



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 5-2024

# OVERORDNET INTERNKONTROLL

GJERDRUM KOMMUNE

MAI 2024

# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>1</b>
Anbefalinger	3
Kommunedirektørens høringsuttalelse	3
<b>1 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Formål og problemstillinger	4
1.3 Avgrensning	4
1.4 Rapportens oppbygging	5
<b>2 Metode og data</b>	<b>6</b>
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	6
2.1.1 Dokumentanalyse	6
2.1.2 Intervjuer og spørreundersøkelser	6
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	6
<b>3 Revisjonskriterier</b>	<b>7</b>
3.1 Krav og forventninger til kommunedirektørens internkontroll	7
3.2 Systematiske risikovurderinger	9
3.3 Avvikshåndtering	10
<b>4 Kommunens internkontrollsystem</b>	<b>11</b>
4.1 Rammeverk for internkontroll	11
4.2 Organisering	12
4.3 COSO-modellen	12
4.4 Kvalitetssikringssystemet TQM	13
4.4.1 Ledelse	14
4.4.2 Kjerneprosess	15
4.4.3 Støtte 15	
4.5 Sektorovergripende styringsdokumenter	16
4.5.1 Etske retningslinjer	16
4.5.2 Personalforvaltning	17
4.5.3 Økonomi- og finansreglement	18
4.5.4 Datasikkerhet og personvern	18

4.5.5	Delegeringsreglement	19
4.6	Oppgave og ansvarsfordeling	20
4.7	Rapportering av internkontrollen	21
4.8	Revisjonens vurdering, konklusjon og anbefaling	22
<b>5</b>	<b>Systematiske risikovurderinger</b>	<b>24</b>
5.1	Risikovurderinger på overordnet nivå	24
5.2	Risikovurderinger på operativt tjenestenivå	26
5.3	Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefaling	27
<b>6</b>	<b>Avvikshåndtering</b>	<b>28</b>
6.1	Kommunens system for å melde og følge opp avvik	28
6.2	Statistikk for avviksmeldinger	32
6.3	Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefaling	35
<b>7</b>	<b>Kilder</b>	<b>37</b>
7.1	Lov og forskrift m.m	37
7.2	Veiledere	37
7.3	Kilder fra Gjerdrum kommune	37
<b>8</b>	<b>VEDLEGG 1: KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR</b>	<b>38</b>
	Tabell 1: Oversikt over mapper og ledelsesdokumenter i TQM .....	15
	Tabell 2: Oversikt over mapper og støttedokumenter i TQM .....	16
	Tabell 3: Overordnede internkontrolldokumenter .....	19

## SAMMENDRAG

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

Undersøkelsen besvarer følgende hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad er det etablert et helhetlig system som sikrer at internkontrollrutiner i kommunen til enhver tid er samlet, tilgjengelig og oppdaterte?
2. I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
3. I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

### Hovedfunn

1. Det er i all hovedsak etablert et helhetlig internkontrollsystem.
2. Det foreligger ikke skriftlige rutiner for gjennomføring av risikovurderinger eller dokumentasjon av gjennomførte risikovurderinger, hverken på overordnet nivå eller på operativt tjenestenivå.
3. Det er etablert et felles system og rutiner for avvikshåndtering.
4. Det er ikke etablert en fast praksis for å analysere statistikk for samlet avvik på overordnet nivå.

Undersøkelsen viser at Gjerdrum kommune har et betydelig antall dokumenter som inngår i kommunens internkontrollsystem. Gjerdrum kommune benytter kvalitetssystemet TQM. Undersøkelsen viser at alle organisasjonene skal bruke TQM til å lagre, tilgjengeliggjøre og vedlikeholde vesentlige prosedyrer og andre styrende dokumenter. Undersøkelsen viser samtidig at utvalgte sektorovergrepene styringsdokumenter ligger i ulike systemer som Innbyggerportalen, Ansattportalen, TQM og Simployer.

Til tross for at utvalgte sektorovergrepene internkontrolldokumenter ligger lagret i ulike systemer, er det revisjonens vurdering at kommunen har en bevissthet rundt valg av ulike systemer som sett i lys av kommunens størrelse og behov, fremstår som hensiktsmessig og fornuftig.

Det er likevel revisjonens vurdering at kommunens internkontrollrutiner i større grad kunne vært samlet og gjort tilgjengelig i kvalitetssystemet TQM. Dette gjelder særlig knyttet til dokumenter som er lagret i Innbyggerportalen og Ansattportalen.

Undersøkelsen viser videre at utvalgte sektorovergrepene dokumenter i all hovedsak er oppdaterte.

Det er revisjonens konklusjon at kommunen i all hovedsak har etablert et helhetlig system som sikrer at internkontrollrutiner i kommunen til enhver tid er samlet, tilgjengelig og oppdaterte.

Undersøkelsen viser at kommunen gjennomfører risikovurderinger både på overordnet strategisk nivå og på operativt tjenestenivå. Undersøkelsen viser videre at risikovurderingene på overordnet nivå bygger på risikovurderinger fra operativt tjenestenivå.

Risikovurderingene på overordnet nivå blir utført av kommunedirektørens ledergruppe. På operativt nivå gjennomføres systematiske risikovurderinger innenfor hvert tjenesteområde, og resultatene blir rapportert til kommunedirektørnivået gjennom ulike kanaler som ledermøter, arbeidsmiljøutvalg og tilstandsrapporter. Revisjonen har ikke sett eller mottatt dokumentasjon som dokumenterer at det er gjennomført risikovurderinger, hverken på overordnet nivå eller på tjenestenivå. Det er revisjonens vurdering at gjennomføring av risikovurderinger, uavhengig av nivå, bør dokumenteres.

Undersøkelsen viser også at det ikke foreligger skriftlige rutiner eller prosedyrer for risikovurderinger, hverken på overordnet nivå eller på tjenestenivå. Det er revisjonens vurdering at tydelige rutiner og prosedyrer for risikovurderinger vil bidra til en mer systematisk prosess når det gjelder gjennomføring og bruk av risikovurderingene. Det konkluderes med at kommunen i all hovedsak gjennomfører systematiske risikovurderinger på overordnet nivå.

Undersøkelsen viser videre at kvalitetssystemet TQM benyttes i hele kommunen for å melde og følge opp avvik. Beskrivelser av rutiner og opplæring på dette området er felles for alle ansatte. Videre viser undersøkelsen at kommunen gjennom både rutiner, prosedyrer, opplæring og andre praktiske aktiviteter setter klare krav til ansatte og ledere om at avvik skal meldes. Det er revisjonens vurdering at Gjerdrum kommune med dette har lagt godt til rette for å etablere en god kultur for melding av avvik. Økt antall meldte avvik over tid tyder også på dette.

Undersøkelsen viser at det ikke er etablert klare rutiner for å sikre at avvik blir tilstrekkelig behandlet og lukket. Til tross for at det ikke foreligger rutiner som nevnt over, er det revisjonens vurdering at kommunen i praksis har løst dette på en god måte. Det bemerkes herunder at dette gjelder for undersøkelsesperioden. For å sikre at arbeidet med å melde avvik, behandle avvik og følge opp avvik gjennomføres på en hensiktsmessig måte også i fremtiden, kan det etter revisjonens vurdering være hensiktsmessig at kommunen etablerer klare rutiner for å sikre at avvik blir håndtert på en forutsigbar og ensartet måte.

Undersøkelsen viser at kommunen i liten grad har beskrevet rutiner for bruk av statistikk og analyse eller annen form for evaluering av samlet avvik på overordnet nivå. Undersøkelsen viser videre at kommunen i årsskiftet 2023/2024 har tatt i bruk statistikk i vedlegg til saksfremlegg datert den 05.02.2024, men at det ikke foreligger noen etablert praksis for bruk av statistikk eller annen form for samlet evaluering av avvik ut over dette. Revisjonen vurderer derfor at kommunen ikke i tilstrekkelig grad benytter samlet avviksstatistikk for å evaluere og forbedre kommunens virksomhet. Revisjonen ser positivt på videreutviklingen av kommunens arbeid med avviksstatistikk som ble påbegynt i årsskifte 2023/2024. Det konkluderes med at det er etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå, men at denne har forbedringspotensial.

## Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er det revisjonens anbefalinger at kommunedirektøren bør:

- Vurdere om kommunen i større grad skal benytte kvalitetssystemet TQM for lagring, vedlikehold og oppdatering av dokumenter som inngår i den overordnede internkontrollen.
- Sikre dokumentasjon av gjennomførte risikovurderinger, både på overordnet nivå og på operativt tjenestenivå.
- Vurdere å etablere skriftlige rutiner for risikovurderinger, både på overordnet nivå og på operativt tjenestenivå.
- Etablere en fast praksis for å analysere statistikk for samlet avvik på overordnet nivå.

## Kommunedirektørens høringsuttalelse

Et utkast til rapport er forelagt kommunedirektøren til uttalelse. Hørings svar er mottatt 24.05.24, og er i sin helhet vedlagt rapporten. I svarbrevet kommer det frem at kommunedirektøren i all hovedsak kjenner igjen observasjonene og beskrivelsene i rapporten. Revisjonen har også mottatt tilbakemeldinger på faktagrunnlaget i rapporten. Disse er tatt inn i rapporten.

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Gjerdrum kommune bestilte i møte 28.8.2023 (sak 29/23) et forvaltningsrevisjonsprosjekt innenfor området overordnet internkontroll. Prosjektplan for undersøkelsen ble behandlet i utvalgets møte 04.12.2023 (sak 31/23).

Kommunesektøren forvalter felleskapets verdier og leverer tjenester som er av stor betydning både for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet som helhet. En god internkontroll vil kunne bidra til å forebygge feil og misligheter og samtidig bidra til kvalitet, effektivitet og forutsigbarhet i kommunenes tjenesteleveranse. Samtidig er det viktig å påpeke at gode systemer og rutiner for internkontroll i seg selv ikke er tilstrekkelig, men må etterleves og følges opp i praksis.

Kommuneloven § 25-1 gjør det klart at kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen i kommunen. Med internkontroll menes det overordnede administrative kontrollansvaret, det vil si systematiske tiltak og prosesser som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i, eller i samsvar med, lov (KMD 2020, 14-16).

Internkontroll er identifisert som et risikoområde i risiko- og vesentlighetsvurderingen for Gjerdrum kommune (2020) og foreslått som prosjekt i kommunens plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024.

## 1.2 Formål og problemstillinger

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

Undersøkelsen vil besvare følgende hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad er det etablert et helhetlig system som sikrer at internkontrollrutiner i kommunen til enhver tid er samlet, tilgjengelig og oppdaterte?
2. I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
3. I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

## 1.3 Avgrensning

Undersøkelsen er avgrenset til å gjelde en overordnet og sektorovergripende gjennomgang av kommunens internkontrollsystem. Rapporten omhandler ikke spesifikke internkontrollkrav på kommunens ulike tjenesteområder.

## **1.4 Rapportens oppbygging**

Innledningsvis i sammendraget framstilles rapportens hovedfunn og anbefalinger samt kommunedirektørens høringsuttalelse. Kommunedirektørens høringsuttalelse er også lagt ved i sin helhet til slutt i rapporten. Kapittel 2 beskriver bruk av metode og datagrunnlag. I kapittel 3 gis en fremstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen. Kapittel 4 beskriver kommunens overordnede internkontrollsystem. Kapittel 5 beskriver risikovurderinger og kapittel 6 beskriver avvikshåndtering. Revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger følger avslutningsvis under kapittel 4, 5 og 6.



## 2 METODE OG DATA

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.

### 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, herunder gjennomgang av kommunens internkontrollsystem, intervjuer og spørreundersøkelse. Perioden for datainnsamling er fra februar til april 2024.

#### 2.1.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har hatt innsyn i Gjerdrum kommunes kvalitetssystem TQM og selv hentet ut aktuelle dokumenter. Videre har revisjonen hatt innsyn i øvrige systemer som Simployer og Framsikt. Revisjonen har også fått oversendt per e-post aktuelle dokumenter og fått lenker til for eksempel dokumenter som ligger i TQM, Simployer eller Innbyggerportalen.

#### 2.1.2 Intervjuer og spørreundersøkelser

Revisjonen har intervjuet kommunedirektør og controller i kommunedirektørens stab. Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det vil si at temaene er bestemt på forhånd, men at rekkefølgen på spørsmålene blir bestemt underveis. Intervjuene ble gjennomført i Gjerdrum 15.mars 2024. Revisjonen har skrevet et referat fra hvert intervju. Intervjureferatene er verifisert av de som er intervjuet.

I tillegg har revisjonen sendt ut skriftlige spørsmål til kommunens tre kommunesjefer via e-post. Spørreundersøkelsen inneholdt 16 spørsmål med tilknytning til den overordnede internkontrollen i kommunen.

### 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

### 3 REVISJONSKRITERIER

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
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2018. Prop. 46 L – Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Norsk lovkommentar
- KS veileder «Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll» (2020)
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) 2020. Veileder i internkontroll

#### 3.1 Krav og forventninger til kommunedirektørens 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.

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.

Ifølge kommunelovens § 25-2 skal kommunedirektøren minst en gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll.

God internkontroll understøtter styringen og bidrar til at en virksomhets mål og krav blir oppfylt. En velfungerende internkontroll gir rimelig sikkerhet for at driften er målrettet og effektiv, for at rapporteringen er pålitelig, og for at lover og regler overholdes (DFØ 2020).

Kommuneloven § 25-1 stiller tydelige krav til 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, og som ledd to i paragrafen peker på, skal internkontrollen tilpasses behovene i den aktuelle kommune og virksomhet. Det er imidlertid opplagt 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).

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» (KS 2020, 48).

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

Videre stiller loven 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.

Det følger av kommunelovens § 25-2 at kommunedirektøren skal rapportere til kommunestyret om internkontroll minst en gang pr. år. I kravet om rapportering om internkontrollen ligger det at det både skal rapporteres om systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid, og det skal rapporteres om konkrete kontroller som er gjennomført. Kommunestyret bestemmer det generelle omfanget av og detaljeringsgraden på rapporteringen (Norsk lovkommentar, note 1431).

Gjennom sektorovergrepene internkontroll etablerer og tilrettelegger kommunedirektøren for god internkontroll. Delegeringsreglementet er en viktig del av internkontrollen fordi det klargjør ansvar. Rapportering er en viktig del ved delegering fordi den som delegerer ikke gir fra seg ansvaret. Oppfølging og rapportering som gir kommunedirektøren tilstrekkelig trygghet og oversikt, er derfor en viktig del av den overordnede internkontrollen (KS 2020, 116).

Ut fra gjennomgangen over legges følgende revisjonskriterier til grunn for problemstilling 1:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad er det etablert et helhetlig system som sikrer at internkontrollrutiner i kommunen til enhver tid er samlet, tilgjengelig og oppdaterte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kommunen bør ha et helhetlig internkontrollsystem som sikrer at sektorovergripende rutiner og prosedyrer er:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ samlet</li> <li>○ tilgjengelige</li> <li>○ oppdaterte</li> </ul> </li> <li>➤ Kommunen bør ha prosedyrer som bidrar til at oppgave- og ansvarsfordeling er avklart.</li> <li>➤ Kommunedirektøren skal minst en gang i året rapportere om internkontroll til kommunestyret.</li> </ul>

### 3.2 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.

Revisjonen legger til grunn at kommunen har 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.

Ut ifra gjennomgangen over legges følgende revisjonskriterier til grunn for problemstilling 2:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kommunen bør gjennomføre risikovurderinger på kommunedirektørnivå av kommunens samlede virksomhet.</li> <li>➤ Risikovurderingene bør bygge på risikovurderinger for de ulike tjenesteområdene.</li> </ul>

### 3.3 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.

KS påpeker i veilederen at merverdien i form av styrket internkontroll først oppstår når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid (KS 2020, 99). Det står også i KS sin veileder at systematisk håndtering av avvik skal føre til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir registrert, noe som fører til læring og utvikling, og som igjen fører til lavere risiko for at det samme skjer igjen (2020, 98).

Ut ifra gjennomgangen over legges følgende revisjonskriterier til grunn for problemstilling 3:

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp.</li> <li>➤ Avvikene bør samlet benyttes i arbeidet med å evaluere og forbedre kommunens virksomhet.</li> </ul>

## 4 KOMMUNENS INTERNKONTROLLSYSTEM

Et godt utbygd internkontrollsystem som inneholder reglementer, prosedyrer, styringsbeskrivelser og instruksjoner m.m. som er oppdatert i henhold til lover og forskrifter, er viktig for å sikre at kommunedirektøren har betryggende kontroll.

Følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier legges til grunn:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad er det etablert et helhetlig system som sikrer at internkontrollrutiner i kommunen til enhver tid er samlet, tilgjengelig og oppdaterte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kommunen bør ha et helhetlig internkontrollsystem som sikrer at sektorovergrepene rutiner og prosedyrer er:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ samlet</li> <li>○ tilgjengelige</li> <li>○ oppdaterte</li> </ul> </li> <li>➤ Kommunen bør ha prosedyrer som bidrar til at oppgave- og ansvarsfordeling er avklart.</li> <li>➤ Kommunedirektøren skal minst en gang i året rapportere om internkontroll til kommunestyret.</li> </ul>

### 4.1 Rammeverk for internkontroll

Revisjonen har mottatt dokumentet Internkontroll i Gjerdrum kommune datert 29.01.24. Dokumentet er under arbeid og er i skrivende stund ikke godkjent (Gjerdrum kommune 2024a). Revisjonen har forstått det slik at dokumentet utgjør rammeverk for internkontroll i kommunen. Dokumentet vil i det videre bli omtalt som «rammeverk for internkontroll» eller «rammeverket».

Det følger av rammeverket at god internkontroll understøtter styringen og bidrar til at virksomhetens mål og krav blir oppfylt. Internkontroll handler om å sikre kvalitet i virksomhetens produkt- og tjenesteleveranser. En velfungerende internkontroll gir rimelig sikkerhet for at virksomhetens drift er målrettet og effektiv, for at rapportering er pålitelig og for at virksomheten overholder lover og regler (Gjerdrum kommune 2024a).

Rammeverket til Gjerdrum kommune viser videre til kommuneloven § 25 som gir kommunen plikt til å ha en internkontroll med administrativ virksomhet som sikrer at lover og forskrifter følges. Bestemmelsen utgjør minstekrav til kommunens internkontroll. Kommunen har i rammeverket gjort rede for sitt bilde av internkontroll, og peker på at internkontroll er å ha orden i eget hus, ha kontroll på de de gjør og å gjøre ting riktig første gang. God internkontroll bidrar til kvalitetsbevissthet og kvalitetsheving og til å bygge tillit og omdømme (Gjerdrum kommune 2024a).

## 4.2 Organisering

Det kommer frem av rammeverk for internkontroll (2024) at det viktigste elementet for kommunens internkontrollsystem blant annet er organisasjonsmodellen.

I intervju med kommunedirektøren den 15.03.24 fikk revisjonen opplyst at Gjerdrum kommune var midt i en organisasjonsendring. På spørsmål fra revisjonen om hvilken betydning organisasjonsendringen ville få for kommunens internkontroll, fikk revisjonen opplyst fra kommunedirektøren at han ønsket en organisasjonsendring for å få bedre oversikt over den overordnede internkontrollen, samt sammenhengen og infrastrukturen i kommunen. Videre opplyses det at målet med omorganiseringen er å få tydelige linjer med tanke på struktur for rapportering. Kommunedirektøren legger til at omorganiseringen handler om å få en bedre struktur på helheten. Den nye strukturen blir enklere overordnet sett, med tre kommunalområder, med nye rollebeskrivelser som tydeliggjør ansvar og myndighet. Under kommunalsjefene blir det virksomheter der kommunen også vil gjennomgå og fornye rollebeskrivelsen.

I forbindelse med undersøkelsen har revisjonen fått oversendt per e-post en figur som viser oversikt over ny administrativ organisering i Gjerdrum kommune gjeldende fra 1. april 2024.

**Figur 1 Gjeldende organisering**



Kilde: Gjerdrum kommune 2024

## 4.3 COSO-modellen

I henhold til rammeverk for internkontroll legger Gjerdrum kommune COSO-modellen til grunn for sitt arbeid med internkontroll. Modellen fremhever at internkontroll må være en kontinuerlig prosess i organisasjonen (Gjerdrum kommune 2024a).

COSO-modellen beskriver ifølge rammeverket fem innbyrdes avhengige og sammenvevde komponenter:

1. Et godt kontrollmiljø
2. Risikovurderinger, med jevnlig utførte risikoanalyser og rapportering
3. Etablering og gjennomføring av aktuelle kontrolltiltak
4. God kommunikasjon og informasjon
5. Aktiv oppfølging fra ledelsens side

Det kommer videre frem av rammeverket at internkontroll er et lederansvar på alle nivåer. Lederne må gjennom sin ledelse bidra til at alle ansatte forstår hvor viktig internkontroll er for å sikre at kommunen leverer det den skal på en smart og effektiv måte. Lederne må bidra til å tydeliggjøre de ansattes ansvar og hjelpe de ansatte til å være aktive bidragsyttere i sitt daglige arbeid (Gjerdrum kommune 2024a).

#### **4.4 Kvalitetssikringssystemet TQM**

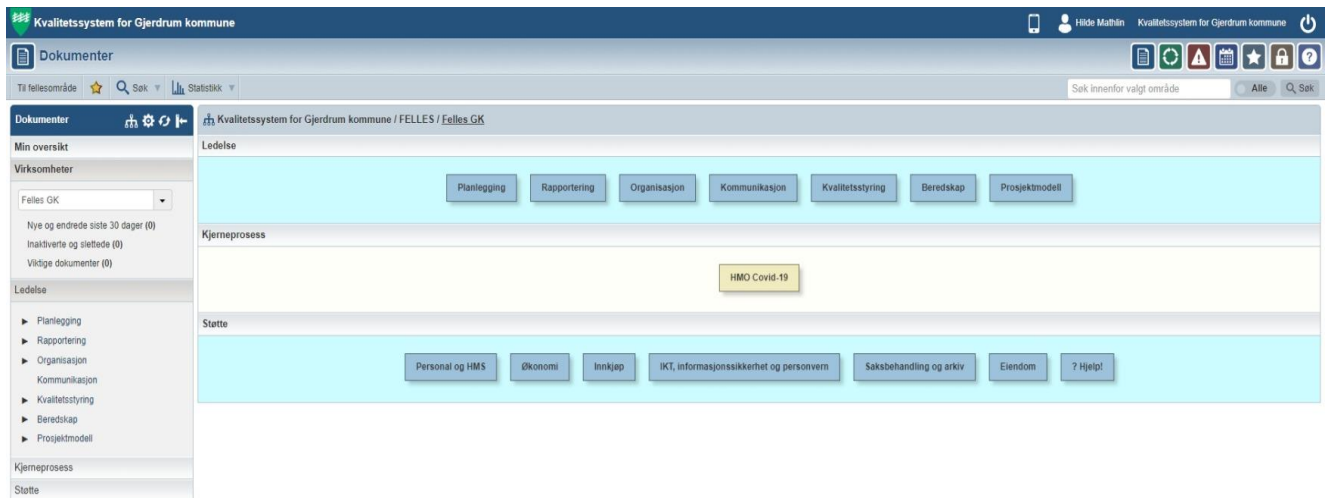
Gjerdrum kommune benytter kvalitetssikringssystemet TQM / 4 Human. Revisjonen har fått tilgang til TQM og har gjort en overordnet gjennomgang av hvordan systemet fungerer, og innhentet informasjon om hvordan Gjerdrum kommune benytter TQM som verktøy i forbindelse med overordnet internkontroll.

Det følger av kommunens rammeverk (2024) at alle organisasjonsenheter i kommunen skal bruke TQM til å lagre, tilgjengeliggjøre og vedlikeholde vesentlige prosedyrer og andre styrende dokumenter. Det opplyses videre at kommundirektøren er tydelig på at all nødvendig dokumentasjon av prosesser og rutiner skal ligge i kvalitetssystemet eller andre tilpassede systemer (Gjerdrum kommune 2024a).

Figuren under viser internkontrollsystemets hovedmeny for området «Felles».



Figur 2: TQM hovedmeny



Kilde: Gjerdrum kommunes kvalitetssikringssystem TQM 2024

Figuren over viser at TQM blant annet inneholder dokumentmodul og hendelsesmodul øverst til høyre. Det finnes også flere alternativer for å søke opp ulike dokumenter i søkefelt og søk. Dersom man ønsker å gå til en annen virksomhet, kan dette gjøres ved å benytte rullemenyen øverst til venstre under «virksomheter». Videre er det anledning til å laste ned TQM app, slik at alle ansatte i kommunen kan få tilgang til, for eksempel dokumenter lagret i TQM og mulighet til å melde og følge opp avvik og/eller hendelser.

Hovedmenyen i TQM er delt inn i følgende tre kategorier: ledelse, kjerneprosess og støtte. Under ledelse og støtte ligger det flere navngitte temamapper. Ved å klikke på temamappen ledes man videre til en ny mappestruktur hvor det er lagt til rette for å legge inn dokumenter.

Mappestrukturen kan tilpasses den enkelte virksomhet, så det forekommer noe variasjon alt ettersom hvilken virksomhet som velges i rullemenyen. I det følgende vil hver av de tre kategoriene for området felles bli nærmere gjort rede for:

#### 4.4.1 Ledelse

Tilknyttet kategorien «Ledelse» har TQM for området felles ulike mapper med temaer som planlegging, rapportering, organisasjon, kommunikasjon, kvalitetsstyring, beredskap og prosjektmodell. Under hver mappe ligger det undermapper som kan fylles med dokumenter.

Tabellen under viser en oversikt over mappestrukturen og hvor mange ledelsesdokumenter som er lagt inn under hver mappe.

**Tabell 1: Oversikt over mapper og ledelsesdokumenter i TQM**

Mappe	Undermapper	Antall dokumenter
Planlegging	Kommuneplan, delplaner, økonomiplan og årsbudsjett, virksomhetsplaner og årshjul	Ingen
Rapportering	Periodisk rapportering, regnskap og årsrapport og eksternt tilsyn og revisjon	Ingen
Organisasjon	Arbeidsgiverstrategi, ledelse og myndighet	Ingen
Kommunikasjon	Ingen	3
Kvalitetsstyring	Kvalitet og internkontroll, dokumentstyring, hendelsesbehandling, intern revisjon, ledelsens gjennomgang, risikovurderinger og lover, forskrifter og reglement	4 Lover, forskrifter og reglement. Inneholder et betydelig antall dokumenter
Beredskap	Beredskapsplaner, krisehåndtering og brannvern	5
Prosjektmodell	Retningslinjer og informasjon, ide og behovsfasen, konseptfasen, planleggings- og forprosjektfasen og gjennomføringsfasen	Betydelig antall dokumenter

#### 4.4.2 Kjerneprosess

Tilknyttet kategorien «kjerneprosess» har TQM for området en felles mappe betegnet HMO Covid-19. Under denne mappen foreligger det en rekke sentrale dokumenter som gjelder Covid 19.

#### 4.4.3 Støtte

Tilknyttet kategorien «støtte» har TQM ulike mapper med temaer som personal og HMS, økonomi, innkjøp, IKT, informasjonssikkerhet og personvern, saksbehandling og arkiv, eiendom, samt en undermappe betegnet hjelp. Under hver mappe ligger det undermapper som kan fylles med dokumenter.

Tabellen under viser en oversikt over mappestrukturen og hvor mange støttedokumenter som er lagt inn under hver mappe.

**Tabell 2: Oversikt over mapper og støttedokumenter i TQM**

Mappe	Undermapper	Antall dokumenter
Personal og HMS	Rekruttering og tilsetting, lønn og ytelser, fravær, HMS, kompetanse, forhandlinger samt opphør og endringer av arbeidsforhold.	1
Økonomi	Skatt/innkreving	1
Innkjøp	Anskaffelser og kontraktsoppfølging	2
IKT, informasjonssikkerhet og personvern	Informasjonssikkerhet og personvern	Betydelig antall dokumenter
Saksbehandling og arkiv	Post og arkiv, saksbehandling, politisk sekretariat, dokumentsikkerhet og eierforvaltning	10
Eiendom	Ingen	5
Hjelp	Ingen	6

## 4.5 Sektorovergrepene styringsdokumenter

Gjerdrum kommune har flere sektorovergrepene reglementer, rutiner, prosedyrer og retningslinjer. Ved oppstart av forvaltningsrevisjonen ba revisjonen kommunen om å få elektronisk tilgang til, og/eller få tilsendt, et utvalg av sentrale sektorovergrepene styringsdokumenter.

Revisjonen har i undersøkelsen sett nærmere på følgende sektorovergrepene styringsdokumenter: etiske retningslinjer, personalforvaltning, økonomi og finansreglement, datasikkerhet og personvern samt delegeringsreglement. De ulike dokumentene vil bli nærmere gjort rede for i det følgende:

### 4.5.1 Etiske retningslinjer

Kommunen har etiske retningslinjer som gjelder for både politikere og medarbeidere. Disse er tilgjengelig både på hjemmesiden og i interne håndbøker. Etiske retningslinjer inneholder blant annet informasjon om habilitet, taushetsplikt, mottak av gaver og innkjøp (Gjerdrum kommune 2024a).

Revisjonen har fått opplyst i e-post datert 04.03.24 at alle ledere skal gå gjennom etiske retningslinjer med sine ansatte en gang i året. Dette skal være fastsatt i kommunens arbeidsreglement. Etiske retningslinjer er sist revidert gjennom vedtak den 16.06.21.

### **4.5.2 Personalforvaltning**

Ifølge rammeverk for internkontroll benytter Gjerdrum kommune håndbokportalen levert av Simployer. Portalen inneholder følgende tre håndbøker: personalhåndbok, lederhåndbok og HMS-håndbok. Håndbøkene inneholder informasjon om områder som er viktige for kommunes internkontroll. Kommunen ved HR-avdelingen har ansvar for å legge inn aktuell dokumentasjon (Gjerdrum kommune 2024a).

Ved å klikke på tittelen til en av håndbøkene ledes man rett inn i dokumentet. Videre er det et søkefelt øverst til venstre i håndbokportalen. I portalen finnes en samlet oversikt over regler, rutiner og retningslinjer som er relevante innen personalforvaltningen (Gjerdrum kommune, Simployer, 2024).

**Personalhåndboken** gir informasjon til Gjerdrum kommunes medarbeidere om de forhold som er sentrale i ansettelsesforholdet. I personalhåndboken foreligger det en rekke overordnede retningslinjer som for eksempel forbud mot diskriminering, arbeidsreglement, tariffavtaler og fagforeninger, inkluderende arbeidsliv (IA), arbeidsgiverpolitikk, lønnspolitikk og seniorpolitikk, varsling mot korrupsjon, misligheter og andre lovbrudd (Gjerdrum kommune, Simployer, personalhåndbok, 2024).

Personalhåndboken er utviklet i samarbeid med Simployer, som vedlikeholder regelverket. Håndboken revideres regelmessig, og du vil alltid finne sist oppdatert informasjon i den digitale håndboken via Simployer. Personalhåndboken er også tilgjengelig på mobil (Gjerdrum kommune, Simployer, personalhåndbok, 2024).

**Lederhåndboken** er et oppslagsverk som kan brukes aktivt av ledere i utøvelsen av deres lederrolle. Her kan ledere søke etter svar på hvordan ledelse skal utøves i kommunen, og hvilke oppgaver og forventninger toppledelsen har til den enkelte leder. I lederhåndboken foreligger retningslinjer for de viktigste prosessene lederen har ansvar for å følge opp som leder, hvilken personalpolitikk som skal utøves, hvilke tiltak som skal implementeres, og hvilke lederprinsipper som skal følges (Gjerdrum kommune, Simployer, Lederhåndboken, 2024).

Hensikten med lederhåndboken er å skape et felles språk og en felles ledelsesplattform med enhetlig tilnærming til alle kommunens prosesser, retningslinjer og rutiner. Lederhåndboken henviser til aktuelle bestemmelser og lovttekster innenfor kapitlene hvor dette er relevant. Håndboken er også tilgjengelig på mobil (Gjerdrum kommune, Simployer, Lederhåndboken, 2024).

**HMS-håndboken** erstatter den generelle delen av Gjerdrum kommunes tidligere internkontrollhåndbok. HMS-håndboken er et oppslagsverk som hjelper de ansatte til å finne HMS-krav som stilles både til virksomheten og til den enkelte ansatte. Samtidig gir håndboken råd og veiledning om hvordan kravene kan oppfylles i praksis (Gjerdrum kommune, Simployer, HMS-håndbok, 2024).

HMS-håndboken gir informasjon om hvordan Gjerdrum kommune etterlever lover og bestemmelser samt arbeider med HMS i hverdagen. Håndboken er også tilgjengelig for de ansatte på mobil. Videre finnes leselenke til håndbøkene på ansattportalen (Gjerdrum kommune, Simployer, HMS-håndbok, 2024).

Håndboken er utviklet i samarbeid med Simployer AS som vedlikeholder regelverket (lover, forskrifter og lov-forklaringer) som er omfattet av internkontrollforskriften. Aktuell personell i Gjerdrum kommune informeres av Simployer AS om eventuelle endringer og oppdateringer. Virksomhetens egne rutiner og øvrig regelverk vedlikeholdes av HR-avdelingen i kommunen (Gjerdrum kommune, Simployer, HMS-håndbok 2024).

Personalhåndboken er sist revidert den 27.10.2020, lederhåndboken er sist revidert den 18.12.2020 og HMS-håndboken er sist revidert den 16.10.2023.

Kommunedirektøren har i sitt hørings svar pekt på at både Simployer og Gjerdrum kommune etter siste revisjon har oppdatert mye av innholdet som følge av endringer i lov-, regel- og avtaleverk eller praksis i kommunen.

### **4.5.3 Økonomi- og finansreglement**

Økonomi- og finansreglement finnes på kommunens innbyggerportal og ansattportal. Det følger av økonomireglementet at reglementet er rammer og retningslinjer som følger av kommuneloven med tilhørende forskrifter. Reglementet gjelder for alle politikere og ansatte i Gjerdrum kommune og andre som opptrer på vegne av kommunen.

Det følger av finansreglementet at reglementet skal gi rammer og retningslinjer for kommunens finans- og gjeldsforvaltning. Reglementet utgjør en samlet oversikt over rammer og begrensninger som gjelder og underliggende fullmakter, instruksjoner og rutiner skal hjemles i reglementet.

Økonomireglementet ble sist revidert ved vedtak den 09.12.2020 og finansreglementet ble sist revidert ved vedtak i august 2023.

### **4.5.4 Datasikkerhet og personvern**

Undersøkelsen viser at Gjerdrum kommune har et betydelig antall rutiner og prosedyrer som omhandler datasikkerhet og personvern i kvalitetssystemet TQM.

Kommunen benytter Digitale Gardermoen (DGI) som it-leverandør. DGI håndterer drift og utvikling av IKT-løsninger for Gjerdrum kommune og andre nabokommuner. Gjerdrum og de øvrige DGI-kommunene har en felles IKT-sikkerhetsansvarlig (Gjerdrum kommune 2024a).

Undersøkelsen viser at personvern som tema også er omtalt i et eget kapittel i den digitale personalhåndboken.

Det opplyses i rammeverk for internkontroll (2024) at kommunen deler personvernombud med flere andre nabokommuner. Det opplyses videre at Gjerdrum kommune har en egen personvernrådgiver. Roller og ansvar knyttet til personvernrådgiver er beskrevet i personalhåndboken og lederhåndboken. Gjerdrum kommune har også en egen digitaliseringsansvarlig. Vedkommende leder kommunens digitalisering og innovasjon, og koordinerer kommunens arbeid innen fagområdet. Gjerdrum kommune har videre et eget dokument innen fagområdet «Digitalisering og innovasjon – Slik gjør vi det i Gjerdrum» (Gjerdrum kommune 2024a).

#### 4.5.5 Delegeringsreglement

Undersøkelsen viser at kommunen benytter tjenesten KF delegeringsreglement fra Kommuneforlaget. Delegeringsreglementet er tilgjengelig i innbyggerportalen. Revisjonen har fått opplyst i e-post datert 04.03.24 at delegeringsreglementet vedtas av kommunestyret i løpet av første hele virkeår etter kommunestyrevalget. Delegeringsreglementet revideres hvert fjerde år.

Tabellen nedenfor viser utvalgte sentrale sektorovergripende reglementer og prosedyrer, når de sist ble revidert og hvor dokumentene er å finne.

**Tabell 3: Overordnede internkontrolldokumenter**

Dokument	Revidert	Ligger hvor?
Etiske retningslinjer	16.06.21	Innbyggerportalen Simplifyer
Personalhåndbok	27.10.20	Simplifyer
Lederhåndbok	18.12.20	Simplifyer
HMS-håndbok	16.10.23	Simplifyer
Økonomireglement	09.12.20	Innbyggerportalen Ansattportalen
Finansreglement	August 2023	Innbyggerportalen Ansattportalen
Datasikkerhet og personvern		TQM
Delegeringsreglement	Hvert 4. år	Innbyggerportalen

Som tabellene over viser, benyttes ulike systemer for lagring av overordnede internkontrolldokumenter. Revisjonen har i det følgende sett nærmere på om kommunens valg av ulike systemer får innvirkning på i hvilken grad internkontrollsystemet fremstår som helhetlig, herunder om systemet sikrer at sektorovergripende dokumenter er samlet, tilgjengelig og oppdatert.

På spørsmål fra revisjonen om bruk av ulike systemer vises det i intervju med controller til at den kommunale hverdagen er kompleks, og at en kommune skal levere så mange ulike tjenester. Det

følger så mye spesialisering knyttet til de ulike fagområdene at det å legge alt inn i ett og samme kvalitetssystem fremstår som vanskelig (intervju 15.03.24).

Controller forklarer valg av ulike systemer nærmere i e-post datert 04.03.24. På grunn av den juridiske kompleksiteten og hyppige endringer innen fagområdet personalforvaltning har kommunen valgt å benytte Simployer for å forenkle vedlikeholdet. Controller legger til at dokumentasjon på dette området derfor i liten grad ligger i TQM.

På spørsmål fra revisjonen om kommunen gjennomfører opplæring i de ulike systemene, kommer det frem under intervju med controller at kommunen gjennomfører opplæring knyttet til hvert enkelt system, hver for seg. Dette inngår i nyansattopplæringen. Både ansatte og ledere får obligatorisk opplæring når det gjelder hjelpemidler og verktøy som ligger i de ulike systemene. Det kommer videre frem at Ansattportalen er en sentral portal. Her legges det ut lenker til de ulike systemene med en beskrivelse om hvert system, hvordan systemet skal brukes, samt opplysninger om kontaktperson. Det pekes videre på at administrasjonen i Gjerdrum kommune er ganske liten, slik at de har god oversikt. (Intervju 15.03.24).

Intervju og spørsmål som er sendt ut per e-post viser at sektorovergrepene dokumenter i all hovedsak oppleves som samlet og tilgjengelige. Oppsummert kommer det frem at brukerne kjenner til at det foreligger ulike systemer, hva som ligger hvor, og hvordan systemene skal benyttes.

På spørsmål fra revisjonen om hva kommunen gjør for å sikre at overordnede internkontrollrutiner er oppdaterte henvises det under intervju til årshjul og det ansvar som den enkelte virksomhetsleder har. I e-post datert den 04.03.24 får revisjonen opplyst fra controller at dokumenter i praksis oppdateres ved behov, som for eksempel ved endringer i arbeidsmåter og/eller endringer av praksis. Revisjonen får videre informasjon om at de fleste virksomhetene har «gjennomgang» og eventuell «oppdatering» av rutiner og prosedyrer som aktivitet i sine årsplaner. Virksomhetene kan innrette seg slik det passer best basert på deres egenart. Praksis varierer derfor mellom virksomhetene.

Slik revisjonen forstår det har kommunen ingen klare rutiner eller et fast system som sikrer at dokumenter og aktiviteter tilknyttet overordnet internkontroll revideres eller følges opp. Det kommer frem i rammeverket for internkontroll (2024) at kommunen årlig gjennomfører en rekke aktiviteter i strategisk ledelse og innenfor virksomhetsområdene for å sikre god styring og kontroll. Det opplyses herunder at det i dag ikke foreligger et samlet felles system over planlegging og oppfølging av årlige aktiviteter, men at kommunen per januar 2024 har satt i gang prosess for anskaffelse av it-verktøy for overordnet og detaljert planlegging, samt oppfølging av årlige aktiviteter. Det kommer videre frem at implementering er planlagt i løpet av første halvår 2024 (Gjerdrum kommune 2024a).

### **4.6 Oppgave og ansvarsfordeling**

Kommuneloven § 5-14 krever at kommunestyret selv skal fastsette reglement for delegering innen utløpet av året etter konstituering av kommunestyret. Dette kommer også frem av kommunes eget rammeverk for internkontroll (Gjerdrum kommune 2024a).

Gjennomgangen viser at kommunen har prosedyrer som beskriver oppgave- og ansvarsfordeling. Undersøkelsen viser at kommunen benytter tjenesten KF delegeringsreglement fra Kommuneforlaget. Ifølge kommuneforlaget er delegeringsreglement en digital løsning for å delegere myndighet. Bestemmelser som er relevante for kommunen ligger i den digitale løsningen, og oppdateres av kommuneforlaget (KF – Forenkler offentlige tjenester, 2024).

Kommunestyret vedtar prinsippene for delegering. Blant annet har kommunedirektøren myndighet til å delegere ansvar ut i organisasjonen. Kommunedirektøren har delegert og fordelt alle bestemmelsene til den organisasjonsenheten som har det primære ansvaret for at kommunen oppfyller aktuelle krav og forpliktelser. I delegeringsreglementet kan man gå inn via lov/forskrift eller via organisasjonsmodellen og få oversikt over gjeldende delegering, herunder fordeling av roller og ansvar mellom enhetene (e-post datert 04.03.24 og Gjerdrum kommune 2024a).

Det vises videre til punkt 4.2 med nærmere beskrivelse av ny administrativ organisering og hvilken betydning dette kan få for oppgave- og ansvarsfordeling.

### **4.7 Rapportering av internkontrollen**

Undersøkelsen viser at Gjerdrum kommune bruker verktøyet Framsikt til budsjettering, planlegging og rapportering. Dette følger også av rammeverket for internkontroll (2024). Det kommer videre frem av rammeverket at administrativ rapportering gjennomføres hver måned. Alle ledere med budsjettansvar gir innspill og analyser av resultater for sin enhet. Videre vises det til at Gjerdrum kommune har tertialrapportering til kommunestyret. I tertialrapporten legges det frem regnskap hittil i året og prognose for regnskapsåret (Gjerdrum kommune 2024a).

Kommunedirektøren skal rapportere til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll, og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året, jf. kommuneloven § 25-2. Kravet i kommuneloven følges opp av Gjerdrum kommunes rammeverk for internkontroll. Det kommer frem av rammeverket at kommunen gjennomfører årlig rapportering av regnskap, årsberetning, tilsyn og internkontroll til kommunestyre i samsvar med lovpålagte krav fastsatt i kommuneloven (Gjerdrum kommune 2024a).

Under intervju den 15.03.24 gjør controller nærmere rede for kommunens system (Framsikt) for blant annet rapportering. Det kommer frem at Framsikt er en egen løsning med budsjetter, rapportering, årsrapporter og planer. Det er i all hovedsak kommunens ledere som benytter Framsikt. Ansatte har ikke tilgang til systemet Framsikt, men alle har tilgang til Innbyggerportalen, og der legges det ut genererte rapporter som budsjetter, årsrapporter og periodisk rapportering.

Controller har i e-post datert 04.03.24 opplyst at Gjerdrum kommune rapporterer til kommunestyret sammen med øvrig årsrapportering. Det opplyses at årsrapport for 2022 ligger i Framsikt. Revisjonen har fått oversendt siste rapportering om internkontrollen som ble gitt til kommunestyret den 10.05.22 i sak 23/53 (e-post 25.04.24).



## 4.8 Revisjonens vurdering, konklusjon og anbefaling

Revisjonen legger til grunn at kommunen bør ha et helhetlig internkontrollsystem som sikrer at rutiner og prosedyrer er samlet, tilgjengelig og oppdaterte.

Undersøkelsen viser at Gjerdrum kommune har et betydelig antall dokumenter som inngår i kommunens internkontrollsystem. Gjerdrum kommune benytter kvalitetssystemet TQM. Undersøkelsen viser at alle organisasjonsenheter skal bruke TQM til å lagre, tilgjengeliggjøre og vedlikeholde vesentlige prosedyrer og andre styrende dokumenter. Undersøkelsen viser imidlertid at utvalgte sektorovergrepene styringsdokumenter i tillegg til i TQM, ligger i ulike systemer som Innbyggerportalen, Ansattportalen og Simployer.

Til tross for at utvalgte sektorovergrepene internkontrolldokumenter ligger lagret i ulike systemer, er det revisjonens vurdering at kommunen bevisst har valgt ulike systemer som sett i lys av kommunens størrelse og behov fremstår som hensiktsmessig og fornuftig. Dette gjelder særlig knyttet til valg om bruk av systemet Simployer. Det er revisjonens vurdering at det alt i alt fremstår som effektivt og ryddig for kommunen å dele sektorovergrepene dokumenter i flere systemer. Undersøkelsen viser også at de lederne revisjonen har spurt alt i alt opplever dagens system som tilstrekkelig samlet og tilgjengelig. Dette skyldes, slik revisjonen forstår det, god kommunikasjon, tydelig opplæring og klare forventninger og krav om å ha kjennskap til overordnede styringsdokumenter, hvor de er å finne og deres innhold med påfølgende krav og forventninger til den enkelte virksomhet.

Det er likevel revisjonens vurdering at kommunens internkontrollrutiner i større grad kunne vært samlet og gjort tilgjengelig i kvalitetssystemet TQM. Dette gjelder særlig knyttet til dokumenter som er lagret i Innbyggerportalen og Ansattportalen.

Undersøkelsen viser videre at utvalgte sektorovergrepene dokumenter i all hovedsak er oppdaterte. Undersøkelsen viser at kommunen mangler klare rutiner for å sikre at dokumenter oppdateres. Det kommer frem at kommunen planlegger anskaffelse av et IT-verktøy for overordnet og detaljert planlegging og oppfølging av aktiviteter. Revisjonen ser positivt på at kommunen har iverksatt tiltak for å styrke arbeidet med planlegging og oppfølging.

Revisjonen legger videre til grunn at kommunen bør ha prosedyrer som bidrar til at oppgave- og ansvarsfordeling er avklart. Undersøkelsen viser at Gjerdrum kommune gjennom delegeringsreglementet har prosedyrer som bidrar til at oppgave- og ansvarsfordeling i kommunen er avklart. Det er revisjonens vurdering av reglementet gir en god oversikt over aktuelle lover og regler knyttet opp mot hvilken virksomhet som har ansvar for å følge opp etterlevelse av angitt bestemmelse.

Revisjonen legger også til grunn at kommunedirektøren skal rapportere om internkontroll til kommunestyret. Undersøkelsen viser at kommunedirektøren minst én gang i året rapporterer om internkontroll til kommunestyret, slik loven krever. Det er revisjonens vurdering at Gjerdrum kommune har gode rutiner for årlig rapportering til kommunestyret.

Det er revisjonens konklusjon at kommunen i all hovedsak har etablert et helhetlig system som sikrer at internkontrollrutiner i kommunen til enhver tid er samlet, tilgjengelig og oppdaterte.

På bakgrunn av undersøkelsen er det revisjonens anbefaling av kommunedirektøren bør:

- Vurdere om kommunen i større grad skal benytte kvalitetssystemet TQM for lagring, vedlikehold og oppdatering av dokumenter som inngår i den overordnede internkontrollen.

## 5 SYSTEMATISKE RISIKOVURDERINGER

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Å jevnlig gjøre vurderinger av hva som kan gå galt i en virksomhet er viktig slik at det kan settes inn tiltak som forebygger eller forhindrer at uønskede hendelser inntreffer. I tillegg til at hver enkelt virksomhet gjennomfører slike vurderinger bør det gjøres vurderinger på overordnet nivå i kommunen, det vil si at kommunedirektøren foretar egne vurderinger som omfatter hele kommunen, og som blant annet er basert på vurderingene på tjenestenivå.

Følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier legges til grunn:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kommunen bør gjennomføre risikovurderinger på kommunedirektørnivå av kommunens samlede virksomhet.</li> <li>➤ Risikovurderingene bør bygge på risikovurderinger for de ulike tjenesteområdene.</li> </ul>

### 5.1 Risikovurderinger på overordnet nivå

På spørsmål fra revisjonen om gjennomføring av risikovurderinger på overordnet nivå har revisjonen fått opplyst i intervju den 15.03.2024 at kommunedirektørens ledergruppe (KLG) gjennomfører risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen.

KLG er kommunens øverste administrative ledelse. KLG består av kommunedirektør, kommunalsjef for oppvekst, økonomisjef og HR-sjef, virksomhetsleder for helse, mestring og omsorg og seniorrådgiver i kommunedirektørens stab (Gjerdrum kommune 2024a).

Revisjonen har fått tilsendt et dokument betegnet Overordnet risikovurdering - KLG, datert 17.10.2022 (Gjerdrum kommune 2022e). I dokumentet har kommunen utarbeidet følgende fem mål:

1. kvalitet og effektivitet i tjenesteyting og forvaltning
2. riktig rapportering
3. etterlevelse av lover, regler og avtaleverk
4. lokaldemokrati med aktiv innbyggerdeltakelse og iverksetting av folkevalgte planer og vedtak
5. godt omdømme for kommunen

I e-post datert 05.04.2024 får revisjonen opplyst at kommunens gjennomføring av risikovurderinger på overordnet nivå er knyttet til målformuleringer avledet fra kommunelovens § 1-1. Det opplyses

videre at kommunen ved gjennomføring av risikovurderinger har fokus på leveranser til samfunnet og innbyggerne, i tillegg til rapportering og sikkerhet. Videre informerer controller at tiltak knyttet til risikovurderinger på det overordnede nivået inkorporeres i kommunedirektørens arbeid med budsjett og økonomiplaner. Det fremheves også at kommunen aktivt gjennomfører risikovurderinger i forbindelse med anskaffelse av nye systemer.

Det henvises i e-post datert 05.04.2024 til formuleringene om god internkontroll som vises i figur i kommunens rammeverk for internkontroll. (Gjerdrum kommune 2024a). Figuren er gjengitt under.

**Figur 3: Internkontroll i kommunen**



Kilde: Internkontroll i Gjerdrum kommune 2024

Revisjonen har også mottatt «Notat til kontrollutvalgets møte 22.01.2024» (Gjerdrum kommune 2024f). Notatet er en orientering fra kommunedirektøren til kontrollutvalget om risikoområder i kommunen, i forbindelse med utvalgets arbeid med risiko- og vesentlighetsvurderinger. Det kommer frem av notatet at kommunes samlede risikobilde er omfattende, og innebærer blant annet årlig risikovurdering av ulike tjenesteområder, risikovurdering av sikkerhet og beredskap og løpende vurderinger av organisatoriske endringer og innkjøp av nye systemer.

I notatet er det gjort rede for følgende tre risikoområder:

- Manglende forutsetninger for utvikling og innovasjon
- Økonomi
- Rekruttere og utvikle arbeidskraft

I e-post fra kommunen 05.04.2024 gis det en oversikt over ledermøter som blant annet har tatt opp temaet risikovurdering på overordnet nivå. Den 19. desember 2023 var temaet sårbarhets- og risikoanalyse, og møtet dannet grunnlaget for risikoområdene som senere ble presentert for kontrollutvalget den 22. januar 2024. Videre vises det til KLG-møtet den 9. januar 2024 hvor det ble planlagt at utvalgte virksomheter skulle identifisere relevante risikoområder. Den 16. januar 2024 ble det holdt et utvidet ledermøte hvor det ble gjennomført en SWOT-analyse<sup>1</sup> med virksomhetsledere og avdelingsledere fra ulike tjenesteområder. De ble presentert for utfordringsbildet og samtidig oppfordret til å identifisere både muligheter og risikoområder.

Revisjonen har ikke mottatt annen dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen.

### 5.2 Risikovurderinger på operativt tjenestenivå

På spørsmål fra revisjonen om gjennomføring av risikovurderinger på operativt tjenestenivå har revisjonen fått opplyst i intervju 15.03.2024 at dette varierer fra tjeneste til tjeneste. Videre opplyses det at kommunen jobber med å oppdatere sin risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) samt beredskapsplan. Det opplyses videre at risikovurdering som tema blir diskutert i ledermøter og workshops sammen med ledere fra berørte virksomheter, og det blir diskutert hva som er risiko på hvert enkelt tjenesteområde.

På spørsmål fra revisjonen om hvordan risikovurderinger på operativt tjenestenivå benyttes i arbeidet med risikovurderinger på et overordnet, strategisk nivå opplyses det i intervju med kommunedirektøren at dette arbeidet må systematiseres. Kommunedirektøren peker videre på viktigheten av å integrere arbeidet med risikovurderinger i en helhetlig prosess, og at risikovurderinger bør legges inn i årshjulet.

Revisjonen stilte i e-post til kommunalsjefene følgende spørsmål om risikovurderinger på tjenestenivå:

1. Gjennomføres det systematiske risikovurderinger innenfor ditt tjenesteområde?
2. Hvordan rapporteres resultatet av en eventuell risikovurdering videre til kommunedirektørnivå?

Svarene fra de tre lederne som revisjonen stilte spørsmål til, samsvarer i stor grad. Det opplyses at det gjennomføres systematiske risikovurderinger innenfor alle tjenesteområdene. Det informeres videre om at risikovurderinger gjennomføres gjennom overordnet styring, ROS-analyser og prosedyregjennomgang. Noen tjenesteområder gjennomfører risikovurderinger årlig, andre gjør det etter behov, for eksempel når det innføres nye systemer eller dersom det oppstår gjentatte avvik. På spørsmål fra revisjonen om hvordan resultater av gjennomførte risikovurderinger rapporteres til kommunedirektørnivå er svarene noe variert. Det opplyses at dette blant annet gjøres gjennom

---

<sup>1</sup> Forkortelse for strength, weakness, opportunities og threats (situasjonsanalyse)

ledergruppa, AMU, tilstandsrapporter og utvidede ledermøter. Samtlige svarer likevel at resultatene fra eventuelle risikovurderinger rapporteres i ledermøtene.

Revisjonen har ikke mottatt dokumenterte rutiner eller prosedyrer knyttet til hvordan risikovurderinger skal gjennomføres på operativt tjenestenivå.

### **5.3 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefaling**

Revisjonen legger til grunn at kommunen gjennomfører risikovurderinger på kommunedirektørnivå av kommunens samlede virksomhet. Revisjonen legger videre til grunn at risikovurderingene bygger på risikovurderinger fra de ulike tjenesteområdene.

Undersøkelsene viser at kommunen gjennomfører risikovurderinger både på overordnet strategisk nivå og på operativt tjenestenivå. Undersøkelsen viser videre at risikovurderingene på overordnet nivå bygger på risikovurderinger fra operativt tjenestenivå.

Risikovurderingene på overordnet nivå blir utført av kommunedirektørens ledergruppe. På operativt nivå gjennomføres systematiske risikovurderinger innenfor hvert tjenesteområde, og resultatene blir rapportert til kommunedirektørnivået gjennom ulike kanaler som ledermøter, arbeidsmiljøutvalg og tilstandsrapporter. Revisjonen har ikke sett eller mottatt dokumentasjon som dokumenterer at det er gjennomført risikovurderinger, hverken på overordnet nivå eller på tjenestenivå. Det er revisjonens vurdering at gjennomføring av risikovurderinger, uavhengig av nivå, bør dokumenteres.

Undersøkelsen viser at det ikke foreligger skriftlige rutiner eller prosedyrer for gjennomføring av risikovurderinger, hverken på overordnet nivå eller på tjenestenivå. Det er revisjonens vurdering at tydelige rutiner og prosedyrer for gjennomføring av risikovurderinger vil bidra til mer systematikk mht. å gjennomføre, dokumentere og nyttiggjøre seg vurderingene.

Det konkluderes med at kommunen i all hovedsak gjennomfører systematiske risikovurderinger på overordnet nivå.

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefaling at kommunedirektøren bør:

- Sikre at gjennomførte risikovurderinger, både på overordnet nivå og på tjenestenivå, blir dokumentert
- Vurdere å etablere skriftlige rutiner for systematiske risikovurderinger, både på overordnet nivå og på tjenestenivå.

## 6 AVVIKSHÅNTERING

Dette kapitlet beskriver kommunens rutiner og praksis for å melde og følge opp avvik. Kapitlet omfatter også hvordan kommunen bruker statistikk for avvik i arbeidet med å forbedre kommunens virksomhet.

Følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier legges til grunn:

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp.</li> <li>➤ Avvikene bør samlet benyttes i arbeidet med å evaluere og forbedre kommunens virksomhet.</li> </ul>

### 6.1 Kommunens system for å melde og følge opp avvik

Rammeverk for internkontroll beskriver hvordan avviksmeldinger skal meldes og følges opp. Det presiseres at avvik og hendelser gir grunnlag for læring og forbedring (Gjerdrum kommune 2024a).

Det følger videre av rammeverket at hovedregelen er at avvik og hendelser knyttet til arbeidsmåter og prosedyrer skal registreres i TQM. Det å melde og følge opp avvik og hendelser skal være en del av det kontinuerlige kvalitetsarbeidet i Gjerdrum kommune. Alle ansatte med it-tilgang har tilgang til å registrere et avvik eller en hendelse på pc eller fra egen mobil (Gjerdrum kommune 2024a).

Ledere for den enkelte organisasjonsenhet får registrerte avvik eller hendelser til behandling, og beslutter videre håndtering av saken (Gjerdrum kommune 2024a).

Det foreligger ingen overordnede rutiner eller prosedyrer som beskriver hvordan den enkelte leder skal håndtere registrerte avvik eller hendelser, men det kommer frem av rammeverket at ledere på alle nivåer må være gode forbilder for sine ansatte og sette rammene for arbeidet med internkontroll i egen virksomhet. Arbeidet med internkontroll skal være basert på egenart, risiko og vesentlighet. Dette innebærer at hver enkelt leder må vurdere hvordan internkontrollsystemet skal gjennomføres i egen enhet (Gjerdrum kommune 2024a).

HMS-hendelser avdekkes i det daglige arbeidet, herunder ved verneunder og/eller HMS-runder, møtevirksomhet, kontroll av maskiner og/eller utstyr (Gjerdrum kommune 2024a).

Avvik og hendelser knyttet til teknisk drift meldes gjennom eget fagsystem for dette formålet. Driftsoperatørene benytter fagsystemet til å fordele og følge opp sakene. Dersom avviket eller

hendelsen har karakter av et HMS-avvik, skal det også registreres i TQM (Gjerdrum kommune 2024a).

Revisjonen har fått tilgang til TQM, og fått en gjennomgang i hvordan avvik meldes via hendelsesmodulen i TQM. Ved å klikke inn på hendelsesmodulen og deretter klikke inn på «registrer ny hendelse», kommer man inn på et digitalt skjema. I skjemaet skal man fylle inn dato for hendelse, velge hendelsestype, velge alvorlighetsgrad, registrere gjeldende virksomhet og velge prosess ved hjelp av en nedtrekksmeny. Under hendelsestype kan man velge mellom på forhånd definerte hendelser som a) avvik, b) observasjon eller c) forbedringsforslag. Under alvorlighetsgrad kan man velge mellom a) lav, b) middels, eller c) høy. Videre skal man beskrive avviket eller hendelsen. Det er også anledning til å angi strakstiltak og gi kommentarer dersom dette er aktuelt.

Figuren under viser skjema for registrering av ny hendelse (avviksmelding) i kvalitetssystemet TQM.

**Figur 4: registrering av ny hendelse**

The screenshot shows a web form for registering a new incident. The form is organized into several sections, each with a title and a red asterisk indicating a required field:

- Dato for hendelse\***: A date picker showing 26.03.2024.
- Hendelsestype\***: A dropdown menu with "Ingen valgt" selected.
- Alvorlighetsgrad\***: A dropdown menu with "Lav" selected.
- Virksomheter\***: A dropdown menu with "Felles GK" selected.
- Prosess\***: A dropdown menu with "Ingen valgt" selected.
- Beskrivelse\***: A large text area for describing the incident.
- Strakstiltak**: A text area for reporting immediate actions.
- Kommentarer**: A text area for providing additional comments.

At the bottom of the form, there are two buttons: a red "Registrer" button and a grey "Lagre kladd" button.

Kilde: Gjerdrum kommune, TQM 2024, hendelsesmodul, registrer ny hendelse.

Kommunedirektøren opplyser i intervju med revisjonen den 15. mars 2024 at hendelser og avvik registreres i TQM og jevnlig følges opp i AMU (Arbeidsmiljøutvalget). Det presiseres at det i all hovedsak er HMS- og sikkerhetsavvik som følges opp av kommunedirektøren og toppledelsen i kommunen. Kommunedirektøren forteller videre at de har en åpenhetskultur på det å melde avvik i Gjerdrum kommune.

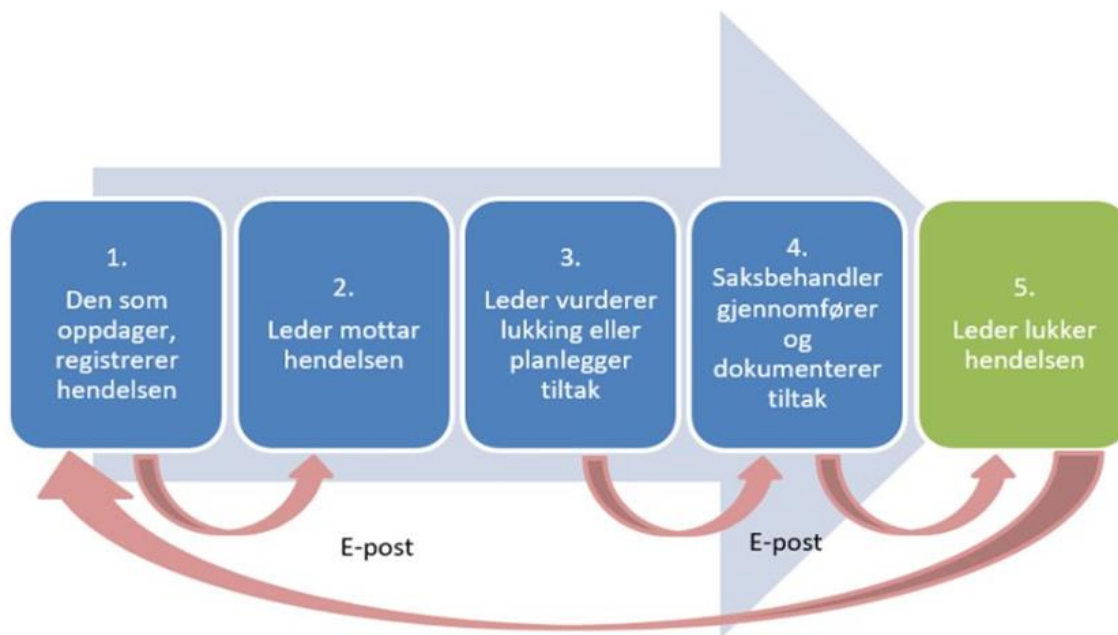
HR-sjefen i Gjerdrum opplyser i intervju at alle ansatte i kommunen får opplæring i hvordan avvik skal meldes i kvalitetssystemet TQM. Det vises herunder til opplæringsdokument betegnet Workshop i kvalitetssystemet – TQM (sommer og høst 2023). Det ligger klare føringer og forventninger i opplæringsdokument om at alle ansatte (også ekstravakter) skal ha kunnskap og ferdigheter til å melde avvik og vite forskjell på HMS og kvalitetsavvik. Videre kommer det frem at alle ledere og fagledere (fagansvarlige) skal ha kunnskap og ferdigheter til å melde, følge opp, lukke avvik og benytte avvikene aktivt for å forbedre tjenesten (Gjerdrum kommune 2023c).



HR-sjefen opplyser videre til revisjonen at det er leder som har det overordnede ansvaret, men det er HMS-gruppen som behandler, diskuterer og setter tiltak, samt vurderer om avviket kan lukkes eller ikke.

Behandlingsprosessen er illustrert i figuren under.

**Figur 5: Behandlingsprosess for avvik**



Kilde: Gjerdrum kommune 2023c

Controller i Gjerdrum kommune forteller i intervju med revisjonen den 15. mars 2024 at det ikke finnes skriftlige rutiner for hvordan virksomhetsledere skal følge opp avvik eller hendelser. Det opplyses herunder at kommunen har en praktisk tilnærming til hvordan oppfølging skal skje. Controller forteller at lederne er tett på sine ansatte og følger prosedyrene tilknyttet sitt ansvarsområde. De fleste lederne har en relativt oversiktlig mengde av avvik og/eller hendelser og vil derfor som regel ha kjennskap til at det har skjedd et avvik eller en hendelse før en eventuell registrering har funnet sted. Controller legger til at HR-avdelingen i kommunen overvåker avvik og hendelser. HR-avdelingen har i hovedsak fokus på HMS-hendelser, men har også «et visst blikk» på at andre hendelser også blir fulgt opp.

Det følger av opplæringsdokumentet, Workshop i kvalitetssystemet – TQM, at registrerte avvik og/eller en hendelse skal kontrolleres av leder. Det skal kontrolleres om hendelsen er registrert riktig i systemet. Det skilles mellom hendelser som skal registreres i driftsmeldingssystemet (feil og mangler på bygg), fagsystem/journalsystem (direkte konsekvenser for tjenestemottaker) og TQM (brudd på lover, forskrift og prosedyre).

Videre kommer det frem at registrerte avvik og hendelser skal behandles, hvilket innebærer å vurdere behov for å gjennomføre en årsaksanalyse og planlegge tiltak. Årsaksanalyse er en viktig del av

læringsprosessen som igjen gir grunnlag for varige forbedringer. Planlegge tiltak innebærer å vurdere tiltak samme med melder eller HMS-gruppen, samt registrere effektmåling ved utført tiltak (Gjerdrum kommune 2023b).

Effektmåling forutsetter at avvik og/eller hendelser er registrert i TQM som angitt i opplæringsdokumentet. For å lukke et avvik, må måleparametere være gjennomgått og krysset av. Måleparametere er forhåndsdefinerte alternativer som velges under spørsmål som "Hva skjedde", "Hvorfor skjedde det", "Hva førte hendelsen til", og "Når skjedde det". Vurdering av måleparametere med påfølgende avkryssing kan gjøres av både den som melder og den som behandler en hendelse (Gjerdrum kommune 2023c).

Figuren under viser skjema for måleparametere som ligger inne i kvalitetssystemet TQM.

**Figur 6: Måleparametere**

The screenshot shows a web-based form titled "Måleparametre" (Measurement Parameters) for incident reporting. It is organized into four columns, each with a dropdown menu and a list of checkboxes. The categories and their sub-items are as follows:

- Hva skjedde?** (What happened?):
  - Brudd på rutine/prosedyre
  - Problemer med inneklima
  - Ulykke
  - Nestenulykke
  - Mobbing/trakassering
  - Trussel
  - Vold
- Hvorfor skjedde det?** (Why did it happen?):
  - Menneskelig svikt
  - Manglende kompetanse
  - Prosedyre ikke fulgt
  - Utstyrssvikt
  - Defekt utstyr
  - Feil bruk av utstyr
  - Manglende utstyr
  - Ikke brukt utstyr
  - Systemsvikt
  - Brudd på lov/forskrift
  - Feil/mangelfull prosedyre
  - Manglende prosedyre
  - Prosedyre ikke tilgj.
  - Ressursmangel
  - Leverandørsvikt
- Hva førte hendelsen til?** (What led to the incident?):
  - Personskade
  - Ansatt
  - Tjenestemottaker
  - Annen person
  - Mangelfull tjeneste
  - Redusert
  - Ikke levert
  - Materielle skader
  - Brudd på info.sikkerhet
  - Ytre miljø
  - Forsøpling
  - Utslipp
  - Grunn
  - Luft
  - Vann
  - Støy
  - Annet
- Når skjedde det?** (When did it happen?):
  - Tid på døgnet
  - Dag
  - Kveld
  - Nat
  - Helg

Kilde: Gjerdrum kommune 2023c

I tillegg til intervjuer har revisjonen stilt skriftlige spørsmål på e-post til ledere for tre overordnede tjenesteområder. Samtlige svarer bekreftende på spørsmål om deres tjenesteområde har rutiner for avvikshåndtering. Videre svarer samtlige bekreftende på at hendelser og avvik skal meldes i kvalitetssystemet TQM.

På spørsmål om hvordan avvik følges opp i praksis svarer de tre lederne stort sett sammenfallende. Oppsummert kommer det frem av svarene på spørsmålene at avvik følges opp lokalt på den enkelte avdeling, og deretter tas opp til ledernivå, HMS- grupper og AMU.

### 6.2 Statistikk for avviksmeldinger

På spørsmål fra revisjonen om kommunens bruk av statistikk og eventuell evaluering av aggregerte avvik ble det vist til opplæringsdokumentet «Workshop i kvalitetssystemet – TQM» (Gjerdrum kommune 2023c). Det kommer frem av opplæringsdokumentet at formålet med TQM som kvalitetssystem er følgende:

- sikre en systematisk og kontrollert behandling
- iverksette effektive/korrigerende/forebyggende tiltak
- kontinuerlige forbedringsprosesser
- statistikk over hendelser som beslutningsgrunnlag for ledere

Rammeverk for internkontroll lister opp en rekke elementer som inngår i kommunedirektørens internkontroll. En av elementene som står oppført er oppfølging av avvik- og forbedringsforslag. Videre kommer det frem av rammeverket at virksomhetsstyringen krever at ledere på alle nivåer blant annet skal analysere situasjoner og utforme og iverksette tiltak. Det opplyses videre at formålet med å registrere avvik og hendelser er å sikre god dokumentasjon for å avdekke systematiske feil, identifisere forbedringsmuligheter og styrke kvalitetsbevisstheten i organisasjonen (Gjerdrum kommune 2024a).

Videre er det et eget avsnitt i rammeverket som omhandler HMS-hendelser hvor det gjøres rede for hvordan HMS-hendelser avdekkes i det daglige arbeidet i kommunen (Gjerdrum kommune 2024a).

På spørsmål fra revisjonen om hvordan kommunen bruker avviksstatistikk for å evaluere arbeidet med internkontrollen opplyser HR-sjefen at ledelsen i kommunen benytter avviksstatistikk knyttet til HMS-hendelser for å avdekke forbedringsområder og sikre et godt og forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte. HR-sjefen opplyser videre at statistikk over avviksmeldinger knyttet til HMS-hendelser også tas opp som tema i administrasjonsutvalget og AMU (e-post 23.03.24).

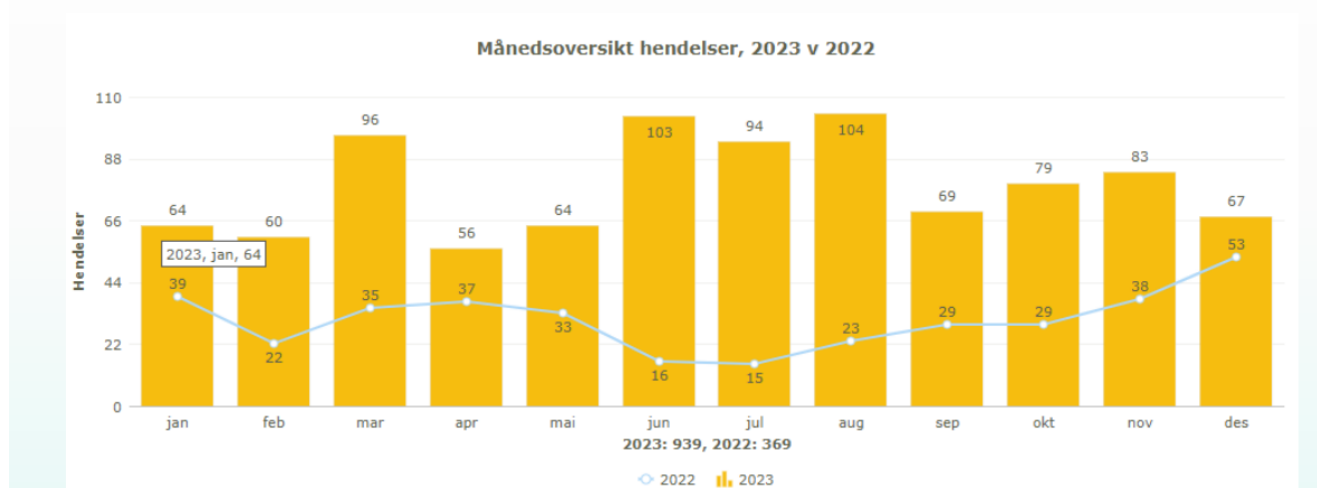
På spørsmål fra revisjonen om hvordan kommunen bruker avviksstatistikk for å evaluere arbeidet med internkontrollen opplyser controller i intervju med revisjonen den 15. mars 2024 at HR-avdelingen har en rolle med koordinering og samlet behandling av HMS-saker som legges frem for AMU. Controller opplyser videre at det er et stort trykk i kommunen på å ta ut statistikk innen HMS-hendelser og fremlegge saker for samlet behandling. Det opplyses videre at kvalitetsavvik (avvik som ikke er HMS-avvik) følges opp av den enkelte virksomhet og at praksis for bruk av avviksstatistikk er ulik mellom virksomhetene. Controller legger til at det nødvendigvis ikke gir mening å bare trekke ut statistikk, men at man må gå bak tallene og se hva de inneholder. Controller forteller at kommunen i skrivende stund ikke har en rutine å følge opp dette på overordnet nivå i kommunedirektørens ledergruppe.

Controller beskriver i e-post datert 05.04.24 at bruk av avviksstatistikk har vært ulikt praktisert mellom virksomhetene i kommunen frem til årsskifte 2023/2024. Kommunen har som en følge av ulik praksis ikke gjennomført en samlet analyse av avviksstatistikk før 2024. Controller viser herunder til gjennomgang av statistikk over HMS- og kvalitetsavvik for 2022 og 2023 i saksfremlegg til Administrasjonsutvalget datert 05.02.2024 (Gjerdrum kommune 2023b).

Figuren under viser statistikk over registrerte hendelser for året 2022 sammenlignet med året 2023.

**Figur 7: Statistikk for HMS- og kvalitetsavvik**

Hendelser registrert i 2022: 369  
Hendelser registrert i 2023: 939



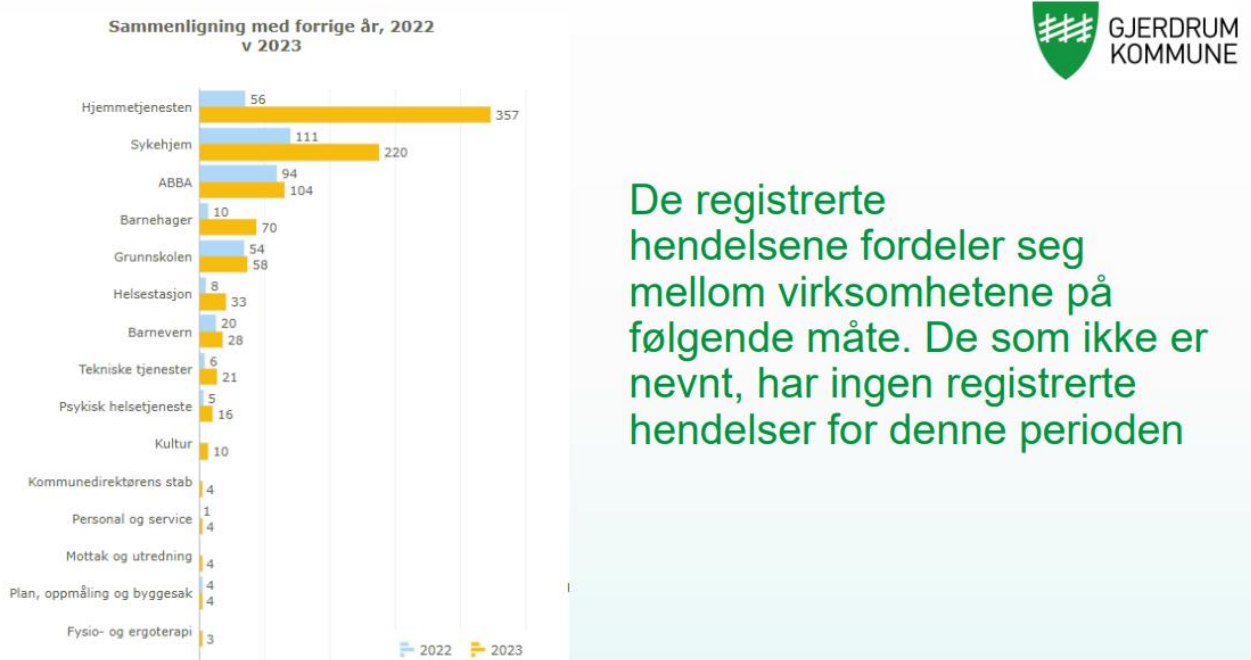
Kilde: Gjerdrum kommune 2023b

Figuren over viser at totalt antall registrerte hendelser har økt betydelig fra 2022 med 369 registrerte avvik, sammenlignet med 2023 som har 939 registrerte avvik.

Videre kommer det frem av vedlegget til saksfremlegg til Administrasjonsutvalget (Gjerdrum kommune 2023b) at tallene viser at kommunen i løpet av 2023 har hatt en god avvikskultur hvor ansatte melder betydelig flere avvik enn tidligere år. Det opplyses i intervju av 15.03.2024 at dette ikke bare handler om å registrere avvik, men at avvik som registreres faktisk er reelle avvik. Det opplyses videre at kommunen ser at det som registreres faktisk er avvik ut ifra beskrivelsen av de registrerte avvikene. Kommunen peker videre på at de vil fortsette arbeidet med avvikshåndtering med workshops tilpasset den enkelte virksomhet.

Figuren under viser statistikk over HMS- og kvalitetsavvik fordelt på kommunens virksomheter.

Figur 8: HMS- og kvalitetsavvik fordelt mellom virksomhetene



Kilde: Gjerdrum kommune 2023b

Figuren over viser hvordan totalt antall HMS- og kvalitetsavvik er fordelt mellom de virksomheter som i perioden har fått registrerte avvik. Blå søyle viser antall registrerte hendelser for 2022, mens gul søyle viser registrerte hendelser for 2023. Det kommer videre frem av saksfremlegget til møtet den 13.02.2024 at de 939 registrerte hendelsene for 2023 er fordelt mellom tre hendelsestyper. Dette er henholdsvis HMS- og kvalitetsavvik, forbedringsforslag og observasjon. HMS- og kvalitetsavvik utgjør den største delen av samtlige registrerte avvik med 92, 65%, forbedringsforslag utgjør 4,58% og observasjon utgjør 2,77% (Gjerdrum kommune 2023b).

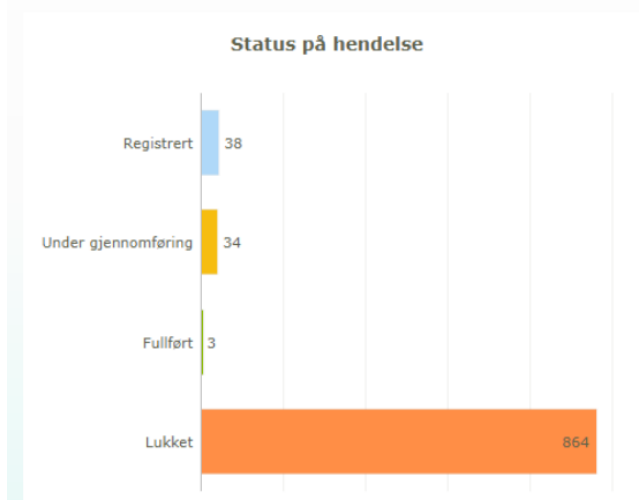
Saksfremlegget inneholder også en statistisk oversikt av alvorlighetsgraden knyttet til totalt registrerte avvik for 2023. Alvorlighetsgraden er delt inn i lav, middels og høy. Lav alvorlighetsgrad utgjør 30, 24%, middels utgjør den største delen og ligger på 50,16%, høy alvorlighetsgrad utgjør den minste delen på 19,60% (Gjerdrum kommune 2023b).

Videre vises en oversikt over økt aktivitet på behandling og lukking av hendelser i kommunen. Det oppsummeres i saksfremlegget at kommunen ser en klar økning i behandling og lukking av avvik (Gjerdrum kommune 2023b).

Figuren under viser statistikk over antall hendelser som er registrert, under gjennomføring, fullført og lukket.

**Figur 9: Behandling og lukking av hendelser**

## Økt aktivitet på behandling og lukking



- Per 02.02.24 var det 38 hendelser hvor det ikke er startet en aktivitet.
- 18 av disse har lukkefrist i 2023.
- Oppsummert: Vi ser en klar økning i behandling og lukking av avvik.

Kilde: Gjerdrum kommune 2023b

Kommunedirektøren peker i sitt hørings svar på at kommunen framover vil fortsette arbeidet med å forbedre og dokumentere prosedyrene for dette, blant annet gjennom å ha periodiske gjennomganger av statistikken i kommunedirektørens ledergruppe og utvidet ledergruppe.

### 6.3 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefaling

Revisjonen legger til grunn at det er etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp.

Undersøkelsen viser at kvalitetssystemet TQM benyttes i hele kommunen for å melde og følge opp avvik. Beskrivelser av rutiner og opplæring på dette området er felles for alle ansatte. Revisjonen vurderer at kommunen har etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp.

Videre viser undersøkelsen at kommunen gjennom både rutiner, prosedyrer, opplæring og andre praktiske aktiviteter setter klare krav til ansatte og ledere om at avvik skal meldes. Det er revisjonens vurdering at Gjerdrum kommune med dette har lagt godt til rette for å etablere en god kultur for melding av avvik. Økt antall meldte avvik over tid tyder også på dette.

Undersøkelsen viser at det ikke er etablert klare rutiner for å sikre at avvik blir tilstrekkelig behandlet og lukket. Til tross for at det ikke foreligger rutiner som nevnt over, er det revisjonens vurdering at kommunen i praksis har løst dette på en god måte. Det bemerkes herunder at dette gjelder for undersøkelsesperioden. For å sikre at arbeidet med å melde avvik, behandle avvik og følge opp avvik gjennomføres på en hensiktsmessig måte også i fremtiden, kan det etter revisjonens vurdering være hensiktsmessig at kommunen etablerer rutiner for å sikre at avvik blir håndtert på en forutsigbar og ensartet måte.

Revisjonen legger videre til grunn at avvikene samlet bør benyttes i arbeidet med å evaluere og forberede kommunens virksomhet.

Undersøkelsen viser at kommunen i liten grad har beskrevet en fast praksis for bruk av avviksstatistikk- og analyse, eller annen form for evaluering av samlet avvik, på overordnet nivå. Undersøkelsen viser videre at kommunen i årsskiftet 2023/2024 har tatt i bruk statistikk i vedlegg til saksfremlegg datert den 05.02.2024, men at det ikke foreligger noen etablert praksis for bruk av statistikk eller annen form for samlet evaluering av avvik ut over dette. Revisjonen vurderer derfor at kommunen ikke i tilstrekkelig grad benytter samlet avviksstatistikk for å evaluere og forbedre kommunens virksomhet.

Det følger av rammeverket til kommunen (2024) at formålet med å melde avvik blant annet er å avdekke systematiske feil, identifisere forbedringsmuligheter og styrke kvalitetsbevisstheten i organisasjonen. Videre står det at avvik og hendelser er grunnlag for læring og forbedring, men det står ikke noe om hvordan dette skal utføres i praksis, som for eksempel gjennom analyse av avviksstatistikk. Undersøkelsen viser også at TQM har gode systemer for å hente ut avviksstatistikk. Revisjonen vil trekke frem at evaluering eller analyse av samlet avvik på overordnet nivå kan være en viktig del av kommunens kontinuerlige læring og forbedringsarbeid. Revisjonen ser positivt på videreutviklingen av kommunens arbeid med avviksstatistikk som ble påbegynt i årsskifte 2023/2024.

Det konkluderes med at det er etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå, men at denne har forbedringspotensial.

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefaling at kommunedirektøren bør:

- Etablere en fast praksis for å analysere statistikk for samlet avvik på overordnet nivå.

## 7 KILDER

### 7.1 Lov og forskrift m.m

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

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2018: Prop. 46 L – Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2020: Prop. 81 L – Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen (tilpasning til ny kommunelov).

Norsk lovkommentar.

### 7.2 Veiledere

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

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

### 7.3 Kilder fra Gjerdrum kommune

Gjerdrum kommune 2024a: Internkontroll i Gjerdrum kommune, versjon 0.9 (21.01.2024).

Gjerdrum kommune 2023b: Saksfremlegg med vedlegg HMS- og kvalitetsavvik 2023 (13.02.2024).

Gjerdrum kommune 2023c: Workshop i kvalitetssystemet TQM (28.08.23).

Gjerdrum kommune 2024d: Digitalisering og innovasjon – Slik gjør vi det i Gjerdrum, versjon 2.0 (29.02.2024).

Gjerdrum kommune 2022e: Overordnet risikovurdering – KLG, Gjerdrum kommune, versjon 0.9 (17.10.2022).

Gjerdrum kommune 2024f: Notat til kontrollutvalgets møte 22012024 (22.01.2024).



## 8 VEDLEGG 1: KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR

Hei, og takk for tilsendt høringsutkast.

Vi ser at revisjonen har gjort et godt og systematisk arbeid, og vi kjenner i all hovedsak igjen observasjonene og beskrivelsene i rapporten. Vi takker også for forslagene til forbedringer som vil være nyttige i vårt videre arbeid.

Vi har noen kommentarer til enkeltpunkter i rapporten.

- I punkt 4.5.2 oppgis datoer for siste revisjoner av håndbøkene. Datoene gjelder siste fullstendige revisjon av alt innhold. Både Simployer og Gjerdrum kommune har oppdatert mye av innholdet etter dette basert på endringer i lov-, regel- og avtaleverk eller praksis i kommunen.
- I punkt 5.3 anbefaler revisjonen at kommunen i større grad systematiserer, standardiserer og dokumenterer risikovurderinger på virksomhetsnivå og på overordnet nivå. Vi er enig i at dokumentasjon av hvordan vi håndterer dette kan bli bedre og at det er potensial i å innføre mer ensartede rutiner på dette området.
- I punkt 6.2 beskrives rutinene for oppfølging av hendelser både på virksomhetsnivå og samlet for kommunen. Gjennom det siste året har vi etablert rutiner for samlet håndtering av statistikk for hendelser i administrasjons- og arbeidsmiljøutvalget. Hovedfokus i disse utvalgene er knyttet til HMS-hendelser, men statistikken som behandles inneholder også kvalitetshendelsene. Også på dette området ser vi at mer ensartet håndtering og samlet overvåking kan gi gevinster både i tjenestekvalitet og i arbeidsmiljø. Vi vil framover fortsette arbeidet med å forbedre og dokumentere prosedyrene for dette, blant annet gjennom å ha periodiske gjennomganger av statistikken i kommunedirektørens ledergruppe og utvidet ledergruppe.

Vennlig hilsen

**Daniel Berg-Hansen**  
Kommunedirektør

**Gjerdrum kommune**  
Mob: 92 60 70 38