



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 8-2025

OVERORDNET INTERNKONTROLL

LØRENSKOG KOMMUNE

JUNI 2025

INNHold

SAMMENDRAG	III
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	1
1.2 Formål og problemstillinger.....	1
1.3 Metode.....	1
1.3.1 Generelt.....	1
1.3.2 Dokumentanalyse	1
1.3.3 Intervju.....	2
1.3.4 Verifiseringsprosesser.....	2
1.4 Kommunedirektørens uttalelse	2
1.5 Revisjonskriterier	2
1.6 Administrativ organisering.....	2
2 HELHETLIG SYSTEM FOR INTERNKONTROLL.....	4
2.1 Problemstilling og revisjonskriterier	4
2.2 Felles rammeverk for internkontroll	4
2.3 Policy for internkontroll.....	5
2.4 Internkontrollsystemet Compilo	5
2.4.1 Dokumentert, samlet og tilgjengelig	5
2.4.2 Oppdatert og relevant	7
2.4.3 Overordnet gjennomgang av Compilo.....	7
2.5 Oppgave- og ansvarsforhold	8
2.6 Revisjonens vurdering	10
3 RISIKOVURDERINGER	11
3.1 Problemstilling og revisjonskriterier.....	11
3.2 Felles rutiner for gjennomføring av risikovurderinger.....	11

3.2.1	Innledning	11
3.2.2	Policy for internkontroll.....	12
3.2.3	Internkontrollveileder	12
3.2.4	Rutine for risikovurderinger i Compilo	13
3.3	Risikovurderinger i praksis	13
3.4	Revisjonens vurdering	14
4	AVVIKSHÅNTERING	15
4.1	Problemstilling og revisjonskriterier	15
4.2	Felles avvikssystem og rutinebeskrivelser	15
4.3	Kontinuerlig læring og forbedring	16
4.4	Revisjonens vurdering	17
5	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	18
	LITTERATUR- OG KILDELISTE (IKKE KOMPLETT)	19
	VEDLEGG 1 KOMMUNEDIREKTØRS UTTALELSE	21
	VEDLEGG 2 REVISJONSKRITERIER	22
	Revisjonskriterier og kilder	22
	Helhetlig system for internkontroll	22
	Systematiske risikovurderinger	23
	God praksis for avvikshåndtering	25
	Figur 1 Administrativ organisering	3
	Figur 2 Compilo som internkontrollsystem	6
	Figur 3 Toveis kommunikasjon	9

SAMMENDRAG

Romerike revisjon har gjennomført en forvaltningsrevisjon av overordnet internkontroll i Lørenskog kommune. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere i hvilken grad Lørenskog kommune har et overordnet og helhetlig internkontrollsystem som legger til rette for en betryggende kontroll med administrasjonens virksomhet.

Hovedfunn

1. Systemet for å sørge for at reglementer, rutiner og prosedyrer er oppdaterte og relevante er ikke tilfredsstillende fulgt opp.
2. Det gjennomføres i liten grad systematiske risikovurderinger.
3. Det er svakheter når det gjelder systematisk bruk av avviksstatistikk til læring og forbedring.

Kommunen har langt på vei etablert et helhetlig system for internkontroll i kommunen. Undersøkelsen viser at Lørenskog kommune har et felles kvalitet- og internkontrollsystem hvor reglementer, rutiner og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig. Disse beskriver blant annet oppgave- og ansvarsforhold når det gjelder arbeidet med internkontroll. Systemet for å sørge for at dokumentene er oppdaterte og relevante er imidlertid ikke tilfredsstillende fulgt opp.

Undersøkelsen viser at kommunen i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger. Det er rutiner på plass for dette arbeidet, men rutinene etterleves ikke som forutsatt. Det gjennomføres flere enkeltstående risikovurderinger, men arbeidet er ikke systematisk og risikovurderinger på overordnet nivå bygger i liten grad på risikovurderinger i tjenesteområdene.

Undersøkelsen viser at kommunen har gode rutiner for håndtering av enkeltavvik. Det er imidlertid svakheter når det gjelder systematisk bruk av avviksstatistikk til læring og forbedring.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen anbefaler revisjonen at kommunedirektør:

1. sikrer at dokumenter som ligger i kvalitet- og internkontrollsystemet er oppdaterte og relevante.
2. sikrer at risikovurderinger på direktørnivå i større grad bygger på risikovurderinger på de ulike tjenestenivåene, og at risikovurderinger på alle nivåer i organisasjonen skjer jevnlig.
3. sørger for at avviksrapportering systematisk benyttes inn i arbeidet med kontinuerlig læring og forbedring av kommunens virksomhet.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Lørenskog kommune bestilte i møte 17.10.24 (sak 53/24) et forvaltningsrevisjonsprosjekt innenfor området overordnet internkontroll. Internkontroll er prioritert som område i kontrollutvalgets Plan for forvaltningsrevisjon 2024-2028. Det vises her til at det ikke er gjennomført forvaltningsrevisjon av overordnet internkontroll i kommunen, og at funn i flere andre forvaltningsrevisjoner gir risiko for svakheter og mangler i kommunens kontrollsystem (sak 37/24).

1.2 Formål og problemstillinger

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

Undersøkelsen vil besvare følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad er det etablert et helhetlig system for internkontroll i kommunen?
2. I hvilken grad gjennomføres det systematiske risikovurderinger?
3. I hvilken grad er det etablert en god praksis for avvikshåndteringen?

1.3 Metode

1.3.1 Generelt

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon som er fastsatt av styret i NKRF - Kontroll og revisjon i kommunene. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon. Arbeidet er kvalitetssikret i henhold til Romerike revisjon IKS sine interne rutiner.

1.3.2 Dokumentanalyse

Revisjonen har i dokumentbestilling bedt administrasjonen oversende dokumenter knyttet til hver av de tre problemstillingene. Slik problemstillingene er formulert, vil disse i utgangspunktet kunne la seg besvare kun gjennom en dokumentanalyse. Dokumentasjon er i denne sammenheng revisjonsbevis med både høy pålitelighet og gyldighet.

Revisjonen har mottatt 134 dokumenter fra Lørenskog kommune. I tillegg har revisjonen hatt tilgang til kommunens kvalitets- og internkontrollsystem, Compilo og selv sett overordnet på hvordan systemet er bygget opp, herunder hvordan systemet fungerer, hvilke funksjoner som er benyttet og hvordan kommunen i praksis benytter systemet.

1.3.3 Intervju

Revisjonen har gjennomført to intervjuer; ett av assisterende direktør styring- og virksomhetsutvikling og ett av spesialrådgiver i styring og virksomhetsutvikling. Begge ble intervjuet på teams den 21.03.2025.

1.3.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering, og informasjon fra de verifiserte intervjureferatene er benyttet i rapporten.

Revisjonen mener gode verifiseringsprosesser knyttet til muntlige fremkommet data, og av rapporten i sin helhet, er viktig for å sikre gyldighet og pålitelighet i undersøkelsens datagrunnlag.

1.4 Kommunedirektørens uttalelse

Revisjonen mottok kommunedirektørs uttalelse til rapporten 10.06.25 og uttalelsen er lagt ved rapporten i vedlegg 1. Kommunedirektøren takker Romerike revisjon IKS for en grundig og gjennomarbeidet forvaltningsrevisjon av Lørenskog kommunes overordnede internkontroll. Det oppgis at rapporten gir et nyansert og verdifullt bilde av status for kommunens arbeid med internkontroll, herunder at rapporten peker på både styrker og forbedringsområder som kommunen kjenner seg igjen i. Det beskrives at kommunedirektøren ser på rapporten som et nyttig og konstruktivt bidrag i det videre arbeidet med å utvikle og forbedre kommunens internkontroll. Funnene og anbefalingene vil etter det opplyste inngå som en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet, og det vil bli lagt til rette for at tiltak følges opp i tråd med rapportens anbefalinger.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunen vurderes opp mot. Kriteriene utledes fra lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og hva som anses som god forvaltningsskikk og faglig anerkjente normer på området. I dette prosjektet er revisjonskriteriene blant annet hentet fra kommuneloven og KS veileder «Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll» (2020). Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis i kapittel 2, 3 og 4, og i sin helhet i vedlegg 2 i rapporten.

1.6 Administrativ organisering

Lørenskog kommune er administrativt organisert i fire sektorer og to stabsavdelinger. Det er to fullmaktsnivåer og fire ledernivåer i kommunen. Fullmaktsnivå 1 omfatter kommunedirektøren og direktørene for de ulike sektorene. Fullmaktsnivå 2 omfatter virksomhetsledere og seksjonsledere samt avdelingsledere. Alle ledere har ansvar for internkontroll innenfor sitt område.

Figur 1 Administrativ organisering

Kilde: Lørenskog kommune 2024b.

Kommunedirektøren og direktørene utgjør til sammen Lørenskog kommunes øverste administrative ledelse. Kommunedirektøren har totalansvaret for hele organisasjonen, mens direktørene har kommunedirektørens fullmakter innen sine tjenesteområder i tråd med gjeldende delegeringsreglement for egen sektor.

2 HELHETLIG SYSTEM FOR INTERNKONTROLL

2.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Kommuneloven § 25-1 krever at kommuner har internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det er kommunedirektøren som ifølge loven er ansvarlig for internkontrollen.

For problemstilling 1 utledes følgende krav og forventninger til kommunen:

Problemstilling 1	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad er det etablert et helhetlig system for internkontroll i kommunen?	→ Kommunen bør ha et internkontrollsystem som sikrer at reglementer, rutiner og prosedyrer er: ○ dokumentert ○ samlet og tilgjengelig ○ oppdatert og relevant → Kommunen bør ha reglementer, rutiner og prosedyrer som bidrar til at oppgave- og ansvarsforhold knyttet til internkontroll er avklart.

2.2 Felles rammeverk for internkontroll

Lørenskog kommune har utarbeidet flere prosedyrer og rutiner som samlet utgjør rammeverket for internkontroll og helhetlig styring. Revisjonen har blant annet sett nærmere på følgende to policyer:

- Helhetlig styring i Lørenskog kommune (Lørenskog kommune 2024a)
- Policy for internkontroll i Lørenskog kommune (Lørenskog kommune 2024b)

I tillegg til de overordnede prosedyrene har kommunen blant annet utarbeidet følgende støtterutiner:

- Felles – Internkontrollveileder (Lørenskog kommune 2024c)
- Felles – Internkontrollforum (Lørenskog kommune 2024d)
- Leders sjekkliste for internkontroll (Lørenskog kommune 2024e)
- Felles – ROS-analyser i Compilo – Rutine (Lørenskog kommune 2024f)

Kommunen har også utarbeidet støtterutinen Ledelsens årlige gjennomgang (Lørenskog kommune 2024g), men denne rutinen er etter det revisjonen har fått opplyst i intervju den 21.03.25, ikke operativ. Årsaken til at denne rutinen ikke benyttes i praksis er etter det opplyste at kommunen i det siste har fullt fokus på omorganisering og at det derfor ikke har vært tid eller ressurser til å etterleve Ledelsens årlige gjennomgang fullt ut.

I det følgende beskrives internkontrollpolicyen og kommunens internkontrollsystem Compilo nærmere.

2.3 Policy for internkontroll

Internkontrollpolicyen beskriver hvordan kommunen skal styre prosesser og aktiviteter for å kunne levere tjenester som tilfredsstillir innbyggernes og samarbeidspartners krav til kvalitet.

Det kommer frem av internkontrollpolicyen at den setter premissene for hvordan kommunen i fellesskap skal jobbe effektivt for å planlegge, gjennomføre og følge opp internkontroll i kommunens organisasjon. Policyen gjelder for alle ansatte på tvers av alle sektorer.

Lørenskog kommune skal ifølge internkontrollpolicyen utføre sin internkontroll i henhold til kommunelovens § 25-1 og i tråd med KS sin veileder om «Orden i eget hus». Det kommer videre frem at kommunen skal yte sine tjenester og ha en internkontroll som sikrer at lover og forskrifter følges.

I internkontrollpolicyen henvises det til kommunelovens § 25-1 om at det er kommunedirektøren som har ansvar for at internkontrollen fungerer tilfredsstillende i alle deler av organisasjonen. Det står videre beskrevet at internkontrollen i Lørenskog kommune er integrert i kommunens virksomhetsstyring og inngår i lederoppdraget. I Lørenskog kommune har den enkelte kommunaldirektør ansvar for internkontroll for sin sektor. Ansvaret er videredelegert til de formelle ledernivåene under direktør i tråd med delegeringsreglement og lederavtaler.

Det følger av internkontrollpolicyen at Lørenskog kommune skal ha et internkontrollforum. Deltakerne i forumet er representert ved beredskapskoordinator, HR, personvernombud, fagleder IT infrastruktur, internkontrollansvarlig og informasjonssikkerhetsansvarlig. Forumet er rådgivende og skal utarbeide gode beslutningsgrunnlag til kommunens ledergrupper i saker som omhandler internkontroll, herunder: sikkerhet, HMS, personvern, beredskap og informasjonssikkerhet samt IT-sikkerhet. Det står beskrevet at internkontrollforumet skal bidra til at internkontroll i Lørenskog kommune blir mer formalisert, risikobasert og bidrar til styrking av den helhetlige styringen. Videre kommer det frem at forumet skal bidra til å identifisere og vurdere risikoer som har betydning for å løse kommunens samfunnsoppgaver, ved å avdekke, avklare, og prioritere områder for forbedring. Revisjonen får opplyst i intervju 21.03.2025 at internkontrollforum ble startet opp for ett år siden.

Internkontrollpolicyen beskriver også sikkerhetskoordinators rolle i arbeidet med blant annet internkontroll. Hver sektor har en sikkerhetskoordinator som fungerer som sektorens rådgiver i saker som omhandler internkontroll, informasjonssikkerhet og personvern, og har et delegert daglig oppfølgingsansvar i egen sektor. Sikkerhetskoordinator skal ifølge internkontrollpolicyen være en pådriver for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern i egen sektor samt kontaktpunkt mot andre sektorer.

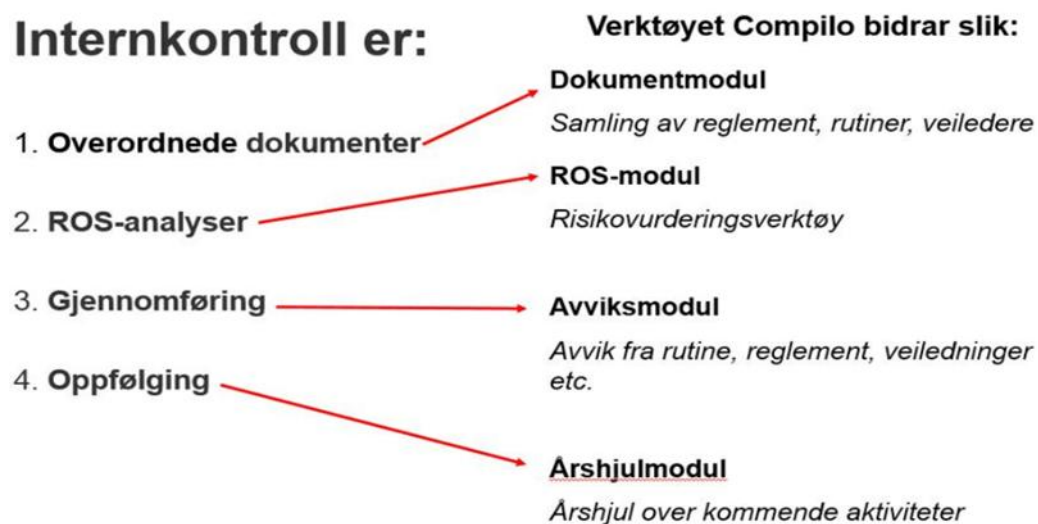
2.4 Internkontrollsystemet Compilo

2.4.1 Dokumentert, samlet og tilgjengelig

Lørenskog kommune benytter Compilo som sitt kvalitets- og internkontrollsystem.. Compilo er et nettbasert internkontrollsystem og elektronisk verktøy, som ifølge kommunens veileder for

internkontroll, skal hjelpe kommunen med god internkontroll med sine fire moduler; avvik, dokumenter, ROS (risiko – og sårbarhetsanalyse) og årshjul, jf. figuren under. Ansatte kan logge seg inn via mobil, nettbrett eller pc (Internkontrollveileder 2024). Alle styrende, rådgivende og praktiske dokumenter skal ifølge policy for internkontroll ligge i Compilo. Spesialrådgiver opplyser i intervju den 21.03.25 at styrende og rådgivende dokumenter i all hovedsak ligger samlet og tilgjengelig i Compilo.

Figur 2 Compilo som internkontrollsystem



Kilde: Lørenskog kommune 2024c

For å sikre riktig bruk av Compilo og de fire modulene, har kommunen også utarbeidet en felles oversikt med over 30 ulike e-kurs eller beskrivelser for bruk av Compilo: Opplæring i bruk av Compilo for ansatte og ledere – Oversikt.

På revisjonens forespørsel har kommunen opplyst om hvor hvert enkelt internkontrolldokument ligger lagret. Oversikten viser at de fleste dokumentene ligger i Compilo eller både i Compilo og i kommunens intranett, Vasshjulet.

Både assisterende direktør og spesialrådgiver opplyser i intervju at det er etablert en kobling mellom systemene slik at dersom det skjer en oppdatering i Compilo, så vil det også skje en oppdatering av dokumentet som ligger i Vasshjulet, og motsatt.

Vasshjulet er kommunens intranett, og etter det som blir opplyst i intervju 21.03.25 med assisterende direktør og spesialrådgiver fungerer Vasshjulet som en informasjonskanal. Noen av dokumentene ligger i andre databaser som for eksempel:

- Framsikt
- Sharepoint
- Websak

Spesialrådgiver opplyser i intervju 21.03.25 at Framsikt er kommunens rapporteringsverktøy. Sharepoint benyttes til dokumenter som er under utarbeidelse. Når disse dokumentene er ferdige, skal de legges i Compilo. Websak er kommunens arkiv- og saksbehandlingssystem. Etter det opplyste i intervju med assisterende direktør, er det bedre tilgjengelighet knyttet til dokumenter som ligger lagret i Sharepoint sammenlignet med dokumenter som ligger i Websak. Spesialrådgiver opplyser i intervjuet at det ikke er mange dokumenter som ligger i Websak. Ut ifra oversikten revisjonen har fått oversendt stemmer dette.

Vi får opplyst fra både assisterende direktør og spesialrådgiver i intervju at det er en svakhet at det ligger for mange dokumenter i Compilo. Assisterende direktør forteller at det er behov for å «vaske» Compilo for unødvendige dokumenter. Spesialrådgiver opplyser at målet ikke er å ha flest dokumenter i Compilo, men å ha de riktige dokumentene i Compilo.

Revisjonen ser av dokumentoversikten, og hvor de ulike dokumentene ligger lagret, at det mangler opplysninger om lagringsplass noen steder. På spørsmål om hvor disse dokumentene ligger lagret, får revisjonen opplyst at disse dokumentene trolig er lagret på interne hjemmeområder. Det kommer herunder frem at ikke alle ansatte er like gode til å forholde seg til systemer for hvor ting skal ligge, og at enkelte dokumenter som burde ha vært lagret i Compilo, lagres i andre systemer som for eksempel Teams.

2.4.2 Oppdatert og relevant

Alle dokumenter som publiseres i Compilos dokumentmodul styres med metadata. Metadataen inneholder informasjon om hvem som har opprettet, forfattet, oppdatert eller revidert dokumentet, samt hvem som er dokumenteier. Det inneholder en unik ID for hvert dokument, samt et gitt revisjonsintervall. Dette intervallet settes normalt som en frist for oppdatering innen 365 dager. Det er i systemet anledning til å sette en kortere frist for oppdatering dersom dette er hensiktsmessig. Det følger av internkontrollveilederen at det på denne måten sikres at kommunen alltid har gjeldende og siste versjon av et dokument liggende i Compilo, samt at det er sporbart og ikke kan forveksles med andre typer dokumenter (Lørenskog kommune 2024b/c).

Spesialrådgiver forteller at det er dokumenteier som må foreta en vurdering av om dokumentene er relevante eller ikke. Det kommer herunder frem at dersom for eksempel dokumenteier slutter, kan dokumentet bli liggende uten eier. Både assisterende direktør og spesialrådgiver beskriver i intervjuet viktigheten av å erstatte dokumenteiere som slutter med ny eier av hensyn til oppdatering og dokumentets relevans. Vi får opplyst at det er et krevende arbeid å erstatte dokumenteiere som har sluttet og at det her gjenstår en del arbeid.

2.4.3 Overordnet gjennomgang av Compilo

Revisjonen har fått tilgang til Compilo og har gjort en overordnet gjennomgang av hvordan systemet fungerer, og innhentet informasjon om hvordan Lørenskog kommune benytter Compilo som kvalitets- og internkontrollsystem.

Hovedmenyen i Compilo viser øverst på linjen tilgang til menyfunksjon og søkefunksjon, i tillegg følger ulike moduler som:

- Dokumentbibliotek
- Leseliste
- Melde avvik
- Dine oppdrag
- Oppfølging
- Avviksstatistikk

Midt på siden gjentas tre av funksjonene/modulene i større bokser. Dette er funksjon for å melde avvik, dokumentbibliotek og søkefunksjon.

Avvik meldes ved å klikke på «melde avvik». Den som skal melde inn et avvik har flere valgmuligheter som enten er obligatoriske eller valgfrie. Den ansatte kan definere alvorlighetsgrad og type avvik ved å klikke på forhåndsdefinerte kategorier fra rullemenyen, deretter kan man gi en beskrivelse av avviket, og om ønskelig beskrive forslag til endring, legge ved bilder eller dokumenter. Deretter sendes avviket inn.

Ved å klikke på “Dokumentbibliotek” får man frem ulike mapper som er strukturert etter ulike prosesser og områder. Det skilles mellom ledelsesprosesser, tjenesteområder og støtteprosesser. For hver prosess eller område kan man klikke seg videre inn på flere navngitte temamapper. Ved å klikke på temamappene ledes man videre til en ny mappestruktur hvor det er lagt til rette for å legge inn dokumenter. Det er også mulig å søke opp dokumenter via søkefunksjonen.

2.5 Oppgave- og ansvarsforhold

Som tidligere nevnt har kommunedirektøren har totalansvaret for internkontrollen i hele organisasjonen, men ansvaret for gjennomføring av internkontroll på sektornivå er delegert ved fullmakter til direktørene for hver sektor. Ifølge delegeringsreglement for sektorene har den enkelte leder ansvar for internkontroll innenfor sitt område. Ledere skal sikre at virksomhetens internkontroll er effektiv, hensiktsmessig og tilpasset risikobildet. Innenfor den enkelte enhet og virksomhet skal det etableres konkrete kvalitetsmål for internkontrollen (Lørenskog kommune 2024c).

Revisjonen har fått oversendt flere dokumenter som sier noe om oppgave- og ansvarsforhold:

- Policy for internkontroll i Lørenskog kommune (Lørenskog kommune 2024b)
- Internkontrollveileder (Lørenskog kommune 2024c)
- Delegering av kommunedirektørens myndighet og fullmakter til direktørene (Lørenskog kommune 2024h)
- Lederavtale 2025 (Lørenskog kommune 2024i)
- Lederavtale og leders myndighet og ansvar – informasjon (Lørenskog kommune 2024j)
- Delegeringsreglement for sektorene STYV; HOM, KUL, OUS og TEK (Lørenskog kommune 2024k 1-5)
- Kommunedirektørens ledersamlinger – rutiner (Lørenskog kommune 2024l)
- Årshjul rapportering mm 2025 (Lørenskog kommune 2024m)
- Årshjul og frister for 2025 – informasjon (Lørenskog kommune 2024n)

Kommunens internkontrollveileder gjør nærmere rede for roller og ansvar for internkontroll gjennom hele organisasjonen.

Under «Roller og ansvar for internkontroll» i Internkontrollveilederen, gis det også overordnede føringer om informasjonsflyt og kommunikasjon. Kommunikasjonsflyt eller toveis kommunikasjon mellom ulike nivåer vil ifølge veilederen bidra til at styringen og internkontrollen trekker i samme retning.

Internkontrollpolicyen gir også overordnede føringer om informasjonsflyt og kommunikasjon i form av rapportering. Rapportering innebærer ifølge policyen at resultater fra oppfølging på lavere nivå, rapporteres til høyere nivå, og at rapportert informasjon sammenstilles, analyseres og integreres i øvrig rapportering. På den måten legges det ifølge internkontrollpolicyen til rette for at mangler ved internkontrollen blir håndtert på riktig nivå.

Figuren under viser en illustrasjon av toveis kommunikasjon som omfatter alle nivåer i organisasjonen.

Figur 3 Toveis kommunikasjon



Kilde: Lørenskog kommune 2024c.

Oppgave- og ansvarsforhold knyttet til bruk av Compilo er også beskrevet i internkontrollveilederen. Det er listet opp ulike roller som superbruker, leder, forfattere, verneombud, øvrige ansatte og systemadministrator. Tilknyttet hver av disse rollene er det gitt føringer for oppgaver og ansvar.

Internkontrollpolicyen gir føringer for bruk av årshjul. Ved bruk av årshjul vil ledere kunne planlegge og styre viktige aktiviteter, følge opp og fordele oppgaver. Det kommer også frem at kommunen har et overordnet årshjul i Compilo for helhetlig styring, videre har kommunen årshjul for HMS og internkontroll. I tillegg har alle avdelinger og virksomheter sitt eget årshjul.

Vi vil komme tilbake til oppgave- og ansvarsforhold knyttet til risikovurderinger og avvikshåndtering når dette beskrives nærmere i kapittel 3 og 4.

2.6 Revisjonens vurdering

Det er revisjonens vurdering at reglementer, rutiner og prosedyrer i all hovedsak er dokumentert, samlet og tilgjengelig. Kommunen har flere overordnede felles internkontrollrutiner og systemet Compilo, som bidrar til å sikre dette. Alle ansatte i kommunen har tilgang til Compilo både via mobil, nett og pc, og de aller fleste internkontrolldokumenter er lagret i Compilo.

Det er også etablert systemer som skal bidra til å sikre at dokumentene i Compilo er oppdaterte og relevante, blant annet gjennom at hvert dokument har en dokumenteier. I tillegg er det en funksjon i Compilo som gir dokumenteier et varsel om å oppdatere dokumentet minimum årlig. Samtidig går det frem av undersøkelsen at enkelte dokumenter fortsatt ligger i Compilo, selv om de ikke er relevante eller operative, og at flere dokumenter mangler dokumenteier. Etter revisjonens vurdering er systemet for å sikre at internkontrolldokumenter er oppdaterte og relevante derfor ikke tilfredsstillende fulgt opp.

Revisjonens vurdering er videre at kommunen har etablert flere delegeringsreglementer, fullmakter, lederavtaler og årshjul som samlet og hver for seg bidrar til at oppgave- og ansvarsforhold knyttet til internkontroll er avklart.

3 RISIKOVURDERINGER

3.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, herunder de tre internkontrollmålsettingene: målrettet og effektiv drift, overholdelse av lover og regler og pålitelig rapportering (DFØ 2020).

Risikovurderinger bør utføres både på overordnet, strategisk nivå, og på operativt tjenestenivå i kommunen. Det bør videre være en systematikk i arbeidet med risikovurderinger. Dette innebærer for det første at risikovurderingene bør gjennomføres eller oppdateres jevnlig. For det andre bør risikovurderinger på overordnet nivå bygge på risikovurderinger fra tjenesteområdene.

For problemstilling 2 utledes følgende krav og forventninger til kommunen:

Problemstilling 2	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad gjennomføres det systematiske risikovurderinger?	→ Kommunen bør ha på plass felles rutiner for å gjennomføre systematiske risikovurderinger. → Risikovurderingene på overordnet nivå bør systematisk bygge risikovurderinger fra de ulike tjenestenivåene.

3.2 Felles rutiner for gjennomføring av risikovurderinger

3.2.1 Innledning

Kommunens internkontrollpolicy, omtalt i del 2.3 i denne rapporten, gir retningslinjer for gjennomføring av systematiske risikovurderinger. I tillegg til policyen, er det utarbeidet flere støtterutiner som inneholder beskrivelser, anbefalinger og/eller gir konkrete føringer og krav for gjennomføring av risikovurderinger på ulike nivå i organisasjonen, blant annet:

- Internkontrollveileder (Lørenskog kommune 2024c)
- Felles – ROS-analyser i Compilo – Rutine (Lørenskog kommune 2024f)

I tillegg til de dokumenter som er nevnt over, omtales risikovurderinger også i støtterutinen Ledelsens årlige gjennomgang. I rutinen oppgis det blant annet at det er et krav om at det skal gjennomføres risikovurderinger på alle nivåer i kommunen og at risikovurderinger på direktørnivå bør systematisk bygge på funn fra risikovurderinger fra de ulike tjenestenivåene. Denne rutinen er som nevnt i kapittel 2, punkt 2.2, imidlertid ikke operativ og den vil derfor ikke bli gjort nærmere rede for under.

I det følgende vil det nærmere bli gjort rede for kommunens internkontrollpolicy og de aktuelle støtterutinene nevnt over. Revisjonen bemerker at kommunen i sine rutiner bruker begrepene

«risikovurdering», «risikoanalyse» og «ROS-analyse» om hverandre. Revisjonen benytter i det følgende for enkelhets skyld kun betegnelsen «risikovurdering».

3.2.2 Policy for internkontroll

Det kommer frem av internkontrollpolicyen (Lørenskog kommune 2024b) at kommunedirektøren har ansvar for at det gjennomføres en overordnet risikovurdering på direktørnivå. Formålet er ifølge policyen å identifisere og vurdere risikoer som kan ha betydning for hvordan internkontrollen fungerer, herunder å avdekke og avklare prioriterte områder for forbedring. Den overordnede risikovurderingen presenteres fra sektordirektørene i kommunedirektørens ledergruppe og skal blant annet belyse følgende:

- Hvor er risikoen størst?
- Har vi satt inn risikoreduserende tiltak, og fungerer de?
- Er kriseorganisasjonens beredskapsplaner ajourført og øvet?
- Hvor er risikoen størst for å ikke etterleve kommunepliktene (lover, forskrifter og interne styrende dokumenter).

Internkontrollpolicyen skiller mellom den overordnede risikovurderingen på direktørnivå og risikovurderinger på tjenestenivå. Når det gjelder risikovurderinger på tjenestenivå oppgis det at disse skal gjennomføres ved hjelp av verktøyet som ligger i Compilo. Ifølge policyen tilfredsstiller metodikk og prosess i Compilo sin modul for risikoanalyse, alle krav beskrevet i Norsk Standard 5814:2008 – Krav til Risikovurderinger. Risikovurderingene skal ifølge policyen revideres årlig og bør som minimum inkludere følgende prioriterte områder:

- HMS-avvik
- Tjenesteavvik
- Organisasjonsavvik
- Informasjonssikkerhet og GDPR

Slik revisjonen forstår det, følger det av internkontrollpolicyen, at risikovurderinger skal gjennomføres på prioriterte områder som er listet over, både på direktørnivå og på tjenestenivå.

3.2.3 Internkontrollveileder

Også internkontrollveilederen viser til at ledere i kommunen skal gjennomføre risikovurderinger. Ifølge veilederen skal prosessbeskrivelser og utarbeidelse av lokale risikovurderinger gjøres på avdelingsnivå (laveste tjenestenivå), ettersom det er på avdelingsnivå man har størst fagkunnskap til å sette inn relevante risikoreduserende tiltak. Relevant informasjon fra disse vurderingene skal etter internkontrollveilederen videreformidles oppover til direktørnivå. Direktørnivå skal følge opp kritiske risikoer ved å hente inn relevant informasjon fra avdelingenes gjennomførte risikovurderinger og sikre at tiltak iverksettes. Det kommer videre frem at strategier og mål skal formidles fra overordnet nivå direktørnivå til tjenestenivåer som virksomheter og avdelinger. Resultater fra risikovurderinger på direktørnivå skal vurderes og sammenstilles i en helhetlig risikovurdering.

3.2.4 Rutine for risikovurderinger i Compilo

Ifølge rutinen Felles – ROS-analyser i Compilo, er formålet med gjennomføring av risikovurderinger «å sikre enhetlig og tilfredsstillende metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser slik at man ved bruk av denne metodikken kan bistå i å drifte kommunen på en trygg måte. Metodikken skal avdekke uønskede hendelser, samt sikre effektive risikoreduserende tiltak.» Det er videre beskrevet at systematiske og dokumenterte risikovurderinger er en del av arbeidsgivers lovpålagte internkontroll. Ansvaret for at risikovurderinger gjennomføres ligger ifølge rutinen hos leder, prosjektleder og/eller systemeier. Rutinen gir praktisk veiledning for gjennomføring av risikovurderinger, for eksempel hva, når og hvordan dette skal utføres.

3.3 Risikovurderinger i praksis

Både assisterende direktør og spesialrådgiver opplyser i intervju at det gjennomføres enkelte risikovurderinger på direktørnivå. Revisjonen har fått oversendt flere dokumenter som etter det som er opplyst av spesialrådgiver er relevant i forhold til arbeidet med gjennomføring av risikovurderinger på direktørnivå. Dette er eksempelvis en sluttrapport fra en arbeidsgruppe som beskriver mulighetsrom med tilhørende risikovurderinger, risikovurdering av strukturprosjektet og en rapport om Ledelsens årlige gjennomgang fra 2023.

Det går frem av internkontrollveilederen at resultatet av risikovurderinger fra direktørnivå skal vurderes og sammenstilles i en «helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse». Etter en gjennomgang av dokumentene kan ikke revisjonen se at dette kravet er fulgt, noe som også bekreftes i e-post fra spesialrådgiver.

Spesialrådgiver opplyser i e-post den 27.05.25 at de risikovurderinger som er gjennomført på overordnet direktørnivå i all hovedsak er hendelsesbaserte, og derfor ikke er fullt ut i tråd med de krav som følger av internkontrollveilederen.

Assisterende direktør opplyser i intervju 21.03.25 at det også gjennomføres risikovurderinger på tjenestenivå, men at det er et forbedringspotensial når det gjelder systematikk i dette arbeidet. Ifølge assisterende direktør er det i kommunen ulik praksis, kvalitet og kompetanse alt ettersom hvilken sektor man ser på. Assisterende direktør legger til at systematiske risikovurderinger alt i alt har fått for lite oppmerksomhet.

Revisjonen får opplyst av spesialrådgiver i intervjuet at eventuelt risikofunn ikke systematisk blir løftet opp til overordnet direktørnivå. Unntaket er ifølge spesialrådgiver knyttet til arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet. Vi får også opplyst i intervju med assisterende direktør at kommunen jobber godt med gjennomføring av risikovurderinger i tverrsektorielle prosjekter, som for eksempel økonomi eller omorganisering, men at kommunen ikke har en tilstrekkelig systematisk tilnærming til arbeidet med risikovurderinger på tvers i organisasjonen.

Revisjonen har fått oversendt flere dokumenter som ifølge spesialrådgiver er relevante i forhold til arbeidet med gjennomføring av risikovurderinger på tjenestenivå. Dette er eksempelvis dokumenter fra området strategi og samfunn, risikoanalyser knyttet til enkelte prosjekter fra området teknisk, økonomiske vurderinger fra områdene oppvekst og utdanning og helse, omsorg og mestring.

Revisjonen har videre fått oversendt en statusrapportering på fagområdene internkontroll, informasjonssikkerhet, personvern, beredskap, IKT og HMS. Det kommer frem av følgebrev fra spesialrådgiver at rapporten gir en oppsummering av status og et overordnet bilde av risiko i kommunen for disse fagområdene.

Revisjonen har sett nærmere på om det er gjennomført systematiske risikovurderinger i Compilo på enkelte områder i kommunen, det vil si om det er mulig å følge risiko fra avdelingsnivå og oppover i organisasjonen. Vi kan ikke se at dette er tilfelle, men må ta forbehold om at ikke risikovurderinger fra alle avdelinger og områder er gjennomgått. Ett unntak er risikovurderinger innenfor området informasjonssikkerhet. Spesialrådgiver opplyser i e-post den 27.05.25 at det innenfor informasjonssikkerhet gjennomføres årlige risikovurderinger av hvert direktørområde, som behandles av direktørene tilknyttet hver sektor, for deretter å samles i en overordnet risikovurdering.

3.4 Revisjonens vurdering

Det er revisjonens vurdering at kommunen har felles rutiner for å gjennomføre systematiske risikovurderinger, men at rutinene i varierende grad etterleves. Det gjennomføres enkelte risikovurderinger både på overordnet nivå og på tjenestenivå, men dette arbeidet er ikke systematisk.

Videre er det revisjonens vurdering at risikovurderinger på overordnet nivå ikke systematisk bygger på risikovurderinger i tjenesteområdene, med unntak av på informasjonssikkerhetsområdet.

4 AVVIKSHÅNDTERING

4.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Å avdekke og følge opp avvik, er en viktig del av kommunens internkontroll. Arbeidet skal bidra til det enkelte avvik blir korrigert og lukket, men også til at kommunen lærer av sine feil, slik at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges i fremtiden (KS 2020, 99). KS viser til at “merverdien i form av styrket internkontroll oppstår først når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid”.

For problemstilling 3 utledes følgende krav og forventninger til kommunen:

Problemstilling 3	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad er det etablert en god praksis for avvikshåndtering?	→ Kommunen bør ha et felles avvikssystem, herunder rutinebeskrivelser, som er enkelt å bruke og tilgjengelig for alle ansatte. → Kommunen bør ha rutiner og praksis som bidrar til at avvikshåndteringen fører til kontinuerlig læring og forbedring av kommunens virksomhet.

4.2 Felles avvikssystem og rutinebeskrivelser

Revisjonen har som tidligere opplyst hatt tilgang til Lørenskog kommunes felles kvalitets- og internkontrollsystem, Compilo, hvor avvik skal meldes, behandles og lukkes. Revisjonen har sett nærmere på avviksmodulen. Det vises til del 2.4.3 for en nærmere beskrivelse av avviksmodulen.

Lørenskog kommune har oversendt en egen avviksrutine; Melde og behandle avvik – Rutine (Lørenskog kommune 2024o). I rutinen oppgis det at formålet med rutinen er å sikre enhetlig og tilfredsstillende fremgangsmåte og metode for avviksrapportering og avviksbehandling. Rutinen gjelder for alle ansatte i Lørenskog kommune. Alle ansatte er ansvarlig for, og har rett til, å melde avvik. Nærmeste leder er ansvarlig for å behandle avvik i samsvar med rutinen. Nærmeste leder med personalansvar er også ansvarlig for at rutinen følges av de ansatte (ibid).

Rutinen gjør rede for hva et avvik er, hva som er forskjellen på avvik og varsling, hvor avvik skal meldes og behandling av avvik.

Avvik defineres i rutinen som uønskede hendelser eller manglende oppfyllelse av krav i forhold til følgende:

- Ikke oppfylt krav i lov, forskrift eller eksterne retningslinjer (myndighetskrav)
- Ikke oppfylt interne reglement, etiske retningslinjer eller rutiner
- Skader, nesten-uhell, uønskede hendelser og uakseptable forhold

Avvik skal meldes ved alle forhold eller hendelser som ikke er i tråd med lovverk, interne reglement eller rutiner. Varsling benyttes ved kritikkverdige forhold som for eksempel ved skadelige, uetiske eller straffbare hendelser som korrupsjon, mobbing, trusler eller seksuell trakassering. Det går videre frem av avviksrutinen at det viktigste ikke er å avgjøre om det er et avvik eller et varsel. Det viktigste er å melde ifra.

Rutinen gjør videre rede for opplæring og bruk av avviksmodule i Compilo. Det vises herunder til en e-leksjon som kan benyttes for nærmere informasjon om hvordan avvik skal meldes i Compilo. HMS-avvik, tjenesteavvik, organisasjonsavvik og avvik knyttet til informasjonssikkerhet og personvern skal meldes elektronisk i Compilo. Rutinen beskriver blant annet også terskelverdier for å melde avvik, eksempler på avvik og avvikskategorier.

Avvikskategorier er i Lørenskog kommune delt inn i fire hovedkategorier av avvik:

- HMS-avvik
- Tjenesteavvik
- Organisasjonsavvik
- Informasjonssikkerhet og personvern/GDPR
- Avvik til leverandører og eksterne samarbeidspartnere

Rutinen omfatter også en kort beskrivelse av blant annet avviksbehandlingen, tiltak og begrunnelse for lukking av avviket. Videre gjør rutinen rede for tidsfrister og innsyn, samt hvor man kan finne statistikk over meldte avvik.

I intervju forteller spesialrådgiver at alle ansatte i kommunen har enkel tilgang til avviksmodule i Compilo via mobiltelefon eller pc. Spesialrådgiver opplyser at nyansatte ved oppstart får opplæring om avvik og hvordan avvik skal meldes.

Både assisterende direktør og spesialrådgiver opplyser i intervju at når et avvik meldes i Compilo, får leder et e-postvarsel, og en frist på 14 dager til å lukke avviket. Dersom avviket ikke blir lukket, går avviket oppover ett nivå. Det gis tilbakemelding gjennom Compilo når et avvik er behandlet. Den som har meldt et avvik kan også få et e-postvarsel når avviket er lukket. Det opplyses videre om at det også er anledning til å gå inn i systemet og følge utviklingen av eget meldt avvik.

På spørsmål fra revisjonen om kommunen har et system for å fange opp om like eller tilsvarende avvik blir meldt flere ganger, opplyser spesialrådgiver i intervju at kommunen ikke har et system for å fange opp dette. Det finnes imidlertid en funksjon i avvikssystemet der den som melder inn et avvik kan rapportere inn i avvikssystemet at det er et repeterende avvik som meldes.

I intervju opplyser assisterende direktør at han har inntrykk av at Lørenskog kommunen har en god avviskultur og at det er lav terskel for å melde avvik.

4.3 Kontinuerlig læring og forbedring

Det går frem av Helhetlig styring i Lørenskog kommune (2024a) at læring og forbedring er et styringsprinsipp i kommunen. Arbeidet med læring og forbedring gjøres gjennom å evaluere praksis og vurdere justeringer, med mål om å hele tiden forbedre tjenestene i kommunen. «For å gjøre de

riktige vurderingene, og ta de riktige beslutningene om hvilke tiltak som er nødvendige, må vi evaluere og lære av det vi gjør. Systematisk evaluering gir oss godt grunnlag for utvikling og læring» (Lørenskog kommune 2024a).

Videre går det frem av kommunens internkontrollpolicy at avvik er dokumentasjon på at kommunen har høy risiko på et område og kan derfor være grunnlag for en risikovurdering. «På den måten kan kommunen forbedre rutiner for å unngå at tilsvarende avvik skjer i fremtiden (Lørenskog kommune 2024b)».

Revisjonen har bedt kommunen sende over dokumentasjon på avviksrapportering på overordnet nivå. Administrasjonen viser til avviksrapportering som skjer i kommunestyret en gang i året. Vi får opplyst at denne rapporteringen er enkel og veldig overordnet.

Både assisterende direktør og spesialrådgiver opplyser i intervju at arbeidet med å hente ut avviksstatistikk og gjennomgå aggregerte avvik ikke er godt nok er satt i system. Det opplyses fra assisterende direktør at arbeidet med avviksstatistikk gjennomføres noe tilfeldig og ulikt fra enhet til enhet.

I e-post fra spesialrådgiver den 27.05.25 opplyses det at kommunen på enkelte områder jobber systematisk med avviksstatistikk. Eksempel på dette er legemiddelavvik innenfor området helse og omsorg og HMS-avvik, herunder avvik knyttet til vold og trusler.

4.4 Revisjonens vurdering

Det er revisjonens vurdering at Lørenskog kommune har felles system og rutiner for å melde avvik. Kommunens avviksrutine beskriver hva et avvik er, og hvordan dette skal meldes og følges opp. Avvik meldes i Compilo, i egen avviksmodul som for revisjonen fremstår som brukervennlig, og som er tilgjengelig for alle ansatte.

Det er revisjonens vurdering at kommunen har skriftlig nedfelte rutiner som legger føringer for systematisk gjennomgang av avvik, for å sikre kontinuerlig læring og forbedring. Det er imidlertid fortsatt arbeid som gjenstår når det gjelder etterlevelse av rutinene. Det oppgis at arbeidet med å systematisk benytte avvik til læring og forbedring skjer noe tilfeldig og varierer fra enhet til enhet.

5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne undersøkelsen har hatt som formål å vurdere i hvilken grad Lørenskog kommune har et overordnet og helhetlig internkontrollsystem som legger til rette for en betryggende kontroll med administrasjonens virksomhet. Systematisk risikovurderinger og en god praksis for avvikshåndtering er en viktig del av dette arbeidet.

Det er revisjonens konklusjon av kommunen langt på vei har etablert et helhetlig system for internkontroll i kommunen. Undersøkelsen viser at Lørenskog kommune har et felles kvalitet- og internkontrollsystem hvor reglementer, rutiner og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig. Disse beskriver blant annet oppgave- og ansvarsforhold når det gjelder arbeidet med internkontroll. Systemet for å sørge for at dokumentene er oppdaterte og relevante er imidlertid ikke tilfredsstillende fulgt opp.

Videre er det vår konklusjon at kommunen i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger. Det er rutiner på plass for dette arbeidet, men rutinene etterleves ikke som forutsatt. Det gjennomføres flere enkeltstående risikovurderinger, men arbeidet er ikke systematisk og risikovurderinger på overordnet nivå bygger i liten grad på risikovurderinger i tjenesteområdene.

Til slutt er det revisjonens konklusjon at det langt på vei er etablert en god praksis for avvikshåndtering. Undersøkelsen viser at kommunen har gode rutiner for håndtering av enkeltavvik. Det er imidlertid svakheter når det gjelder systematisk bruk av avviksstatistikk til læring og forbedring.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen anbefaler revisjonen at kommunedirektør:

1. sikrer at dokumenter som ligger i kvalitet- og internkontrollsystemet er oppdaterte og relevante.
2. sikrer at risikovurderinger på direktørnivå i større grad bygger på risikovurderinger på de ulike tjenestenivåene, og at risikovurderinger på alle nivåer i organisasjonen skjer jevnlig.
3. sørger for at avviksrapportering systematisk benyttes inn i arbeidet med kontinuerlig læring og forbedring av kommunens virksomhet.

LITTERATUR- OG KILDELISTE

Lover og forskrifter

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

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

Veiledere

Kommunesektoren KS (2020): Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll

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

Dokumenter fra Lørenskog kommune

Lørenskog kommune 2024a. Helhetlig styring i Lørenskog kommune

Lørenskog kommune 2024b. Policy for internkontroll i Lørenskog kommune

Lørenskog kommune 2024c. Internkontrollveileder

Lørenskog kommune 2024d. Felles – Internkontrollforum

Lørenskog kommune 2024e. Leders sjekklister for internkontroll

Lørenskog kommune 2024f. Felles – ROS-analyser i Compilo – Rutine

Lørenskog kommune 2024g. Leders årlige gjennomgang (ikke operativ)

Lørenskog kommune 2024h. Delegering av kommunedirektørens myndighet og fullmakter til direktørene.

Lørenskog kommune 2024i. Lederavtale

Lørenskog kommune 2024j. Lederavtale og leders myndighet og ansvar – informasjon

Lørenskog kommune 2024k. Delegeringsreglement for sektorene STYV; HOM, KUL, OUS og TEK

Lørenskog kommune 2024l. Kommunedirektørens ledersamlinger – rutiner

Lørenskog kommune 2024m. Årshjul rapportering mm

Lørenskog kommune 2024n. Årshjul og frister for 2025 – informasjon

Lørenskog kommune 2024o. Melde og behandle avvik – Rutine

Lørenskog kommune 2024p. Felles – Opplæring i bruk av Compilo for ansatte og ledere – Oversikt

Lørenskog kommune 2024q. Ledelsens gjennomgang for året 2023, informasjonssikkerhet og personvern, internkontroll, beredskap, IKT og HMS

Lørenskog kommune 2024r. Sluttrapport fra arbeidsgruppe mulighetsrom med risikovurdering.

Lørenskog kommune 2024s. ROS-analyse Strukturprosjektet

Lørenskog kommune 2024t. Budsjett 2025 og økonomiplan 2025 – 2028

Lørenskog kommune 2024u. Oversikt over avvik

Lørenskog kommune 2024v. Avviksstatistikk

VEDLEGG 1 KOMMUNEDIREKTØRS UTTALELSE

Romerike revisjon

Vår referanse 24/9006-5

Dato 05.06.2025

Saksbehandler / telefon May-Hilde Garden / 67 93 46 27

Svar på forvaltningsrevisjonsrapport til gjennomgang og uttalelse

Kommunedirektøren takker Romerike revisjon IKS for en grundig og gjennomarbeidet forvaltningsrevisjon av Lørenskog kommunes overordnede internkontroll. Rapporten gir et nyansert og verdifullt bilde av status for kommunens arbeid med internkontroll, og peker på både styrker og forbedringsområder som kommunen kjenner seg igjen i.

Det er positivt at revisjonen anerkjenner at Lørenskog kommune i stor grad har etablert et helhetlig og tilgjengelig system for internkontroll. Det fremheves at kommunen har et felles kvalitetssystem hvor reglementer, rutiner og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig for ansatte. Dette er et resultat av målrettet innsats over tid, og det er gledelig at dette løftes frem som en styrke i rapporten. Kommunedirektøren ser dette som en bekreftelse på at kommunen har et godt fundament for videre utvikling. Samtidig tar kommunedirektøren til etterretning at det er forbedringspunkter knyttet til oppdatering og relevans av dokumenter i internkontrollsystemet.

Når det gjelder risikovurderinger, deler kommunedirektøren vurderingen om at det er behov for en mer systematisk og helhetlig tilnærming. Kommunen vil derfor styrke arbeidet med å sikre at risikovurderinger gjennomføres jevnlig på flere nivåer, og at vurderinger på direktørnivå i større grad bygger på innsikt fra tjenestenivåene. Det er også et mål å sikre bedre dokumentasjon og sammenstilling av risikovurderinger på tvers av sektorer.

Rapporten viser videre at kommunen har gode rutiner for håndtering av enkeltavvik, og at det er lav terskel for å melde avvik. Dette er en viktig del av en god internkontrollkultur. Kommunedirektøren erkjenner imidlertid at det er behov for å bruke avviksstatistikk mer systematisk i arbeidet med læring og forbedring.

Kommunedirektøren ser på rapporten som et nyttig og konstruktivt bidrag i det videre arbeidet med å utvikle og forbedre kommunens internkontroll. Funnene og anbefalingene vil inngå som en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet, og det vil bli lagt til rette for at tiltak følges opp i tråd med rapportens anbefalinger.

Med hilsen

stab STYV

Ragnar Christoffersen

Vibeke Kristine Rørvik

kommunedirektør

direktør styring og virksomhetsutvikling

VEDLEGG 2 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier og kilder

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

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

- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22. juni 2018 nr.83 (kommuneloven)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2020. Prop. 81 L – Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen
- KS veileder «Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll» (2020)
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) 2020. Veileder i internkontroll

Helhetlig system for internkontroll

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

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

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

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren:

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

Loven krever at internkontrollen skal «sikre at lover og forskrifter følges». Det er kommunedirektøren som har ansvaret for internkontrollen i kommunen.

Det følger videre av kommuneloven § 25-1 at internkontrollen skal være dokumentert, jf. bokstav a, b, d og e. Det er opp til kommunedirektøren å vurdere i hvilken form og hvilket omfang det er nødvendig å dokumentere. Det kommer videre frem av bestemmelsen at internkontrollen skal tilpasses behovene i den aktuelle kommune og virksomhet. Revisjonen legger til grunn at rutiner og prosedyrer, risikoanalyser og avvikshåndtering bør dokumenteres. KS peker i sin veileder på at

dokumentasjon av internkontroll bør struktureres og helst samles på et felles sted for å sikre tilgjengelighet (KS 2020, 48, 52).

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

Kommuneloven stiller krav til en systematisk internkontroll. KS peker på at en systematisk internkontroll «innebærer planlegging, oppfølging og vedlikehold, og dette krever ressurser».

I bokstav e i kommunelovens § 25-1 stilles det krav til at kommunen skal evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer, men også andre internkontrolltiltak. I Prop. 81 L står det at «[m]ed systematisk menes at arbeidet med internkontrollen ikke skal være tilfeldig, hendelsesbasert eller spontant» (KMD 2020, 15).

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

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

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 1:

Problemstilling 1	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad er det etablert et helhetlig system for internkontroll i kommunen?	→ Kommunen bør ha et internkontrollsystem som sikrer at reglementer, rutiner og prosedyrer er: ○ dokumentert ○ samlet og tilgjengelig ○ oppdatert og relevant → Kommunen bør ha reglementer, rutiner og prosedyrer som bidrar til at oppgave- og ansvarsforhold knyttet til internkontroll er avklart.

Systematiske risikovurderinger

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, herunder de tre internkontrollmålsettingene: målrettet og effektiv drift, overholdelse av lover og regler og pålitelig rapportering (DFØ 2020). KS skriver i sin veileder at «[r]isiko kan forstås som produktet av sannsynlighet og konsekvens av en hendelse» (KS 2020, 64). Videre står det at kommunen trenger å ha en risikobasert tilnærming, for å ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, og hvorvidt etablerte tiltak og kontroller på en god nok måte reduserer risiko (ibid.).

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

Tverrsektorielt samarbeid ved planlegging og gjennomføring av risikovurderinger blir også beskrevet i DFØ sin veileder i internkontroll.

Det vil være naturlig at ledelsen ved risikovurderinger på virksomhetsnivå tar i betraktning vurderinger som er gjennomført på lavere nivåer. På denne måten vil risikoer som er synliggjort i risikovurderingen på lavere nivåer gi relevant informasjon til risikovurderingen på virksomhetsnivå (DFØ 2020).

Etter at ledelsen har gjennomført risikovurdering på virksomhetsnivå, kan resultatet oppsummeres i en samlet oversikt som viser hvilke prosesser som eksponeres for de identifiserte risikoene. En slik oversikt gir et bilde av hvilke prosesser ledelsen bør prioritere i internkontrollarbeidet. På denne måten vil virksomhetsledelsen gjennom risikovurderingen nyansere og supplere sin vurdering av hvilke prosesser og områder som vurderes som mest vesentlige i internkontrollsammenheng (ibid.).

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

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 2:

Problemstilling 2	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad gjennomføres det systematiske risikovurderinger?	→ Kommunen bør ha på plass felles rutiner for å gjennomføre systematiske risikovurderinger. → Risikovurderingene på overordnet nivå bør systematisk bygge risikovurderinger fra de ulike tjenestenivåene.

God praksis for avvikshåndtering

Selv om formålet med internkontroll er å forebygge uønskede hendelser, er det likevel mulig at slike hendelser kan oppstå. Det har siden 90-tallet vært et krav, gjennom forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, at virksomheter skal ha rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik innen HMS.

I kommuneloven § 25-1 bokstav c står det at kommunedirektøren skal avdekke og følge opp avvik. Hensikten med avviksrapportering er å få dokumentert tilfeller der internkontrollen ikke fungerer godt nok, og å lære av feil slik at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges (KS 2020, 98). Oppfølging av avvik står dermed sentralt.

I KS sin veileder står det 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” (KS 2020, 98).

Å avdekke og følge opp avvik, er en viktig del av kommunens internkontroll. Arbeidet skal bidra til det enkelte avvik blir korrigert og lukket, men også til at kommunen lærer av sine feil, slik at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges i fremtiden (KS 2020, 99). Det står også at “merverdien i form av styrket internkontroll oppstår først når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid” (KS 2020, 99).

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 3:

Problemstilling 3	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad er det etablert en god praksis for avvikshåndtering?	→ Kommunen bør ha et felles avvikssystem, herunder rutinebeskrivelser, som er enkelt å bruke og tilgjengelig for alle ansatte. → Kommunen bør ha rutiner og praksis som bidrar til at avvikshåndteringen fører til kontinuerlig læring og forbedring av kommunens virksomhet.