitt fremlagt legger også opp til at tiltak burde kunne fattes på bakgrunn av et formalisert risikobilde, da ROS-analysen automatisk vil føre foreslåtte tiltak inn i en tiltaksplan. Ut fra dette vurderer revisjonen at det formelle rammeverket for å benytte risikovurderinger til å etablere/avvikle rutiner og prosedyrer eller andre tiltak er på plass.

Revisjonen har på den annen side sett få eksempler på at et formalisert risikobilde benyttes ute i kommunen til å etablere/avvikle rutiner eller andre tiltak. Vi må ta forbehold om at dette kan skyldes at de revisjonen har intervjuet i stor grad har stillinger i kommunens øverste ledelse, og da ikke nødvendigvis har kjennskap til konkrete tiltak som er gjort lengre ned i organisasjonen. Siden kommunalområdene også jobber ut fra lovverk og nasjonale føringer som gjelder spesifikt deres nedslagsfelt er det ikke utenkelig at flere prosedyrer og andre tiltak implementeres på bakgrunn av beslutninger gjort på nasjonalt nivå. Gjennom intervjuer fikk likevel revisjonen opplyst at det ikke eksisterer et helhetlig system for å etablere rutiner og tiltak på bakgrunn av risikovurderinger, men at dette er noe det foreligger en intensjon om å jobbe med. Dersom styringsdokumentet for internkontrollen legges til grunn for hvordan anvendelsen av risikovurderinger faktisk er, så burde etablering/avvikling av rutiner og tiltak gjøres på et lavere nivå i kommunen. Det er en usikkerhet rundt om det som eventuelt gjennomføres av førstelinjen knyttet til rutiner og andre tiltak, gjøres på bakgrunn av et formalisert risikobilde, eller om dette er mer tilfeldig eller hendelsesbasert. Dersom kommunen hadde hatt en overordnet risikovurdering for internkontrollen og gjennomført systematiske risikovurderinger på kommunalområdenivå, kunne dette utgjort et godt utgangspunkt for en strukturert tilnærming for hva som burde prioriteres på det enkelte kommunalområdet. Mangelen på en slik tilnærming øker etter revisjonens oppfatning risikoen for at praksisen for etablere eller avvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak for internkontroll blir hendelsesbasert og mindre systematisk.

4.3.3 Systemer for å evaluere, og ved behov forbedre, skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll

I våre undersøkelser har vi sett at Indre Østfold kommune har systemer for å evaluere og ved behov forbedre prosedyrer. Revisjonen ble gjort kjent med at det foreligger mekanismer i kvalitetssystemet Compilo som sikrer at prosedyrer og annen dokumentasjon skal revideres og eventuelt justeres. Revisjonen har fått opplyst, og anser det som en styrke, at den som er ansvarlig for dokumentet automatisk får beskjed om å revidere dokumentene en gang i året. Kommunedirektøren informerte om at de ansvarlige er avhengig av tilbakemelding fra de som benytter dokumentene for å vite hvilke justeringer som er nødvendige. Dette systemet vil altså i teorien fungere godt dersom kommunikasjon mellom de som reviderer og benytter rutiner er tilstrekkelig, men manglende kommunikasjon kan være en svakhet som resulterer i at det ikke gjøres hensiktsmessige justeringer. I vår dokumentanalyse kom det også frem at kommunen har møtearenaer for å foreta evalueringer. Kvalitetsforumet møtes cirka fire ganger i året og består av alle kommuneområdene. Det blir trukket frem at dette er en arena der evalueringer av rutiner og prosedyrer gjøres på bakgrunn av avvik.

Revisjonen får vite at på kommunalområdet helse og mestring avholdes det månedlige møter der det evalueres, noe som er rotfestet i økonomiske behov på kommuneområdet. Det blir også gjennomgått sjekklister for å bedre tilpasse disse. Det blir trukket frem for revisjonen at det antakeligvis foregår mye evaluering, men det er ute i felten og resultatene fra dette blir ikke spilt videre i resten av organisasjonen. Revisjonen tolker dette dithen at det foregår en del ad hoc-evaluering av prosedyrer og andre tiltak mv. i arbeidshverdagen til de ansatte på dette kommunalområdet, og at evalueringen er av en uformell karakter, dermed blir ikke resultater av dette kjent for andre i kommunen på en systematisk måte.

Revisjonen legger til grunn at dersom løpende risikovurderinger gjennomføres i hele kommunens organisasjon, bidrar dette til at tiltaksplaner blir jevnlig evaluert, slik at internkontrollen til enhver tid er oppdatert og fungerer hensiktsmessig. Med bakgrunn i at det ikke foreligger en overordnet risikovurdering for internkontrollen i Indre Østfold kommune, samt at det i liten grad gjennomføres risikovurderinger på en systematisk måte i kommunalområdene, er det revisjonens oppfatning at dette kan øke sannsynligheten for at tiltak for internkontroll evalueres i mindre grad enn optimalt.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Revisjonen konkluderer med at det i begrenset grad gjennomføres systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde av internkontrollen i kommunen. Kommunen bruker til en viss grad kunnskapen fra risikovurderinger til å iverksette tiltak og evaluere disse, men det er med bakgrunn i det ovennevnte varierende i hvilken grad slike tiltak er basert på et formalisert risikobilde.

Revisjonen anser det som uheldig at det ikke er utarbeidet en overordnet risikovurdering for internkontrollen som et grunnlag for å kartlegge hvilke områder av internkontrollen som burde styrkes, belyse hvor risikoen er størst, og bidra til økt modenhet i kommunens internkontrollarbeid. Det gjennomføres noen risikovurderinger på kommunalområdenivå, men det er varierende i hvilken grad dette arbeidet gjøres systematisk i hele organisasjonen. Revisjonen har fått det godt dokumentert at kommunen har utarbeidet et felles sett med maler og veiledning, og at disse er tilgjengelige for kommunens ansatte.

Revisjonen vurderer at kommunen har rutiner og digitale systemer som legger til rette for at det kan etableres eller utvikles rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på bakgrunn av et formalisert risikobilde. Ledere og førstelinjen i internkontrollen har også et bredt handlingsrom for å gjennomføre risikovurderinger og foreslå tiltak. Selv om de formelle forutsetningene er på plass, har revisjonen sett at det er

manglende praksis og helhetlig system for å benytte et formalisert risikobilde i arbeidet med å etablere og utvikle prosedyrer og andre tiltak.

Revisjonens undersøkelser viser at kommunen har systemer som til dels sikrer evaluering av rutiner og andre tiltak, men det kan være at manglende kommunikasjon mellom de som er ansvarlig for revidering av dokumenter og de som sitter på kunnskap om hvordan prosedyrer og andre dokumenter fungerer i praksis, kan være en svakhet i tilknytning til dette. Revisjonen mener også at å fokusere på å etablere en mer systematisk praksis for risikovurderinger på overordnet nivå og kommunalområdenivå kan bidra til å styrke kommunens arbeid med å evaluere tiltak jevnlig.

Med bakgrunn i våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør:

- jevnlig gjennomføre en overordnet risikovurdering for internkontrollen i kommunen
- jevnlig gjennomføre risikovurderinger på kommunalområdene
- etablere og utvikle rutiner, prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde

5 AVVIKSSYSTEMET

Problemstilling 2: Har Indre Østfold kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

5.1 Revisjonskriterier⁸

Kommunen bør kunne dokumentere:

- **at avvikssystemet benyttes og er lett forståelig for de ansatte.**
 - Det bør være etablert skriftlige rutiner for melding og oppfølging av avvik, og disse bør være lett tilgjengelige for alle ansatte. Rutinene bør inneholde klare definisjoner på hva som er å oppfatte som et avvik.
 - Ansatte bør ha god opplæring og kjennskap til systemet slik at de har gode forutsetninger for å melde avvik.
- **at avvik følges opp både enkeltvis og samlet.**
 - Kommunen bør sørge for at enkeltavvik følges opp på en hensiktsmessig måte og innen rimelig tid.
 - Kommunen bør benytte seg av avviksdata i gjennomføringen av risikovurderinger og evalueringen av kontrolltiltak.

5.2 Datagrunnlag

5.2.1 Avvikssystemet

Revisjonen har fått oversendt flere skriftlige rutiner som angår avvikshåndtering i Indre Østfold kommune.

Proseduren «Melde og behandle avvik – rutine» gjelder alle ansatte i Indre Østfold kommune og skal sørge for enhetlig og tilfredsstillende fremgangsmåte og metode for avviksrapportering og -behandling. Det defineres i prosedyren hva som er og eventuelt ikke er et avvik, og fremgangsmåten for melding av avvik beskrives. Prosedyren beskriver også videre saksgang for avviket etter at det er meldt. Det beskrives også ulike former for tiltak der det skilles mellom «tiltak» og «autotiltak». Sistnevnte er at noen typer avvik er av en slik natur (for eksempel personskader eller personvernbrudd) at det automatisk opprettes et tiltak med påminnelse om å kontakte eksterne aktører som NAV eller Datatilsynet.

Prosedyre for «Oppfølging av avvik i LØK» har som formål å sikre at kvalitetssystemet fungerer etter hensikten og forbedringer gjennomføres gjennom systematisk oppfølging. Prosedyrene understreker at det ikke er et mål i seg selv å lukke flest mulig avvik, men at avvik fører til faktiske forbedringer. Den spesifiserer at enhets- og seksjonsleder må holde seg oppdatert på Compilo-statistikken, og rapportere i Framsikt om gjentakende avvik. Videre skal enhetsleder- og avdelingsleder identifisere og initiere omstillinger og forbedringer på bakgrunn av gjentatte avvik, melde til andre ledere om forbedringsbehov på deres område, og sørge for at enheten bruker kommunens internkontrollverktøy i det daglige. Ansatte er ansvarlige for å gi tilbakemeldinger til kollegaer, medarbeidere og egen leder, bidra til å utvikle organisasjonen ved å utfordre dagens praksis og komme forbedringsforslag, og benytte kommunens systemer for kvalitetsstyring og avvikshåndtering aktivt. Avviksstatistikk skal hentes ut av leder minimum seks ganger i året for drøfting av gjentakende avvik i medbestemmelsesarenaene (MBA).

Proseduren «Behandle avvik – ansvarlig saksbehandler» gjelder ansvarlige saksbehandlere, ledere eller andre personer i nøkkelstillinger, og skal sikre at behandling av avvik gjennomføres på lik måte i hele

⁸ Fullstendig utledning av revisjonskriterier fremgår i kapittel 7.1.

kommunen og sørge for riktig bruk av avvikssystemet. Det spesifiseres at avvik skal behandles og lukkes på lavest mulig nivå i organisasjonen. Avviket skal behandles uten unødig opphold, og senest innen fristen på 21 dager, eller 28 dager om tiltak opprettes. Ved manglende lukking innen fristen sendes avviket oppover til neste leder automatisk. Minstekrav for å lukke avvik er å skrive en kommentar. Prosedyren inneholder informasjon om hva som bør skrives i kommentarfeltet i form av noen forskjellige scenarier der avviksbehandler oppretter tiltak eller ikke.

Prosedyre «Mottatt oppdrag/oppgave – tiltak» skal sørge for at oppgaver opprettet i forbindelse med risiko- og sårbarhetsanalyser og avvik i Compilo utføres likt i kommunen. Prosedyren gjelder den ansatte som har fått ansvaret for oppgaven. Den ansvarlige må utføre oppgaven innen fristen og fullføre den i Compilo.

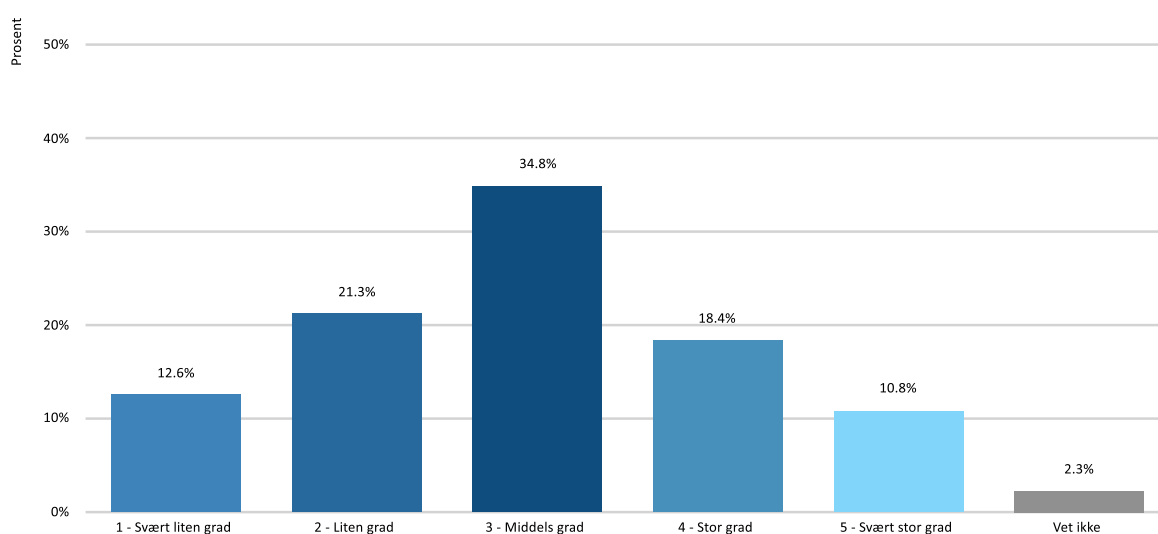
Direktør helse og mestring fortalte i intervju at opplæring i avvikssystemet er en del av nyansettelsesprosessen alle nyansatte i kommunen skal gjennomgå. Det er opprettet rutiner og sjekklister for opplæringen. Rent praktisk foregår opplæringen både ved at nyansatte får materiale de skal lese selv, samt at de må gjennomføre e-kurs. I tillegg får de praktisk opplæring ute i tjenestene der de jobber. Dette bekreftes også av kommunedirektør som viser til å at det finnes skriftlige rutiner i Compilo, og at systemet har gode opplæringsfunksjoner inkludert rutiner og videoopplæring. Direktør kultur og samfunn forteller at de nyansatte får informasjon om at det finnes opplæringsvideoer og kurs de kan ta, men hun etterlyser tydeligere krav til fast opplæring av nyansatte i hennes kommuneområde. For eksempel oppdaget hun at en ansatt et halvt år etter tiltredelsen fortsatt ikke hadde fått opplæring i bruk av Compilo eller Framsikt.

Kommunedirektør informerer om at opplæring i avvikssystemet er noe alle nye ledere gjennomgår. Lederne samles fysisk og gjennomgår hvordan avviksregistrering og -behandling gjøres i Compilo i praksis. Videre opplyser kommunedirektør at nedover i organisasjonen er det et generelt lederansvar å påse at ansatte i de forskjellige tjenestene er kjent med Compilo, men det kan hende at en vikar som trer inn ved fravær ikke er like kjent med det. Direktør helse og mestring opplyser at hun akkurat har gjennomgått lederkurs, og Compilo har vært en del av hennes egen opplæring som ny leder i kommunen. Direktør økonomi og virksomhetsstyring forteller at kommunen kjører introduksjonskurs for nye ledere to ganger per år, hvorav opplæring i Compilo/kvalitetssystemet er ansett som kritisk kompetanse. Her gis det en overordnet introduksjon for forståelsen av systemet og hvorfor det er viktig. For mer detaljert informasjon og bruk av systemet må leder eller ansatt melde seg på et to timers klasseromkurs via kommunens intranett. Leder har ansvar for at ansatte melder seg på kurset, men det finnes ikke et opplegg som sikrer at alle ansatte har tatt det.

Fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse opplyser også om at opplæring i avvikssystemet ligger i kommunens kurskatalog, som muliggjør at de som eventuelt har behov for en ny gjennomgang av systemet kan få dette.

Direktør kultur og samfunn opplever prosedyrene for avvik som gode, men det kan likevel oppstå problemer og forvirring rundt innmelding av avvik blant ansatte. Direktøren viser til et eksempel fra høsten 2023 der en ansatt fant et tydelig og alvorlig avvik, i denne situasjonen fremstod det likevel ikke som åpenbart hvordan den ansatte skulle melde inn dette avviket. Direktør kultur og samfunn mente at selv om det finnes rutiner for hva man skal gjøre er de ikke alltid lett tilgjengelige for de ansatte. Det har skjedd ganske nylig at hennes ansatte har fått opplæring i hvor de skal finne ulike prosedyrer for avvikhåndtering i Compilo, og hun forventer at dette bedrer seg i løpet av året. Videre forteller hun at det i liten grad finnes felles retningslinjer for håndtering av avvik i kommunen. For eksempel er det egne rutiner for dette på hver skole, fortalte direktøren.

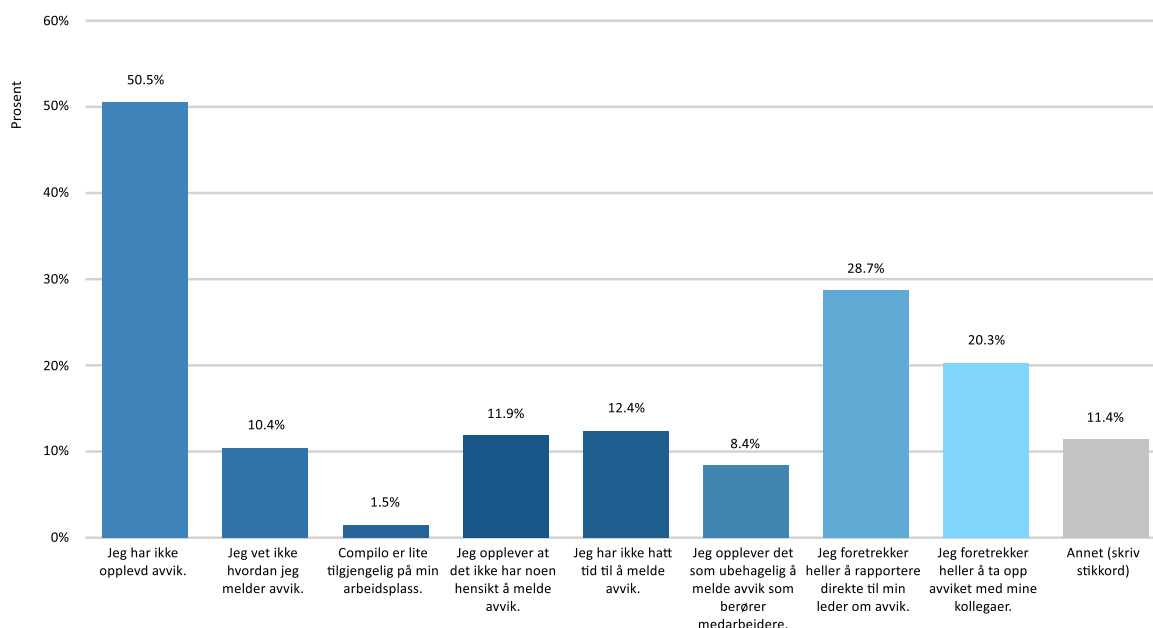
I spørreundersøkelsen sendt ut til ansatte i Indre Østfold kommune svarte 96,9 % at de har tilgang til Compilo på sin arbeidsplass. Av respondentene opplever 33,9 % at de i liten eller svært liten grad har fått tilstrekkelig opplæring i Compilos avviksmodul, 34,8 % opplever opplæringen som middels tilstrekkelig, og 29,2 % opplever den som tilstrekkelig i stor eller svært stor grad.



Figur 2: I hvilken grad opplever du å ha fått tilstrekkelig opplæring i å bruke Compilos avviksmodul? (n=621)

Av respondentene oppgir 66,6 % at de har lest kommunens rutine for melding av avvik, mens 21,3 % oppgir at de ikke har lest rutinen. 12,1 % av respondentene oppga at spørsmålet ikke var aktuelt for dem. 71,5 % oppgir at rutinen for melding av avvik er lett tilgjengelig for dem i arbeidshverdagen, mens 23 % mener at dette ikke er tilfelle for dem. 5,5 % oppga at spørsmålet ikke var aktuelt for dem.

Av respondentene mener 57 % at det er klare definisjoner for hva som er et avvik i kommunens rutine, mens 34 % er uenig i denne påstanden. 9,1 % anser ikke dette som et aktuelt spørsmål for dem. Av respondentene har 67 % meldt avvik i Compilo før, mot 33 % som ikke har meldt avvik. Av de som ikke har meldt avvik svarer 50,5 % at de ikke har opplevd avvik før, men det foreligger også flere andre grunner for dette, se figur 3. Blant annet svarer 20,3 % at de foretrekker å ta opp avviket med sine kollegaer, og 28,7 % foretrekker å rapportere om avvik direkte til sin leder.



Figur 3: Hva er årsaken til at du ikke meldte avvik? Kryss av en eller flere. (n=202)

Det fremkommer av undersøkelsen at ikke alle opplever en felles forståelse for hvilke typer hendelser som er avvik på deres arbeidsplass. 26,6 % av respondentene opplever at det i stor eller svært stor grad er en felles forståelse, 42,8 % opplever at det i middels grad er en felles forståelse, og 24,5 % opplever dette i liten eller svært liten grad.

Av undersøkelsen kommer det også frem at ikke alle ansatte benytter seg av avvikssystemet Compilo til å melde avvik. Av respondentene svarer 16,9 % at de benytter andre systemer til å melde avvik utenom Compilo, mens 7,6 % oppgir at de ikke har opplevd avvik. 75,5 % oppgir at de kun bruker Compilo til å melde avvik. Av de som benytter andre systemer oppgir over halvparten at de benytter seg av Famac (FDV-systemet)⁹.

5.2.2 Oppfølging av avvik både enkeltvis og samlet

I rutinen om behandling av avvik står det beskrevet at avvik som mottas skal behandles og lukkes på lavest mulig nivå i organisasjonen. Avvik som ikke blir lukket innen 21 dager skal gå videre til neste leder.

Fagleder for virksomhetsstyring, eierskap og analyse forklarer at for å «lukke» et avvik må det opprettes et tiltak eller skrives en kommentar, og gjøres ikke dette innen 21 dager går avviket videre til neste ledernivå, og i teorien helt opp til kommunedirektøren. I intervju bekrefter kommunedirektøren det fagleder for virksomhetsstyring, eierskap og analyse sier. Hun forteller at det har skjedd en sjelden gang at avvik har gått hele veien opp til henne som direktør, men dette er som regel på grunn av at en leder er fraværende eller at avviket har en viss grad av alvorlighet som fører til at kommunedirektøren bør involveres. Fagleder for virksomhetsstyring, eierskap og analyse utdyper at det kan avvikes fra denne prosessen i noen tilfeller, ved at noen avvik automatisk utløser tiltak. Dette samsvarer med hva prosedyre «Melde og behandle avvik – rutine» beskriver som autotiltak.

⁹ Driftsavvik på bygg skal meldes til Famac, og dette fremkommer i rutinen «Oppfølging av feil, mangler og driftsoppgaver (avvik) som gjelder drift og vedlikehold av kommunale bygg».

Direktør helse og mestring følger statistikken på avvik nøye, og føler en trygghet i at avvik som ikke tas hånd om, automatisk går oppover til neste ledernivå. Hun legger til at kvalitetsrådgivere innen helse har tilgang på alle avvik, og opplever at helse og mestring generelt har god systematikk knyttet til å følge opp avvik.

De fire intervjuede er samstemte i at avvik håndteres både enkeltvis og samlet. I intervju med direktør for helse og mestring fortalte hun at avvik følges opp både enkeltvis og samlet, og at det rent praktisk dreier seg om at dersom de ser at det registreres mange avvik innenfor samme tema, så setter de inn tiltak for å forsøke å gjøre noe med det som ligger til grunn for de meldte avvikene. Direktør kultur og samfunn viser til at avvik knyttet til vold i ungdomskubbene er noe som følges opp samlet, men at avvik på hennes område generelt sjeldent blir fulgt opp samlet.

Fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse utdyper at avvik skal brukes til å oppdage større sammenhenger. Han viser til et eksempel der flere enkeltavvik på kommuneområde helse og mestring samlet sett viste utfordringer i forbindelse med legemiddelhåndtering. Kommunedirektør viser til at kvalitetsgruppene gjennomgår og følger opp avvik samlet sett. Direktør økonomi og virksomhetsstyring forklarer at kvalitetsgruppene som regel opererer på et kommuneområde hvor de har fokus på kvaliteten på et bestemt område, for eksempel medisin håndtering. Kommunen har ikke noen samlet oversikt over hvor mange kvalitetsgrupper det er. Arbeidsmiljøutvalgene har også ansvar for oppfølging av avvik innen visse områder, hvorav et av temaene er sykefravær. I tillegg rapporteres statistikk på avvik også til politisk nivå.

I forbindelse med bruk av avviksdata som grunnlag for risikovurderinger og evalueringer av kontrolltiltak så informerer kommunedirektør om at dersom det blir registrert et eller flere avvik knyttet til et bestemt tema forsøker kvalitetsgruppene å grave dypere for å finne den underliggende årsaken. Fagleder virksomhetsstyring, eierskap og analyse opplyser om at det finnes eksempler der de har brukt avviksdata for å lære, men når det gjelder å se avvik i sammenheng med utarbeidelse av risikovurderinger for å så evaluere tiltak opp imot diverse avvik er ikke kommunen helt i mål enda. Fagleder tar likevel forbehold om at det kan hende det gjøres mer nedover i kommunen enn hva han er klar over, men det er i så fall ikke tilstrekkelig systematisk. Direktør helse og mestring oppgir at på hennes eget område brukes ikke avviksstatistikken som grunnlag for risikovurderinger. Direktør kultur og samfunn besvarer spørsmålet om hvordan kommunen bruker avviksdata i utarbeidelse av risikovurderinger og evaluering av kontrolltiltak med at prosedyrene blir revidert ved behov, men hun vet ikke hvordan kommunen samlet sett jobber med dette.

Av spørreundersøkelsen fremkommer det at av respondentene med ledende stillinger (n=127) opplevde 73,3 % at de i stor eller svært stor grad behandlet avvik innen rimelig tid. 17,3 % oppgir at de i middels grad behandlet avvik innen rimelig tid, mens 7,9 % oppgir at de ikke har mottatt avvik. 1,6 % oppgir å behandle innen rimelig tid i liten eller svært liten grad.

48,6 % av de respondentene som har meldt avvik (n=415) oppgir at de opplever å få avvik behandlet innen rimelig tid i stor eller svært stor grad, mens 34,2% opplever i middels grad dette. 14,5% oppgir at de i liten eller svært liten grad opplever at deres avvik har blitt behandlet innen rimelig tid.

Respondentene i ledende stillinger ble spurt om de brukte avviksdata (for eksempel statistikk) i planleggingsarbeidet i sin virksomhet (for eksempel forebygge feil/uønskede hendelser eller forbedre tjenester). 49,2 % oppgir å bruke avviksdata i planleggingsarbeidet for sin virksomhet, mens 21 % oppgir å ikke bruke avviksdata til dette. 29,4 % oppgir å motta svært få eller ingen avvik.

Av alle spurte oppgir 24,7 % at de i svært liten eller liten grad opplever det som nyttig å melde avvik, mens 32,8 % oppgir at de opplever det i stor eller svært stor grad som nyttig å melde inn avvik. 30 % opplever det som nyttig i middels grad, mens 12,4 % svarer «vet ikke».

I spørreundersøkelsen har også revisjonen bedt respondentene kommentere dersom de har andre bemerkninger knyttet til melding og behandling av avvik i kommunen. Vi har totalt fått inn 106 fritekstsvaer, som tilsvarer 17 % av alle respondenter totalt. Selv om hver kommentar er unik, er det tre hovedtemaer som revisjonen ser går igjen blant kommentarene. 35 av de 106 svarene går på at avvik ikke blir tatt på alvor eller fulgt opp når de er meldt. Vi presenterer noen representative sitater for disse under:

«Det blir ikke tatt på alvor når en melder inn avik, saker blir bare lukket, ingen endring»

«Jeg synes det skal veldig mye til før noen bryr seg om avvikene (det skal skje veldig alvorlige ting). Hvis ikke lukkes de bare med en generell kommentar selv om det er gjentatte avvik om samme problemstilling.»

«Jeg har dessverre en opplevelse av at avvik ikke blir fulgt opp. Jeg synes det er viktig å melde avvik, men «motivasjonen» til det er redusert siden det ikke blir gjort endringer etter meldt avvik.»

20 av svarene går på vanskeligheter med bruk av systemet, og en trend er at navigasjonen er krevende:

«Det er vanskelig å melde avvik, hvis man kan ikke bruke så mye tid på å sende den. Vi har ikke anledning til å forlate arbeidsted for å gå på kontoret, slå på PC og sende en avvik, hvis det manko på personalet. Det skal være mer brukervennlig, ikke så tidskrevende.»

«Opplever Compilo som litt gammeldags og skrivebords system. Tungvint å hente ut skjema, burde finnes i en app versjon!»

16 av svarene går på kategorisering av avvik og at en synes det er vanskelig med definisjonen av avvik og velge kategori i systemet:

«Opplever at det ikke er tydelig kommunisert i avdelingen hva som defineres som avvik»

«siden det er generelt formulert i avvikssystemet kan det være vanskelig å vite i hvilken kategori avviket skal plasseres når det er avvik som er spesielt for oppvekstsektoren.»

5.3 Vurderinger

5.3.1 Avvikssystemet benyttes og er lett forståelig for de ansatte

Revisjonen har fått tilsendt flere dokumenter som viser hvordan ansatte skal gå frem for å melde og behandle avvik i kvalitetssystemet Compilo. Prosedyrene tar for seg livsløpet til et avvik fra hvordan det skal meldes til hvordan det skal behandles og eventuelt sendes videre. For revisjonen fremstår det som at de skriftlige prosedyrene knyttet til generell bruk av systemet er utfyllende. I tillegg er det sikret gjennom funksjonaliteten i systemet at avvik som meldes i Compilo sendes oppover i linjen, dersom det ikke lukkes av nærmeste leder.

Selv om det foreligger skriftlige rutiner for melding og oppfølging av avvik er det ikke like tydelig at disse er så tilgjengelige som ønskelig. I vår spørreundersøkelse blant ansatte i kommunen svarte nesten en fjerdedel av respondentene at de mente at rutinen for melding av avvik ikke var lett tilgjengelige for dem i arbeidshverdagen. Det må bemerkes at undersøkelsen også viste at en tredjedel av respondentene ikke har meldt avvik i Compilo, som kan forklare hvorfor noen respondenter ikke nødvendigvis har kjennskap til hvordan de finner rutinen for melding av avvik, hvis vi legger til grunn at behovet ikke har vært tilstede. Det samme kan gjelde for de ansatte som melder avvik muntlig til sin leder eller kollegaer, som undersøkelsen viste at gjaldt henholdsvis 28,7 og 20,3 % av de respondentene som ikke har meldt avvik (33 % av respondentene) i Compilo. Likevel ønsker revisjonen å bemerke at avviksprosedyren eksplisitt gjelder alle ansatte i kommunen, og burde da være lett tilgjengelige for alle. Det skal blant annet meldes HMS- og tjenesteavvik i kvalitetssystemet Compilo, så det er vesentlig at alle ansatte er klar over hvor de finner rutiner for dette. Tegn på manglende tilgjengelighet på rutiner er også gjenspeilet i et intervju hvor en direktør mente at selv om rutiner for dette eksisterer, er de ikke alltid lett tilgjengelige for de ansatte.

Prosedyren om melding av avvik har definisjoner for hva som er et avvik, og fem forskjellige kategorier som de kan plasseres i. Revisjonens oppfatning er at disse definisjonene i teorien kan være gode, men for de ansatte i kommunen fremstår de som mindre anvendelige, og det fremstår som at det ikke er en felles oppfatning av hva et avvik er. I spørreundersøkelsen fremkommer det at bare litt mer enn en fjerdedel mener at det i stor eller svært stor grad eksisterer en felles forståelse på arbeidsplassen for hva et avvik er, og nesten en fjerdedel mener det er liten eller svært liten felles forståelse. Den øvrige halvpart mener det er en middels grad av forståelse. 34 % av respondentene mener også at det ikke er klare definisjoner i kommunens rutiner for hva som er et avvik (og 57 % mener det er klare definisjoner). Det er vanskelig å si sikkert hva grunnen til manglende felles oppfatning kan være, men i fritekstsvarene var *definisjon* og *kategorisering* gjentakende temaer som respondentene nevnte. Fritekstsvarene peker i retning av at når et avvik skal defineres og kategoriseres i arbeidshverdagen blir det som er formulert i avvikssystemet for generelt. Om definisjonen av avvik er klar eller ikke, er etter revisjonens syn, relativt til konteksten avviket skal identifiseres i. Selv om definisjonen fremstår generelt tydelig i prosedyren kan denne tydeligheten gå tapt når definisjonen møter arbeidshverdagen til individuelle ansatte som må tolke unike situasjoner i varierte kontekster. Som KS' veileder «Orden i eget hus» presiserer om avvikkultur så er det viktig å ha klare definisjoner for hva som er å oppfatte som avvik, og de tilbakemeldingene ansatte har gitt indikerer at dette ikke nødvendigvis er tilfelle i Indre Østfold kommune.

Revisjonen har gjennom sine intervjuer fått bekreftet at det gjennomføres opplæring både for ansatte og ledere. Det er variasjonen i hvordan forskjellige grupper i kommunen får opplæring. Nye ledere samles fysisk og får en overordnet introduksjon i avvikssystemet. Nyansatte får materiale de selv skal lese og e-kurs som skal gjennomføres, og dette opplæringsmaterialet er tilgjengelig i kommunens kurskatalog. Ledere og ansatte må melde seg på et kurs for detaljert informasjon om, og opplæring i, bruk av systemet. Direktøren på et av kommunalområdene oppga at noe av opplæringen i avvikshåndtering blant nyansatte gjøres parallelt med øvrige arbeidsoppgaver, og revisjonen har også fått vite at det er et generelt lederansvar å påse at ansatte er kjent med Compilo. Ut fra dette fremstår det som sannsynlig for revisjonen at opplæringen kan se ulik ut fra et kommunalområde til et annet.

En av direktørene opplyste til revisjonen at hun hadde opplevd at en ansatt et halvt år etter tiltredelse fortsatt ikke hadde fått opplæring i bruk av Compilo. Denne direktøren oppga at det finnes opplæringsvideoer og kurs de kan ta, men etterlyste at opplæringen blir fast for nyansatte på hennes kommuneområde. Dette indikerer etter revisjonens oppfatning at det kan være varierende praksis mellom kommunalområdene hvor mye opplæring i avvikssystemet vektlegges.

En tredjedel av respondentene i spørreundersøkelsen oppga at de i svært liten eller liten grad har fått tilstrekkelig opplæring i Compilos avviksmodule. 29,2 % opplever at de har mottatt tilstrekkelig opplæring i stor eller svært stor grad, mens 34,8 % opplever dette i middels grad. Det er noe usikkerhet rundt hva som ligger bak disse tallene. En av trendene som fremkom av fritekstsvarene var at Compilo opplevdes som tungvint å bruke og var lite brukervennlig. Med bakgrunn i det ovennevnte vurderer revisjonen at vårt datagrunnlag indikerer at opplæringen i avvikssystemet ikke er tilstrekkelig for en vesentlig andel ansatte.

Dette anser revisjonen på som alvorlig på flere nivåer. Vi viser til veileder «Orden i eget hus» (s.98) som sier at

«Systematisk registrering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir håndtert på en slik måte at man i neste omgang har bedre arbeidsformer og derved lavere risiko for at samme hendelse inntreffer på nytt.»

Revisjonen vurderer at kommunen risikerer å gå glipp av informasjon om brudd på regler og rutiner fordi en vesentlig del av de ansatte ikke er tilstrekkelig opplært i å bruke avvikssystemet. Dette kan få større konsekvenser, siden enkelte typer avvik skal rapporteres videre til NAV eller Datatilsynet, og noen yrkesgrupper også har meldeplikt for spesifikke avvik. Som «Orden i eget hus» sier så bidrar avvikshåndtering til å lære av uønskede episoder og hendelser for å forebygge flere slike i fremtiden, og kommunen kan da gå glipp av lærdom ved at avvik ikke meldes. Det er også eksplisitt beskrevet i prosedyren «Oppfølging av avvik i IØK» at ansatte er ansvarlige for å utfordre dagens praksis og komme med forbedringsforslag, og aktivt bruke kommunens avvikssystem. Hvis dette skal realiseres er det vår oppfatning at tilstrekkelig opplæring er en viktig forutsetning.

5.3.2 Oppfølging av avvik både enkeltvis og samlet

For revisjonen innebærer oppfølging av avvik å sette seg inn i avviket, komme med tiltak og/eller forslag for å bøte på avviket, og benytte avvikene til læring og/eller planlegging på overordnet nivå eller kommunalområdenivå. I våre undersøkelser har revisjonen sett at kommunen har rutiner som skal sikre at avvik følges opp. I enkelte scenarier utløser registrering av avvik automatisk tiltak (autotiltak), men ut fra dokumentasjonen revisjonen har sett, legges mye av ansvaret for oppfølgingen og behandlingen av avvik på ledere og/eller personer i nøkkelstillinger.

Revisjonen ser, i lys av at ledere sitter på mye av ansvaret for oppfølging av avvik, det som positivt at ledere får samlet opplæring i avvikssystemet. Når mye ansvar for avvikshåndtering plasseres hos hver leder vil personlig erfaring og egenhet hos den enkelte kunne påvirke hvordan avvik oppfattes og burde håndteres. Samlet opplæring fremstår da som et godt redskap for å sørge for felles forståelse og enhetlig praksis i kommunen. Dette kommer også til uttrykk i intervjuene revisjonen gjennomførte, der flere ledere oppga at de hadde samme praksis for behandling av avvik.

For revisjonen fremstår det som at kommunen har etablert et godt system for å følge opp enkeltavvik i form av automatisert videresending oppover i organisasjonen dersom frister ikke blir møtt. Dette bør sikre at avvik ikke blir liggende ubehandlet over lang tid. Dette ser ut til å fungere i praksis også, som våre undersøkelser viser sendes det enkelte ganger avvik oppover i linjen, og også til kommunedirektør i noen tilfeller.

De formelle rammene for hvordan avvik skal følges opp og håndteres fremstår tilfredsstillende, men revisjonens undersøkelser indikerer også at det kan være utfordringer knyttet til hvordan dette utarter seg i praksis. Når de med ledende stillinger ble spurt i spørreundersøkelsen om de opplevde at de

behandlet avvik innen rimelig tid svarte nesten tre fjerdedeler at de i stor eller svært stor grad gjorde dette, mens kun 1,6 % opplevde dette i liten eller svært liten grad. Når de som har meldt avvik blir spurt om de opplever at avvikene deres behandles innen rimelig tid så svarer nesten halvparten at de opplever dette i stor eller svært stor grad, mens 34,2 % opplever det i middels grad, og 14,5 % opplever det i liten eller svært liten grad. Det foreligger med andre ord en vesentlig forskjell i hva som oppleves mellom de som melder og de som behandler avvikene. Selv om det står beskrevet i prosedyrene at det finnes en konkret ytre frist for behandling (21 eller 28 dager) så er det også opplyst at avvik skal behandles uten unødig opphold. Om et avvik er behandlet uten unødig opphold kan være et vurderingsspørsmål, og dette kan legge til rette for ulike syn på om et avvik er behandlet innen rimelig tid eller ikke, avhengig av hvem du spør.

Revisjonens funn indikerer på noen områder at avvikene ikke nødvendigvis følges opp hensiktsmessig i alle tilfeller. Av alle spurte i spørreundersøkelsen (inkludert ledere) oppgir en fjerdedel at de i liten eller svært liten grad opplever det som nyttig å melde avvik, mens en tredjedel oppgir det som nyttig i stor eller svært stor grad. Blant fritekstsvarerne i spørreundersøkelsen stilte en stor andel respondenter spørsmål ved nytten av å melde avvik, og mange ytret at avvikene ikke blir fulgt opp eller tatt på alvor, og kun blir lukket med en kommentar. I prosedyren «Behandle avvik – ansvarlig saksbehandler» fremkommer det at minstekrav for lukking er å skrive en kommentar. Referansene til at avvik kun lukkes med en kommentar kan indikere at det ikke fullt og helt foreligger en felles forståelse blant de som behandler avvik knyttet til hvordan praksis for behandling av avvik bør være. Det står for øvrig eksplisitt i prosedyrene for oppfølging av avvik at det ikke er et mål i seg selv å lukke flest mulig avvik, men at avvik skal føre til faktiske forbedringer.

Hva som inngår i å følge opp et avvik kan være mangefasettert. Revisjonen finner det ikke usannsynlig at det kan foreligge et gap mellom de som behandler avviket og de som melder dem, når det kommer til hva som er forsvarlig oppfølging av avvik. Selv om å lukke et avvik ved å gi en kommentar, fremfor å sett inn et tiltak, kan være legitimt etter prosedyren, kan dette oppleves som synonymt med å ikke bli tatt på alvor fra melderens perspektiv. Vi oppfatter også at dette kan ha sammenheng med at det ikke er en tilstrekkelig unison oppfatning av hva som skal/ ikke skal defineres som et avvik i kommunen. Der en avviksbehandler ikke ser et faktisk avvik og lukker det med en kommentar, kan melderens se et avvik som ikke blir tatt på alvor.

Revisjonens undersøkelser viser at kommunen har flere metoder for å følge opp avvikene samlet. Revisjonen har fått opplysninger som tilsier at kvalitetsgruppene kan grave dypere i et tema på bakgrunn av avviksdata for å finne underliggende årsaker. Av prosedyrene til kommunen fremkommer det at enhets- og seksjonsledere skal holde seg oppdatert på avviksstatistikk, og at avviksstatistikk skal hentes ut av ledere som et grunnlag for drøfting i medbestemmelsesarenaene (MBA-er) flere ganger i året. Enhets- og avdelingsledere skal legge gjentatte avvik til grunn for å gjøre omstillinger og forbedringer på sitt område, og rapportere i Framsikt på bakgrunn av disse gjentatte avvikene. Et eksempel på samlet oppfølging av avvik kom frem i intervjuene revisjonen gjennomførte; flere individuelle avvik knyttet til legemiddelhåndtering viste en trend, og ble fulgt opp samlet for å så avdekke et større problem.

Alle våre intervjuobjekter har gitt uttrykk for en oppfatning av at avvik følges opp samlet. Intervjudata samt dokumentasjonen revisjonen har sett viser at grupper som arbeidsmiljøutvalgene, medbestemmelsesarenaene og kvalitetsgruppene skal undersøke avviksdata. For øvrig er det revisjonens vurdering at det foreligger ulik praksis på de forskjellige kommunalområdene for hvordan avvik følges opp. Innen Helse og mestring fremstår det som at det er en sterk kultur for å følge opp avvikene, mens i kommunalområde Kultur og samfunn er det sjeldent at avvikene følges opp samlet. Dette samsvarer også med hva ansatte i ledende stillinger svarte i spørreundersøkelsen, der ca. halvparten av lederne

svarte at de bruker avviksdata i planleggingsarbeid for deres virksomhet, mens 21,4 % sier eksplisitt at de ikke bruker det.

Det er også revisjonens vurdering at kommunen i liten grad benytter seg av avviksdata i forbindelse med gjennomføringen av risikovurderinger. Vi har fått opplyst at når det gjelder å benytte avviksdata i arbeidet med risikovurderinger har kommunen en del å gå på, og ingen av de intervjuede kunne peke til spesifikke tilfeller der dette gjøres. Selv om avviksdata ville utgjort et naturlig moment i kartleggingen av hvor det foreligger risiko fremkommer det verken av prosedyren oppfølging av avvik i LØK eller prosedyren for risikokartlegging at denne type data skal benyttes for risikovurderinger.

5.4 Konklusjon og anbefalinger

Basert på ovennevnte vurderinger konkluderer revisjonen med at kommunen i hovedsak har etablert et tilfredsstillende avvikssystem.

Kommunen har i stor grad etablert et rammeverk som legger til rette for at avvikssystemet skal fungere etter hensikten. Compilo som kvalitetssystem med tilhørende prosedyrer virker å være omfattende og dekkende for sitt bruksområde da rutiner og retningslinjer i stor detalj viser hva som forventes av de forskjellige aspektene ved avviksbehandling. Revisjonen har likevel funnet at kommunen har noen utfordringer knyttet til bruk av systemet og avvikskultur generelt i kommunen. Våre funn indikerer at opplæringen i avvikssystemet varierer mellom kommunalområdene, og revisjonen finner det bekymringsverdig at en vesentlig andel av de ansatte oppgir å ikke ha fått tilstrekkelig opplæring i Compilo. Selv om rutinene har definisjoner for forskjellige typer avvik opplever også en vesentlig andel ansatte at det ikke eksisterer en felles forståelse for hva et avvik er.

Revisjonen vurderer at avvik i stor grad blir fulgt opp både enkeltvis og samlet. Revisjonen mener det fremstår som at kommunen tar tak i avvik både enkeltvis og samlet på flere arenaer og nivåer i kommunen. Revisjonen ser likevel med bekymring på at en vesentlig andel ansatte i kommunen ikke ser det som nyttig å melde avvik, og hvordan dette kan undergrave avvikssystemets legitimitet. Revisjonen mener også at kommunen ikke i tilstrekkelig grad benytter seg av avviksdata i arbeidet med risikovurderinger, og går da glipp av nyttig informasjon som kunne bidratt inn i kartleggingen og forebyggingen av uønskede hendelser.

Med bakgrunn i våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør:

- sikre at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde og behandle avvik
- sørge for at avviksdata benyttes i arbeidet med risikovurderinger

6 KILDER OG LITTERATUR

Litteratur

- Kommunesektorens organisasjon, «Orden i eget hus», 2020

Lover

- Kommunaloven (2018). Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-2018-06-22-83)
- Prop. 46 L (2017-2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner*

Tilsendte dokumenter fra kommunen

- «Ansvar og myndighet for ansatte i Indre Østfold kommune», 2022
- «Følgeskriv dokumentasjon»
- «Mal modenhetsvurdering»
- «Mal ROS-analyse IOK (5)»
- «Akseptkriterier for risikovurdering (sannsynlighet og konsekvens)»
- «OKV ROS-analyse 2024»
- «FELLES – Melde og behandle avvik – rutine»
- «Hvordan utføre risikokartlegging i IØK»
- «Behandle avvik – Ansvarlig avviksbehandler»
- «Mottatt oppdrag/oppgave – Tiltak»
- «Oppfølging av avvik i IØK»
- «Rammer og prosesser for virksomhetsstyring», 2022 (revidert mai 2024)
- «Styringsdokument – Internkontroll»

Nettsider

- Due-Karlsen, E. (13. september 2022). *ad hoc*. Store Norske Leksikon. https://snl.no/ad_hoc

7 VEDLEGG

7.1 Utledning av revisjonskriterier

Utledning av revisjonskriterier for Internkontroll - risikovurdering og avvikssystem

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i kommuneloven med dens forarbeider¹⁰, supplert med veileder¹¹.

Problemstilling 1:

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

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

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

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

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

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

¹⁰ Lov om kommuner og fylkeskommuner §25-1

¹¹ KS sin veileder Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll. <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/lokaldemokrati/internkontroll/Kommunedirektorens-internkontroll-veileder-08092020.pdf>

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

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

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

Problemstilling 2: Har Indre Østfold kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

Kommunen bør ha et avvikssystem som brukes og er lett forståelig og tilgjengelig for de ansatte. Det bør gis god opplæring i systemet slik at de ansatte har kjennskap til systemet og er i stand til å benytte seg av systemet for å melde og følge opp avvik etter intensjonen. Avvik bør meldes hvor det er nødvendig og følges opp videre. Avvik bør følges opp videre både enkeltvis og samlet, ved behov bør det gjøres forbedringer for å forhindre at avvik gjentar seg.

Avvikshåndtering eksisterer parallelt med og supplerer den risikobaserte internkontrollen. Der risikokartleggingen fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring, altså i etterkant av eventuelle uønskede hendelser.

Avvik bør sees på som en læring, hvor man i tillegg til å håndtere et konkret avvik også iverksetter forebyggende tiltak slik at man unngår tilsvarende avvik i fremtiden. Medarbeidere som erfarer at det å melde avvik bidrar til at organisasjonen lærer og utvikles videre, vil være mer åpne for å melde avvik.



Østre Viken Kommunerevisjon Iks
Knut Hofgaard Eikre
Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

~~Unntatt offentlighet~~
~~§ 5-2. ledd~~

Din referanse:

Vår referanse:

Dato:

24/2849 - 10 / STARUUD

08.11.2024

Tilbakemelding på høringsutkast - Forvaltningsrevisjon - Internkontroll, organisering og avvikssystem

Det vises til oversendt høringsutkast til uttalelse på forvaltningsrevisjonsprosjekt «Internkontroll, organisering og avvikssystem» med svarfrist 8. november 2024. Kommunedirektøren avvikler for tiden ferie og av hensyn til svarfrist gis nedenfor en tilbakemelding på vegne av kommunedirektøren:

«Det bekreftes at revisjonens hovedfunn med hensyn til risikovurderinger stemmer. Kommunen har et omfattende malverk for risikovurderinger og disse er kjent. Det er også systemer som til dels sikrer evaluering av rutiner og andre tiltak. Det gjennomføres i noen grad systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde og til en viss grad brukes denne kunnskapen til å iverksett tiltak, men kommunen har et potensial for å systematisere og ha en samlet dokumentasjon på dette arbeidet.

Revisjonens anbefalinger med hensyn til gjennomføring og bruk av risikovurderinger støttes og vil følges opp.

Når det gjelder revisjonens hovedfunn knyttet til avvikssystem er dette også funn som langt på vei kan bekreftes. Kommunen mener å ha lagt til rette for at avvikssystemet skal fungere etter hensikten, og kvalitetssystemet Compilo med sine tilhørende prosedyrer er omfattende og dekkende for sitt bruksområde og de forskjellige aspektene ved avviksbehandling. Når det gjelder revisjonens funn om ansatte som oppgir ikke å ha fått tilstrekkelig opplæring i Compilo og forståelse for hva et avvik er, vises det til obligatorisk opplæring i Compilo og avviksbehandling i lederopplæringen. Det er også lagt opp til mye Nanolearning og videokurs i kursopplæringsportalen som ansatte har et visst eget ansvar for å gjennomføre. Det er imidlertid ikke lagt opp til en obligatorisk opplæring.

Revisjonens anbefalinger om opplæring i å melde og behandle avvik og bruk av avviksdata i risikoarbeidet vil bli fulgt opp.»

Dette som en tilbakemelding på oversendt høringsutkast.

Med hilsen

Ståle Ruud
direktør
Økonomi og virksomhetsstyring

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og trenger ikke underskrift.

Kopi til:
Tron Kallum
Wenche Folberg

Mottakere:
Østre Viken Kommunerevisjon Iks