

Internkontroll

Nesna Kommune

Forvaltningsrevisjon

2025

FR-1289

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Nesna kommunes kontrollutvalg.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på www.revisjonmidt norge.no.

Verdal 28.04.25

Marius Johnsborg

Oppdragsansvarlig revisor

Arve Gausen

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Nesna kommune..

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i tråd med RSK 001 og bygger på en kombinasjon av dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse. Revisor har vurdert egen uavhengighet i henhold til gjeldende regelverk. Dokumentanalysen har gitt innsikt i kommunens rutiner og styringsdokumenter, mens intervjuene med kommunedirektør, ledere og tillitsvalgte har bidratt med kvalitative vurderinger av hvordan internkontrollen praktiseres. Spørreundersøkelsen ble rettet mot kommunens ledere, og inneholdt et læringselement som skulle legge til rette for refleksjon og felles forståelse før besvarelse.

På spørsmål om Nesna kommune har et system for internkontroll på overordnet nivå konkluderer revisor med at de fleste sentrale komponentene som inngår i et system for internkontroll er tilstede i kommunen, men det mangler fortsatt en samlet, helhetlig struktur og praksis som sikrer koordinert gjennomføring og oppfølging på overordnet nivå. Kommunen rapporterer ikke til kommunestyret om internkontroll slik kommunelovens §25-2 krever.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at lederne vurderer flere sider av internkontrollen som tilfredsstillende, men ingen gjennomsnittsbetraktninger når opp til beskrivelsen «god».

Revisor har følgende anbefalinger:

- Kommunen må etablere rutiner for, og gjennomføre politisk rapportering om internkontroll i tråd med kommunelovens § 25-2.
- Kommunen bør ta tydelig stilling til hvordan internkontrollen skal være organisert, hvilke mål som skal gjelde, og hvordan arbeidet skal implementeres på overordnet nivå.
- Kommunen bør forbedre forvaltningen og bruken av kvalitetssystemer og rutineverk for å sikre at disse er oppdaterte, relevante og i aktiv bruk på tvers av enheter.
- Det bør etableres en felles, systematisk tilnærming til risikovurderinger som gjelder hele organisasjonen.
- Kommunen bør vurdere å følge opp resultatene fra egenvurderingen med refleksjon i ledergruppen og konkrete forbedringstiltak.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Innledning.....	6
1.1 Bestilling	6
1.2 Problemstillinger	6
1.3 Metode	6
1.4 Avgrensninger	7
1.5 Uttalelse om rapport	8
2 Revisjonskriterier	9
2.1 Krav til internkontroll i henhold til kommuneloven	9
2.2 Veiledning fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)	10
2.3 Anbefalinger fra KS	10
2.4 Revisors valg av revisjonskriterier	10
3 System for internkontroll	12
3.1 Kommunens organisering.....	12
3.1.1 Revisor vurdering.....	14
3.2 Planverk og målstruktur	14
3.2.1 Revisor Vurdering	17
3.3 Rutiner og prosedyrer.....	17
3.3.1 Revisors vurdering	19
3.4 Avvik og avviksbehandling.....	20
3.4.1 Revisors Vurdering	23
3.5 Risikovurdering.....	23
3.5.1 Revisors vurdering	25
3.6 Rapportering.....	25
3.6.1 Revisors vurdering	27
3.7 Delkonklusjon	27
4 Egenvurdering av internkontroll	29
4.1 Formål og metode	29
4.2 Deltagelse	30
4.3 Resultatene	31
4.3.1 Oppsummert resultat	32
4.3.2 Mål ansvar og organisering	33
4.3.3 Vurdering av kommunens bruk av rutiner.....	34
4.3.4 Avvik og avvikshåndtering.....	37
4.3.5 Risikovurderinger	39
4.3.6 Ledelsesforankring.....	41

5	Konklusjoner og anbefalinger	45
5.1	Konklusjon.....	45
5.2	Anbefalinger	46
	Kilder.....	47
	Vedlegg 1 – Uttalelse	48

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Nesna bestilte 26.02.2024, sak 47/2024 en forvaltningsrevisjon med temaet internkontroll. Utvalget ba Revisjon Midt-Norge om å utarbeide et forslag til prosjektplan på basis av de signaler som kom frem i møtet. Kontrollutvalget uttrykte et ønske om at revisor vektla en god prosess, og læringseffekter av denne, ved gjennomføring av revisjonsarbeidet. Prosjektplanen ble oversendt sekretær, og sendt til verifikasjon hos utvalgsmedlemmene. Det ble ikke gitt noen tilbakemeldinger på revisors forslag til prosjekt.

1.2 Problemstillinger

- Har kommunen et system for internkontroll på overordnet nivå?
- Hva er kommuneledelsens vurdering av egen internkontroll?

1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Nesna kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Datainnsamling er gjennomført ved hjelp av dokumentanalyse, intervjuer og en spørreundersøkelse. Dokumentanalysen omfatter en gjennomgang av kommunens styringsdokumenter, interne rapporter og rutiner. Det er også gjennomført intervjuer med sentrale personer i kommunen, inkludert kommunedirektøren, kommunalledere, leder for fellestjenestene og tillitsvalgte. Dette for å innhente informasjon om hvordan internkontrollen praktiseres og følges opp.

En spørreundersøkelse er utført blant alle ledere i kommunen. Undersøkelsen inkluderer en innledende introduksjon og veiledning til kommunelovens internkontrollbestemmelser. Dette er gjort for å sikre at deltakerne har et felles grunnlag og forståelse av internkontrollens krav før besvarelsen. Læringselementet i spørreundersøkelsen har forhåpentligvis gitt lederne et bedre utgangspunkt for å reflektere over og vurdere egen praksis. Resultatene fra undersøkelsen er et helhetlig bilde av internkontrollens status og fungerer som en referanse for vurderingene i denne rapporten. Mer om metoden som er brukt i undersøkelsen er beskrevet i kapittel 3.

Valget av metode gir både styrker og begrensninger for revisjonen. Dokumentanalysen har gitt en grundig oversikt over kommunens eksisterende rutiner og systemer for internkontroll. Likevel er denne metoden avhengig av kvaliteten og omfanget av tilgjengelige dokumenter. Det kan finnes aspekter av internkontroll som ikke er tilstrekkelig dokumentert, og som dermed ikke blir fanget opp i analysen. Dette kan påvirke hvor omfattende og nøyaktig vurderingen av internkontrollens praksis blir.

Intervjuene med kommunedirektøren, kommunalledere og tillitsvalgte gir en dypere forståelse av hvordan internkontrollen praktiseres. En svakhet ved denne metoden er at intervjuobjektene kan være påvirket av sin egen forståelse og oppfatning av internkontrollen, noe som kan resultere i subjektive vurderinger. Videre har vi kun gjennomført et begrenset antall intervjuer, hvilket kan påvirke generaliserbarheten av funnene. Et bredere utvalg av intervjuobjekter kunne gitt et mer nyansert bilde.

Resultatene av spørreundersøkelsen blant lederne kan være påvirket av ledernes tolkning av spørsmålene, og av at de nylig har fått en innføring i internkontrollbestemmelsene. Denne innføringen kan ha påvirket deres besvarelser, ettersom de kanskje føler en forventning om å vise forståelse og kompetanse. Videre er det en risiko for at deltakerne har besvart spørsmålene ut fra et ønske om å presentere kommunen i et positivt lys. Denne formen for "sosial ønskelighet" kan begrense undersøkelsens evne til å avdekke faktiske utfordringer og svakheter i internkontrollsystemet. Likt som for intervju, kan vel en spørreundersøkelse være påvirket av subjektivitet, dette er ikke til hinder for at undersøkelsen kan gi gode data til en egenvurdering av kommunens internkontroll.

På tross av disse begrensningene mener revisor at innsamlede data gir et helhetlig og balansert bilde av Nesna kommunes internkontroll. Bruken av flere metoder bidrar til å styrke validiteten av funnene, selv om metodens iboende svakheter må tas i betraktning når resultatene vurderes.

Revisor har brukt Chatgpt 4.0 som støtte til tekstbehandling i denne rapporten. Revisjon Midt-Norges policy for bruk av KI er fulgt.

Revisor har funnet metodene tilstrekkelig for å kunne hente inn data å vurdere opp mot revisjonskriterier jf. standarden for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

1.4 Avgrensninger

Denne revisjonen er avgrenset til å omfatte internkontrollen på overordnet nivå i Nesna kommune. Den fokuserer på kommunens systemer og prosesser for internkontroll, og revisjonskriteriene er i hovedsak hentet fra kommuneloven. Internkontroll knyttet til spesifikke sektorer eller områder regulert av særlovverk er ikke inkludert i denne gjennomgangen

1.5 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren i Nesna kommune for uttalelse 07.04.2025. Kommunedirektøren og oppdragsansvarlig revisor så det som hensiktsmessig å gjennomføre et høringsmøte (24.04.2025), der referatet skulle gjelde som kommunedirektørens uttalelse. Godkjent referat ble tilsendt revisor 27.04.2025. Referatet er i sin helhet lagt inn i vedlegg 1 i rapport.

Revisor har med grunnlag i referatet fra høringsmøte gjort følgende endringer i forhold til utkastet som ble sendt til kommunedirektøren:

- Rettet korrekturfeil
- Korrigering av data i avsnitt 3.1 – effekter av vakante lederstillinger.
- Korrigering av data i avsnitt 3.1 – om kommunens administrasjonsutvalg.
- Korrigert vurdering i avsnitt 3.1.1 – i forhold til overnevnte faktaendringer.
- Korrigering av data i avsnitt 3.2 – folkehelse er omtalt i kommunens plan for helse og omsorg.
- Korrigert av data i avsnitt 3.3 – Lagt inn opplysning om at kommunen er i ferd med å implementere Digipro Helse.
- Korrigert av data i avsnitt 3.3 – kommunedirektørens kommentar til bruken av compilo
- Korrigert avsnitt 3.3.1 - til å i større grad imøtekomme kommunedirektørens kommentar i høringsmøte.
- Korrigert avsnitt 3.4 – lagt inn en presisering fra kommunedirektøren om at avviksstatistikker blir presentert i arbeidsmiljøutvalget.

2 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er målestokken for å vurdere om kommunen følger lover, forskrifter, vedtak eller god praksis. Kriteriene viser hva som skal være, og brukes til å sammenligne med det som faktisk er. Revisjonskriteriene er utledet fra lovbestemmelser, veiledere fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD, tidligere KMD) og anbefalinger fra KS.

2.1 Krav til internkontroll i henhold til kommuneloven

Kommuneloven § 25-1 pålegger kommuner å ha internkontroll for å sikre etterlevelse av lover og forskrifter. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for internkontrollen. Loven krever at internkontrollen omfatter nødvendige rutiner, risikovurderinger, avdekking av avvik og rapportering til kommunestyret minst én gang i året (kommuneloven § 25).

Internkontrollens innhold er nærmere spesifisert i kommuneloven § 25-1 tredje ledd:

- **Beskrivelse av virksomheten:** Kommunen skal ha en klar beskrivelse av sine hovedoppgaver, mål og organisering (fra § 25-1 tredje ledd bokstav a).
- **Rutiner og prosedyrer:** Det skal utarbeides nødvendige rutiner og prosedyrer, tilpasset kommunens risikobilde og rutinene skal gjøres kjent for de ansatte (fra § 25-1 tredje ledd bokstav b).
- **Risikovurderinger:** Kommunen skal gjennomføre risikovurderinger av både hovedprosessene og internkontrollen for å identifisere mulige regelbrudd og deres konsekvenser (fra § 25-1 tredje ledd bokstav c).
- **Avviksbehandling:** Internkontrollen skal inneholde prosedyrer for å avdekke og følge opp avvik, og sikre læring og forbedring (fra § 25-1 tredje ledd bokstav d).

Videre krever kommuneloven § 25-2 at kommunedirektøren rapporterer status og resultater av internkontrollarbeidet til kommunestyret minst én gang i året.

2.2 Veiledning fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)

Veilederen fra KDD utdyper kravene i kommuneloven og gir praktiske råd for hvordan internkontrollen bør utformes. Veilederen vektlegger at internkontrollen skal være mer enn en formell prosedyre; den skal være en systematisk prosess integrert i kommunens styring og ledelse. Internkontrollen skal tilpasses kommunens egenart og aktiviteter gjennom risikovurderinger, slik at den fokuserer på områder med høyest risiko for avvik, og de mest alvorlige konsekvensene.

Veilederen presiserer også følgende krav:

- Kommunedirektøren skal utarbeide en beskrivelse av kommunens hovedoppgaver, mål og organisering som grunnlag for internkontrollen.
- Rutiner og prosedyrer skal være tilgjengelige, kjent for relevante aktører og tilpasset identifiserte risikoer.
- Systemet skal ha mekanismer for å avdekke, følge opp og lære av avvik.
- Rapporteringen til kommunestyret er sentral for at de folkevalgte kan utøve sitt kontrollansvar.

2.3 Anbefalinger fra KS

KS sin veileder *Orden i eget hus* utdyper kravene til rapportering om internkontrollen. Ifølge KS er det opp til kommunen å bestemme hvordan rapporteringen til kommunestyret skal gjennomføres, men den bør være risikobasert. På hjemmesiden til KS ligger det eksempler på malverk som kan brukes. Disse inneholder punkter som styring, aktiviteter, effekt, resultat og offentlig tilsyn.

2.4 Revisors valg av revisjonskriterier

Ut fra utledningen over har revisor valgt følgende revisjonskriterier for forvaltningsrevisjonen om internkontroll i Nesna kommune.

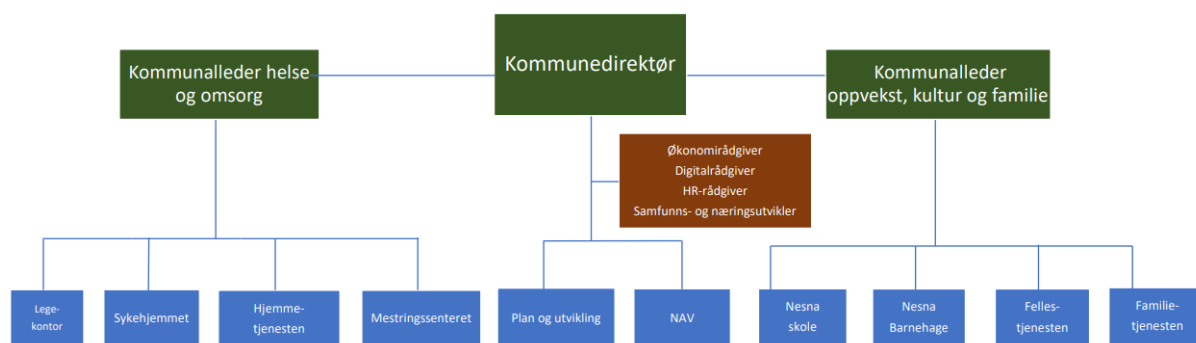
Kommunen skal ha følgende:

- en klar beskrivelse av organisering, ansvar og myndighet

- en klar beskrivelse av hovedoppgaver og mål
- nødvendige rutiner og prosedyrer for sine hovedoppgaver
- avdekke og følge opp avvik
- risikovurderinger som identifiserer sannsynlighet og konsekvenser for avvik
- rutiner for rapportering, og kommunen skal rapportere til kommunestyret om internkontrollen minst én gang i året

3 SYSTEM FOR INTERNKONTROLL

3.1 Kommunens organisering



Kilde: www.nesna.kommune.no

Figur 1 - viser organisering av overordnet ledelse i Nesna kommune.

Kommunens organisasjonskart er lagt ut på hjemmesiden til kommunen. Det ble sist oppdatert i kommunestyresak 46/2023, 21.06.23. Nesna kommune er organisert med en kommunedirektør på toppen, som leder tre hovedområder: helse og omsorg, plan og utvikling, samt oppvekst, kultur og familie. Fellestjenesten er underlagt kommunalleder for oppvekst, kultur og familie. I denne enheten ligger ansvar for, arkiv, IKT og servicetorg. I tillegg finnes noen økonomitjenester i der.

Nesna kommune har et delegeringsreglement som regulerer hvordan kommunestyret overfører myndighet til politiske organer, ordføreren og administrasjonen. Dokumentet ble sist vedtatt i kommunestyret 25.10.23, sak 72/23. Kommunestyret behandler saker av prinsipiell betydning, mens formannskapet har fått delegert ansvar for økonomiplan, reguleringsplaner og visse klagesaker. Ordføreren kan fatte vedtak i hastesaker og representerer kommunen rettslig. Utvalg som kontrollutvalget, administrasjonsutvalget og valgstyret har spesifikke ansvarsområder, mens kommunedirektøren er delegert myndighet til å behandle ikke-prinsipielle saker innenfor økonomi, personal og særlovgivning.

Nesna kommune har et administrativt delegeringsreglement som ligger i kvalitetssystemet Compilo, men dokumentet er ikke datert. Reglementet beskriver kommunestyrets rolle som øverste organ og kommunedirektørens myndighet, både gjennom lov og delegasjon. Det fastsetter rammer for videre delegering av myndighet innenfor administrasjonen, inkludert

hvilke saker som kan delegeres og hvilke som regnes som av prinsipiell betydning. Dokumentet omfatter også regler for økonomiforvaltning, anvisningsmyndighet, personalsaker og saksbehandling i ulike sektorer. Videre spesifiserer det ansvar og fullmakter for kommunalledere, virksomhetsledere og stabsfunksjoner innen områder som økonomi, helse- og omsorgstjenester, plan og utvikling, NAV, IKT og folkehelse.

Kommunedirektøren forklarte i høringsmøte til denne rapporten at kommunen har et administrasjonsutvalg, selv om møtene avholdes sjelden. Siste møte var i februar 2024. Hun bemerket også at det kan være utfordrende å finne klare saker for utvalget. Kommunen har også et forum kalt IDF (informasjon, drøfting og forhandling) som skal ivareta trepartssamarbeidet.

Referatene fra intervjuene viser at organiseringen i kommunen oppfattes som tydelig. Samtidig kommer det frem elementer som intervjuobjektene mener kan forbedres. Forbedringsområdene knyttes spesielt til systemforvaltning, økonomistyring og boligforvaltning. Innenfor helsesektoren vises det til at organisasjonskartet ikke er helt korrekt. Da legetjenesten i praksis rapporterer til lederen for hjemmetjenesten. Nesna kommune har hatt svært mange utskiftninger i lederstillinger over en lengre periode. En gjennomgående tilbakemelding rundt dette er at gjenværende ledere har tatt tak for å fylle vakante stillinger. En hovedtillitsvalgt mener at følgene av en stor lederrotasjon(vakanser) har vært at enkelte har fått, eller tatt, ansvar for oppgaver uten å ha tilstrekkelig kompetanse.

Flere intervjuobjekter har påpekt at kommunen mangler en økonomisjef og at økonomifunksjonen er fragmentert, noe som har ført til utfordringer med rapportering og budsjettstyring. Satt i sammenheng med innføringen av et nytt økonomissystem uten tilstrekkelig opplæring blir dette problematisk. Kommunen planlegger flere opplæringstiltak i nær fremtid for å trygge økonomistyringen.

Det trekkes frem at systemforvaltningen generelt er preget av for mange digitale systemer uten helhetlig koordinering. Tilgangsstyring blir til en viss grad personavhengig. Dette vanskeliggjør også innrulling av nyansatte.

Leder for plan og utvikling opplever organisasjonen som tydelig, og uttrykker samtidig en nytte av å delta i møtene i strategisk lederteam, ettersom mange av oppgavene lederen har ansvar for går på tvers av organisasjonen.

3.1.1 Revisors vurdering

Kommunen har en formelt tydelig organisasjonsstruktur med definerte ansvarslinjer, men det finnes praktiske utfordringer knyttet til økonomistyring, systemforvaltning og ledelsesstabilitet.

Nesna kommune har både et organisasjonskart og et delegeringsreglement som beskriver ansvar og myndighet, men det er flere forhold som tyder på at dette ikke alltid fungerer optimalt i praksis. Mangelen på en økonomisjef/rådgiver og en fragmentert økonomifunksjon har skapt utfordringer med rapportering og budsjettstyring, særlig i lys av innføringen av nye systemer uten tilstrekkelig opplæring. Systemforvaltningen preges av mange ulike digitale løsninger uten helhetlig koordinering, noe som gjør det vanskelig for ansatte å få tilgang til nødvendige systemer. Hyppige lederskifter kan ha ført til at gjenværende ledere har fått, eller tatt på seg, oppgaver uten å nødvendigvis ha tilstrekkelig kompetanse. Innen helse fortelles det om avvik mellom formell organisering og faktisk rapporteringsstruktur, noe som kan skape usikkerhet om ansvarslinjer. Selv om enkelte ledere opplever organiseringen som tydelig, peker noen strukturelle utfordringer på at ansvars- og myndighetsforhold ikke alltid er like klart operasjonalisert.

3.2 Planverk og målstruktur

Kommunal planstrategi

Planstrategien for Nesna kommune er et overordnet styringsdokument som fastsetter behovet for planlegging i kommunen i valgperioden 2024–2027. Den fungerer som en «plan for planleggingen» og vurderer hvilke planer som skal utarbeides, revideres eller oppheves. Planstrategien er basert på innspill fra kommunen selv, statlige og regionale myndigheter, nabokommuner og eventuelt offentlig debatt. I Nesna behandles planstrategien parallelt med planprogrammet for kommuneplanen.

Planstrategien tar utgangspunkt i utviklingstrekk, utfordringer og muligheter innenfor sentrale temaer som samferdsel, demografi, klima og miljø, næringsutvikling, boligpolitikk,

stedsutvikling, kultur, helse og omsorg, oppvekst og utdanning. Den vurderer også behovet for revisjon av kommuneplanens arealdel, som sist ble rullert i 2003.

Planmatrisen

Planmatrisen gir en oversikt over kommunens planverk og angir hvilke planer som er gjeldende, samt hvilke som skal rulleres eller utarbeides i perioden 2024–2027. Kommuneplanens samfunnsdel fra 2023 rulleres ikke i perioden, mens arealdelen fra 2003 skal revideres. Matrisen inneholder også sektor- og fagplaner, som helse- og omsorgsplan, boligpolitisk plan og oppvekstplan, samt beredskapsplaner som kommunens kriseledelsesplan.

Samfunnsdelen av kommuneplanen for Nesna kommune setter retningen for samfunnsutviklingen de neste 12 årene. Planen bygger på verdiene bærekraft, samarbeid, engasjement og mangfold, og skal sikre sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft i kommunen.

Planen vektlegger seks hovedområder:

- Samferdsel – Fokus på stabile og forutsigbare transportløsninger, inkludert elektrifisering av ferger og bedre infrastruktur.
- Demografi – Tiltak for å øke innbyggertallet gjennom arbeidsplassvekst, boligutvikling og integrering.
- Klima og miljø – Redusere klimagassutslipp, verne naturmangfold og håndtere klimarisiko gjennom bærekraftige tiltak.
- Næringsutvikling og omstilling – Støtte vekst i eksisterende næringer som havbruk, industri og reiseliv, samt videreutvikle Campus Nesna.
- Boligpolitikk – Sikre et variert boligtilbud og legge til rette for vekst i boligmarkedet.
- Stedsutvikling og kultur – Styrke Nesna sentrum, utvikle møteplasser og bevare kulturarv.

Samfunnsdelen fungerer som et styringsverktøy for politiske prioriteringer og kommunal planlegging i perioden.

Gjennomgangen av planstrategien og planmatrisen viser at flere av kommunens planer enten er utdaterte eller planlagt rullert i planperioden 2024–2027. Kommuneplanens arealdel ble sist vedtatt i 2003 og er planlagt revidert i planperioden. Trafikksikkerhetsplanen ble vedtatt i 2019

og skulle vært revidert i 2023. Kommunedelplan for kulturminner gjelder for perioden 2020–2024, og det er ikke angitt om den vil videreføres.

Plan for kommunal kriseledelse og risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) ble sist vedtatt i 2002. Tiltaksplan mot mobbing er fra 2013 og har ikke en angitt revisjonsdato. Boligpolitisk plan ble vedtatt i 2019 og er oppført i planstrategien som en plan som skal rulleres i perioden.

I planstrategien er det angitt behov for en vedlikeholdsplan for kommunale bygg, men denne er ikke inkludert i planmatrisen. Det er også flere spredte tiltak for klima og miljø, men ingen samlet klima- og miljøplan er nevnt i matrisen. Det er ikke oppført en egen folkehelseplan, men folkehelse er omtalt i kommuneplanens samfunnsdel. I høringsmøte angående denne revisjonen opplyser kommunedirektøren at folkehelse også er omtalt i kommunens helse og omsorgsplan.

Gjennom intervjuene kommer det frem at det formelle planverket fremstår som godt. Samtidig varierer det hvordan dette operasjonaliseres i organisasjonen. Dette henger sammen med historikken til kommunen, med mange utskiftninger i lederstillinger.

Alle virksomhetsledere får tilsendt et årlig oppdragsbrev fra kommunedirektøren. I dette oppdragsbrevet fastsettes mål for virksomheten for kommende år. I tillegg vektlegges noen tiltak eller leveranser. Lederne, som revisjonen har intervjuet, har delte meninger om oppdragsbrevet som styringsverktøy. Flere mener at det i utgangspunktet er et godt verktøy for å tydeliggjøre mål og forventninger, men at det i praksis ikke alltid brukes aktivt i den daglige driften. En leder opplever at oppdragsbrevet ofte blir en formell prosess uten en tydelig forventning til oppfølging. En annen kommenterer at målene som settes er relevante, men at kommuneplanens samfunnsdel er så generell at den gir stor fleksibilitet til tolkning. Innen helse- og omsorgssektoren brukes oppdragsbrevene til å sette mål for sykefravær, økonomistyring og avvikshåndtering, men kommunallederen etterlyser en bedre forankring av risikovurderinger på toppledernivå. Den konstituerte kommunedirektøren vurderer oppdragsbrevene som et ryddig system, men ser et forbedringspotensial i hvordan risikovurderinger gjennomføres på tvers av virksomhetene. Samlet sett peker lederne på at oppdragsbrevet har en viktig funksjon, men at det er behov for tydeligere oppfølging og mer systematisk bruk for å sikre at det faktisk styrer virksomhetenes arbeid.

3.2.1 Revisors Vurdering

Kommunen har et omfattende planverk som beskriver mål og hovedoppgaver, men utfordringer knyttet til oppfølging og operasjonalisering.

Nesna kommune har en planstrategi og samfunnsdel som definerer prioriteringer innen viktige samfunnsområder. Dokumentene fastsetter retning for utvikling og politiske prioriteringer, men flere sektor- og fagplaner er utdaterte eller mangler en konkret revisjonsplan, noe som kan føre til at målene ikke er tilpasset dagens utfordringer. Oppdragsbrevene til virksomhetslederne skal konkretisere mål for den daglige driften, men intervjudata viser at de ikke alltid brukes aktivt som styringsverktøy. Flere ledere mener at oppdragsbrevet tydeliggjør forventninger, men at manglende oppfølging gjør at det i praksis ikke alltid fungerer etter hensikten. Det er også variasjoner i hvordan kommuneplanens samfunnsdel tolkes, noe som kan skyldes at den gir stor fleksibilitet i målformuleringene. Videre peker enkelte ledere på at risikovurderinger knyttet til måloppnåelse ikke er godt nok forankret på toppledernivå, noe som kan svekke helhetlig planoppfølging. Til tross for at planverket er formelt godt utviklet, er det behov for en mer systematisk tilnærming til revisjon, konkretisering og oppfølging av mål i den operative driften.

3.3 Rutiner og prosedyrer

Nesna kommune benytter Compilo som et system for dokumenthåndtering og avvikshåndtering. Systemet fungerer som et digitalt bibliotek for kommunens styringsdokumenter og som et verktøy for registrering og oppfølging av avvik. I høringsmøtet angående denne rapporten informerte kommunedirektøren at kommunen også er i ferd med å implementere Digipro Helse, og opplæring er igangsatt.

Dokumentbiblioteket

Compilo inneholder i underkant av 1200 dokumenter, som dekker ulike deler av kommunens virksomhet. Det er etablert en mappestruktur som speiler kommunens organisasjon og ansvarsområder. Dokumentene består av planer, reglement, maler, skjema og rutiner.

En stor andel av dokumentene, omtrent 850, tilhører helse- og omsorgssektoren. Flesteparten av disse er VAR-rutiner (virksomhetens ansvar- og arbeidsrutiner), som beskriver hvordan kommunen driver operativt helsearbeid. Samtidig er mange av mappene i dokumentbiblioteket tomme, noe som gjelder gjennomgående på tvers av sektorer.

I underkant av 150 dokumenter skulle vært revidert i 2024 eller tidligere, men er fortsatt ikke oppdatert. Dette kan gjelde ulike typer dokumenter, inkludert rutiner, planer og reglement.

Intervjuobjektene beskriver en varierende bruk av rutiner og prosedyrer i kommunen, og flere peker på at kvalitetssystemet Compilo ikke er fullt ut implementert i alle enheter.

Kommunalleder for helse og omsorg forteller at sykehjemmet bruker Compilo aktivt til prosedyrer, sjekklister og pasientrelaterte rutiner, og at dokumentene revideres årlig. Hun påpeker samtidig at det ikke finnes en formalisert metodikk for evaluering av prosedyrene, og at flere ledere mangler opplæring i systemet.

Kommunalleder for oppvekst, kultur og familie forklarer at skolen i stor grad har brukt interne systemer i sektoren i stedet for Compilo. Han opplyser at det nå er en plan for å integrere skolen fullt ut i Compilo innen sommeren 2025, i samarbeid med IKT-avdelingen.

Leder for plan og utvikling beskriver at bruken av Compilo varierer mellom fagområdene innenfor hennes ansvarsområde. Hun sier at rutinedekningen er god innen landbruk, mens plan, byggesak og oppmåling har mindre oppdaterte prosedyrer.

Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet opplever at bruken av Compilo varierer også i helse- og omsorgssektoren. Hun forklarer at sykehjemmet har mange oppdaterte rutiner, mens hjemmetjenesten og familietjenesten har færre dokumenterte prosedyrer. Hun mener også at flere HR-rutiner burde vært revidert i tråd med lovverket.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet beskriver Compilo som tungvint og lite prioritert. Han mener at mange dokumenter er utdaterte, og at det har vært vanskelig å skape en kultur for å bruke systemet aktivt innen skoleverket.

Hovedverneombudet peker på at mangel på opplæring i Compilo gjør at mange ansatte sjelden bruker systemet. Han forteller at enkelte ansatte glemmer passord og har lav interesse for systemet fordi det ikke er en integrert del av arbeidshverdagen.

Leder for fellestjenestene mener at Compilo fungerer godt for enkelte områder, men at det ikke er fullt ut implementert i hele organisasjonen. Han sier at noen enheter bruker systemet mye, mens andre knapt logger inn, og at det er behov for bedre opplæring i systemet for både nye ansatte og ledere.

Den konstituerte kommunedirektøren erkjenner at bruken av Compilo varierer mellom sektorene. Hun opplyser at helse er den sektoren som bruker systemet mest aktivt, mens andre virksomheter henger etter. Hun ser behov for bedre opplæring/implementering og planlegger tiltak for å forbedre dette. I høringsmøte angående denne revisjonen beskriver kommunedirektøren Compilo som et enkelt og intuitivt system. Manglende bruk av systemet skyldes derfor nødvendigvis ikke vanskeligheter med opplæringen.

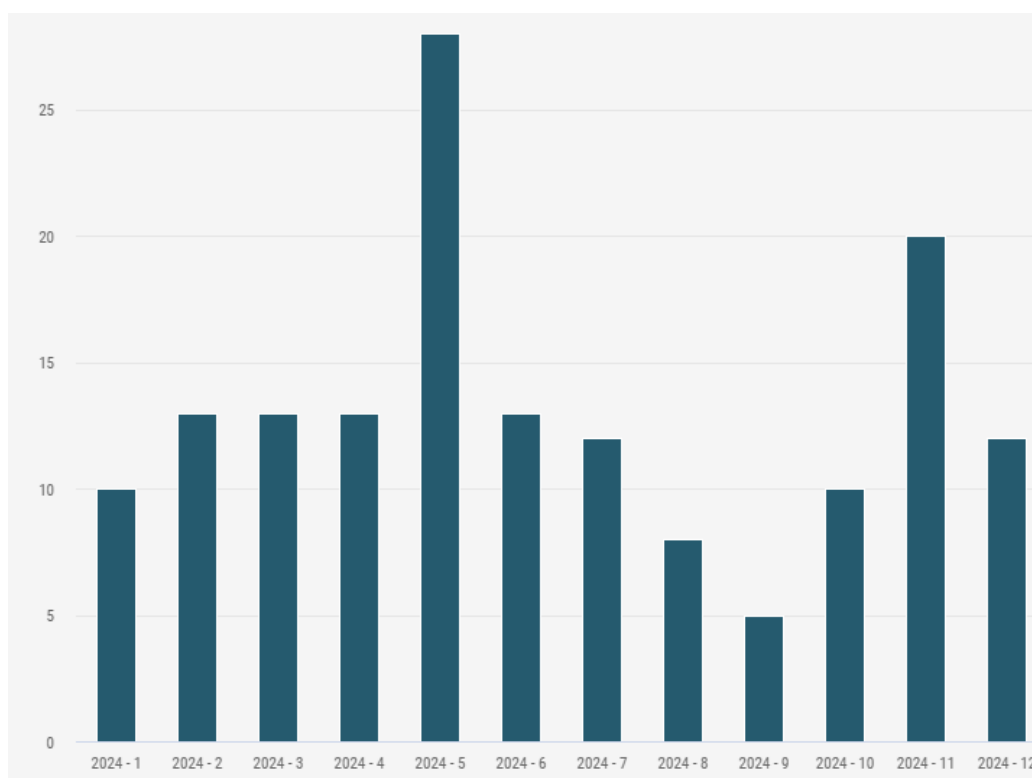
3.3.1 Revisors vurdering

Kommunen har etablert et system for dokumentasjon av rutiner og prosedyrer, men manglende oppdatering, ujevn implementering og lite bruk i flere enheter tyder på at systemet ikke fullt ut ivaretar kravet om nødvendige og tilgjengelige rutiner for kommunens hovedoppgaver.

Nesna kommune benytter Compilo som verktøy for å strukturere og tilgjengeliggjøre styringsdokumenter, rutiner og prosedyrer. Systemet inneholder et omfattende dokumentbibliotek, spesielt innen helse- og omsorgssektoren. Samtidig viser intervjuene at bruken av Compilo varierer betydelig mellom sektorer og virksomheter. Enkelte, som sykehjemmet, har integrert systemet godt i sin praksis, mens andre, som hjemmetjenesten, familietjenesten og skoleverket, i mindre grad benytter seg av systemet eller har utviklet egne parallelle løsninger. Her skal det legges til at oppvekstsektoren til nå har brukt et eget system som revisor ikke har undersøkt. Oppvekstsjefen forteller at det foreligger en plan om at compilo skal tas i bruk fra sommeren 2025. Flere informanter peker på manglende opplæring og svak systemforankring som årsaker til den ujevne bruken. Revisor vurderer dette som om at det er systemforankringen, og en tilstrekkelig prioritering av implementeringen av systemet som er utfordringen, ikke nødvendigvis opplæring. Dette fordi systemet i utgangspunktet er relativt enkelt å ta i bruk. En ujevn bruk svekker både tilgjengelighet og etterlevelse av rutiner, og dermed også forutsetningene for enhetlig og kvalitetssikret oppgaveløsning i kommunen.

3.4 Avvik og avviksbehandling

Compilo brukes også som et avvikssystem, der ansatte kan registrere, følge opp og behandle avvik. Systemet bidrar til å dokumentere hendelser og sikre oppfølging av tiltak som kan forbedre kommunens tjenesteleveranse.



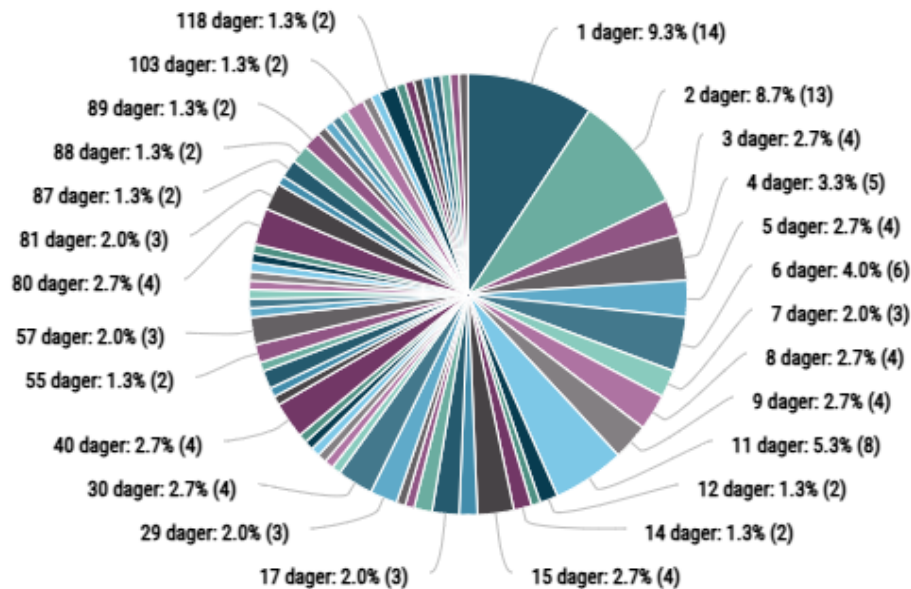
Kilde: Compilo, Nesna Kommune

Figur 2 - Graf som viser innmeldte avvik i Nesna kommune i perioden 01.01.24-28.02.25

For hele 2024 ble det innmeldt 157 avvik i kommunen. 72,6 (118) prosent av avvikene er meldt inn fra helse og omsorg. 24,8 prosent er meldt inn fra oppvekst og kultur. Resterende avvik 2,5 % er meldt inn fra plan og utvikling, stab og Nav kommune. 4,5 % av alle avvikene er ikke lukket. Figuren nedenfor viser en nærmere statistikk av lukkertid for de sakene som har blitt lukket.

Dager før lukking

1. jan 2024 - 31. des 2024



Kilde: Compilo, Nesna kommune

Figur 3 - viser lukkertiden for avvik som er innmeldt og lukket i 2024

Av figuren ser vi at halvparten av avvikene er lukket etter 14 dager. $\frac{3}{4}$ -deler av sakene er lukket etter ca 70 dager. Det er også mulig å hente ut statistikk på hvor lang tid det tar før et avvik blir lest. Den viser at 51,6 % av avvikene blir lest etter en dag. For de avvikene som ligger lengst, har det tatt over en måned før de blir lest.

Ved registrering av saker setter innmelder på en alvorlighetsgrad. Av de 157 sakene som ble innmeldt i 2024 har 14 % (22) fått karakteristikken høy, 42,7 % (67) middels, mens 43,3 (68) har fått lav alvorlighetsgrad.

Kommunalleder for helse og omsorg forteller at avvik i helse- og omsorgssektoren registreres i Compilo, og at pasientrelaterte avvik anonymiseres, men kan spores via pasientjournalen. Hun opplever at sektoren har et sterkt fokus på å fremme en åpen avvikskultur, men mener at enkelte avvik kan være unødvendig detaljerte. Hun sier også at kommunen er forberedt på eventuelle eksterne innsynsbegjæringer i avvik.

Kommunalleder for oppvekst, kultur og familie forklarer at avvik meldes i Compilo og først behandles av virksomhetsleder. Dersom et avvik ikke lukkes innen 14 dager, går det videre til ham. Han forteller at enkelte avvik ikke blir behandlet innen fristen, og at noen avvik sendes

tilbake til virksomhetsleder hvis de anses å ligge på deres ansvarsområde, for eksempel hendelser i skolegården. Han mener at systemforvaltningen rundt avvik er personavhengig og lite oversiktlig.

Leder for fellestjenestene sier at Compilo fungerer godt for avvikshåndtering, men at systemet ikke er fullt ut implementert i hele organisasjonen. Han opplever at noen enheter bruker systemet mye, mens andre knapt registrerer avvik. Han mener det er behov for bedre opplæring i systemet for både nye ansatte og ledere.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet forteller at det har vært utfordringer knyttet til avvikshåndtering i skoleverket. Han viser til at det har vært vanskelig å skape en kultur for å registrere avvik, og at det derfor er innført en målsetting om at hver ansatt skal registrere minst to avvik per år for å øke bevisstheten. Han nevner også at tidligere ledere har håndtert avvik på en lite seriøs måte, og at det har forekommet tilfeller der nærmere 300 avvik ble lukket på en helg uten begrunnelse. Han mener at dette har ført til en svekket tillit til systemet.

Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet opplever at praksisen for avvikshåndtering varierer mellom virksomhetene. Hun sier at noen ledere lukker avvik raskt, mens andre bruker lang tid. Hun forteller at hun ikke får presentert avviksstatistikk, og at hun mener bruken av avvik til læring og forbedring er begrenset.

Hovedverneombudet forteller at han følger med på avviksmeldinger og ser at det registreres færre avvik enn han ville forventet. Han sier at de fleste avvikene kommer fra omsorgssektoren, ofte knyttet til utagerende pasienter på sykehjem eller vanskelige arbeidsforhold. Han opplever at det ikke alltid er samsvar mellom antall avvik som ansatte sier de har meldt og de avvikene som faktisk registreres i systemet. Han spekulerer i om dette skyldes manglende kompetanse eller tekniske utfordringer i Compilo.

Den konstituerte kommunedirektøren erkjenner at bruken av Compilo til avvikshåndtering varierer mellom sektorene. Hun opplyser at helse er den sektoren som bruker systemet mest aktivt, mens andre virksomheter henger etter. Hun ser behov for bedre opplæring i avvikshåndtering og planlegger tiltak for å øke forståelsen av hva et avvik er og hvordan det skal meldes. I høringsmøte angående denne revisjonen bemerker kommunedirektøren at statistikk fra avvikssystemene blir benyttet i arbeidsmiljøutvalget (AMU).

3.4.1 Revisors Vurdering

Kommunen har etablert et system for å registrere og følge opp avvik, men variasjoner i bruk, manglende opplæring og svakheter i oppfølging gjør at systemet ikke fullt ut sikrer en enhetlig og systematisk håndtering av avvik.

Nesna kommune benytter Compilo som avvikssystem, og statistikken viser at en stor andel av avvikene registreres innen helse- og omsorgssektoren. Dette tyder på at deler av organisasjonen har en etablert avvikskultur. Samtidig er det betydelige forskjeller i bruken mellom sektorene, hvor enkelte enheter knapt rapporterer avvik. Lukkertid og lesetid på avvik viser at mange saker behandles relativt raskt, men også at enkelte blir liggende ubehandlet i lengre perioder. Flere intervjuobjekter viser til at det mangler enhetlig forståelse og praksis for hva som skal registreres som avvik, og at oppfølgingen i enkelte tilfeller er mangelfull. Det trekkes frem eksempler på at store mengder avvik er lukket raskt og uten begrunnelse, noe som kan svekke tilliten til systemet. I tillegg mangler enkelte tillitsvalgte tilgang til relevant statistikk, og flere informanter etterlyser bedre opplæring og mer systematisk bruk. Den konstituerte kommunedirektøren bekrefter behovet for å styrke kompetansen og tydeliggjøre praksisen. På tross av at systemet er etablert, viser praksisen at kommunen har forbedringsbehov for å sikre at avvik fanges opp og brukes aktivt til forbedringsarbeid i hele organisasjonen.

3.5 Risikovurdering

Revisor finner ikke en sektorovergripende (overordnet) dokumentert risikovurdering i kommunen. I intervju med konstituert kommunedirektør forteller hun at risikovurderinger er inkludert i leveransene som blir gitt i oppdragsbrev til virksomhetslederne, men at det trolig er variasjon i hvor systematisk dette gjennomføres. Hun mener det finnes et potensial for å forbedre risikovurderingene på tvers av virksomheter, slik at de kan brukes som et mer helhetlig styringsverktøy.

Kommunalleder for helse og omsorg forklarer at risikovurderinger gjennomføres i form av ROS-analyser (risiko- og sårbarhetsanalyser), særlig knyttet til brannvern og driftsmessige

forhold. Hun forteller at risikovurderingene inngår i oppdragsbrevene til virksomhetene, men mener at arbeidet burde vært bedre forankret i toppledelsen.

Kommunalleder for oppvekst, kultur og familie sier at det er gjennomført enkelte risikovurderinger både på overordnet nivå og i virksomhetene, men at arbeidet ikke er helhetlig. Han opplyser at Framsikt var tiltenkt som verktøy for risikovurderinger, men at arbeidet ble satt på vent etter at kommunedirektøren sluttet. Han sier at arbeidet nå er gjenopptatt.

Leder for plan og utvikling beskriver at hennes virksomhet har risikovurderinger knyttet til vannproduksjon, drift, vedlikehold og brann, men at disse ikke er samlet i Compilo. Hun forteller at det pågår arbeid med å digitalisere dokumentasjonen gjennom andre fagprogrammer, og at risikovurderinger brukes både for å oppfylle lovkrav og for å iverksette risikoreduserende tiltak.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet forteller at han ikke har funnet en tydelig risikovurdering i kommunens systemer og opplever at dette arbeidet er lite strukturert. Han mener at systemet er uoversiktlig, og foreslår at segmenteringen i Compilo kan forbedres slik at det blir lettere å finne relevant informasjon.

Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet har heller ikke kjennskap til systematiske risikovurderinger på kommunenivå. Hun forteller at det finnes noen risikovurderinger i hjemmetjenesten, men at de er flere år gamle. Hun kjenner ikke til at sykehjemmet eller mestringssenteret har systematiske risikovurderinger.

Hovedverneombudet sier at det er få systematiske risikovurderinger i kommunen, men at det nylig har blitt nevnt at dette skal forbedres. Han er usikker på hva som er omfanget av dette arbeidet, og hvem som har initiert det. Han forteller også at risikovurderinger ikke har vært tema i arbeidsmiljøutvalget (AMU) i perioden han har deltatt.

Samlet sett beskriver intervjuobjektene at det finnes risikovurderinger i enkelte sektorer, særlig innen helse og teknisk, men at det mangler en felles strategi for hvordan disse skal gjennomføres og brukes i styringen av kommunen. Flere peker på at risikovurderinger ofte gjøres lokalt i virksomhetene, men at det er lite systematikk i hvordan disse samles og følges opp på kommunenivå. Det er også en utbredt oppfatning blant flere informanter at det bør være bedre forankring av risikovurderingsarbeidet i toppledelsen.

3.5.1 Revisors vurdering

Kommunen gjennomfører risikovurderinger i enkelte sektorer, men mangler en helhetlig og systematisk tilnærming som sikrer at risiko for avvik identifiseres og følges opp på overordnet nivå.

Det fremgår av datagrunnlaget at det finnes praksis for risikovurdering i deler av kommunen, særlig innen helse og tekniske tjenester. Dette skjer i form av ROS-analyser og temabaserte vurderinger knyttet til lovpålagte områder som brannvern og vannforsyning. Likevel beskriver flere intervjuobjekter at arbeidet ikke er samlet, samordnet eller strukturert på tvers av enheter og sektorer. Det er heller ingen tydelig felles strategi for hvordan risikovurderinger skal gjennomføres, dokumenteres og følges opp. Tillitsvalgte og verneombud opplever at systematikken er svak eller fraværende, og enkelte viser til manglende oversikt og gamle vurderinger. Det fremkommer også at relevante verktøy som Framsikt og Compilo ikke er tatt i bruk fullt ut for dette formålet. Flere informanter etterlyser sterkere forankring i toppledelsen, og det fremstår som et klart forbedringsområde å sikre at risikovurderinger integreres som del av kommunens styrings- og forbedringsarbeid. Dette er nødvendig for å kunne identifisere risiko for avvik og sette inn tiltak før problemer oppstår.

3.6 Rapportering

Intern rapportering

Revisor finner en rutine for månedlig rapportering i kommunens kvalitetssystem. Formålet med rutinen er oppfølging av budsjett, mål, aktiviteter, oppdrag og sjekklister og annet i virksomhetsplanen. Rutinen beskriver en kort arbeidsflyt. Det skal gjennomføres en månedlig rapportering i Framsikt. Det gjennomføres en workshop i forkant av frist for rapportering hver måned. Kommunedirektør/økonomirådgiver vil være til stede for å bistå dersom det er behov. Frist for månedsrapport er første torsdag i hver måned, dersom ingenting annet er bestemt.

Den konstituerte kommunedirektøren sier at kommunen har styrket rapporteringsrutinene, særlig med fokus på månedlig økonomirapportering. Hun forteller at politikere har etterspurt mer detaljerte forklaringer på budsjettavvik, og at hun har bedt virksomhetslederne om å identifisere årsakene til eventuelle overskridelser. Hun nevner også at kommunen har hatt

utfordringer med å bruke Framsikt effektivt, men at opplæring er planlagt. Kommunen har hentet inn ekstern bistand fra en nabokommune for å få på plass nødvendige funksjoner i systemet.

Samlet sett viser intervjuene at rapporteringen i kommunen har blitt mer omfattende, særlig innen økonomi, men at det er utfordringer med systembruk og oppfølging. Flere informanter peker på at Framsikt er innført uten tilstrekkelig opplæring, noe som har skapt usikkerhet rundt bruken. Det er også variasjoner i hvordan sykefravær og andre nøkkeltall rapporteres.

Lederen for fellestjenestene mener at den månedlige rapporteringen i kommunen er utfordrende, særlig med tanke på hva som rapporteres og når. Han mener at rapporteringen bør gi ny og relevant informasjon som kan brukes til styring, men at det i praksis ikke alltid fungerer slik. Han er også av den oppfatning at implementeringen av systemet Framsikt, som ble innført i 2024, var uten tilstrekkelig opplæring. Han forteller at mange ledere sliter med å bruke systemet, og at kommunen har fått store mengder data, men ikke nødvendigvis de dataene som det faktisk er behov for.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet har ikke tilgang til Framsikt, og har derfor begrenset innsikt i den økonomiske rapporteringen. Han sier at det har vært store utfordringer med økonomistyring, blant annet fordi nye økonomisystemer ble innført uten god nok opplæring. Han nevner også at feil i lønnsutbetalinger og manglende oversikt over fravær har vært en konsekvens av dette. Han opplever at fraværsrapportering i skoleverket varierer, og at enkelte fravær ikke registreres korrekt, noe som kan føre til en skjev framstilling av sykefraværet.

Leder for plan og utvikling sier at rapportering skjer gjennom oppdragsbrev og faste frister, ofte med bruk av standardiserte maler. Hun opplever at det også er mye uformell informasjonsutveksling internt, men mener at dette i stor grad fungerer godt.

Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet forteller at hun deltar i arbeidsmiljøutvalget (AMU), hvor det gis informasjon om fravær og overordnede økonomiske forhold. Han deltar også i informasjons-, drøftings- og forhandlingsmøter (IDF) med kommunedirektøren og kommunale ledere. Hun opplever at rapporteringen har blitt mer omfattende etter at kommunen havnet på ROBEK-listen, og at økonomiinformasjonen nå gis hyppigere og mer detaljert enn tidligere.

Hovedverneombudet er usikker på om kommunen har god nok oversikt over det totale sykefraværet, særlig egenmeldt fravær. Han mener at systemene for legemeldt fravær fungerer godt, men er usikker på om kommunen systematisk fanger opp egenmeldinger. Han forteller at dette ikke har vært tema i arbeidsmiljøutvalget i hans periode.

Kommunalleder for oppvekst, kultur og familie forklarer at kommunen følger økonomireglementet med tertial-, halvårs- og årsrapporter. Han sier at økonomirapporteringen tidligere var mangelfull, særlig våren 2024, på grunn av systemproblemer, men at den har blitt bedre etter sommeren 2024. Han forteller at økonomi er et fast tema på ukentlige møter i strategisk ledelse. Når det gjelder rapportering på ikke-økonomiske mål, sier han at dette skjer gjennom blant annet tilstandsrapporter for skole og barnehage, elevundersøkelser, Ungdata-undersøkelser og orienteringer til kommunestyret. Han sier også at politikerne har blitt mer involvert i vedtakskontroller, som gjennomføres omtrent hvert halvår.

Kommunalleder for helse og omsorg forteller at det rapporteres månedlig på økonomi, sykefravær og tjenesteproduksjon. Hun sier at måloppnåelse rapporteres i henhold til virksomhetsplanene, og at kommunen er i en opplæringsfase med Framsikt for å gjøre rapporteringen mer effektiv. Hun nevner også at det forekommer uformell rapportering, hvor ansatte henvender seg direkte til henne eller andre ledere. Hun forteller at enkelte politikere har kontaktet virksomhetsledere direkte, men at kommunen har retningslinjer for å sikre at all informasjon deles likt med politikerne.

Rapportering til kommunestyret

Revisor finner ingen rapportering om internkontroll til kommunestyret for 2023 eller 2024 jf. kommunelovens § 25-2.

3.6.1 Revisors vurdering

Nesna kommune har rutiner og praksis for intern rapportering, særlig innen økonomi. Det foreligger ikke dokumentert rapportering til kommunestyret om internkontroll, slik det kreves i henhold til kommuneloven § 25-2.

3.7 Delkonklusjon

Nesna kommune har etablert de fleste sentrale komponentene som inngår i et system for internkontroll, men mangler fortsatt en samlet, helhetlig struktur og praksis som sikrer koordinert gjennomføring og systematisk oppfølging på overordnet nivå.

Kommunen har både en formelt tydelig organisasjonsstruktur, et delegeringsreglement og et overordnet planverk med definerte mål og hovedoppgaver. Verktøy som Compilo og Framsikt er tatt i bruk for henholdsvis dokumentasjon, avvikshåndtering og rapportering, og det er rutiner for virksomhetsstyring gjennom oppdragsbrev og jevnlig rapportering, særlig på økonomi.

Samtidig viser datagrunnlaget at det er forbedringsbehov knyttet til praktisk gjennomføring, implementering og samordning. Rutiner og prosedyrer er ikke like godt utviklet i alle deler av organisasjonen, og dokumentasjonen er delvis utdatert. Bruken av Compilo og Framsikt varierer, og flere enheter har ikke fått tilstrekkelig opplæring. Det gjennomføres risikovurderinger i enkelte sektorer, men det mangler en felles metodikk og systematikk for å bruke vurderingene aktivt i overordnet styring. Avvik registreres, men oppfølging og læring varierer, og det er utfordringer med å sikre en enhetlig praksis. Det rapporteres jevnlig om økonomi, men det er ikke dokumentert fast praksis for rapportering om internkontroll til kommunestyret.

På denne bakgrunn vurderes det at kommunen har lagt et godt grunnlag for internkontroll, men at det gjenstår en god del arbeid for å sikre en mer helhetlig og systematisk tilnærming på tvers av organisasjonen, slik at internkontrollsystemet fullt ut understøtter styring, risikohåndtering og forbedringsarbeid.

4 EGENVURDERING AV INTERNKONTROLL

4.1 Formål og metode

For å svare ut kontrollutvalgets bestilling om å legge vekt læringsperspektivet i forvaltningsrevisjonen, har revisor gjennomført en spørreundersøkelse som en del av dette prosjektet. Hensikten har vært å fremme læring gjennom bevisstgjøring og refleksjon, samt å hente ut data som styrker revisors konklusjoner.

Undersøkelsen er designet som en egenvurdering, der kommunens ledere har vurdert egen praksis og forståelse av prinsipper for internkontroll. Ved å belyse sterke og svake sider ved dagens praksis, kan resultatene gi grunnlag for konkrete tiltak som kan styrke kommunen som organisasjon.

Deltakerne mottok et digitalt spørreskjema som inneholdt korte videofilmer med en samlet spilletid på rundt 15 minutter. Filmene belyste sentrale deler av revisjonskriteriene til den første problemstillingen. I tillegg valgte revisor å ta med lederforankring av internkontrollen som et eget tema. Dette fordi lederforankring anses som et viktig suksesskriterie for å oppnå en god internkontroll. For deltagere var det valgfritt å se filmene. Oppsummert var berørt tema:

- Mål og ansvarsfordeling
- Bruk av rutiner
- Avvikshåndtering
- Risikovurdering
- Lederforankring

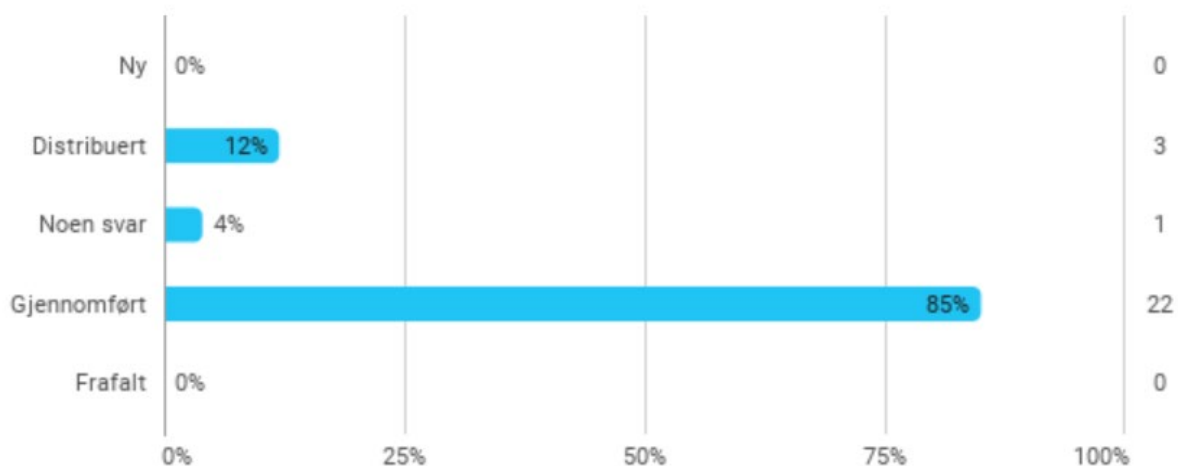
Spørreskjema finnes i vedlegg 3 i denne rapporten. Kommunen kan velge å legge resultatene fra undersøkelsen som et målepunkt, for å se effekt av eventuelt forbedringsarbeid.

Det som presenteres i dette kapitlet vil være revisors tolkning av resultatene. Kommunen kan vurdere dataene selv og tiltak for videre oppfølging.

4.2 Deltagelse

Egenvurderingen ble sendt ut til 28 deltagere som har en ledertittel i kommunen. Dette inkluderer også ansatte som har en faglederstilling, eller har tittel som nestleder. Av disse har revisor frafalt en ansatt som var ansatt i kirken. Dette fordi kirken ikke rapporterer til kommuneledelsen, men følges opp av kirkelig fellesråd. En respondent som har fullført undersøkelsen har gitt tilbakemelding om at han ikke har noen lederfunksjon i kommunen. Vedkommende jobber innenfor omstilling noe som medfører til at kontaktnettet er ut mot bedrifter. Revisor har tatt ut hans besvarelse fra undersøkelsen.

Av de resterende 26 deltagerne har 22 personer gjennomført undersøkelsen fullt ut. 3 respondenter har ikke gjennomført, mens en person har delvis gjennomført.



Kilde: Survey Exact – undersøkelse om internkontroll i Nesna Kommune

Figur 4 - viser fullføringsgrad i undersøkelsen

En respondent har delvis fullført undersøkelsen, men med så få svar at de i etterkant er tatt ut. Revisor vet ikke årsaken til at undersøkelsen ikke ble fullført.

Revisor har noe data på i hvilken grad deltakerne så videofilmene. I perioden undersøkelsen varte ble det vist 66 filmer. I alt var det 6 ulike videoer. I snitt gir dette at hver film ble vist 11 ganger. Grovt regnet betyr det at nær halvparten av deltagerne som fullførte undersøkelsen så filmene som ble lagt ut.

I beregningen under er det tatt utgangspunkt i de 22 som har fullført undersøkelsen.

4.3 Resultatene

For å analysere resultatene fra undersøkelsen er det benyttet en kvantitativ tilnærming. Spørsmålene i undersøkelsen har en fastsatt svarskala fra 0 til 6, hvor 0 representerte "vet ikke", 1 tilsvarer svaralternativet «Svært dårlig» og 5 "svært god". Ifølge kommunelovens § 25 skal internkontrollen tilpasses organisasjonen virksomhet, størrelse og egenart. Deltagerne er derfor bedt om å gradere svarene ut fra hva de mener er en tilpasset internkontroll i kommunen.

Dataene fra undersøkelsen er analysert ved hjelp av gjennomsnittsscore, spredningsanalyse og ekstremverdier. Dataen som er samlet inn gir i liten grad mulighet til årsaksforklaring. Revisor peker likevel på flere mulige forklaringer for hvorfor dataene fremkommer slik de gjør, deriblant for å starte en refleksjon. For å få størst mulig nytte av datasettet bør kommunen selv ta stilling til det, og eventuell sette det i sammenheng med annen detaljkunnskap som kommunen har.

Håndtering av "vet ikke"- svar:

Svaralternativet "vet ikke" er inkludert i gjennomsnittsberegninger med tallfestelse lik null. Dette er gjort for å synliggjøre at manglende kunnskap om internkontroll anses som negativt. Selv om "vet ikke"-svar ofte behandles som manglende data i undersøkelser, gir denne tilnærmingen et mer helhetlig bilde av forbedringsbehov.

Det kan også være opplagte grunner til at respondenten ikke har kunnskap om temaet. Deriblant at vedkommende er nylig tilsatt i sin stilling, eller at undersøkelsen er sendt til ansatte som ikke skal ha denne typen kunnskap. Spørsmålsstillingen blir da irrelevant for vedkommende.

Tematisk inndeling

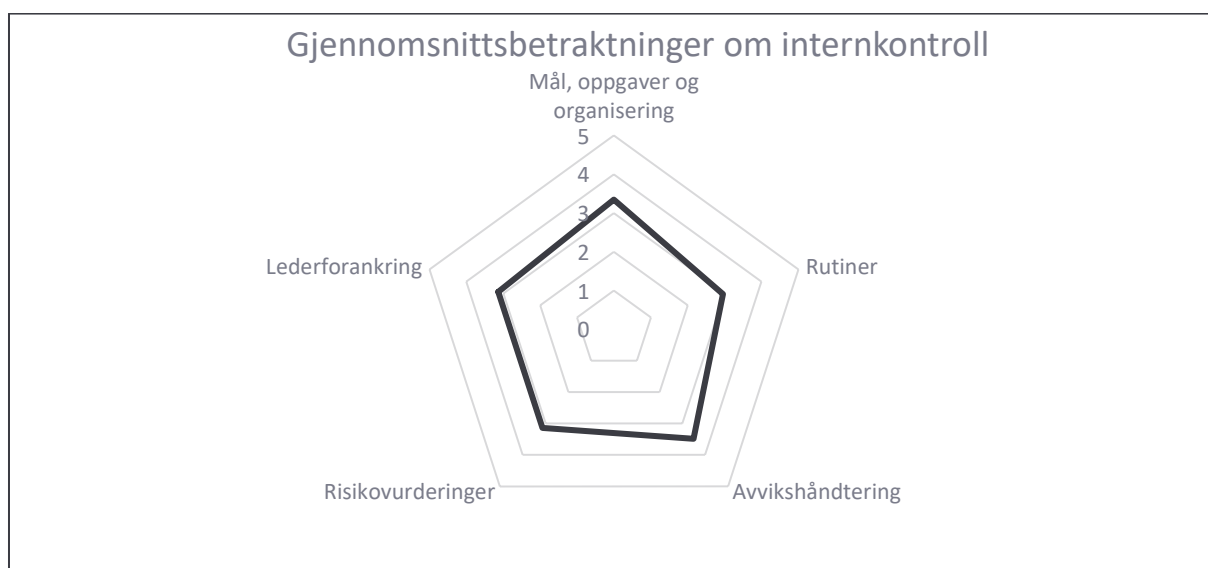
Resultatene er sortert i de fem hovedkategoriene som var utgangspunkt for undersøkelsen: mål og ansvarsfordeling, rutiner, avvikshåndtering, risikovurdering og lederforankring. Dette muliggjorde en strukturert fremstilling av funnene.

Ettersom undersøkelsen har respondenter fra alle ledernivå i kommunen, kan ikke svarene sammenlignes direkte med revisors funn i kapitel 2. Dette fordi kapitel 2 omhandler

internkontrollen på et helt overordnet nivå. Undersøkelsen har heller ikke hatt til hensikt å finne konkrete ulikheter mellom sektorer og avdelinger i kommunen.

4.3.1 Oppsummert resultat

Med rene gjennomsnittsbetraktninger av tallmaterialet kan det dannes et bilde av hvordan kommuneadministrasjonen vurderer sin egen internkontroll. I figuren under vises tallmaterialet i en grafisk fremstilling.



Kilde: SurveyXact – undersøkelse Internkontroll

Figur 5 - Radargraf som viser gjennomsnittsbetraktninger av resultatene i undersøkelsen.

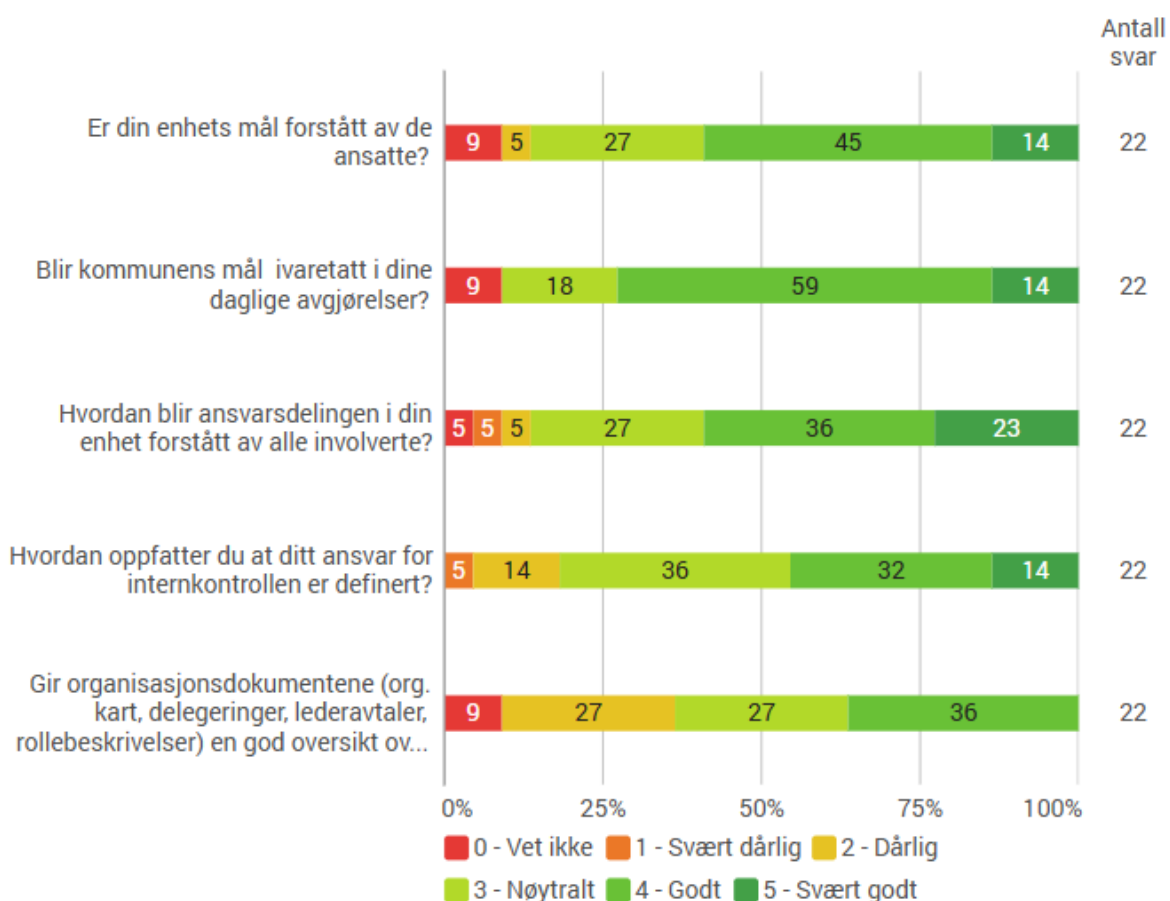
Gjennomsnittstallene for de fem hovedkategoriene i undersøkelsen varierer mellom 2,95 og 3,48. Høyest vurderes området avvikshåndtering, med en gjennomsnittsskår på 3,48. Dette indikerer at mange ledere opplever kommunens systemer og rutiner for å håndtere avvik som relativt velfungerende. Kategoriene mål, oppgaver og organisering samt lederforankring oppnår gjennomsnitt på henholdsvis 3,35 og 3,14, noe som tyder på at flere elementer innen ledelse og struktur oppleves som godt etablert, men med visse variasjoner. Risikovurderinger vurderes likt med lederforankring, med en gjennomsnittsskår på 3,14, og plasserer seg dermed også i det nøytrale til svakt positive området. Lavest vurderes kategorien rutiner, som har et gjennomsnitt på 2,95. Dette er den eneste kategorien med en skår under 3, og resultatet antyder at dette kan være et område med behov for nærmere oppfølging. Samlet viser resultatene at vurderingene varierer mellom kategoriene, og at det særlig er gjennomføringen

av rutiner som skiller seg negativt ut sammenlignet med øvrige tema. Ingen grupperinger når opp til kategori 4, som reflekterer et godt resultat.

4.3.2 Mål ansvar og organisering

Gjennomsnittet for spørsmålene innenfor kategorien mål, oppgaver og ansvar varierer fra 2,82 til 3,59. "Vet ikke"-svar er inkludert i beregningsgrunnlaget med verdien 0. Fire av fem spørsmål har en gjennomsnittsverdi over 3, og vurderingene befinner seg dermed i det positive området av skalaen. Det antyder at respondentene i hovedsak vurderer arbeidet med mål og ansvar som tilfredsstillende.

Vurdering av mål, oppgaver og ansvar



Kilde: SurveyXact, internkontroll Nesna kommune

Figur 6 - Figur som viser fordelingen av svaralternativer for hvert enkelt spørsmål i prosent. Oversikten gjelder de 22 som har fullført undersøkelsen.

Den høyeste vurderingen er knyttet til spørsmålet om kommunens mål blir ivaretatt i de daglige avgjørelsene, med et gjennomsnitt på 3,59. Dette etterfølges av spørsmålene om hvordan ansvarsdelingen i enheten oppfattes (3,55) og hvorvidt enhetens mål er forstått av de ansatte (3,41). Resultatene kan tyde på at mange ledere opplever at målsetningene i kommunen er både kjente og relevante for det praktiske arbeidet. Spørsmålet om hvordan ansvaret for internkontrollen er definert får en noe lavere skår på 3,36. Dette kan indikere at forståelsen av ansvar på dette området varierer noe mer, eller at enkelte ledere opplever mindre tydelighet når det gjelder rollefordeling og ansvarslinjer knyttet til internkontroll.

Det eneste spørsmålet i denne kategorien med en gjennomsnittsskår under 3, gjelder i hvilken grad organisasjonsdokumentene gir en god oversikt over kommunens struktur. Spørsmålet har en gjennomsnittsverdi på 2,82 og skiller seg dermed tydelig ut fra de øvrige vurderingene. Dette kan peke på at dokumentene enten er lite kjent, lite benyttet eller ikke oppleves som relevante i ledernes arbeid. En relativt høy forekomst av "vet ikke"-svar på dette spørsmålet kan også tolkes som uttrykk for manglende informasjon, særlig blant ledere som ikke har daglig befatning med strukturelle eller organisatoriske dokumenter.

Samtidig vurderes målforståelse og ansvarsdeling som forholdsvis godt etablert. Det kan tyde på at forståelsen av retning og ansvar i praksis opprettholdes gjennom andre mekanismer enn formelle dokumenter. Eksempler på slike mekanismer kan være muntlig ledelse, lokal erfaringsutveksling eller etablert praksis i enhetene. Dette åpner for refleksjon rundt hvilken funksjon organisasjonsdokumenter faktisk har, og om det finnes et forbedringspotensial i hvordan de utformes, oppdateres og formidles.

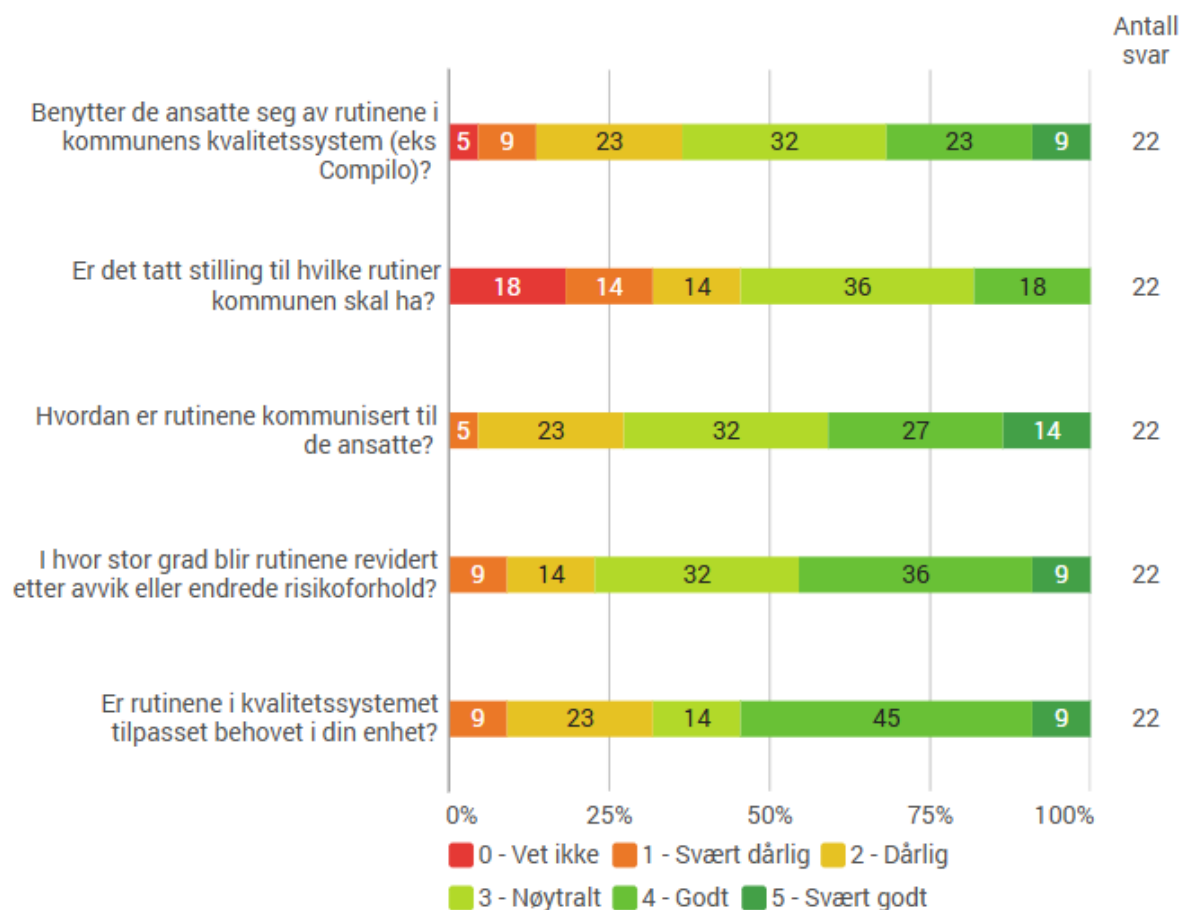
Det er ikke mulig å trekke entydige konklusjoner basert på tallmaterialet alene, men variasjonen mellom spørsmålene i denne kategorien kan indikere ulik tilgang til, eller opplevd nytte av, formelle styringsverktøy i kommunen. Svarmønsteret gir grunnlag for videre utforskning gjennom kvalitative datakilder, dersom det er ønskelig å belyse underliggende forklaringer nærmere. Svarene kan gi en viss støtte til tilbakemeldingene som er gitt i intervju til revisor, spesielt når det gjelder organiseringen av kommunen.

4.3.3 Vurdering av kommunens bruk av rutiner

Kategorien omfatter fem spørsmål som samlet belyser ulike sider ved kommunens rutinearbeid. Det gjelder både bruk av kvalitetssystemet, rutineforankring, kommunikasjon,

revisjon og tilpasning. Gjennomsnittsskårene varierer fra 2,23 til 3,23, og "vet ikke"-svar (verdi 0) er inkludert i beregningene.

Vurdering av kommunens bruk av rutiner



Kilde: Survey Exact, internkontroll i Nesna kommune

Figur 7 - Figur som viser fordeling av svaralternativer i prosent for spørsmål som gjelder bruk av rutiner i Nesna kommune.

På spørsmålet *om ansatte benytter seg av rutinene i kvalitetssystemet* gir egenvurderingen en relativt lav skår, med gjennomsnitt på **2,86**. Resultatet antyder at kvalitetssystemet kan være tilgjengelig, men at bruken ikke er systematisert eller godt integrert i alle deler av organisasjonen.

Lavest vurderes spørsmålet *om det er tatt stilling til hvilke rutiner kommunen skal ha*, med et gjennomsnitt på **2,23**. Det er et tydelig negativt resultat, hvor fire respondenter svarer "vet ikke". Dette kan indikere at kommunen mangler en samlet eller kjent beslutning om hvilke

rutiner som skal ligge til grunn, eller at slike beslutninger ikke er godt formidlet til mellomledere og fagansvarlige. Tolkningen støttes av svarfordelingen: et flertall av respondentene plasserer seg i den nedre halvdel av skalaen, og svært få vurderer spørsmålet som "godt" eller "svært godt".

Når det gjelder *kommunikasjonen av rutiner til de ansatte*, er vurderingen vesentlig høyere, med en gjennomsnittsskår på **3,23**. Dette er på nivå med de to øvrige spørsmålene som omhandler *revisjon av rutiner ved avvik eller endret risiko*, og *tilpasning av rutiner til enhetens behov*, som begge har samme gjennomsnitt. Det tyder på at ledere i hovedsak opplever at rutineinformasjon er tilgjengelig og forståelig, og at det finnes en viss grad av tilpasning og fornyelse. Samtidig ligger skårene kun marginalt over nøytralt nivå. Dette kan tolkes som et signal om at praksisen er etablert, men ikke nødvendigvis oppleves som fullt ut dekkende.

Svarfordelingen viser at det fortsatt finnes spredning i vurderingene. Spørsmålene om både revisjon og tilpasning av rutiner har enkelt svar helt nede på 0 og 1, samtidig som flere respondenter vurderer dem til 5. Dette peker på at opplevelsen av kvalitet og relevans i rutinearbeidet varierer på tvers av enheter eller nivåer i organisasjonen. Det kan være forskjeller i hvordan rutinearbeidet faktisk er implementert, eller variasjon i hvor godt det oppleves tilpasset de lokale behovene.

Flere forhold kan ligge til grunn for variasjonen i vurderingene. I noen tilfeller kan det handle om tilgang til systemene, i andre om hvorvidt ansatte har fått opplæring eller støtte til å bruke dem. Det kan også være forskjell på enheter som har gjennomført interne forbedringsprosesser knyttet til rutiner, sammenlignet med dem som i mindre grad har arbeidet med dette.

Et felles trekk i kategorien er at flere respondenter svarer "vet ikke" – særlig på spørsmål om beslutninger og overordnede strukturer. Dette kan indikere manglende informasjon i deler av ledergruppen. En årsaksforklaring kan også være at undersøkelsen er sendt ut til en lite homogen gruppe, altså at noen er av den oppfatning at de ikke skal vite noe om spørsmålene som er stilt. Det er mulig at enkelte respondenter opplever at rutinearbeid er noe som foregår over deres nivå, uten at de selv er aktivt involvert.

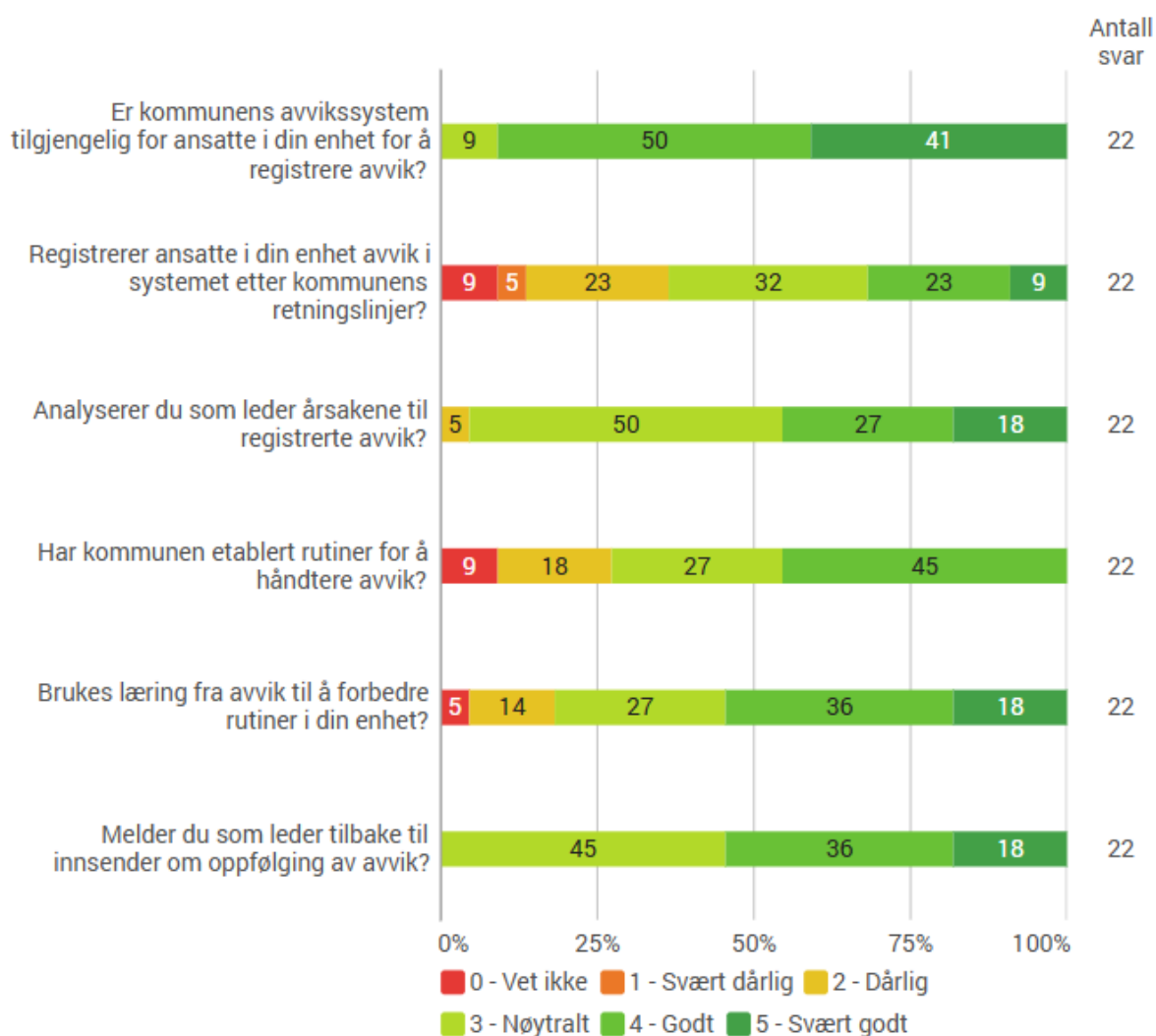
Samlet viser svarene at rutinearbeidet i kommunen vurderes som variabelt. Enkelte dimensjoner vurderes nøytralt eller svakt positivt, særlig der det gjelder kommunikasjon og tilpasning. Samtidig er vurderingene negative der det gjelder forankring av rutiner og systematisk bruk. Det samlede bildet tyder på at det finnes strukturer og systemer, men at

disse ikke nødvendigvis er godt integrert i praksis i hele organisasjonen. Revisors oppfatning er at undersøkelsen peker mot behov for ytterligere innsikt i hvordan rutinearbeid ledes, implementeres og etterleves.

4.3.4 Avvik og avvikshåndtering

Gjennomsnittsskårene for spørsmålene i kategorien avvikshåndtering varierer betydelig, fra 2,82 til 4,32. Det gir et sammensatt bilde av hvordan denne delen av internkontrollen fungerer i praksis. Samtidig viser tallene at flere sider av arbeidet med avvik oppfattes som velfungerende, mens andre områder peker mot potensial for forbedring.

Hvor god er kommunens avvikshåndtering



Kilde: Survey Exact, Internkontroll i Nesna kommune

Figur 8 - Viser fordelingen av svaralternativer i prosent for spørsmålene knyttet til avvikshåndtering.

Spørsmålet med høyest vurdering i hele datamaterialet gjelder hvorvidt kommunens avvikssystem er tilgjengelig for ansatte. Med en gjennomsnittsskår på 4,32 plasserer dette spørsmålet seg klart på den positive siden av skalaen, og signaliserer at systemet i all hovedsak er kjent og tilgjengelig for bruk blant respondentene. Dette gir et viktig grunnlag for avvikshåndteringen, men tilgjengelighet alene er ikke tilstrekkelig for at systemet skal være effektivt.

På spørsmålet om ansatte faktisk registrerer avvik i henhold til kommunens retningslinjer, er vurderingen betydelig lavere, med en gjennomsnittsskår på 2,82. Dette er den eneste negative vurderingen i kategorien, og den kan tolkes som et mulig brudd i kjeden mellom system og praksis. Flere respondenter har svart 0, og flere har plassert seg i nedre del av skalaen. Det kan tyde på at registrering av avvik enten ikke skjer systematisk, eller at det finnes usikkerhet rundt hva som skal registreres og hvordan. Her fremstår det som en forskjell mellom tilgjengelighet og faktisk bruk.

De tre spørsmålene som handler om hvordan registrerte avvik følges opp, vurderes jevnt over positivt. Spørsmålet om hvorvidt ledere analyserer årsakene til avvik har en skår på 3,59, som er blant de høyeste i kategorien. Dette antyder at mange ledere tar aktivt eierskap til hendelser som avviksregistreres. På spørsmål om rutinene i kommunen faktisk legger til rette for håndtering av avvik, er vurderingen lavere, med en skår på 3,00. Dette er nøytralt, og kan tolkes som uttrykk for at praksis er etablert, men ikke nødvendigvis oppleves som systematisk eller fullt ut tilpasset.

Når det gjelder bruk av avvik som grunnlag for forbedring, vurderes dette med en skår på 3,45. Det viser at det i noen grad foregår læring og justeringer, men svarfordelingen viser variasjon. Enkelt svar på 0 og 2 tyder på at dette ikke er like sterkt forankret i alle enheter eller på alle ledernivå. Det kan tenkes at rutiner for læring ikke er godt nok synliggjort, eller at oppfølgingen i praksis er situasjonsavhengig.

Spørsmålet om tilbakemelding til innmelder har en skår på 3,73, og er blant de høyeste i hele datamaterialet. Dette tyder på at mange ledere faktisk lukker avvikssaker ved å gi respons, noe som kan bidra til å styrke avvikssystemets legitimitet og tillit blant de ansatte.

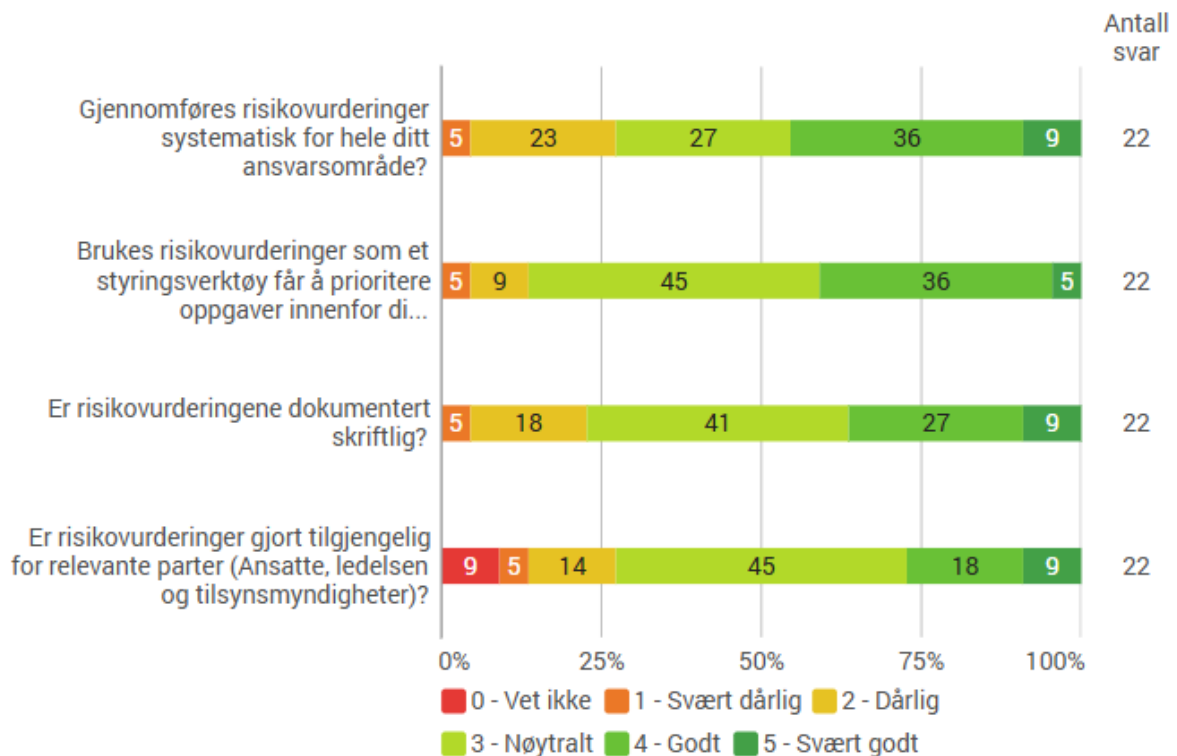
Helhetsbildet av avvikshåndtering peker i retning av et system som i stor grad er på plass og i bruk, men hvor det fortsatt finnes viktige forskjeller mellom formell tilgjengelighet, bruk i praksis, og oppfølging og læring. At registrering vurderes lavt, samtidig som analyser og tilbakemeldinger vurderes høyt, kan tyde på at systemet benyttes når det først tas i bruk, men at ikke alle avvik fanges opp i utgangspunktet.

Variasjonen i svarene kan også skyldes forskjeller mellom enheter, der noen har etablert en kultur for bruk av systemet, mens andre i mindre grad har gjort det. Samlet viser tallene at kommunen har et fungerende system for håndtering og oppfølging av avvik, men at det er områder – særlig knyttet til registrering og rutineforankring – som kan være aktuelle for videre utvikling.

4.3.5 Risikovurderinger

Spørsmålene i denne kategorien undersøker i hvilken grad risikovurderinger inngår i kommunens styringspraksis. Temaene omfatter systematikk, bruk som styringsverktøy, dokumentasjon og tilgjengeliggjøring. Gjennomsnittet på de fire spørsmålene varierer fra 2,86 til 3,27, og vurderingene befinner seg dermed i et grenseland mellom nøytralt og svakt positivt. Svarene viser relativt liten variasjon i snittverdiene, men vurderingene antyder likevel noen viktige skillelinjer.

I hvilken grad er risikoer vurdert og håndtert?



Kilde: Survey Exact, Internkontroll i Nesna kommune

Figur 9 - Viser fordelingen av svaralternativer i prosent for spørsmålene knyttet til risikovurderinger.

Spørsmålene om *systematisk gjennomføring* og *bruk av risikovurderinger som styringsverktøy* vurderes relativt likt, med gjennomsnitt på henholdsvis **3,23** og **3,27**. Dette indikerer at mange ledere oppfatter at risikovurderinger inngår i styringen, og at det finnes en viss systematikk. Svarene antyder at slike vurderinger brukes til å prioritere oppgaver, men ikke nødvendigvis i alle deler av organisasjonen. At vurderingene holder seg tett på nøytralt nivå, kan tyde på at dette er et område i utvikling, eller at implementeringen er ujevn mellom enheter.

Spørsmålet om skriftlig dokumentasjon av risikovurderinger har en skår på 3,18. Det tyder på at mange vurderer dette som ivarettatt i noen grad, men ikke fullt ut. Svarene viser at enkelte fortsatt gir lav skår på dette området, og det fremkommer ikke om dokumentasjonen finnes, men er lite kjent, eller om praksis varierer i hvilken grad vurderingene faktisk skrives ned. For å forstå dette nærmere, kan det være nyttig å undersøke om det finnes krav til dokumentasjon, og i så fall hvordan disse følges opp.

Det laveste gjennomsnittet gjelder spørsmålet om risikovurderinger er gjort tilgjengelig for relevante parter (ansatte, ledelse, tilsynsmyndigheter). Her er gjennomsnittet 2,86, altså under det nøytrale midtpunktet. Enkeltsvar på 0 og 1 tyder på at enkelte ledere enten ikke kjenner til hvordan vurderingene deles, eller opplever at de ikke er allment tilgjengelige. Dette kan reflektere en svakhet i forankring eller kommunikasjon. Et mulig tolkningsrom er at vurderingene i noen tilfeller gjøres lokalt, uten at de er synlige for andre deler av organisasjonen. Det kan også være uklart hvem som faktisk skal ha tilgang, og hvordan vurderingene skal distribueres.

Samlet viser vurderingene at risikovurdering som praksis er etablert til en viss grad, men at det fortsatt finnes svakheter i struktur, dokumentasjon og ikke minst formidling. Dette er en del av internkontrollen som både forutsetter metodisk tilnærming og bred forankring, og dataene peker på at det særlig er det siste som kan være underutviklet.

Det er verdt å merke seg at alle spørsmålene i denne kategorien har lavere gjennomsnitt enn tilsvarende vurderinger i temaer som mål og avvikshåndtering. Dette kan tyde på at risikovurdering er et område som er mindre konsolidert i kommunen. Det er mulig at enkelte enheter arbeider systematisk med dette, mens andre i mindre grad har etablert faste rutiner.

En observasjon er at tilgjengeliggjøring vurderes svakest, til tross for at risikovurderinger i prinsippet skal støtte styring på flere nivåer. Det gir grunnlag for videre spørsmål knyttet til hvordan risikovurderinger brukes organisatorisk – om de fungerer som et praktisk styringsverktøy, eller hovedsakelig er en teknisk øvelse som ikke følges opp i organisasjonens øvrige arbeid.

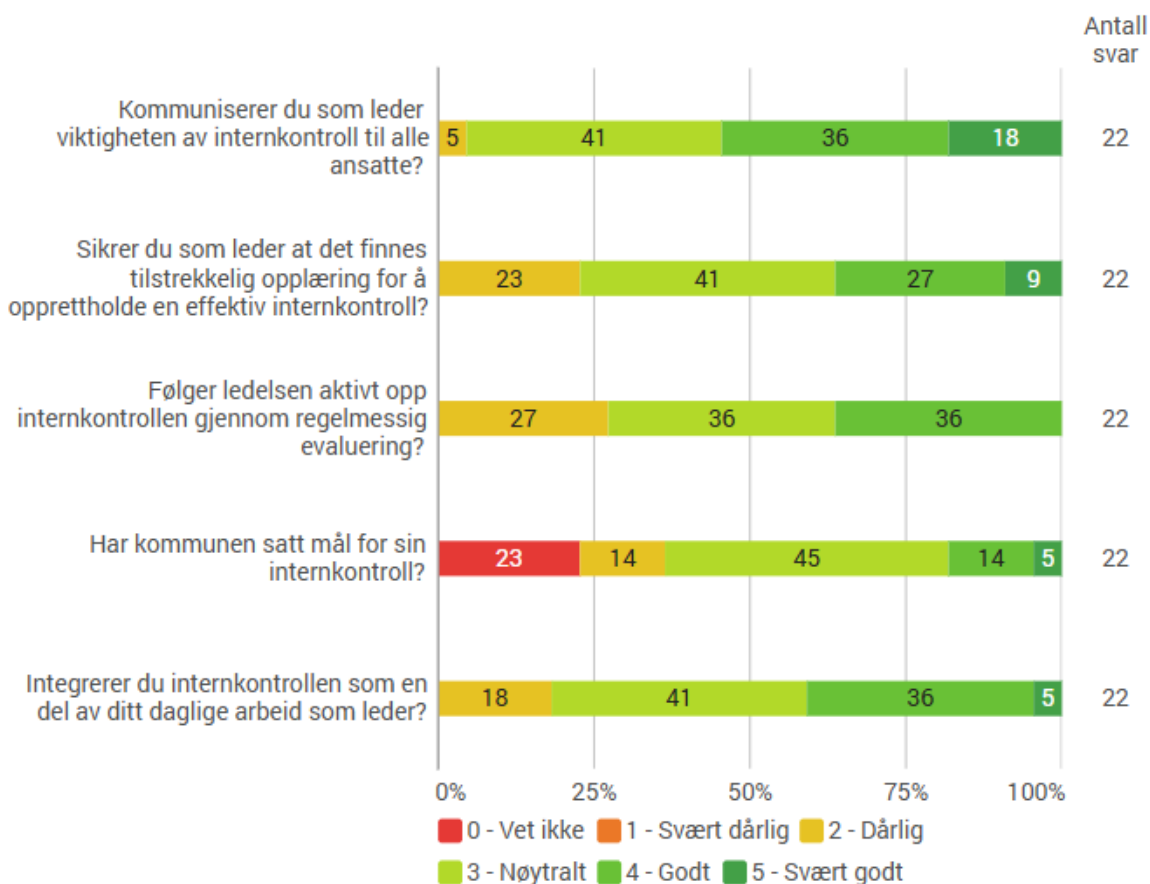
Dataene åpner for refleksjon rundt hvordan risikovurderinger etterleves, og hvilken funksjon de faktisk har i det daglige arbeidet. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke hvordan kommunen definerer formålet med risikovurdering, og i hvilken grad det finnes felles standarder og forventninger knyttet til både gjennomføring og bruk.

4.3.6 Ledelsesforankring

Spørsmålene i denne kategorien belyser i hvilken grad kommunens ledere følger opp, forankrer og integrerer internkontroll i det daglige arbeidet. Det dreier seg både om kommunikasjon, opplæring, evaluering, målsetting og praktisk implementering.

Gjennomsnittene varierer fra 2,41 til 3,68, og vurderingene viser et tydelig skille mellom ulike sider av ledelsesoppfølgingen.

Hvor godt ivaretar ledere internkontrollen?



Kilde: Survey Exact, Internkontroll i Nesna Kommune

Figur 10 - Fordeling av svaralternativ i prosent for spørsmål som gjelder ledelsesforankring.

Spørsmålet med høyest skår gjelder hvorvidt lederne kommuniserer viktigheten av internkontroll til ansatte, med et gjennomsnitt på 3,68. Dette er det høyeste gjennomsnittet i hele datasettet, og tyder på at bevissthet og budskap rundt internkontroll i stor grad formidles gjennom lederrollen. Det gir et bilde av at temaet ikke er helt fraværende i organisasjonen, og at mange ledere tar ansvar for å synliggjøre betydningen av kontroll og kvalitet i det daglige arbeidet.

Nær opp mot dette finner vi spørsmålet om internkontroll er integrert i det daglige lederarbeidet, med en skår på 3,27. Det tyder på at mange ledere opplever at internkontroll ikke er noe som foregår parallelt med, eller utenfor, ordinær drift – men snarere inngår som en naturlig del av den daglige styringen. Likevel ligger verdien nær midten av skalaen, og svarfordelingen viser at enkelte vurderer praksisen som svak eller utydelig. Det kan tyde på at integrering skjer i varierende grad, og at det fortsatt finnes rom for bedre forankring.

Et mer blandet bilde fremkommer i spørsmålene om opplæring og evaluering. Her er gjennomsnittet henholdsvis 3,23 og 3,09. Dette antyder at det finnes visse strukturer eller tiltak, men at det ikke nødvendigvis oppleves som tilstrekkelig eller systematisk. Enkeltsvar på nivå 1 og 2, kombinert med fravær av svar på nivå 5, kan tyde på at det mangler en tydelig og gjennomgående tilnærming til hvordan kompetanse og forbedring i internkontroll faktisk skal utvikles. I slike tilfeller kan ansvaret være skjøvet ned til den enkelte leder, uten at det er etablert en overordnet strategi eller opplæringsplan.

Det spørsmålet som skiller seg tydeligst negativt ut, gjelder hvorvidt kommunen har satt mål for internkontrollen. Med et gjennomsnitt på 2,41, vurderes dette spørsmålet klart lavere enn de øvrige i kategorien. Flere respondenter har gitt lave verdier, og enkelte har svart «vet ikke». Dette kan tolkes som et uttrykk for at mål knyttet til internkontroll ikke er tydelig formulert, eller at de ikke er kjent eller tilgjengelig for lederne. Uten klare mål kan det være krevende å vurdere kvaliteten på arbeidet med internkontroll, eller å vite om man er på rett vei i utviklingen av kontrollsistemene.

Det samlede bildet viser at kommunens ledere i stor grad synliggjør internkontroll som tema, og til dels integrerer dette i sitt daglige arbeid. Samtidig fremstår det som mindre klart hvilke mål som gjelder, og hvordan arbeidet systematisk skal evalueres og videreutvikles. Svarene tyder på at det finnes elementer av struktur, men at styring og organisering av internkontrollen ikke nødvendigvis er samordnet eller strategisk forankret.

En mulig forklaring kan være at internkontroll i praksis er noe den enkelte leder må forholde seg til innenfor sitt område, uten at det er etablert en felles retning eller klare forventninger på tvers av kommunen. Dette kan også forklare variasjonen i svarene, særlig i spørsmålene som gjelder opplæring, evaluering og mål.

Datamaterialet gir grunnlag for å utforske nærmere hvordan kommunen legger til rette for utvikling og systematisk oppfølging av internkontroll, og om det finnes behov for bedre støtte, tydeligere målsettinger eller mer enhetlige praksiser på tvers av enhetene.

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

Nesna kommune har et system for internkontroll på overordnet nivå. Nesna kommune har etablert de fleste sentrale komponentene som inngår i et system for internkontroll, men mangler fortsatt en samlet, helhetlig struktur og praksis som sikrer koordinert gjennomføring og oppfølging på overordnet nivå. Kommunen rapporterer ikke til kommunestyret om internkontroll slik kommunelovens § 25-2 krever.

Kommunen har en formelt tydelig organisasjonsstruktur med definerte ansvarslinjer. Det gis tilbakemelding om utfordringer knyttet til økonomistyring, systemforvaltning og ledelsesstabilitet. Planverk som beskriver mål og hovedoppgaver finnes, men det er svakheter i oppfølging og operasjonalisering. Revisor er av den oppfatning at også dette kan henge sammen med allerede nevnte svakheter i systemforvaltning og ledelsesstabilitet. Kommunen har etablert et system for dokumentasjon av rutiner og prosedyrer, men manglende oppdatering, ujevn implementering og lav bruk i flere enheter tyder på at systemet ikke fullt ut ivaretar kravet om nødvendige og tilgjengelige rutiner for kommunens hovedoppgaver. Det er stor variasjon mellom sektorene på dette punktet. Helsesektoren har kommet vesentlig lenger enn de andre på dette punktet. Oppvekstsektoren har til nå brukt et eget system, men skal ta i bruk Compilo fra sommeren 2025. Kommunen gjennomfører risikovurderinger i enkelte sektorer, men mangler en helhetlig og systematisk tilnærming som sikrer at risiko for avvik identifiseres og følges opp på overordnet nivå. Nesna kommune har rutiner og praksis for intern rapportering, særlig innen økonomi. Det foreligger ikke dokumentert rapportering til kommunestyret om internkontroll, slik det kreves i henhold til kommuneloven § 25-2.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at lederne vurderer flere sider av internkontrollen som tilfredsstillende, men ingen gjennomsnittsbetraktninger når opp til beskrivelsen «god». Avvikshåndtering skårer relativt høyt, noe som tyder på at systemene for å følge opp hendelser er kjente og til en viss grad i bruk. Også målforståelse og kommunikasjon om internkontroll vurderes relativt positivt. Samtidig viser undersøkelsen lavere skårer innen områdene rutiner, målsetting for internkontrollen og tilgjengeliggjøring av risikovurderinger. Svarene gir innblikk i hvordan ledere på ulike nivåer oppfatter dagens praksis, og kan danne utgangspunkt for refleksjon og forbedring. Fordi svarene er basert på subjektive vurderinger, og ikke måler faktisk etterlevelse, anbefales det at kommunen selv vurderer funnene opp mot egen kontekst

og kjennskap til organisasjonen. Undersøkelsen kan også fungere som et målepunkt for senere vurdering av effekten av forbedringsarbeid. Revisor er av den oppfatning at undersøkelsen til en viss grad støtter revisors egne funn.

5.2 Anbefalinger

- 1. Kommunen må etablere rutiner for, og gjennomføre politisk rapportering om internkontroll i tråd med kommunelovens § 25-2.** Det bør utarbeides en praksis for systematisk og dokumentert rapportering til kommunestyret som viser hvordan internkontrollen er organisert, fungerer og følges opp.
- 2. Kommunen bør ta tydelig stilling til hvordan internkontrollen skal være organisert, hvilke mål som skal gjelde, og hvordan arbeidet skal implementeres på overordnet nivå.** Det bør utvikles en helhetlig struktur som beskriver ansvar, mål, rutiner og oppfølgingsmekanismer. Slike avklaringer kan bidra til styrket forankring, tydeligere retning og bedre mulighet for å vurdere om tiltak har ønsket effekt.
- 3. Kommunen bør forbedre forvaltningen og bruken av kvalitetssystemer og rutineverk for å sikre at disse er oppdaterte, relevante og i aktiv bruk på tvers av enheter.** Det bør særlig rettes oppmerksomhet mot områder og sektorer der implementeringen i dag er svak eller uensartet.
- 4. Det bør etableres en felles, systematisk tilnærming til risikovurderinger som gjelder hele organisasjonen.** Risikovurderinger bør gjennomføres regelmessig, dokumenteres skriftlig og gjøres tilgjengelig for relevante parter. De bør også brukes aktivt som styringsverktøy i planlegging og prioritering.
- 5. Kommunen bør vurdere å følge opp resultatene fra egenvurderingen med refleksjon i ledergruppen og konkrete forbedringstiltak.** Undersøkelsen kan brukes som et utgangspunkt for læring og som et målepunkt for å vurdere effekt av videre utviklingsarbeid.

KILDER

Lovtekst:

- Norge. *KommuneLOVEN* (Lov om kommuner og fylkeskommuner), LOV-2018-06-22-83. Sist endret 01.01.2023. <https://lovdata.no/lov/2018-06-22-83>

Departemental veileder:

- Kommunal- og distriktsdepartementet. 2022. *Internkontroll i kommunen – Veileder til kommuneloven kapittel 25*. Oslo: KDD. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/internkontroll-i-kommunen/id2902405/>

Organisasjon (KS):

- KS (Kommunesektorens organisasjon). 2020. *Orden i eget hus – Internkontroll i kommunesektoren*. Oslo: KS. <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/styring/egenkontroll/orden-i-eget-hus/>

VEDLEGG 1 – UTTALELSE

Prosjekt-ID		Prosjektnavn
Fra kommune:	Nesna	Hege Tangen – konstituert kommunedirektør
		Stine Mathisen – konstituert kommunalleder fra helse- og omsorg
Fra Revisjon Midt Norge SA		Marius Johnsborg og Arve Gausen
Tid/sted		26.02.25 - Teams

Revisjon Midt-Norge orienterte om bestillingen fra kontrollutvalget i Nesna kommune, og om forvaltningsrevisjon generelt.

Det ble orientert om prosedyre for høringsmøtet. Når informantene har gjort de nødvendige rettinger og sendt referatet tilbake, anses referatet som godkjent. Det godkjente referatet er en bekreftelse på informasjonen i referatet er riktig. Referatet gir en oversikt over kommunens innspill til endring i høringsrapporten. Det ble gjort opptak av høringsmøte, for lette arbeidet med referatskriving i etterkant.

Korrektur

- «Han» om hovedtillitsvalgt fagforbundet, det er en hun
- Revisor har vurdert egen uavhengighet for «Alstadhaug kommune»
- Revisor retter korrekturfeilene før rapporten sendes ut.

Kapittel 3 – Organisering, rutiner og internkontroll

- **Økonomistyring og ledelsesmandat:** Kommunedirektøren bekreftet at kommunen har vært uten økonomirådgiver over lengre tid, noe som førte til omfordeling av oppgaver blant lederne. Det ble presisert at alle ledere hadde fått et tydelig mandat for de nye oppgavene. Kommuneledelsen kjenner seg ikke igjen i måten dette er beskrevet i rapporten. Revisor faktasjekker, og korrigerer rapporten.
- **Administrasjonsutvalg:** Kommunedirektøren forklarte at kommunen har et administrasjonsutvalg, selv om møtene avholdes sjelden. Siste møte var i februar 2024. Hun bemerket også at det kan være utfordrende å finne klare saker for utvalget. Revisor ber om å få referat fra siste administrasjonsutvalg tilsendt.

- **Folkehelsearbeid:** Kommunedirektøren påpekte at folkehelse ikke bare er omtalt i kommuneplanens samfunnsdel, men også i helse- og omsorgsplanen.

Kapittel 3.3 – Rutiner og systembruk

- **Compilo:** Kommunedirektøren beskrev Compilo som et enkelt og intuitivt system. Manglende bruk av systemet skyldes etter hennes vurdering ikke vanskeligheter med opplæringen. Revisor gjør en vurdering rundt bruken av begrepet «opplæring» i rapporten.
- Kommunedirektøren informerte om at kommunen har tatt i bruk "Digipro helse" som et nytt internkontrollsystem spesielt for helsesektoren. Opplæring av ansatte er nylig gjennomført.

Kapittel 3.4 – Avvikshåndtering

- **Behandling av avvik:** Kommunedirektøren fremhevet at avvik behandles som en fast sak i arbeidsmiljøutvalget (AMU) og at dette blir referatført. Dette motsier deler av faktagrunnlaget i rapporten. Revisor kontrollerer faktagrunnlaget, og korrigerer rapporten.

Andre hovedpunkter fra møtet

- **Planverk og måloppfølging:** Kort diskusjon om bruken av oppdragsbrev som en del av styringsformen i kommunen.
- **Risikovurderinger:** Det ble erkjent at kommunen mangler en helhetlig risikovurdering på overordnet nivå. Kommunedirektøren var positiv til forslag om å knytte risikovurderinger tettere til virksomhetsplaner og ledermøter.
- **Rapportering:** Det ble diskutert behov for bedre systematikk i rapportering om internkontroll til kommunestyret, for eksempel som en del av årsberetningen.
- **Videre arbeid:** Kommunedirektøren var positiv til konklusjonene og anbefalingene i rapporten. Hun understreket behovet for å videreutvikle rutiner, risikovurderinger og systematisk oppfølging av internkontrollen.

Revisor avsluttet møte med å fortelle om videre prosess med forvaltningsrevisjonen.



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no