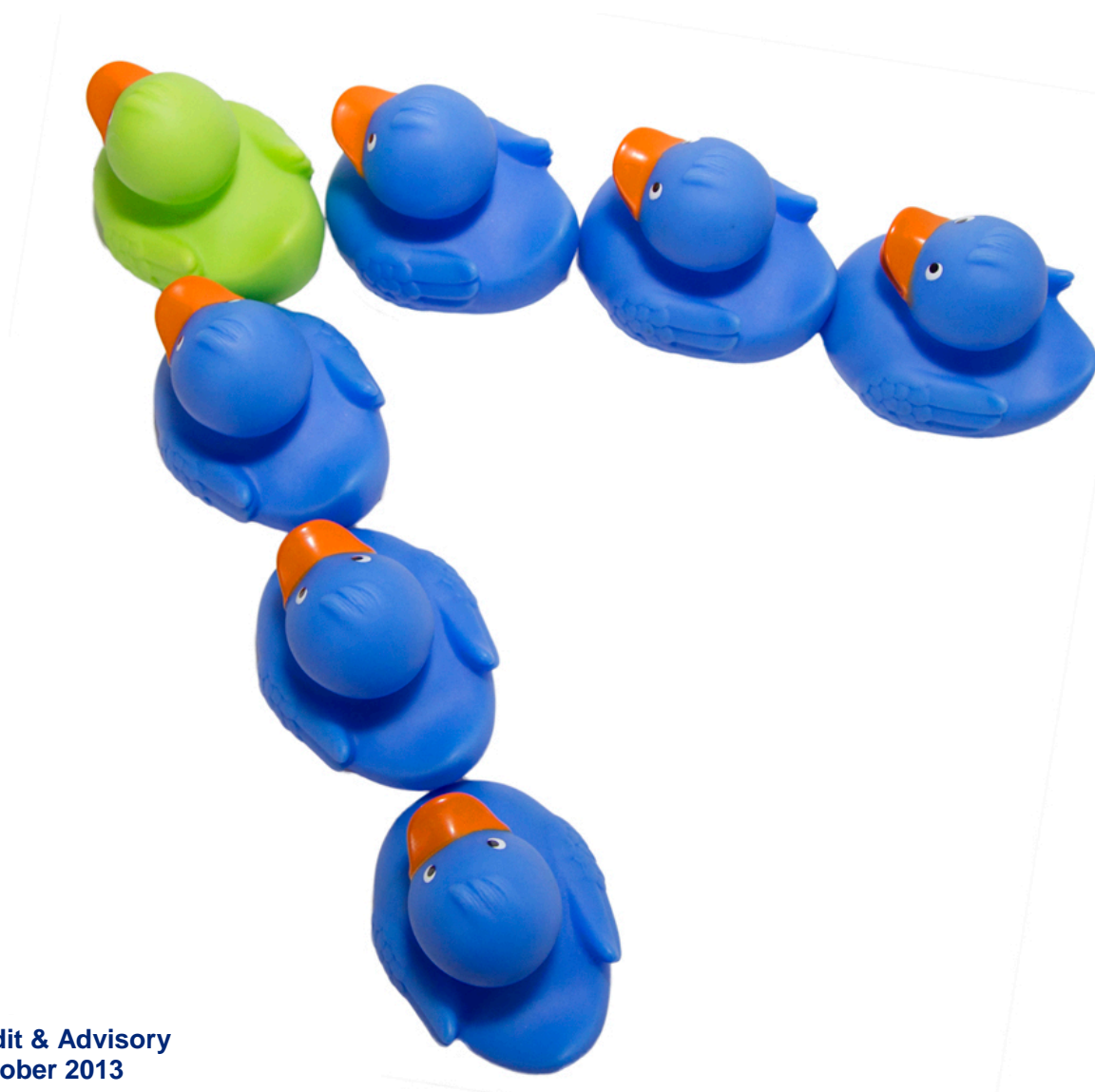


Forvaltningsrevisjon | Nøtterøy kommune Internkontroll



Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere Nøtterøy kommunes internkontrollsystem. Fokus i revisjonen har vært å vurdere om internkontrollsystemet til kommunen er effektivt, og om det bidrar til å sikre at kommunen når sine faglige og økonomiske mål. Det ble lagt til grunn perspektiver knyttet til måloppnåelse, økonomi, produktivitet og virkninger. På bakgrunn av formålet er det identifisert ni hovedproblemstillinger med underproblemstillinger. Disse går fram av kapittel 1 i rapporten.

Revisjonen har blitt gjennomført ved hjelp av intervjuer, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse til ledere og ansatte i kommunen. Data har blitt vurdert opp mot lov og forskriftskrav fra kommuneloven, internkontrollforskriften for helse- og sosialtjenester, opplæringsloven, internkontrollforskrift for HMS, samt viktige prinsipper i COSO (rammeverk for internkontroll) og nasjonale veiledninger. Metode og revisjonskriterier går fram av kapittel 2 og 3 i rapporten.

I kapittel 4 og 5 presenteres data og vurderinger.

Forvaltningsrevisjonen viser at ansvaret for kvalitet og internkontroll følger som en del av lederansvaret i kommunen, hvor ledere har ansvar for internkontroll innen sine sektorer eller virksomheter. Det er også definert funksjoner og fora, blant annet kvalitetsutvalg, som har ansvar og oppgaver i tilknytning til internkontrollarbeidet i kommunen. Rådmannen deltar i overordnet kvalitetsutvalg og AMU. Revisjonen vurderer på bakgrunn av dette at ansvaret for internkontrollen er klart definert og tydelig forankret i kommunen, i samsvar med god internkontrollpraksis.

Nøtterøy kommune har vedtatt en kvalitetsstrategi hvor det vektlegges kvalitet i tjenesteutøvelsen, brukermedvirkning, ansattes kunnskap og etterlevelse av lover, regler og vedtak. Denne strategien er avstemt med kommuneplanen. Revisjonen vurderer at kommunen fremstår som tydelig i sin kommunikasjon og vektlegging av kvalitet i tjenestetilbudet, men at det er et potensial for å tydeliggjøre mål og rapporteringskrav ytterligere.

Kommunen har tatt i bruk *Kvalitetslosen* som et sentralt IKT-verktøy i internkontrollen. Revisjonen mener det er viktig at kommunen har valgt et felles system som blant annet har funksjoner knyttet til avviksregistrering og dokumentstyring. Kommunen har imidlertid forbedringspotensial når det gjelder å ta systemet tilstrekkelig i bruk og å sørge for at prosedyreverket er tilstrekkelig oppdatert og kvalitetssikret. Revisjonen registrerer bl.a. at mange dokumenter ikke er revidert som forutsatt, at lokale prosedyrer ikke er dokumentert, og at det er store forskjeller mellom virksomheter i samme sektor når det gjelder hvilke dokumenter som er publisert i *Kvalitetslosen*.

Nøtterøy kommune bør etter revisjonens vurdering gjøre de ansatte mer kjent med sentrale retningslinjer og rutiner, bl.a. retningslinjer for bruk av IKT og kvalitetsstrategien. Revisjonen merker seg at det er store variasjoner mellom tjenestesteder i kommunen i hvor langt prosedyrer og rutiner er dokumentert i kvalitetssystemet. Revisjonen mener at kommunen bør vurdere å systematisere opplæringen i kvalitetssystemet for å sikre en felles forståelse av hvilken basiskompetanse alle ansatte skal ha knyttet til kvalitet og internkontroll.

ROS-analyser/risikovurderinger har til en viss grad blitt tatt i bruk som virkemiddel i kommunen. På HMS-området er det utarbeidet veiledninger, maler og prosedyrer, men det er ikke utarbeidet tilsvarende retningslinjer for risikovurderinger knyttet til andre typer avvik. Det er varierende praksis mellom ulike tjenestesteder hva gjelder bruk og dokumentasjon av ROS-analyser/risikovurderinger. Revisjonen mener kommunen har potensial for å bruke disse

verktøyene hyppigere, og på en mer systematisk måte, og at kommunen bør sikre en enhetlig tilnærming til gjennomføringen og dokumentasjonen av ROS-analyser/risikovurderinger.

Kommunen benytter *Kvalitetslosen* som system for avviksregistrering. Revisjonen vurderer at dette legger til rette for en avvikshåndtering i samsvar med god internkontrollpraksis. Systemet blir brukt i varierende grad mellom de ulike tjenestestedene, noe som kan være et tegn på underrapportering av avvik. Revisjonen mener derfor at kommunen bør presisere viktigheten av at avvik registreres i systemet, samt at kommunen bør vurdere å innføre tydeligere rutiner for å gi tilbakemeldinger knyttet til avviksmeldinger. Videre bør kommunen sikre at det legges til rette for at alle ansatte kan opparbeide seg kompetanse til å benytte det elektroniske kvalitetssystemet, og at alle har tilgang til datamaskin.

Revisjonen har undersøkt fagspesifikke krav til internkontroll innenfor skole, helse- og sosial, skole, HMS og informasjonssikkerhet. Innenfor helse- og sosial mener revisjonen at kommunen gjennom kvalitetssystemet har lagt til rette for at virksomhetene kan gjennomføre internkontrollaktiviteter i samsvar med fagspesifikke krav. Innenfor skoleområdet har kommunen etablert et rammeverk for internkontroll som bl.a. omfatter rutiner for sentrale krav i opplæringsloven, samt tilstandsrapporter for skolene med handlingsplaner som revideres og følges opp årlig. Også på HMS-området vurderer revisjonen at det er etablert et system for internkontroll som omfatter sentrale prosedyrer og retningslinjer i HMS-arbeidet. Samtidig viser gjennomgangen at det er enkelte tjenestesteder som ikke har dokumentert internkontrollen og fulgt opp kvalitetssystemet i tilstrekkelig grad. Dette kan medføre en risiko for at ikke alle virksomheter oppfyller kravene satt i det overordnede internkontrollsystemet eller regelverket.

Når det gjelder informasjonssikkerhet viser forvaltningsrevisjonen at kommunen har flere mangler i internkontrollsystemet. Den overordnede sikkerhetsstrategien er ikke oppdatert siden 2007, og det er ikke klart i hvilken grad det den beskrevne sikkerhetsorganiseringen er fulgt opp i praksis. Videre er det ikke utarbeidet oversikt over behandlinger av personopplysninger eller akseptkriterier for informasjonssikkerhet, og kommunen kan ikke dokumentere at det er gjennomført risikovurderinger av behandlinger av personopplysninger. Dette medfører at revisjonen vurderer at kravene i personopplysningsforskriften kapittel 2 ikke er etterlevd.

Revisjonen vurderer at det er positivt at de fleste respondentene i spørreundersøkelsen svarer at nærmeste leder har gitt klart uttrykk for at det er viktig å følge regler og retningslinjer. Kommunen har etiske retningslinjer og arbeidsreglement tilgjengelig for alle ansatte i *Kvalitetslosen*. Revisjonen merker seg imidlertid at mindretall av de ansatte i spørreundersøkelsen (14 % av de som ikke er ledere) ikke kjenner til retningslinjene. Revisjonen mener det er viktig å sørge for at alle ansatte kjenner til retningslinjene, og at kommunen bør etterstrebe bevissthet om etikk i alle deler av organisasjonen. Videre mener revisjonen kommunen bør vurdere å etablere et bierveregister, noe som ikke finnes per i dag.

Når det gjelder den overordnede oppfølgingen av om internkontrollen fungerer slik den var tenkt, har kommunen nylig satt i verk årlig gjennomgang av kvalitetssystemet i rådmannens ledergruppe. Det blir også gjennomført internkontrollgjennomganger i kvalitetsutvalg, AMU og miljøgrupper, samt at det blir utarbeidet sektorvise og virksomhetsspesifikke gjennomganger av internkontrollen. Revisjonen mener disse tiltakene er hensiktsmessige for å følge opp internkontrollen. I tillegg mener revisjonen at kommunen bør vurdere å gjennomføre internrevisjoner både på kvalitets- og HMS-området (det er nå planlagt å gjennomføre slike kontroller på HMS-området) for å ytterligere styrke oppfølgingen.

På bakgrunn av disse vurderingene anbefaler revisjonen at kommunen gjennomfører følgende tiltak (kapittel 6):

1. Fastsette tydeligere krav til hvilke styrende dokumenter som skal dokumenteres i *Kvalitetslosen*.
2. Ta i bruk risikovurderinger som et verktøy i tilknytning til HMS- og kvalitetsarbeidet ved alle tjenestesteder i kommunen, og innføre tydeligere krav til hvordan risikovurderinger skal gjennomføres og dokumenteres
3. Sikre at de ansatte har tilstrekkelig kjennskap til viktige retningslinjer som f.eks. etiske retningslinjer og retningslinjer for informasjonssikkerhet.

4. Sikre at alle er kjent med og benytter Kvalitetslosen, og legger til rette for opplæring i grunnleggende dataferdigheter for de som har behov for dette.
5. Vurder om opplæringen i Kvalitetslosen bør systematiseres i større grad for å sikre felles forståelse av hvilken basiskompetanse alle ansatte skal ha
6. Gjennomgå praksis for avviksmelding i de ulike sektorene for å sikre at alle avvik meldes i riktig kanal, og at de følges opp på en god måte.
7. Vurdere å gjennomføre kvalitets-/systemrevisjoner også på andre områder enn HMS
8. Utvikle systemet for informasjonssikkerhet med styrende, gjennomførende og kontrollerende dokumentasjon i samsvar med krav i personopplysningsforskriften.
9. Vurdere å opprette et bierveregister for ansatte i kommunen for å sikre gjennomsiktighet og at krav til habilitet blir overholdt.
10. Vurdere å utarbeide lederavtaler som formaliserer mål og krav til rapportering. I slike avtaler bør det også gå fram at leder er ansvarlig for å opprettholde god internkontroll i sin virksomhet.

Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	7
1.1 Formål og problemstillinger	7
1.2 Avgrensinger.....	8
2. Metode	9
2.1 Dokumentanalyse	9
2.2 Intervju	9
2.3 Elektronisk spørreundersøkelse.....	9
2.4 Verifiseringsprosesser	9
3. Revisjonskriterier	10
3.1 Lov- og forskriftskrav	10
3.2 Utforming av internkontrollen	13
3.2.1 Rammeverk for internkontroll	13
3.2.2 Tilpasning av internkontrollen.....	15
4. Internkontroll i Nøtterøy kommune	16
4.1 Mål for kvalitets- og internkontrollarbeidet i Nøtterøy kommune	16
4.2 Organisering av internkontroll og kvalitetsarbeid i kommunen	16
4.2.1 Roller og ansvar i internkontrollen	16
4.2.2 Kvalitetslosen.....	17
4.2.3 Kvalitetsutvalg.....	19
4.2.4 Verneorganisasjonen.....	19
4.3 Risikovurderinger.....	20
4.4 Prosedyrer og dokumentasjon	22
4.4.1 Prosedyrer i Kvalitetslosen	22
4.4.2 Opplevd nytte av rutiner og retningslinjer i driften.....	29
4.4.3 System for avvikshåndtering	29
4.4.4 System for varsling	31
4.5 Kontrollmiljø	32
4.5.1 Kompetanse om sentrale retningslinjer/systemer	32
4.5.2 Opplæring	33
4.5.3 Etikk og holdninger	36
4.5.4 Rapportering om internkontroll	38
4.6 Oppfølging av internkontrollen	39
5. Vurdering	40
5.1 På hvilken måte er internkontrollen i kommunen organisert og hvilke elementer er inkludert?	40
5.2 I hvilken grad omfatter internkontrollsystemet målsetninger knyttet til målrettet og kostnadseffektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av gjeldende lover og regler?	40
5.3 I hvilken grad er det etablert et internkontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis?.....	41
5.4 I hvilken grad er det tilstrekkelig kompetanse om internkontroll i kommunen?	42

5.5	Har kommunen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet?	42
5.6	I hvilken grad har kommunen tatt i bruk systematisk risikovurdering som verktøy i internkontrollarbeidet?	42
5.7	Hvordan har kommunen gått frem for å etablere hensiktsmessige retningslinjer, prosedyrer og rapporteringsrutiner?	43
5.8	Hvordan følger kommunen opp eventuelle avvik eller risikoforhold som framkommer i rapporteringen?	44
5.9	Bli det gjennomført oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt?	45
6.	Anbefalinger	46
	Vedlegg 1: Høringsuttale	47
	Vedlegg 2: Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur	48

1. Innledning

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av Internkontroll i Nøtterøy kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Nøtterøy kommune 14.3. 2013 i sak 03/13, og er gjennomført i tidsrommet april til oktober 2013.

1.1 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere Nøtterøy kommunes internkontrollsystem. Fokus i revisjonen har vært å vurdere om internkontrollsystemet til kommunen er effektivt, og om det bidrar til å sikre at kommunen når sine faglige og økonomiske mål. Det ble lagt til grunn perspektiver knyttet til måloppnåelse, økonomi, produktivitet og virkninger.

På bakgrunn av formålet med prosjektet er det identifisert følgende problemstillinger:

- 1) På hvilken måte er internkontrollen i kommunen organisert og hvilke elementer er inkludert?
- 2) I hvilken grad omfatter internkontrollsystemet til kommunen målsetninger knyttet til målrettet og kostnadseffektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av gjeldende lover og regler?
- 3) I hvilken grad er det tilstrekkelig med kompetanse om internkontroll i kommunen?
- 4) Har kommunen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet?
 - a. Hvordan blir det gitt informasjon til organisasjonen om internkontrollsystemet og relevante rutiner/prosedyrer?
 - b. Er innholdet i internkontrollsystemet kjent og benyttet i organisasjonen?
 - c. Har kommunen etablert hensiktsmessige rutiner for rapportering fra tjenestene og administrasjonen til rådmannen?
- 5) I hvilken grad er det etablert et internkontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis?
 - a. Er ledelsens ansvar for internkontroll tydeliggjort?
 - b. Hvordan er ledelsens krav og forventninger til internkontroll kommunisert til organisasjonen?
 - c. Er det vedtatt etiske retningslinjer/prinsipper for kommunen, og kjenner de ansatte eventuelt til retningslinjene?
 - d. Er det etablert rutiner som sikrer at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold uten å frykte represalier?
- 6) I hvilken grad har kommunen tatt i bruk systematisk risikovurdering som verktøy i internkontrollarbeidet?
 - a. I hvilken grad blir det vurdert fare for svikt, feil eller mangler knyttet til manglende måloppnåelse (inkl. regeletterlevelse), økonomi, og produktivitet i kommunens virksomhet?
 - b. I hvilken grad blir risikovurderinger dokumentert?

- c. I hvilken grad blir risikovurderinger brukt for å prioritere og utforme internkontrolltiltak?
- 7) Hvordan har kommunen gått frem for å etablere hensiktsmessige retningslinjer, prosedyrer og rapporteringsrutiner?
- a. Er det fastsatt krav til hvilke områder/prosesser det skal utarbeides retningslinjer, prosedyrer og rapporteringsrutiner for?
 - b. Er det fastsatt krav til hvordan dokumenter i internkontrollsystemet skal utformes?
 - c. Er det fastsatt krav til arbeidsdeling, kvalitetssikring og revisjon av rutiner, retningslinjer og rapporter?
 - d. Er det fastsatt krav til hvordan dokumentasjon på gjennomført internkontroll skal arkiveres?
 - e. I hvilken grad sikrer kommunens internkontrollsystem at fagspesifikke krav til internkontroll i regelverket innen helse- og sosial, skole, HMS og informasjonssikkerhet etterleves?
- 8) Hvordan følger kommunen opp eventuelle avvik eller risikoforhold som framkommer i rapporteringen?
- a. Har kommunen etablert et avvikssystem hvor ansatte kan melde om avvik?
 - b. I hvilken grad har kommunen en systematisk oppfølging av avviksmeldinger?
- 9) Blir det gjennomført oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt?

1.2 Avgrensinger

I rapporten er det ikke gått inn på kontroller i økonomi, lønn og regnskap. Når det gjelder gjennomgangen av fagspesifikke krav til internkontroll har revisjonens hovedfokus vært å undersøke de overordnede retningslinjer og prosedyrer, og i hvilken grad disse legger til rette for at de enkelte virksomheter kan gjennomføre internkontroll i samsvar med regelverket. Det er ikke innenfor rammene av denne revisjonen å konkludere med hvorvidt internkontrollregelverket i praksis blir fulgt på den enkelte virksomhet/tjenestested.

2. Metode

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

2.1 Dokumentanalyse

Innsamlet dokumentasjon og kildemateriale i form av lover og forskrifter, kommunale styringsdokumenter, dokumentasjon av kvalitetssystemet, rutiner og prosedyrer m.m. har blitt brukt som bakgrunnsdata og faktagrunnlag i revisjonen.

2.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med ledere og ansatte som i kraft av sin funksjon har et grunnlag for å besvare problemstillingene som skal belyses i undersøkelsen. Dette omfatter rådmann, kommunaldirektører, personalsjef, administratører, hovedtillitsvalgt og hovedverneombud. Totalt har revisjonen intervjuet 10 personer. I tillegg har revisjonen innhentet informasjon fra kommunen gjennom telefonsamtaler og e-postkorrespondanse med kontaktperson og ansvarlige ledere i kommunen.

2.3 Elektronisk spørreundersøkelse

Revisjonen har gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse som ble sendt til et utvalg ansatte og alle enhetsledere i kommunen. I utvalget av ansatte ble det gjort et tilfeldig utvalg hvor antallet respondenter fra hver sektor ble vektet i forhold til hvor stor andel av kommunens ansatte som arbeider innenfor de enkelte sektorene.¹ Spørreundersøkelsen omfattet spørsmål knyttet til kommunens internkontrollsystem og i hvilken grad dette var kjent og ble benyttet i kommuneorganisasjonen. Undersøkelsen ble utarbeidet i verktøyet Questback, og sendt ut på e-post til de ulike respondentene.

31 av 32 enhetsledere svarte på undersøkelsen. Blant de ansatte var det betydelig variasjon i svarprosent mellom de ulike avdelingene. 100 % i oppvekst og kultur, 67 % i teknisk sektor, 15 % i fellestjenestene og 11 % i helse og sosial. Revisjonen vurderer at den lave svarprosenten fra fellestjenester og helse og sosial indikerer at respondentene fra disse avdelingene i liten grad benytter e-post i det daglige arbeidet.

2.4 Verifiseringsprosesser

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

Høringsutkast til rapport er sendt til rådmannen for verifisering og uttale. Uttalen er lagt ved som vedlegg 1 i rapporten.

¹ 14 fra fellestjenesten, 35 fra oppvekst og kultur, 13 fra teknisk og 95 fra helse og sosial.

3. Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderes opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.

3.1 Lov- og forskriftskrav

Av kommuneloven² § 23, nr. 2 går det frem at:

«Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges frem for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.»

I Ot.prp. nr. 70 (2002–2003)³ fremgår det at administrasjonssjefen har et selvstendig ansvar for å føre kontroll med kommunens virksomhet. Det er ledelsen i en organisasjon som har ansvaret for å etablere et tilfredsstillende internkontrollsystem. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- målrettet og effektiv drift
- pålitelig ekstern rapportering
- overholdelse av gjeldende lover og regelverk

I kommunal- og regionaldepartementets rapport om internkontroll i kommunene blir det pekt på at kommunene er komplekse virksomheter som er regulert av en rekke lover og forskrifter som både kan være sektorovergripende, eller som definerer krav til internkontroll innenfor avgrensede områder av virksomheten.⁴

Eksempler på krav til gjennomgående internkontroll innen kommuneorganisasjonen finnes i arbeidsmiljøloven og forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (HMS-forskriften), samt regelverket knyttet til informasjonssikkerhetsarbeid⁵.

Eksempler på sektorspesifikke krav kommer blant annet frem i opplæringsloven § 13-10, 2. ledd gjennom kravet om *forsvarlig system*⁶, forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten og kvalitetsforskriften (som gjeld for heldøgns- pleie og omsorgstjenester). Det er også slike spesifikke internkontrollkrav innen blant annet barnevern⁷, barnehage⁸ og VAR-sektoren^{9,10}.

² Kommunal- og regionaldepartementet (1992): *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. LOV-1992-09-25-107.

³ Ot.prp. nr. 70 (2002–2003): *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon)*.

⁴ Kommunal- og regionaldepartementet (2008): *Internkontroll i norske kommuner, status og utviklingsbehov*.

⁵ Fornyings- administrasjons, og kirke- og kirkedepartementet (2001): *Personopplysningsforskriften § 2*.

⁶ Se Utdanningsdirektoratet og KS (2004): *Veileder om kravet til skoleeiers «forsvarlige system» i henhold til opplæringsloven § 13-10* for mer detaljert beskrivelse av hva som skal inngå i et forsvarlig system.

⁷ Barne- og familiedepartementet (2005): *Forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barnevernstjenester*.

⁸ Kunnskapsdepartementet (2005): *Barnehageloven § 7, forskrift om sikkerhet ved lekeplassutstyr, forskrift om miljørettet helsevern i barnehager*.

⁹ Landbruks- og matdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet (1994): *Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddeloggivningen (IK-mat)*.

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2001): *Forskrift om vannforsyning og drikkevann (Drikkevannsforskriften)*.

Helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsetaten i Nøtterøy kommune er etter § 3 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten sosial- og helsetjenesten underlagt krav om internkontroll.¹¹ I forskriftens § 4, 1. ledd framgår at kommunen står fritt til å utforme internkontrollen etter lokale forhold, men det blir i § 4, 2. ledd presisert at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Skole

Som skoleeier er det stilt krav i opplæringslovens § 13-10 om at Nøtterøy kommune

«(...) skal ha eit forsvarleg system for vurdering av om krava i opplæringslova og forskriftene til lova blir oppfylte. Kommunen (...) skal ha eit forsvarleg system for å følgje opp resultatata frå desse vurderingane og nasjonale kvalitetsvurderingar som departementet gjennomfører med heimel i § 14-1 fjerde ledd.»

Det går fram, bl. a i Ot.prp. nr. 55 (2003-2004)¹², at skoleeier står fritt til å utforme sine egne system, tilpasset lokale forhold. Det er for eksempel ikke lagt føringer for hvordan systemet skal være, utover at det er et krav om at systemet for vurdering og resultatoppfølging skal være forsvarlig, men det pekes på at et forsvarlig system forutsetter jevnlig resultatoppfølging og vurdering av om lovverket blir fulgt, og at det må være egnet til både å avdekke eventuelle forhold i strid med lov og forskrift, og sikre iverksetting av adekvate tiltak der det er nødvendig. I Utdanningsdirektoratets og Kommunenes Sentralforbund (KS) sin veileder¹³ går det blant annet fram en punktvis liste over hva som bør inngå i et slikt forsvarlig system:

- Oversikt over lover, forskrifter og relevante styringsdokumenter i forhold til regelverkets gjennomføring.
- Beskrivelse av hovedoppgaver, organisering og myndighetsfordeling knyttet til opplæringsvirksomheten (eks: delegasjonsreglement). Ansvarslinjene og myndighetsfordelingen mellom de ulike ansvarsnivåene må være klargjort.
- Rutiner for å sikre kompetanse til å vurdere regelverket og til å ivareta oppgaver de er gitt i systemet som ledd i skoleeiers oppfyllelse av regelverket.
- Rutiner for å sikre informasjonsflyt for rapporteringer og tilbakemeldinger.
- Beskrivelse av rutiner eller andre tiltak som er egnet for å bekrefte god tilstand og/eller avdekke og forebygge manglende overholdelse av gjeldende lover og forskrifter.
- Beskrivelse av rutiner for å rette opp og forbedre forhold som er oppdaget, samt rutiner for oppfølging av ulike kvalitetsvurderinger.

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2002): *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. FOR-2002-12-20-1731.

¹² Ot.prp. nr. 55 (2003-2004): Kapittel 6, Merknader til dei enkelte paragrafane.

¹³ Utdanningsdirektoratet/KS (2004): *Veileder om kommunenes "forsvarlige system" i henhold til opplæringsloven §13-10*.

- Beskrivelse av rutiner for oppfølging av kritiske områder i opplæringsvirksomheten.
- Beskrivelse av ledelsesansvar for gjennomgang, oppdatering og bruk av systemet for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Videre går det fram at systemet både skal kunne dokumenteres skriftlig, og at det skal "leve" i organisasjonen.

Det er også satt krav til internkontroll knyttet til både helse, trivsel og sosiale og miljømessige forhold innen både skole- og barnehagesektoren i § 4 i Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.¹⁴:

«Leder av virksomheten har ansvar for å påse at bestemmelsene i eller i medhold av denne forskrift overholdes, og skal rette seg etter de pålegg som kommunen til enhver tid gir.

Virksomhetens eier skal påse at det er etablert et internkontrollsystem.»¹⁵

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

Av internkontrollforskriftens § 3 fremgår det at:

«Den som er ansvarlig for virksomheten skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten og at dette gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter.

Arbeidstakerne skal medvirke ved innføring og utøvelse av internkontroll.»

§ 5 i internkontrollforskriften omhandler innholdet i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, og krav til dokumentasjon av dette:

«Internkontroll innebærer at virksomheten skal:

1. sørge for at de lover og forskrifter i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet for virksomheten
2. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, herunder informasjon om endringer
3. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
4. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet
5. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt
6. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene
7. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhets- lovgivningen
8. foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt»

Punktene 5 til 8 må dokumenteres skriftlig.

Personopplysningsforskriften

God informasjonssikkerhet skal sikre at selve systemene fungerer hensiktsmessig, at systemene ikke er utsatt for manipulasjon, og at informasjonen i IKT-systemene er pålitelig og ikke blir misbrukt.

¹⁴ FOR 1995-12-01 nr. 928: *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.*

¹⁵ Av § 3 i forskriften går det fram at med et «internkontrollsystem» menes «[s]ystematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer.»

Revisjonskriterier for informasjonssikkerhet er i første rekke knyttet til kommunens plikt, etter personopplysningsloven § 13 og personopplysningsforskriften 2. kapittel, til å ha tilfredsstillende sikring av informasjonssystemet. Kapittel 2 i personopplysningsforskriften lister opp en rekke krav til sikringen av informasjonssystemet. Disse er knyttet til organisering, dokumentasjon og kontroll og tiltak.

Sentrale krav er:

- Den daglige ledelsen (rådmannen) har ansvar for at kravene til informasjonssikkerhet følges (§ 2-3)
- Mål og strategi for sikkerhetsarbeidet skal beskrives. Ledelsen skal jevnlig gjennomgå strategi og mål for å vurdere arbeidet med informasjonssikkerheten (§ 2-3).
- Virksomheten skal gjennomføre risikovurderinger som en del av arbeidet med informasjonssikkerhet, og risikovurderinger skal knyttes til kriterier som virksomheten selv har fastsatt (§ 2-4).
- Bruk av informasjonssystemet som er i strid med fastlagte rutiner, og sikkerhetsbrudd, skal behandles som avvik (§ 2-5).
- Det skal være etablert klare ansvars- og myndighetsforhold for bruk av informasjonssystemet (§ 2-7).
- Medarbeiderne skal ha nødvendig kunnskap for å bruke informasjonssystemet i samsvar med de rutiner som er fastlagt (§ 2-8)

3.2 Utforming av internkontrollen

I rapporten *85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane* blir det pekt på viktigheten av at internkontrollen blir tilpasset den enkelte kommune, i og med at kommunene har ulik organisering, utvikling, ansvarsdeling og kompetanse.¹⁶ Internkontrollforskriften peker også på at internkontrollen i en virksomhet skal stå i forhold til virksomhetens egenart og størrelse. I en kommentar til forskriften blir utformingen og omfanget av internkontrollen drøftet i lys av at en virksomhet ofte kan være omfattet av flere, ulike internkontrollbestemmelser. Det fremgår at i slike tilfeller må virksomhetene vurdere på hvilken måte de ulike kravene mest hensiktsmessig kan etterleves. For mange vil det være praktisk å utarbeide et samlet system som ivaretar alle lovene.¹⁷

3.2.1 Rammeverk for internkontroll

Det finnes flere rammeverk for hvordan en kan utarbeide et overordnet internkontroll system. Et av de mest brukte rammeverkene for internkontroll er COSO-modellen.¹⁸ Hovedelementene i COSO-modellen består av elementer som er felles for flere av de ulike rammeverkene for internkontroll. Viktige elementer er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering
- kontrollaktiviteter
- kommunikasjon og informasjon
- ledelsens oppfølging

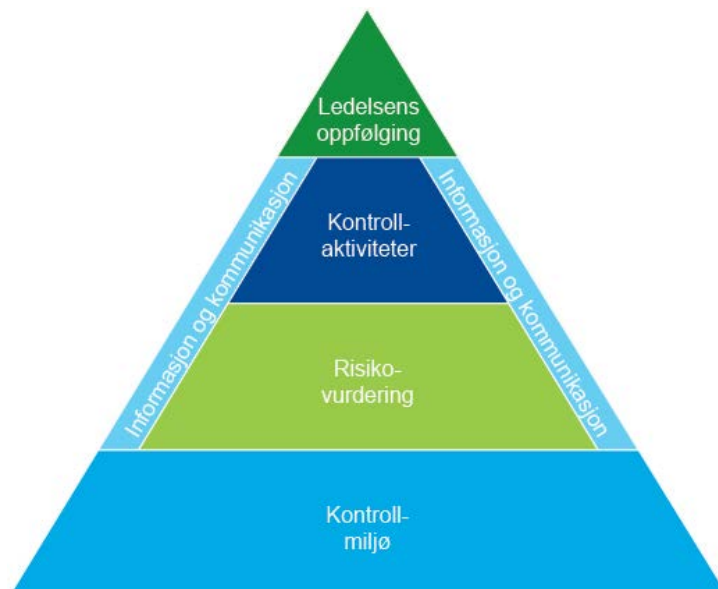
Komponentene er gjensidig avhengige av hverandre, og likeverdige deler av et internkontrollsystem. COSO-modellen kan illustreres slik:

Figur 1: Illustrasjon av COSO-modellen

¹⁶ Kommunal- og regionaldepartementet (2009): *85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane*, s. 48.

¹⁷ Lovdata: Kommentarer til internkontrollforskriften.

¹⁸ Se norsk oversettelse i *Internkontroll – et integrert rammeverk*. Norges interne revisorers forening (1996), Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF).



Kontrollmiljøet er grunnmuren i internkontrollsystemet, og består av ledernes og medarbeidernes holdninger, etiske verdier og kompetanse. Kontrollmiljøet blir påvirket av hvordan virksomheten er organisert, hvilken ledelsesfilosofi som gjelder og hvordan lederskapet blir praktisert.

Videre skal risikovurderinger sikre at man identifiserer de arbeidsprosessene hvor det er høyest sannsynlighet for, og konsekvens av, svikt, feil eller mangler. Det er et mål at ledelsen skal ta hensyn til risikovurderingene i utformingen av internkontrollen, ved at man fokuserer og avgrensner internkontrollen til de arbeidsprosessene som har høyest risiko.

Kontrollaktivitetene er de tiltakene som blir iverksatt for å sikre etterlevelse av regelverk, retningslinjer og krav til tjenesteutførelse, og for håndtere risiko avdekket i risikovurderingen. Formålet med kontrollaktivitetene er å bidra til at rutiner og system skal fungere slik som bestemt. For å oppnå god internkontroll er det ifølge COSO-modellen videre viktig med effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Dette er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre det ansvaret de er tildelt.

For å sikre gjennomføring av handlinger eller endringer som er nødvendige for å oppnå god internkontroll, er også ledelsens oppfølging viktig. Resultater skal følges opp for å avdekke om de er i samsvar med virksomhetens strategier og planer.

De ulike elementene er oppsummert i tabellen under:

Tabell 1: Oppsummering av COSO-modellen

COSO Område	Beskrivelse	Praktiske eksempler
Kontrollmiljø	Fundamentet for god internkontroll. Ledelsens holdning, adferd og definerte retningslinjer er utgangspunktet for god internkontroll.	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinjer, organisering, ansvars- og myndighetsfordeling Retningslinjer og rutiner Ressurser og kompetanse Samhandling
Risikovurdering	Risikovurdering foretas på både overordnet og detaljert plan. Konkrete handlinger iverksettes for å møte risikoen.	<ul style="list-style-type: none"> Fastsette mål Identifisere risiko Vurdere og prioritere risiko Håndtere risiko

COSO Område	Beskrivelse	Praktiske eksempler
Kontrollaktiviteter	Kontrollaktiviteter etableres for å sikre at retningslinjer, prosedyrer og andre krav etterlevs i praksis. Etableres for å redusere risiko og unngå uønsket adferd.	<ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer, prosedyrer og rutiner • Nøkkelkontroller, detaljerte kontrollaktiviteter som møter identifisert risiko • Systemstøtte og IT-kontroller
Informasjon og kommunikasjon	Det må legges til rette for effektiv kommunikasjon, informasjonsdeling og rapportering	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportering oppover • Kommunikasjon nedover / oppover / til siden • IT-systemstøtte for effektiv kommunikasjonsflyt
Oppfølging	Ledelsen må etablere mekanismer for å følge opp at internkontrollen fungerer	<ul style="list-style-type: none"> • Løpende oppfølging • Evalueringer • Korrigerende tiltak ved avvik

Det er ikke et krav i regelverket at internkontrollsystemet i kommunen skal være basert på COSO-modellen, men modellen representerer hovedelementer som bør inngå i en overordnet vurdering av internkontroll. Det er også viktig at internkontrollen tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. I dette prosjektet har modellen blitt benyttet som et retningsgivende rammeverk for god internkontroll.

3.2.2 Tilpasning av internkontrollen

I *85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane*¹⁹ blir det pekt på at det er viktig at internkontrollen blir tilpasset den enkelte kommune, i og med at kommunene har ulik organisering, utvikling, ansvarsdeling og kompetanse.²⁰ I Kommunal- og regionaldepartementets rapport om internkontroll i norske kommuner går det frem at både innhold, tilnærming og omfang av internkontrollen varierer mye blant kommunene.²¹

At internkontrollen må være tilpasset den enkelte virksomhet og kommune, innebærer at kommunen må vurdere sine mål og krav, og etablere et internkontrollsystem som underbygger at de prioriterte målene og kravene oppnås og etterlevs på en effektiv måte. Ettersom risiko og kompleksitet også varierer innen kommunens mange tjenesteområder, må det enkelte tjenesteområdet vurdere egen risikoprofil og kompleksitet ved utvikling av internkontrollsystemet. Videre må internkontrollen integreres i kommunens ledelses- og styringssystemer, og kontrollaktivitetene må bygges inn i de eksisterende arbeidsprosessene i det enkelte tjenesteområdet.

¹⁹ Kommunal- og regionaldepartementet (2009): *85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane*.

²⁰ Kommunal- og regionaldepartementet (2008): *Internkontroll i norske kommuner. Status og utviklingsbehov*, side 48.

²¹ Kommunal- og regionaldepartementet (2008): *Internkontroll i kommuner. Status og utviklingsbehov*, side 25.

4. Internkontroll i Nøtterøy kommune

4.1 Mål for kvalitets- og internkontrollarbeidet i Nøtterøy kommune

Kommuneplanen i Nøtterøy kommune for perioden 2011-2023 ble vedtatt av kommunestyret 22. juni 2011, og inkluderer en måldel med eksplisitte mål og strategier for kommunen i planperioden. Kvalitet i tjenestetilbud for alle sektorer inngår i målene, samt spesifikke mål for vern av miljø og samfunn.²²

Nøtterøy kommune har også utarbeidet en egen kvalitetsstrategi som gjelder ved all aktivitet i kommunen. Kvalitetsstrategien slår fast at kommunens overordnede perspektiv på kvalitet er «Kvalitet for individ og samfunn». I dette inngår krav til de ansatte om å sette kvalitet i sentrum i kontakt med kommunens innbyggere, brukere, brukergrupper og lokalmiljøer i all oppgaveutførelse og gjennomføring av tiltak.

I følge kvalitetsstrategien har rådmannen det overordnede ansvaret for strategien, men den enkelte kommunaldirektør og virksomhetsleder er ansvarlig for å følge opp denne i tråd med føringene i delegasjonsreglementet.

Kvalitetsstrategien er tilgjengelig for alle kommunens ansatte på fellesområdet på kommunens elektroniske kvalitetssystem, Kvalitetslosen.

Kommunen har også en lederplakat som er tilgjengelig i Kvalitetslosen. Av denne fremgår det blant annet at ledere i kommunen skal: «... skape aksept for mål, rammer og prioriteringer og sikre at beslutninger tas og følges opp».

4.2 Organisering av internkontroll og kvalitetsarbeid i kommunen

Under rådmannen i Nøtterøy kommune, består kommunen av tre fagsektorer, og en sektor for fellestjenester. I fellestjenestene inngår kommuneadvokat, økonomi, it, innkjøp, personal og servicesenteret. Hver av de tre fagsektorene, helse- og sosialsektoren, oppvekst- og kultursektoren, og teknisk sektor ledes av en kommunaldirektør, og har fagenheter med egen enhetsledelse under seg.

4.2.1 Roller og ansvar i internkontrollen

Delegasjonsreglementet i Nøtterøy kommune beskriver ansvaret for tjenesteytelser og personalpolitikk i kommunen, og tydeliggjør både delegasjon til rådmannen, og hvilke oppgaver som er delegert videre fra rådmannen til kommunaldirektører og andre ledere. Det fremgår av intervjuer at ansvaret for internkontrollen følger linjen gjennom ansvaret gitt i delegasjonsreglementet.

I tillegg har kommunen definert en rekke roller og ansvar knyttet til Kvalitetslosen. Dette blir utdypet i kapitlene som følger.

Det går frem i intervju at Nøtterøy kommune ikke benytter stillingsbeskrivelser. Det er likevel utarbeidet funksjonsbeskrivelser for enkelte områder i kommunen, bl.a. for roller/ansvar for individuell plan, HMS og for oppgaver ved tjenestekontoret.

²² Nøtterøy kommune (2011): *Kommuneplan for perioden 2011-2023*.

4.2.2 Kvalitetslosen

Nøtterøy kommune har etablert et elektronisk kvalitetssystem, Kvalitetslosen. Implementering av systemet startet ved årsskiftet 2009/2010. Kvalitetslosen er det overordnede systemet for internkontroll i kommunen, og skal brukes av alle ansatte.

Ansatte har tilgang til Kvalitetslosen via en link på kommunens intranettside. Fra 19. september 2013 er det også lagt inn en link til Kvalitetslosen fra kommunens hjemmeside, slik at alle ansatte kan logge seg på uavhengig av om de er koblet til intranettet.

Kvalitetslosen skal inneholde prosedyrer og rutiner, og brukermanualer og sjekklister. Gjennom kvalitetslosen skal ansatte også melde avvik. Kvalitetslosen er imidlertid *ikke* et arkiveringsystem, til dette har kommunen andre systemer (se kapittel 4.1.1 for beskrivelse av retningslinjer for lagring av dokumentasjon).

Kommunen har en overordnet prosedyre som angir roller og ansvar, rettigheter og tilgang i kvalitetssystemet. Denne er tilgjengelig i Kvalitetslosen for alle ansatte, og ligger på fellesområdet i Kvalitetslosen, under «Kvalitetsstrategi». Det fremgår av prosedyren at det er personalsjefen som er systemeier for Kvalitetslosen, og at personalsjefen og personalrådgiveren med systemansvaret for Kvalitetslosen, har alle rettigheter og tilganger i systemet.

Det presiseres i intervju at det daglige systemansvaret for Kvalitetslosen er delegert personalrådgiveren, og at dette ansvaret inkluderer:

- Ansvar for oppfølging og utvikling av systemet
- Kontakt med leverandør
- Å bistå ledere og andre, blant annet i forbindelse med opplæring i systemet
- Å koordinere og lede administratorgruppen

Det forklares i intervju at ansvaret for internkontroll og Kvalitetslosen på sektornivå, ligger hos kommunaldirektørene, mens det er virksomhetslederne som har dette ansvaret i den enkelte virksomhet.

Alle sektorer har en administrator som er ansvarlig for oppdatering og utvikling av Kvalitetslosen innen sin sektor, samt har ansvar for opplæring i Kvalitetslosen innen sektoren. Administratorene inngår også i kvalitetsutvalgene i den enkelte sektor (se 4.2.3 under), og administratorene utgjør, sammen med systemansvarlig, en administratorgruppe, som har overordnet ansvar for opplæring, vedlikehold og utvikling av systemet, og rapporterer til systemeier og ledergruppen. Administratorgruppen møtes fast annenhver uke. Disse møtene har pågått siden januar 2012. I disse møtene arbeider administratorgruppen blant annet med opprydning i Kvalitetslosen for å sikre at innholdet er som forutsatt.

I tillegg til administratorene, utnevnes det superbrukere for Kvalitetslosen i de enkelte virksomhetene. Det kan være en eller flere superbrukere i en virksomhet avhengig av størrelsen på virksomheten. En superbruker har ansvaret for et definert område av Kvalitetslosen, avtalt med virksomhetsleder. Superbruker skal også bidra i forbindelse med opplæring og veiledning av kollegaer i bruken av Kvalitetslosen. Dersom det er inngått en avtale om dette med virksomhetsleder, kan superbruker ha spesifikke oppgaver knyttet til dokumentbehandling, og derigjennom også ha tilgang til dokumentbehandling i Kvalitetslosen innenfor et definert område.

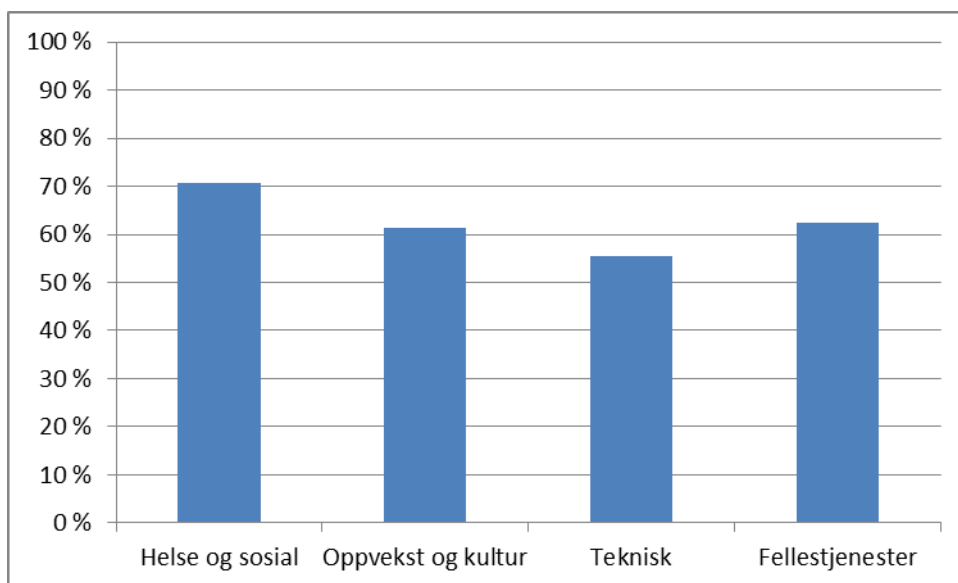
Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført med et utvalg ansatte og ledere i kommunen viser at Kvalitetslosen er godt kjent blant disse. Av respondentene som svarte på undersøkelsen, oppgav 99 % at de kjenner til Kvalitetslosen.

Det kommer samtidig frem gjennom intervjuer og spørreundersøkelse at både hvordan Kvalitetslosen brukes i ulike deler av kommunen, og hvor godt man oppfatter at Kvalitetslosen fungerer, varierer. I spørreundersøkelsen er det flere som oppgir at Kvalitetslosen fremstår som

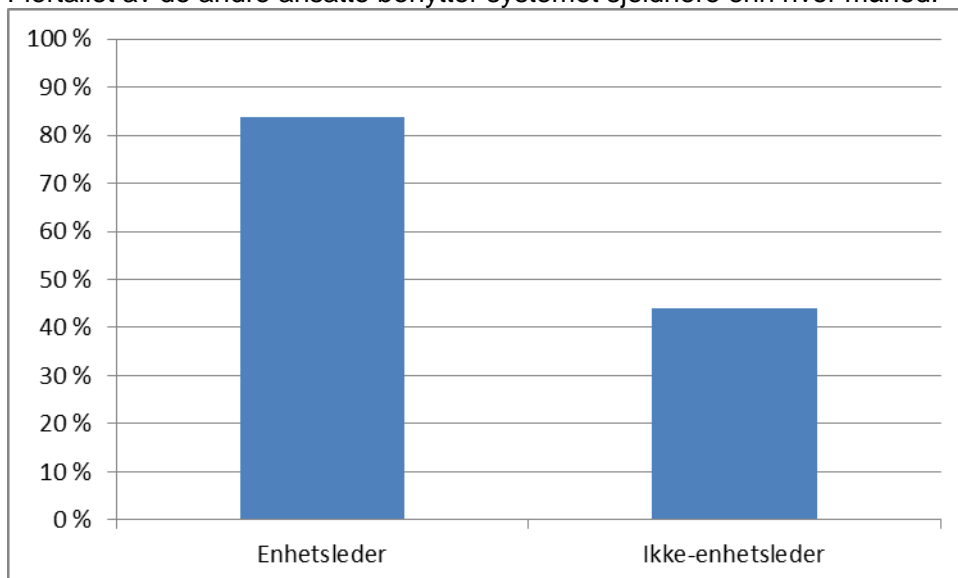
noe tungvint, og at det kan være vanskelig å finne frem til de prosedyrene man ønsker å benytte. Det generelle bildet som gis, er at i virksomheter og deler av kommunen hvor Kvalitetslosen benyttes mye, er også de ansatte mest komfortable med bruken av det, og systemet fungerer bedre enn i deler av kommunen hvor bruken er mer begrenset.

I spørreundersøkelsen ble de respondentene som oppgav at de kjenner til Kvalitetslosen, bedt om å oppgi hvor ofte de benytter Kvalitetslosen. Når man fordeler svarene etter hvilken sektor respondenten tilhører, går det frem at Kvalitetslosen i noe større grad benyttes av de som tilhører helse- og sosialsektoren enn av de andre sektorene. Se Figur 1 under.

Figur 1 Andel som bruker Kvalitetslosen månedlig eller oftere - etter område



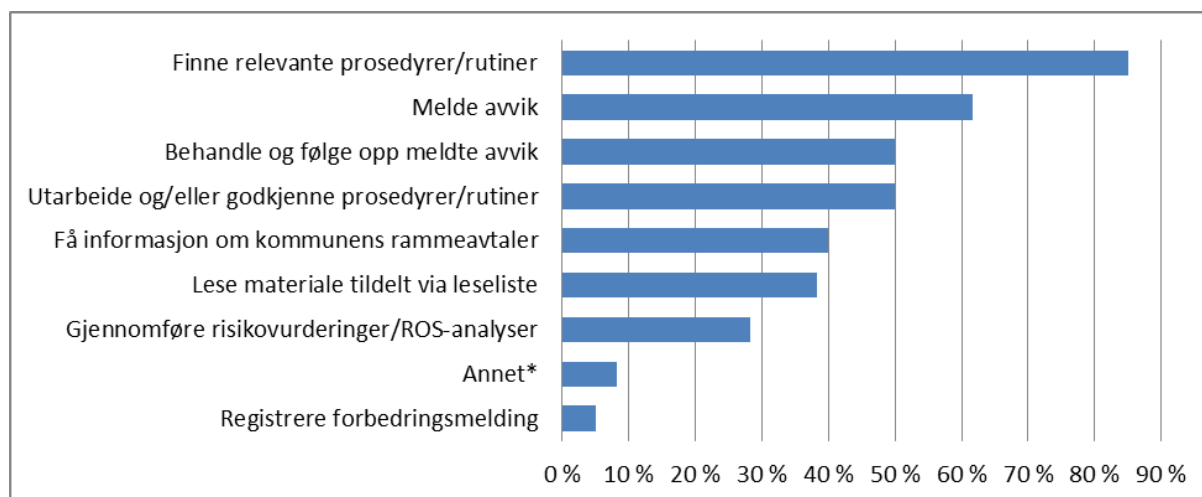
Det går videre frem at enhetsledere bruker Kvalitetslosen i større grad enn andre ansatte. Flertallet av de andre ansatte benytter systemet sjeldnere enn hver måned.



Figur 2 Andel som bruker Kvalitetslosen månedlig eller oftere - enhetsledere vs. andre ansatte

I spørreundersøkelsen ble respondentene videre spurt om hva de benyttet Kvalitetslosen til. Svarene er gitt i figur 2 under.

Figur 2 "Hva har du benyttet Kvalitetslosen til?"²³



Av tabellen fremgår det at det vanligste bruksområdet for Kvalitetslosen er som prosedyrebibliotek. 85 % av respondentene i undersøkelsen som benytter seg av Kvalitetslosen, oppgir at de benytter systemet til å finne relevante prosedyrer og rutiner. Kvalitetslosen benyttes også i stor grad til å melde avvik, behandle og følge opp avvik, utarbeide prosedyrer og lese materiale tildelt via leselister. Registrering av forbedringsmeldinger gjøres i liten grad i Kvalitetslosen.

4.2.3 Kvalitetsutvalg

Kvalitetsutvalg er etablert på ulike nivåer i kommunen, og disse har ansvaret for Kvalitetslosen innen sine områder. Dette ansvaret er skriftliggjort i prosedyren som omhandler rettigheter og tilganger i kvalitetssystemet, og her fremgår det at kvalitetsutvalgene skal samarbeide med administrator i sin sektor, og administratorgruppen, om oppdatering og utvikling av Kvalitetslosen. Det er også kvalitetsutvalgene som beslutter hvilke rutiner som skal inngå i Kvalitetslosen på sitt område.²⁴

Kvalitetsutvalgene i hver ledes av kommunaldirektørene. I tillegg til kommunaldirektørene, sitter alle, eller et utvalg virksomhetsledere, samt sektorens administrator for Kvalitetslosen (systemadministrator) i kvalitetsutvalgene. Det informeres i intervju om at kommunen nylig har etablert et eget kvalitetsutvalg for fellestjenestene i kommunen, og dette ledes av personalsjefen. Kvalitetsutvalgene møtes månedlig eller hver 6. uke.

Kommunen har i tillegg et overordnet kvalitetsutvalg som består av rådmannens ledergruppe og systemansvarlig for Kvalitetslosen.

Kvalitetsutvalgene skal årlig avgi en vurdering av kvalitetsarbeidet i sin sektor som skal inngå i ledelsens gjennomgang (se avsnitt 4.6 for mer om ledelsens gjennomgang av kvalitetssystemet).²⁵

4.2.4 Verneorganisasjonen

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) i kommunen gjennomfører møter hvert kvartal. AMU har et skriftlig årshjul som gir overordnet agenda for de fire møtene. I alle møtene skal sykefravær og avvik gjennomgås. AMU-medlemmer har lesetilgang på alle HMS-avvik meldt inn i kommunen.

²³ *annet=finne maler og normer, relevant lovverk, medisiner

²⁴ Nøtterøy kommune (2010): *NK-Kvalitetsstrategi – Rettigheter og tilganger i kvalitetssystemet*. Prosedyre.

²⁵ Nøtterøy kommune (2011): *Ledelsens gjennomgang*. Prosedyre.

I perioden 2012-2013 er personalsjefen leder av AMU, og i tillegg sitter rådmann, tre kommunaldirektører, fire hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og en fra bedriftshelsetjenesten i utvalget. Personalrådgiver med systemansvaret for Kvalitetslosen er sekretær for utvalget.

AMU har undergrupper, miljøgrupper for hver sektor, inkludert fellestjenestene. Miljøgruppene ledes av de respektive kommunaldirektørene, og skal avholde sine møter minimum 1-2 uker i forkant av møtene i AMU, og kan også gjennomføre møter i tillegg til dette ved behov. Det fremkommer i intervju at det er i miljøgruppene den løpende behandlingen av HMS-saker foregår. Saker som behandles i miljøgruppene, kan enten fremmes som orienteringssaker til AMU, eller løftes til behandling i AMU, dersom en ikke oppnår enighet i miljøgruppen.

Både AMU og miljøgruppene gjennomgår HMS-avvik. Medlemmene i miljøgruppen har lesetilgang til alle HMS-avvik meldt inn innenfor sitt område. I tillegg kan også hovedverneombud og verneombud lese HMS-avvik rapportert i Kvalitetslosen, henholdsvis for hele kommunen og for sine respektive områder.

4.3 Risikovurderinger

Kvalitetslosen har en egen modul for gjennomføring av risikoanalyse som er under implementering i kommunen. Kvalitetslosens modul for risikoanalyse er bygget opp på en slik måte at man kan gjennomføre risikoanalyser på ulike felt, den er ikke knyttet opp mot et spesifikt område som for eksempel HMS. Alle virksomheter i kommunen har tilgang til denne funksjonen. Kommunens virksomhetsledere og verneombud fikk opplæring i modulen av leverandøren av Kvalitetslosen. Det finnes også en brukermanual utarbeidet av Kvalitetslosen i hvordan man gjennomfører risikovurderinger i modulen. Denne er tilgjengelig i Kvalitetslosen under det sektorovergripende området, i mappen for håndbøker og brukermanualer for fellessystemer. I tillegg er også skjemaer tilgjengelig i Kvalitetslosen for utfylling av ROS-analyser utenfor Kvalitetslosen sin modul.

Under HMS-området i Kvalitetslosen er det utarbeidet en prosedyre for risikovurderinger, og av denne prosedyren fremgår det at «...alle arbeidsplasser må kartlegge sine risiko- og problemområder innenfor HMS og deretter iverksette tiltak for å forebygge/utbedre dem». Det står videre at det er leder som er ansvarlig for at dette gjennomføres.

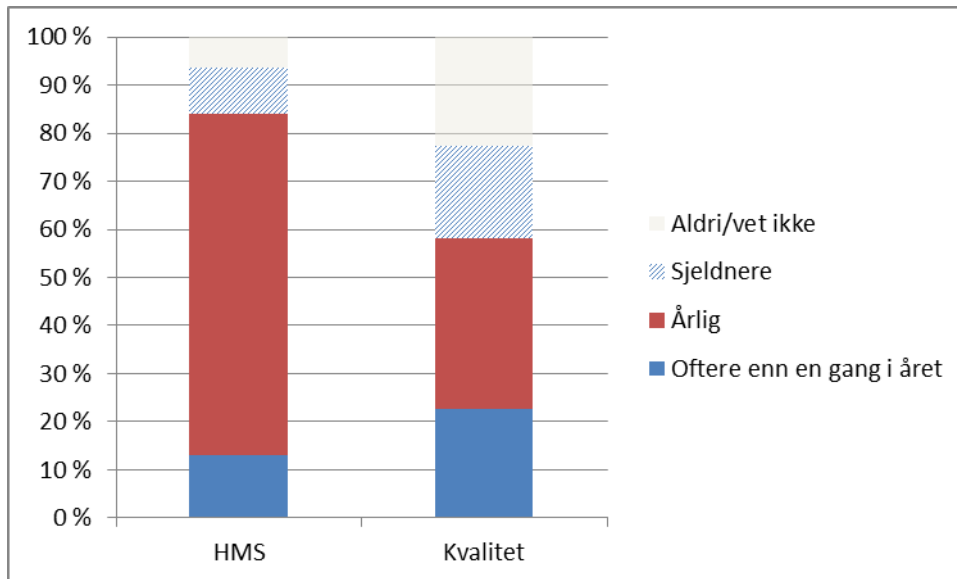
Det går også frem av prosedyren at risikovurderingen skal gi en oversikt over hva som bør forbedres, og dette skal synliggjøres gjennom en handlingsplan. Handlingsplanen skal identifisere tiltakene, hvem som er ansvarlig for at det gjennomføres, og tidsplan for gjennomføring. Til bruk i risikovurderinger av HMS benytter man et eget skjema for risikovurdering av arbeidsstedet, som er et word-dokument som er vedlagt prosedyren for risikovurderinger. Skjemaet inneholder ti forhåndsdefinerte områder som kan gjennomgås (som f.eks. psykososialt arbeidsmiljø, maskiner, brannvern og kjemikalier), samt brukerveiledning og mal for handlingsplan. Det er også utarbeidet retningslinjer for arkivering av dokumentasjon fra HMS-arbeidet, blant disse risikovurderinger.

Utover prosedyrene for HMS og den «tekniske» brukerveiledningen er det ikke gitt konkrete overordnede retningslinjer til hvordan risikovurderinger skal brukes, hvilke forhold som skal vurderes, hvem som skal delta i gjennomgangene eller lignende. Det går frem av intervju at ROS-modulen ikke har blitt brukt til å gjennomføre risikoanalyser knyttet til fare for manglende måloppnåelse.

Når det gjelder overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse for kommunen knyttet til beredskap, er denne tilgjengelig i Kvalitetslosen. Dokumentet skulle imidlertid vært oppdatert/revidert innen 12. januar 2012.

Virksomhetslederne i spørreundersøkelsen ble bedt om å svare på hvor ofte det gjennomføres risikovurderinger i deres virksomhet. Svarene tyder på at det i større grad gjennomføres risikovurderinger knyttet til HMS enn på områder knyttet til kvalitet (se Figur 3 under).

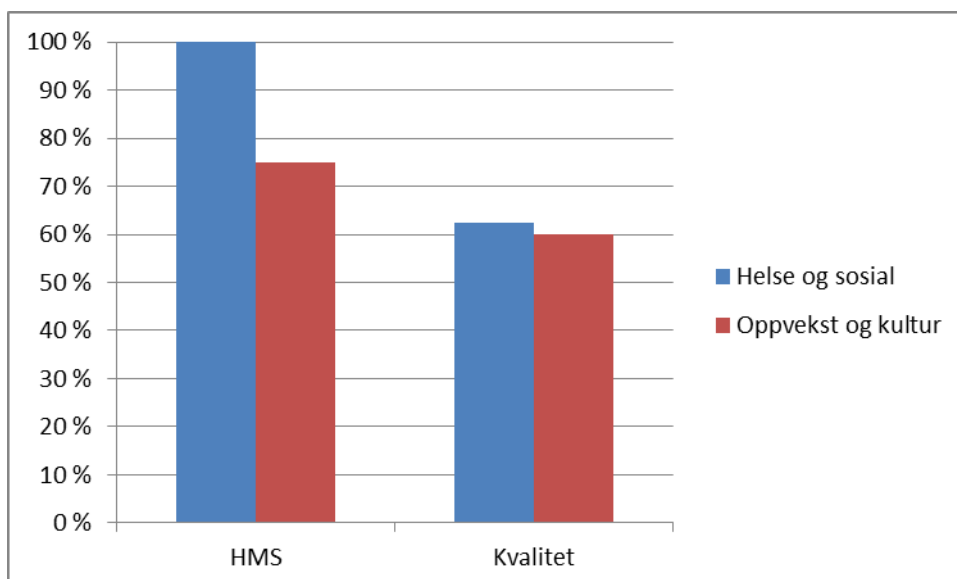
Figur 3 Hvor ofte gjennomføres det risikovurderinger i din virksomhet (virksomhetsledere)



Det fremgår av intervju at de ulike sektorene i kommunen benytter risikovurderinger i ulik grad. For eksempel benytter teknisk sektor ROS-analyser i forbindelse med tjenesteutførelse, blant annet ved alle nye prosjekter knyttet til vann og arealbruk. Teknisk sektor benytter ikke Kvalitetslosen til dette arbeidet.

Av spørreundersøkelsen fremgår det at enheter i helse- og sosialsektoren bruker risikovurderinger knyttet til HMS i større grad enn i oppvekst- og kultursektoren, jf. Figur 4 under

Figur 4 Bruk av risikovurderinger etter område - andel som svarer at vurderinger gjennomføres "årlig" eller oftere²⁶



En kommunaldirektør trekker frem i intervju at det er en forventning i kommunen man alltid skal vurdere risikoen i forbindelse med nye prosjekter, men at dette er ikke skriftliggjort i noen rutine.

²⁶ På grunn av at de representerer kun tre virksomheter er teknisk sektor og fellestjenester tatt ut av denne oversikten.

Det pekes også på i intervju at risikovurderinger generelt gjennomføres i for liten utstrekning, og at dette kan medføre en fare for at kommunen ikke avdekker svakheter og forbedringsområder. Enkelte peker også på at det finnes ulike maler for risikovurdering, og at dette kan skape usikkerhet når man skal gjennomføre risikovurderinger.

Søk i Kvalitetslosen bekrefter at det er stor variasjon i hvilken type dokumenter de ulike sektorene legger i Kvalitetslosen knyttet til risikovurderinger, og HMS-planer.

4.4 Prosedyrer og dokumentasjon

4.4.1 Prosedyrer i Kvalitetslosen

Kvalitetslosen er bygd opp med en mappestruktur i henhold til kommunestrukturen. Strukturen er som følger:

01. NK-Kvalitetsstrategi
 02. NK-Sektorovergripende
 03. NK-HMS
- FE-Fellestjenester
HS-Helse- og sosialsektoren
OK-Oppvekst- og kultursektoren
TEK-Teknisk sektor

Det går frem i intervju at det primært er styrende dokumenter, maler, rutiner og prosedyrer som skal ligge i Kvalitetslosen.

Administratorene har arbeidet med å forbedre søkemotoren i Kvalitetslosen. I forbindelse med dette arbeidet er det utarbeidet egne prosedyrer for hvordan dokumenter skal navngis i Kvalitetslosen. Disse er tilgjengelige i Kvalitetslosen, og følger inndelingen vist i avsnittet over. For eksempel skal alle dokumenter tilhørende helse og sosial, ha prefikset «HS», og alle sektorovergripende dokumenter prefikset «NK-Sektorovergripende». Alle dokumenter skal ligge høyest mulig i mappesystemet.

Revisjonen har mottatt et utvalg prosedyrer fra kommunen, og alle er utformet i samme mal i Kvalitetslosen. Dokumentene har et ID-nummer, og har ellers metadata som gir informasjon om blant annet hvem som har utarbeidet, prosedyren, når den er utarbeidet, antall revisjoner dokumentet har vært gjennom, og når det skal revideres neste gang.

Nøtterøy har en overordnet prosedyre som skal sikre at alle kommunens kvalitetsdokumenter finnes i Kvalitetslosen, og at dokumentene er utformet og oppbevart i henhold til gjeldende krav. Denne prosedyren ligger på område 02 i Kvalitetssystemet, NK-Sektorovergripende. Prosedyren slår fast at:

«Opprettelse av nye mapper og dokumenter skal følge disse retningslinjene.

- Alle kommunens prosedyrer og retningslinjer skal finnes i Kvalitetslosen
- **Prosedyrer og andre dokumenter skal kun finnes ett sted** – «høyest» mulig i strukturen. I lokale prosedyrer og retningslinjer skal det brukes vedlegg og eventuelt interne lenker, når nødvendige opplysninger allerede finnes i Losen.
- Alle dokumenter skal være i redigerbart format.
- Kvalitetslosen er ikke arkiv (lagringsplass) for referater eller annen dokumentasjon.»

Videre fremgår det av prosedyren at kun systemansvarlig og administrator har fulle rettigheter til å opprette og endre dokumenter i Kvalitetslosen. I tillegg har ledere begrensede rettigheter, og kan opprette og endre dokumenter innenfor eget arbeidsområde, og det kan ved behov opprettes Superbrukere som også gis rettigheter innenfor definerte områder.

På det sektorovergripende område i Kvalitetslosen ligger det også en prosedyre som angir hvordan dokumenter skal lagres i kommunen. Her fremgår det blant annet at alle dokumenter, prosedyrer og retningslinjer må revideres jevnlig, og at hyppigheten på revideringen er definert for de ulike systemene. Det står også at ansvarlig person for oppgradering og revisjon må identifiseres.

Linker til lover og regelverk i Kvalitetslosen blir vedlikeholdt av systemleverandøren. Slike linker til aktuelle lover og regelverk er gjort tilgjengelig under det «sektorovergripende» området i Kvalitetslosen.

Prosedyren skiller videre mellom hva som skal lagres i kommunens fellesarkiv, og hva som skal lagres i Kvalitetslosen. All journalføring og saksbehandling i kommunen skal arkiveres i fellesarkivet WebSak, med unntak av personsensitive opplysninger. I tillegg fremgår det av prosedyren at all HMS-dokumentasjon skal lagres i en egen mappe på kommunens fellesområde (F). Prosedyren beskriver også mappestrukturen på dette området. Når det gjelder lagring av HMS-dokumentasjon har kommunen også utarbeidet et dokument med retningslinjer for hva som er arkiverdig, og hvem som er ansvarlig for arkiveringen av de ulike dokumentene.

Revisjonen har fått forevist en funksjonalitet i Kvalitetslosen som innebærer at vedkommende som er registrert i en prosedyres metadata som ansvarlig for revisjon av et gitt dokument, får en melding på sin startside i Kvalitetslosen med dokumenter som krever revisjon når det er tid for dette.

I Kvalitetslosen er det også en funksjon med leselister. Gjennom bruk av leselister kan en leder tilordne personer til aktuelle dokumenter. De tilordnede personene får opp meldinger på sin startside i Kvalitetslosen om at de har dokumenter de må lese. Når de har lest de aktuelle dokumentene, kvitterer de for at de er lest. Lederen kan føre kontroll med hvem som har lest dokumentene. Denne funksjonaliteten trekkes frem som nyttig i intervju.

Det fremkommer i intervju at administratorene opplever at man har arbeidet lenge med å rydde opp i rutiner og prosedyrer i Kvalitetslosen, og at dette arbeidet fremdeles ikke er i havn. Noe som har medført at oppryddingsarbeidet har tatt lang tid, er at en oppgradering av Kvalitetslosen 1. januar 2011 førte til at det oppsto feil i metadataene i mange dokumenter. Dette har gjort at administratorene har måttet gå gjennom dokument for dokument for å oppdatere dokumentenes metadata, og dette er et arbeid som fortsatt pågår.

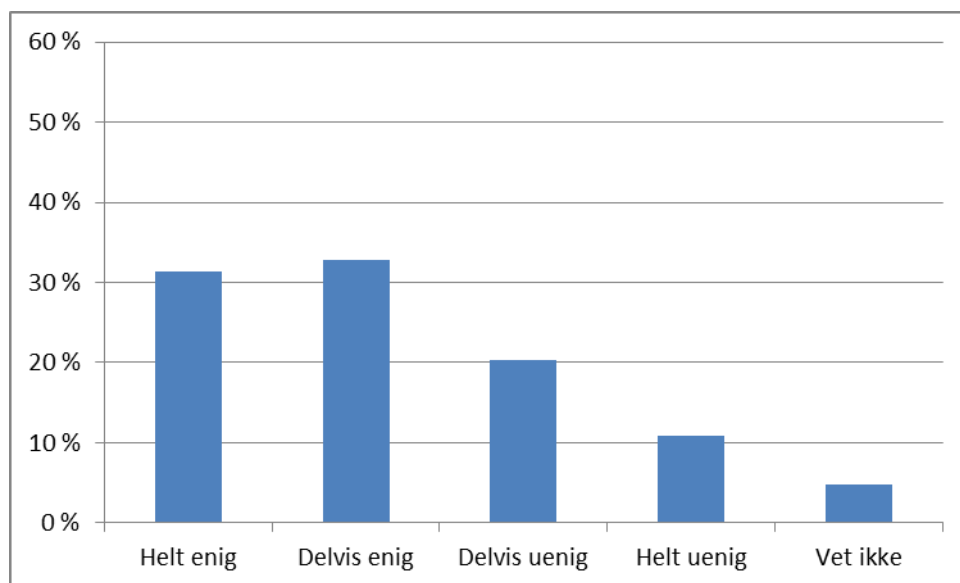
Revisjonen har gått gjennom oversikt over prosedyrer tilgjengelig i Kvalitetslosen. Det går her fram at det er en rekke dokumenter som ikke er revidert innen tidsfrist, og det går også fram at mange dokumenter ligger inne med samme forfatter og godkjenner i systemet.

I intervju trekkes det også frem at Kvalitetslosen, på tidspunktet for revisjonen, har betydelige mangler nedover i mappehierarkiet. På de øverste, felles og sektorovergripende nivåene, er mange dokumenter på plass i systemet, men det er store variasjoner når det gjelder hva sektorene, og enkeltvirksomhetene har lagt ut. En årsak som trekkes frem, er at det ikke er kommunisert entydig ut i organisasjonen hva som skal legges ut i Kvalitetslosen.

I flere intervjuer revisjonen har gjennomført, understrekes viktigheten av at innholdet i Kvalitetslosen holdes på et håndterbart nivå. Dette innebærer at man må passe på at det ikke blir flere dokumenter i systemet enn man har kapasitet til å vedlikeholde, samt at det ikke legges ut dokumenter som skal arkiveres andre steder enn i Kvalitetslosen.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare på i hvilken grad de oppfatter at rutiner og prosedyrer er lett tilgjengelige i Kvalitetslosen. Svarene går frem av figuren under.

Figur 5 "Rutiner/prosedyrer relevante for meg er lett tilgjengelige via Kvalitetslosen"



4.4.1.1 HMS og informasjonssikkerhet

Det fremgår av Kvalitetslosen at et overordnet mål for HMS-arbeidet i kommunen er at dette skal være en integrert del av kommunens daglige drift, og at «[a]rbeidsmiljøet skal sikres gjennom aktiv bruk av HMS systemet for å gi økt arbeidsglede og trivsel, forebygge arbeidsulykker og redusere sykefravær» (Kvalitetslosen, NK-HMS, overordnet del).

Revisjonen har fått forevist en prosedyre som setter rammene for utarbeidelse av endringer og prosedyrer innenfor HMS-området. Denne ligger under HMS-områdets overordnede del i Kvalitetslosen. Denne prosedyren viser til at selve utformingen av prosedyrene skal være i samsvar med prosedyremalen, og presiserer blant annet krav til detaljeringsnivå, og utførelse.

Dokumentet «Nøtterøy kommunes HMS-system – beskrivelse» er tilgjengelig i Kvalitetslosen. Av dette dokumentet fremgår det at HMS-systemet i kommunen skal vedlikeholdes og håndteres i samsvar med gjeldende regler, og skal være tilgjengelig for alle ansatte i kommunen. Videre står det også at HMS-arbeidet skal dokumenteres og være i tråd med HMS-forskriftens minimumskrav. Dette spesifiseres til å omfatte blant annet følgende punkter:

- Kommunen skal ha overordnet mål for HMS- arbeidet, mens sektorene/seksjonene/tjenestene utarbeider egne lokale mål for sitt HMS-arbeid
- Kommunen skal ha organisasjonskart og oversikt over ansvar, oppgaver og myndighet i HMS-arbeidet
- Det skal gjennomføres risikoanalyser av arbeidsplassene, alle skader og nestenulykker skal meldes til miljøgruppen og det skal gjennomføres vernerunder på alle arbeidsplasser. Dette arbeidet dokumenteres gjennom handlingsplaner
- HMS-avvik skal meldes i avvikssystemet
- Sektorens miljøgrupper skal nedsette revisjonsgrupper som gjennomfører systematisk overvåking og gjennomgang av HMS-systemet

Revisjonen har fått opplyst at revisjonsgruppene nevnt i siste punkt skal startes opp fra og med 2014.

Når det gjelder prosedyrer og rutiner knyttet til informasjonssikkerhet i kommunen, er det tilgjengelig en prosedyre for sikker bruk av kommunens IKT-løsninger. Denne er kalt «Kvalitetshåndbok» og er tilgjengelig på it-seksjonens område under fellestjenestene.

Prosedyrer viser til kommunens strategi for informasjonssikkerhet. Denne strategien er sendt over til revisjonen, sammen med en oversikt over sikkerhetsorganiseringen i kommunen.

Sikkerhetsstrategi og beskrivelse av sikkerhetsorganisasjon ikke er oppdatert siden 2007, og det er ikke klart hvor disse dokumentene lagres. Det går fram av beskrivelsen av sikkerhetsorganisasjonen at «ressurs er avsatt til sikkerhetsansvarlig med operativt ansvar for det administrative systemet», samt at det skal være lokale sikkerhetsansvarlige på hver virksomhet. De lokalt sikkerhetsansvarlige skal bl.a. sørge for at lovpålagt melde- og konsesjonsplikt til Datatilsynet følges opp, og oppdatere dokumentasjon i internkontrollsystemet. Revisjonen har etterspurt, men ikke fått dokumentert svar på om det er utpekt sikkerhetsansvarlig med operativt ansvar for det administrative systemet, om det er utpekt lokale sikkerhetsansvarlige i alle virksomheter og om det er blitt kontrollert at de sikkerhetsansvarlige gjennomfører sine oppgaver ihht ansvarsfordelingen (f.eks. melde- og konsesjonsplikt og vedlikehold av internkontrollsystemet). Videre er det ikke utarbeidet kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger. Kommunen har oversendt en mal for risikovurderinger, men kan ikke dokumentere at det er gjennomført risikovurderinger av behandlinger av personopplysninger i samsvar med denne malen. Videre går det frem at det ikke er ført en oversikt over behandlinger av personopplysninger.

Det fremgår av Kvalitetshåndboken at den enkelte plikter å sette seg inn i regler og retningslinjer for informasjonsbehandling. Det står også at det er it-leder som er ansvarlig for at strategien for informasjonssikkerhet med tilhørende internkontroll ivaretas. Utover omfang og ansvar inneholder Kvalitetshåndboken blant annet informasjon om- og retningslinjer knyttet til

- Autorisasjoner
- Logging av internett-trafikk
- Eierskap og tilgang til lagret informasjon
- Retningslinjer for pålogging og avlogging i datasystemene
- IKT-utstyr og viruskontroll
- Bruk av internett og dataprogrammer
- Brukerstøtte

Det er også et avsnitt om informasjonssikkerhetsbrudd hvor det står at alle mistenkelige hendelser, trusler og observerte sikkerhetsbrudd umiddelbart skal rapporteres til nærmeste leder. Videre står det også at alle avvik skal meldes til it-sjefen.

Kvalitetshåndboken skulle vært revidert 25. februar 2012, men dette har ikke blitt gjennomført.

Retningslinjene som de ansatte skal sette seg inn i er «retningslinjer for bruk av IKT i Nøtterøy kommune». Dette er en IKT-instruks som alle må lese igjennom og signere på at dette er utført og innholdet forstått. Det går frem at kommunen arbeider med å innføre rutiner via intranettet for å få til elektronisk signering på at denne typen dokumentasjon som legges ut på intranettet er lest. Denne rutinen vil etter det revisjonen forstår komme i tillegg til funksjonen som allerede eksisterer med leselister.

I tillegg til retningslinjene som nevnt over, er det også utarbeidet et dokument med «regler for informasjonsbehandling». I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om de kjente til disse dokumentene. Henholdsvis 97 % og 55 % av lederne, og 60 % og 20 % av de andre ansatte, oppgav at de kjente til disse retningslinjene (jf. Tabell 1, under).

Revisjonen har også fått oversendt beskrivelse av prosedyrer og praksiser knyttet til informasjonssikkerhet i ulike virksomheter/tjenester i kommunen. Dette omfatter bl.a. taushetsklæringer, intern opplæring og tilgangsstyring.

4.4.1.2 Oppvekst- og kultursektoren

Sektor oppvekst og kultur er organisert med kommunaldirektør som øverste leder og enhetene skole- og barnehagekontor, ti barnehager, ti skoler, enhet for kultur og fritid, barnevernet, RMU

og helsestasjonene under. I utgangspunktet rapporterer alle enhetsledere til kommunaldirektøren, men når det gjelder rektorene, rapporterer de samlet til fagleder skole på skole- og barnehagekontoret. Det blir opplyst i intervju om at kommunen tidligere hadde en skolesjef og en barnehagesjef. På grunn av behov for en tettere relasjon mellom kommunaldirektør og rektorer og styrere i barnehagene, ble dette nivået fjernet. Etter at enhetene RMU, helsestasjonene og barnevernet ble overflyttet til oppvekst og kultur fra helse og sosial, har sektoren imidlertid reversert denne endringen noe i og med at rektorene rapporterer til skole- og barnehagekontoret. Denne endringen er ikke reflektert i kommunens organisasjonskart.

Når det gjelder skolene i Nøtterøy kommune, blir det forklart i intervju at det har vært et betydelig fokus på opplæringslovens § 13-10, om kommunens ansvar for at kravene i opplæringsloven blir fulgt. I intervju blir det informert om at kommunen blant annet har hatt tilsyn fra fylkesmannen ved 3-4 skoler. Tilsynsrapportene har blitt brukt til læring for alle skolene i kommunen.

For å sikre etterlevelse av § 13-10 i opplæringsloven har kommunen utarbeidet en egen rutine for dette i Kvalitetsloven. Kommunaldirektøren er ansvarlig for at prosedyren gjennomføres.

Prosedyren angir en aktivitetsliste som blant annet inkluderer:

- «[Avvik i forhold til opplæringsloven og Forvaltningsloven skal meldes i kommunens elektroniske avvik- og forbedringssystem.
- Avviksrapporter er et av temaene i sektorens miljøgruppemøter 4.ganger pr. år.
- Skoleeier/kommunen ved kommunaldirektøren og staben ved skole- og barnehagekontoret skal etablere et system som gjør det enkelt å følge skolenes arbeid og resultater.
- Det gjennomføres 2 styringssamtaler med skolens ledelse pr. år.
- I styringssamtale 1 skal skolens læringsresultater gjennom obligatoriske kartleggingsprøver, nasjonale prøver og eksamen være tema. Samtalen gjennomføres rett etter at resultatene fra nasjonale prøver gjennomføres.
- I styringssamtale 2 skal elevundersøkelsen, eventuelle foreldre-/brukerundersøkelser, tester og annet som underbygger læringsresultatene og en eventuell utvikling av disse og skolens utviklingsarbeid være tema. Samtalen gjennomføres i løpet av mai.
- Det skrives referat fra begge samtalene.
- Det gjennomføres en utviklingssamtaler med skolene pr. år. Samtalen gjennomføres i januar.
- Skolenes utviklings- og/eller årsplaner sendes skole- og barnehagekontoret til orientering og som grunnlag for samtale i styrings- og utviklingssamtalene.
- Hvert 3. år gjennomfører skolene ståstedsanalyse etter mal fra utdanningsdirektoratet.
(...)
- Analysen vil være tema i styrings- og utviklingssamtalene det året de blir gjennomført.
- Kommunaldirektøren gjennomfører medarbeidersamtaler med rektor i løpet av perioden februar - april hvert år.»²⁷

Det står i prosedyren at rutinene til § 9a i opplæringsloven som omhandler elevenes psykososiale miljø, er svært viktige. Kommunen har også en egen prosedyre for hvordan skolene skal sikre at kravene til § 9a blir oppfylt. Ansvar for at dette gjennomføres i praksis er delegert til rektorene, Denne prosedyren er også tilgjengelig i Kvalitetsloven.

I Kvalitetsloven er det under området for oppvekst og kultur lagt inn bl.a. ulike interne og eksterne retningslinjer og prosedyrer felles for sektoren. Under «skole»-området finnes det prosedyrer som gjelder for skolene, samt dokumenter knyttet til IKT, morsmålsundervisning og spesialundervisning. Videre er det mapper for hver enkelt skole. Her er det bl.a. lagt inn beredskapsplaner, branninstruksjoner og enkelte interne rutiner. Det er imidlertid stor forskjell på hva som er lagt ut for den enkelte skole, og revisjonen har i gjennomgangen ikke funnet en «fellesnevner» mellom de enkelte skolene, i form av en type dokument/prosedyre som alle skolene har lagt ut på sitt område.

²⁷ Nøtterøy kommune (2010). OK- Opplæringsloven § 13-10. Prosedyre.

Det går fram av intervju at sektorspesifikke planer, som for eksempel handlingsplaner i antimobbearbeidet, ikke er tenkt lagt i Kvalitetslosen, men lagres på den enkelte skole i deres arbeid for å oppfylle opplæringslovens § 9a om elevenes skolemiljø. Revisjonen har imidlertid også funnet at det er dokumentert plan knyttet til § 9a under en skoles område i Kvalitetslosen.

Kommunen har en egen kvalitetsplan for skolene i Nøtterøy som er gjort tilgjengelig i Kvalitetslosen. Kvalitetsplanen er vedtatt politisk av Kommunestyret, og rulleres hvert tredje år. Høsten 2013 skal Kommunestyret også vedta en kvalitetsplan for barnehagene. Kvalitetsplanen har en handlingsdel som revideres årlig. Kommunaldirektør for oppvekst og kultur følger opp kravene fra handlingsplanen gjennom samtaler med skolene to ganger i året. I disse møtene rapporterer skolene på status i forhold til kravene i handlingsplanen, og kommunaldirektøren gir tiltak til oppfølging fra skolens side for å tilfredsstille kravene. I tillegg får de skolene som trenger ekstra oppfølging dette fra kommunenivået, da organisert av fagleder skole.

Det utarbeides i tillegg en egen tilstandsrapport fra skolene årlig, i samsvar med nasjonale krav. Tilstandsrapporten behandles politisk, med en endelig godkjenning i Kommunestyret.

Det blir informert om i intervju at kommunen også utarbeidet en tilsvarende tilstandsrapport for barnehager i 2012, og skal gjøre det samme i 2013. Rapporten for 2013 skal til politisk behandling i kommunestyret i oktober 2013.

I følge opplysninger gitt i intervju, har enhetene barnevern, RMU og helsestasjonene til nå brukt Kvalitetslosen mer aktivt enn skoler og barnehager. Innenfor skole og barnehage har Kvalitetslosen i større grad blitt benyttet som et HMS-verktøy, mens det tilsynelatende har vært en tydeligere oppfatning av at Kvalitetslosen er del av et kvalitetssystem innenfor barnevern, RMU og helsestasjonene.

I intervju trekkes også fellestrekk i bruken av Kvalitetslosen innen oppvekst og kultur frem. Alle enheter skal for eksempel gjennomføre ROS-analyser årlig som en del av HMS-arbeidet. ROS-analyser på andre områder enn HMS, blir ikke gjennomført systematisk innenfor oppvekst og kultur, men det gjennomføres ROS-analyser ved behov, for eksempel ved oppstart av nye prosjekter.

4.4.1.3 Helse- og sosialsektoren

Helse- og sosialsektoren består av enhetene tjenestekontor, NAV Nøtterøy- sosialtjenesten, psykisk helse og rus, hjemmetjeneste, rehabilitering – Østegaard, Gipø bo- og behandlingssenter og miljøarbeidertjeneste. På tidspunktet for revisjonen var kommunaldirektøransvaret fordelt mellom to personer. Dette er en midlertidig løsning, men det blir understreket fra flere revisjonen har snakket med at denne organiseringen ikke har fungert optimalt med tanke på rolle- og ansvarsfordeling for internkontrollprosesser i sektoren. Revisjonen har i verifiseringsprosessen av forvaltningsrevisjonen fått opplyst at ansvaret fra 1.10.2013 ikke lenger er fordelt på to stillinger. Det er nå en person som er konstituert direktør for sektoren, og stillingen er i ferd med å lyses ut på nytt.

Kvalitetslosen er det mest sentrale verktøyet for å dokumentere og følge opp internkontrollen i sektoren. Det går fram at Kvalitetslosen skal benyttes av alle ansatte, både for å hente ut prosedyrer, og for å melde avvik.

Helse og sosial har en internkontrollprosedyre tilgjengelig i Kvalitetslosen hvor det fremgår at de enkelte tjenestene selv er ansvarlige for å oppfylle lovverkets krav til internkontroll. I prosedyren står det blant annet at internkontrollen skal kunne dokumenteres med til en hver tid oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon. Revisjonen har gjennomgått dokumentasjonen i Kvalitetslosen for å undersøke i hvilken grad internkontrollen er dokumentert.

En sentral prosedyre i Kvalitetslosen gjelder utarbeidelse av kvalitetshåndbok som skal sikre at alle tjenestestedene tilfredsstillers § 4a i internkontrollforskriften.²⁸ Alle tjenestestedene skal utarbeide en kvalitetshåndbok. Det er tjenesteleders ansvar at dette blir gjennomført. Kvalitetshåndbøkene skal revideres årlig. I revisjonens gjennomgang går fram at det for de fleste tjenestestedene er opprettet mapper for kvalitetshåndbøker, men det varierer hvilke dokumenter som er lagt inn her, og om det i det hele tatt er lagt inn dokumenter.

Videre viser revisjonens gjennomgang av dokumentasjonen i Kvalitetslosen:

- På overordnet nivå er det utarbeidet organisasjonskart og delegasjonsreglement (ikke oppdatert/spesifisert for ansvarsfordelingen for de to konstituerte stillingene).
- For flere av tjenestestedene er det lagt inn referanser og linker til regelverk, rundskriv og veiledere
- Det er i varierende grad utarbeidet administrative og faglige prosedyrer for de ulike tjenestestedene
- Det er utarbeidet en overordnet kompetanseplan med krav om utarbeidelse av lokale handlingsplaner. Handlingsplanene er imidlertid ikke dokumentert i Kvalitetslosen.²⁹
- Det er i varierende grad utarbeidet funksjon-/stillingsbeskrivelser for de ulike tjenestestedene.
- Kompetanseoversikt er lagt ut både felles for sektoren, og til dels for de enkelte tjenestene. Den overordnede oversikten er ikke oppdatert siden 2011.
- Det er utarbeidet felles rutiner for behandling av muntlig klage på tjeneste eller tjenesteyter
- Det er utarbeidet en mal for kvalitetsindikatorer i helse- og sosialtjenestene, men det går ikke fram av Kvalitetslosen i hvilken grad denne har blitt fulgt opp.

Revisjonen får opplyst at enkeltvirksomheter innen helse og sosial rapporterer på resultat- og prosessindikatorer minst halvårlig. Indikatorene har de siste årene vært under stadig utvikling og oppleves nå som relevante og nyttige i et forbedrings- og strategiperspektiv.

I intervju går det fram at ved Gipø bbs blir kvalitet i tjenestene behandlet på ledermøter i virksomheten, og at det er inngått driftsavtaler med seksjonsledere som inneholder konkrete mål de må rapportere på til leder. I tillegg gjennomgår virksomheten årlig internkontrollforskriften i ledermøte, og i samarbeidsmøte med tillitsvalgte og verneombud.

Det utarbeides også en årlig kvalitetsmelding i virksomheten, og som en del av meldingen presenteres internkontrollarbeid knyttet til blant annet organisering, kompetanse, arbeid med Kvalitetslosen, risikovurderinger og pasientdokumentasjon. Kvalitetsutvalget i helse og sosial utarbeider også en årlig kvalitetsmelding.

4.4.1.4 Teknisk sektor

Teknisk sektor består av enhetene eiendomsforvaltning, kommuneutvikling og drift og anlegg. Disse rapporterer til kommunaldirektøren.

Innen teknisk sektor blir det forklart i intervju at det gjennomføres jevnlig kontroll for å sikre kvaliteten på tjenestene. I den forbindelse trekkes det for eksempel fram at sektoren har bygget opp et omfattende, historisk sporbart, overvåkningssystem som skal sikre at vannprøver tas som forutsatt.

Det fremkommer videre i intervju at enkeltprosedyrer knyttet til internkontroll i teknisk sektor utarbeides i de ulike seksjonene. Mange av disse prosedyrene er teknisk spesifikke, og gjennomgås ikke av kommunaldirektøren.

²⁸ § 4a i internkontrollforskriften lyder: Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal: a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,

²⁹ Revisjonen får opplyst at innen helse- og sosialsektoren blir kompetanseplaner utarbeidet årlig og at disse blant annet dokumenteres i fellesmappen HMS-dokumentasjon.

På teknisk sektor har de også ukentlige ledermøter hvor de gjennomgår saker knyttet til internkontroll i drift av sektoren. Ledelsen i teknisk sektor er opptatt av at internkontroll må være en integrert del av driften av sektoren.

På teknisk sektor benytter mange av seksjonene systemet *Datastream*. Dette er et system for oppdragshåndtering og -oversikt, og har også en meldings- og rapporteringskomponent. Teknisk sektor bruker dette systemet til å planlegge og styre prosjektene I følge kommunaldirektøren bidrar bruken av *Datastream* både til bedre internkontroll og bedre effektivitet i tjenesteproduksjonen.

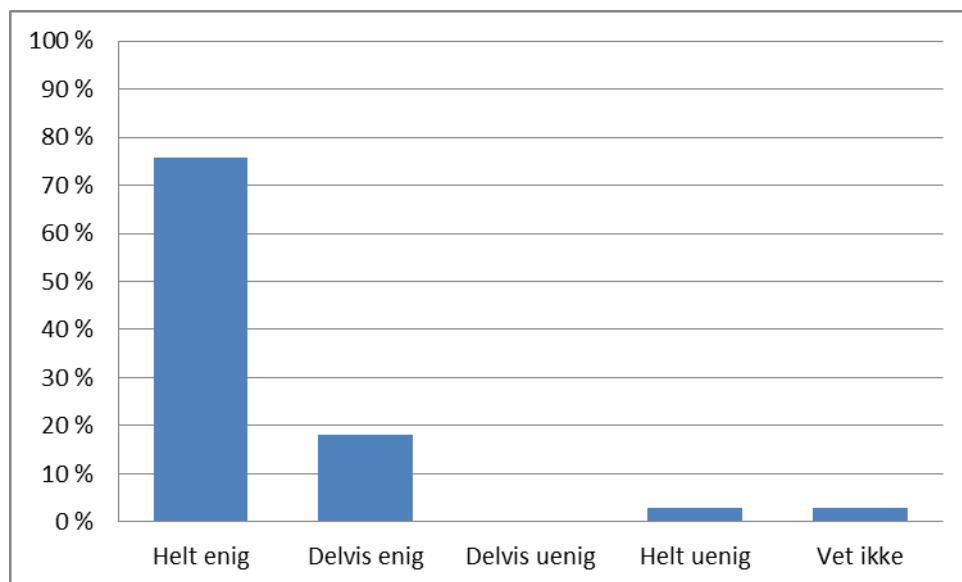
Kommunaldirektøren for teknisk opplyser om at sektoren også har andre, tjenestespesifikke dataprogram som inngår i internkontrollen:

- Facilit – FDV dokumentasjon innen eiendomsforvaltning. Oppfølging av husleiekontrakter m.v.
- WEB –sak. Kommunens saksbehandler og arkivsystem som er spesielt viktig for alle saksbehandlere og i særdeleshet for byggesaksavdelingen.
- GEMENI VA – dokumentasjon innen vann- og avløpsnett. Varslingsystemer til abonnenter ved hendelser.
- Aguis – "real time" overvåking av vannforsyningssystemet. Loggføring.
- Driftskontrollen – overvåkingssystem med dokumentasjon av hendelser på avløpsnett
- Rosy – FDV system og kvalitetssystem for veier.

4.4.2 Opplevd nytte av rutiner og retningslinjer i driften

Det går frem av spørreundersøkelsen at et flertall av respondentene er «helt enig» i at rutiner og retningslinjer i virksomhetene er med på å øke kvaliteten på tjenestene.

Figur 6 "Rutiner og retningslinjer i min virksomhet er med på å øke kvaliteten på tjenestene"



4.4.3 System for avvikshåndtering

Via oppstartssiden i Kvalitetslosen har alle brukere tilgang til et system for elektronisk rapportering av avvik. Alle ansatte i kommunen har dermed adgang til avviksmodulen.

Avvik meldes i rapporter i et standardformat som inneholder:

- Navn på melder

- Hvem man melder til
- Dato
- Tittel/emne
- Alvorlighetsgrad
- Involverte brukere
- Område/kategori

Det blir forklart i intervju at det i utgangspunktet er ansvarlig leder i avsendende myndighet som «eier» avviket. Det automatiske systemet er innrettet slik at et innmeldt avvik sendes til melderens leder. Dersom avviket skal sendes til andre, er det melderens leder som må sende det videre. Den som har meldt avviket, kan hele tiden følge avviket, men det er ikke noe system som sikrer at melder får beskjed når avviket er lukket. For at en leder skal lukke et avvik, må det skrives inn konkrete tiltak som skal gjennomføres i saken. Dersom et avvik ikke behandles innen fjorten dager etter at det er meldt, sendes det videre til neste nivå i kommunesystemet.

Kvalitetslosen inneholder også en overordnet prosedyre for avvikshåndtering som skal sikre at avvik håndteres likt i hele kommunen. Det fremgår av denne prosedyren at alle avvik skal meldes inn i avvikssystemet i Kvalitetslosen.

I prosedyren står det også at sektorenes kvalitetsutvalg skal vurdere alle avvik og effekten av korrigerende tiltak. De skal også vurdere eventuelle opplæringsbehov og komme med forslag til forbedringstiltak. Endelig skal kvalitetsutvalget også vurdere om informasjonen fra et avvik og effektene av iverksatte tiltak kan ha nytteverdi for andre deler av kommunen. Det fremkommer i intervju at HMS-avvik i tillegg til å bli gjennomgått av kvalitetsutvalgene, også gjennomgås av AMU og miljøgruppene. Miljøgruppene har lesetilgang på avvik for sitt område, mens AMU-medlemmer har lesetilgang på HMS-avvik for hele kommunen.

Prosedyren gir ingen frister for når avvik skal lukkes eller hvem som eier avvikene utover å slå fast at avvik skal lukkes på lavest mulig nivå. Et av vedleggene til prosedyren er en veiledning i avvikshåndtering i Kvalitetslosen for kommunens ledere.

Innenfor HMS-området i Kvalitetslosen finnes det også en prosedyre som melding og behandling av avvik i form av skade eller uønsket hendelse. I denne prosedyren står det at alle som oppdager uønskede hendelser skal melde fra om dette. Det er leder som er ansvarlig for å korrigere disse avvikene.

Innen teknisk sektor meldes og registreres tjenestaavvik i *Datastream*. Ordinære tekniske avvik håndteres i linjen på teknisk, og når ikke nødvendigvis kommunaldirektøren. Teknisk sektor benytter imidlertid Kvalitetslosen for rapportering og behandling av HMS-avvik, som de andre sektorene.

Det understrekes i intervju at det er stor variasjon innad i kommunen når det gjelder hvor flinke virksomheter er til å benytte seg av det elektroniske avvikssystemet i Kvalitetslosen, og det er en utfordring å få enkelte ansatte til å benytte seg av det elektroniske avvikssystemet. I intervju og spørreundersøkelse pekes det på flere årsaker til dette:

- Enkelte ansatte mangler kunnskap om Kvalitetslosen og avvikssystemet
- Enkelte ansatte mangler kunnskap om når man skal melde et avvik og hvordan avviksskjema skal fylles ut
- Enkelte ansatte mangler fysisk tilgang på datamaskiner i arbeidstiden
- Enkelte ansatte mangler grunnleggende dataferdigheter
- Innen enkelte virksomheter/avdelinger eksisterer det en kultur som forhindrer ansatte fra å melde avvik.

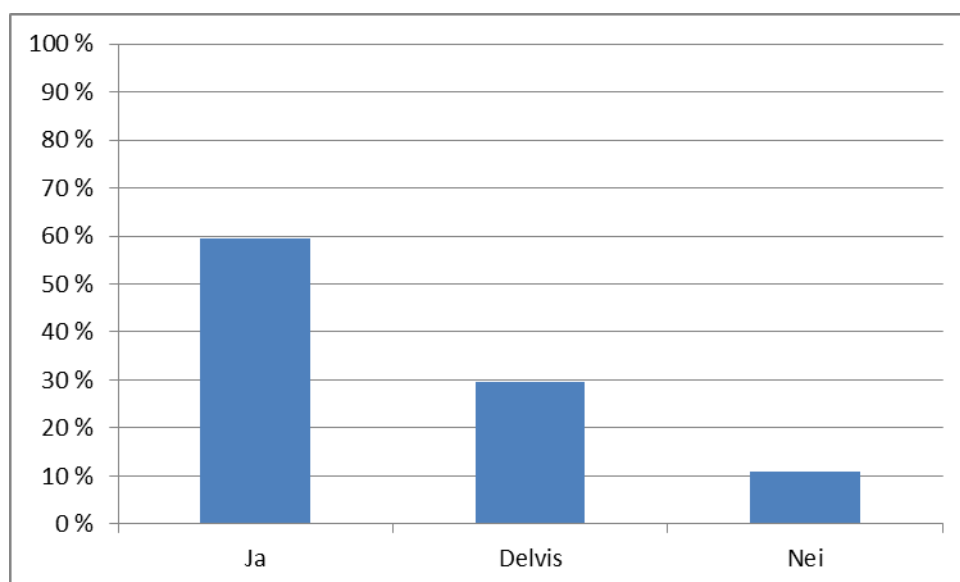
I spørreundersøkelsen ble de respondentene som oppgav at de benytter Kvalitetslosen spurt om de vet hvordan man går frem for å melde avvik i systemet. 97 % av respondentene svarte bekræftende på dette.

Personer revisjonen har intervjuet som har tilgang til å lese HMS-avvik som meldes, opplyser at det ikke er entydig blant ansatte hva som utgjør et HMS-avvik. Flere etterlyser bedre opplæring i avvikssystemet, både med tanke på hvordan man skal melde avvik gjennom Kvalitetslosen, og for å bedre forståelsen av hva som bør meldes som avvik.

Revisjonen har gjennomgått avviksstatistikk fra Kvalitetslosen. Denne viser at enkelte tjenestesteder utmerker seg med svært mange avviksmeldinger, mens det ved andre virksomheter ikke har blitt meldt avviksmeldinger i det hele tatt, eller svært få avvik.

I spørreundersøkelsen er det flere ansatte som påpeker utfordringer knyttet til oppfølging og håndtering av avvik. Respondentene som har meldt avvik ble bedt om å vurdere om avvik blir fulgt opp på en god måte. Omlag 11 % svarte «nei», og 30 % svarte «delvis» på dette spørsmålet (se Figur 7).

Figur 7 «Når du har meldt avvik, har avviket etter din mening blitt fulgt opp på en god måte?»



Enkelte av respondentene utdypet utfordringene knyttet til oppfølging av avvik. Blant kommentarene var følgende:

- Det bør være klarere retningslinjer for hvem som skal håndtere meldinger
- Tilbakemeldinger på meldte avvik er mangelfulle
- Det burde sendes automatisk e-post til melder når det skrives kommentar, avviket lukkes eller det videresendes

4.4.4 System for varsling

På samme sted som en kan melde avvik, inneholder kvalitetslosen fane kalt «varsling». Under denne fanen ligger kommunens prosedyre for varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold. Det er foreløpig ikke mulig å varsle direkte via denne fanen på samme måte som en kan melde avvik, men det blir informert om i intervju at det arbeides med muligheten for å gjøre dette. Malen for varsling internt i kommunen er lagt ved som vedlegg i prosedyren under varslingsfanen. Skjemaet kan skrives ut og sendes til leder, tillitsvalgt/verneombud eller kommuneadvokat. Prosedyren for varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold ligger også tilgjengelig i en egen mappe på HMS-området i Kvalitetslosen. På dette området ligger også andre dokumenter knyttet til varsling.

Kommunen har i tillegg til nevnte mal for intern varsling, også en mal for oppfølging av varsling. Det er også utarbeidet en varslingsplakat og en sjekklister til bruk ved varsling.

I prosedyren for varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold står det blant annet at:

- «Alle ansatte har ansvar for å gi melding om kritikkverdige forhold.
- Det anbefales at varsel utformes skriftlig på standard skjema som ligger tilgjengelig på intranettet
- Forøvrig kan varsling skje via telefon, e-post eller per brev.
- Varsling kan gjøres anonymt, men normalt vil åpenhet sikre bedre saksbehandling og et bedre resultat for alle involverte.
- Hvem varsleren er, er likevel fortrolig informasjon og skal ikke offentliggjøres uten varslereens samtykke. (...)

- Ledelsen har ansvar for behandling av varslede saker og varsleren skal ha tilbakemelding innen en uke.
- Viser det seg at kritikken er grunnløs eller baserer seg på en misforståelse, skal varsleren ha ordentlig forklaring.
- Ledelsen har ansvar for å ta vare på personer som ha vært utsatt for grunnløs kritikk.»³⁰

Revisjonen får opplyst at alle varslinger som kommer inn til kommunen, diskuteres i AMU.

Det kommer frem i intervju at det har vært problemer knyttet til elektronisk varsling, hvor det ved ett tilfelle sendt et elektronisk varsel, selv om denne kanalen ikke var åpnet for varsling. Denne saken er håndtert av kommunen overfor varsleren. Det går fram at det vil bli åpnet for elektronisk varsling i Kvalitetslosen, og det vil settes ned et varslingssekretariat som skal ta imot og viderefordre alle varsler til riktige instanser.

I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om de vet hvordan man går frem for å varsle om kritikkverdige forhold i kommunen. 80 % av respondentene svarte bekræftende på dette.

4.5 Kontrollmiljø

4.5.1 Kompetanse om sentrale retningslinjer/systemer

I spørreundersøkelsen går det frem at det er ulik grad av kjennskap til de sentrale dokumentene og systemene i internkontrollen i kommunen. Så godt som alle respondentene kjenner til Kvalitetslosen. Nesten alle enhetslederne kjenner til etiske retningslinjer og retningslinjer for bruk av IKT i kommunen, mens det blant andre ansatte er hhv. 86 % som oppgir at de kjenner til etiske retningslinjer, og 60 % som oppgir at de kjenner til retningslinjer for bruk av IKT i Nøtterøy kommune. De dokumentene som synes å være minst kjent er kommunens kvalitetsstrategi og regler for informasjonsbehandling i kommunen, som hhv. 31 og 20 % av de ansatte i spørreundersøkelsen kjenner til.

³⁰ Nøtterøy kommune (2013): *NK-HMS Varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold – prosedyre*.

Tabell 1 "Hvilke av følgende systemer/retningslinjer/rutiner kjenner du til?"

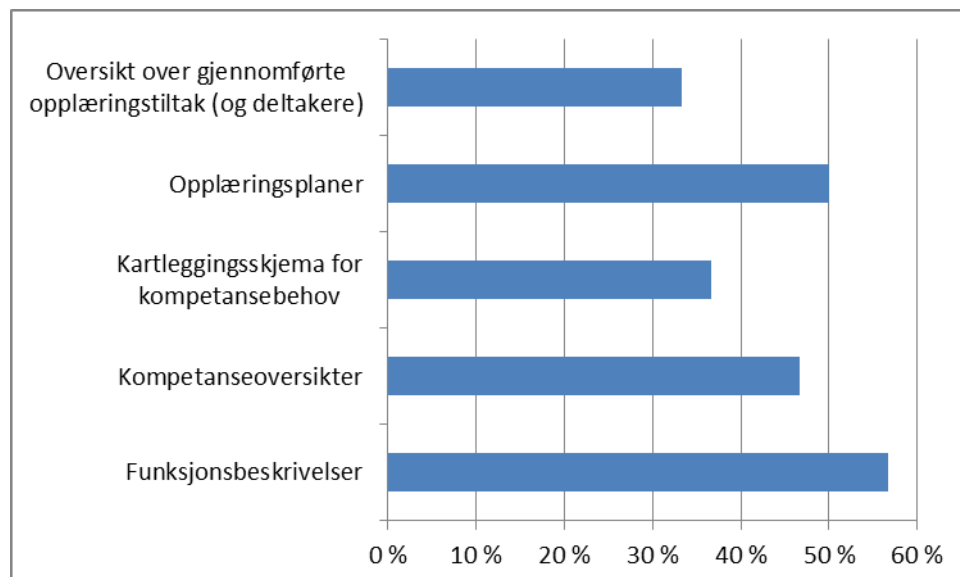
	Kvalitetslosen	Kommunens kvalitetsstrategi	Etiske retningslinjer	Regler og retningslinjer for bruk av IKT i Nøtterøy kommune	Regler for informasjonsbehandling
Enhetsleder	100,0%	58,1%	96,8%	96,8%	54,8%
Andre ansatte	97,1%	31,4%	85,7%	60,0%	20,0%

Revisjonen får opplyst gjennom intervju at det tilbys ulike former for kurs og opplæring knyttet til internkontroll og kvalitet i Nøtterøy kommune. Det gis introduksjonskurs for alle nyansatte medarbeidere og lærere, samt opplæring knyttet til Kvalitetslosen, og det gis HMS-opplæring. Det fremgår av årshjulet til AMU at det gis 40 timers HMS-opplæring til alle ledere, verneombud og representanter i AMU. Det blir imidlertid informert i intervju om at denne opplæringen ikke har blitt gjennomført av alle ledere med HMS-ansvar.

4.5.2 Opplæring

Det går fram av dokumentgjennomgang, intervjuer og spørreundersøkelse at det finnes en rekke ulike kontrollrutiner og oversikter knyttet til de ansattes kompetanse. Dette omfatter bl.a. funksjonsbeskrivelser, kompetanseoversikter, opplæringsplaner og oversikt over gjennomførte opplæringstiltak. Det varierer likevel mellom de ulike virksomhetene i hvilken grad slike verktøy benyttes, og hvilke verktøy som benyttes.

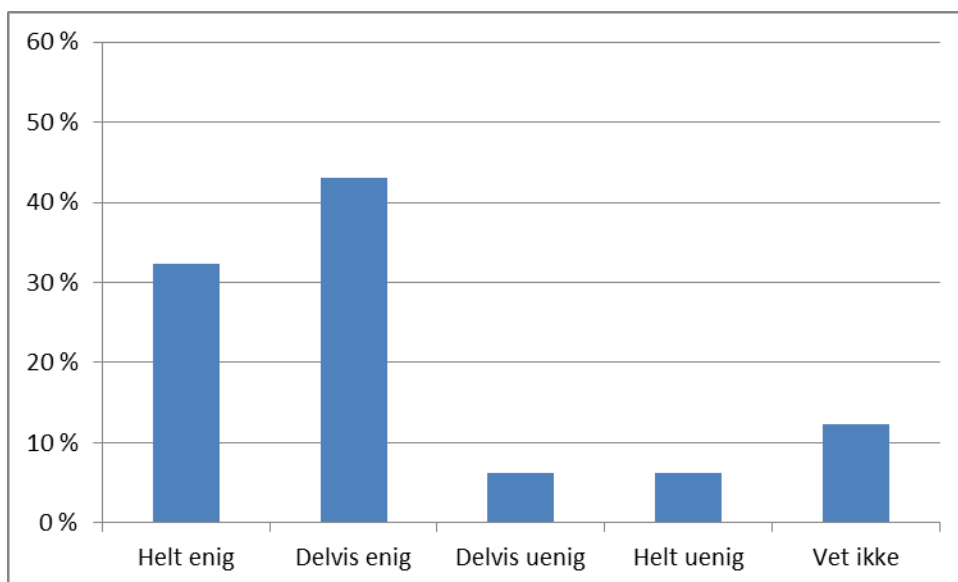
Figur 8 Dokumenter knyttet til ansattes kompetanse. Andel virksomhetsledere som oppgir at dokument er tatt i bruk i deres enhet.



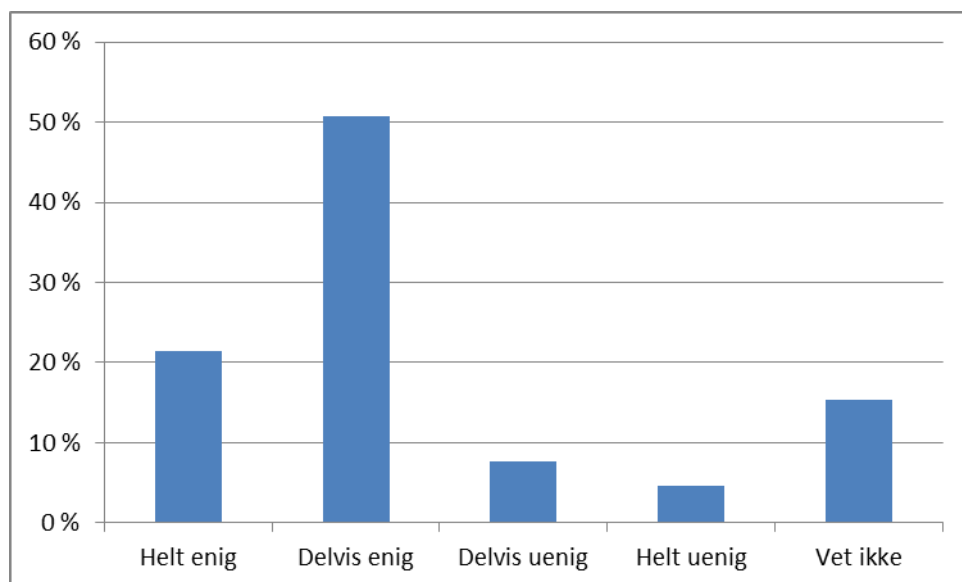
Kommunen gjennomfører medarbeidersamtaler, og kontrollerer at dette gjennomføres i forbindelse med medarbeiderundersøkelser. Medarbeiderundersøkelsene gjennomføres hvert andre år i løpet av første kvartal. Det følges opp av miljøgruppene og AMU at det gjennomføres tiltak ved de virksomhetene der det i liten grad gjennomføres medarbeidersamtaler.

Det går fram fra spørreundersøkelsen at et flertall av respondentene opplever at det blir lagt vekt på å benytte innspill og kunnskap fra de ansatte for å forbedre driften. Det er også et flertall som gir uttrykk for at det legges vekt på å bruke pårørende og brukeres erfaringer for å forbedre driften.

Figur 9 "I kommunen blir det lagt vekt på å benytte innspill og kunnskap fra de ansatte for å forbedre driften"

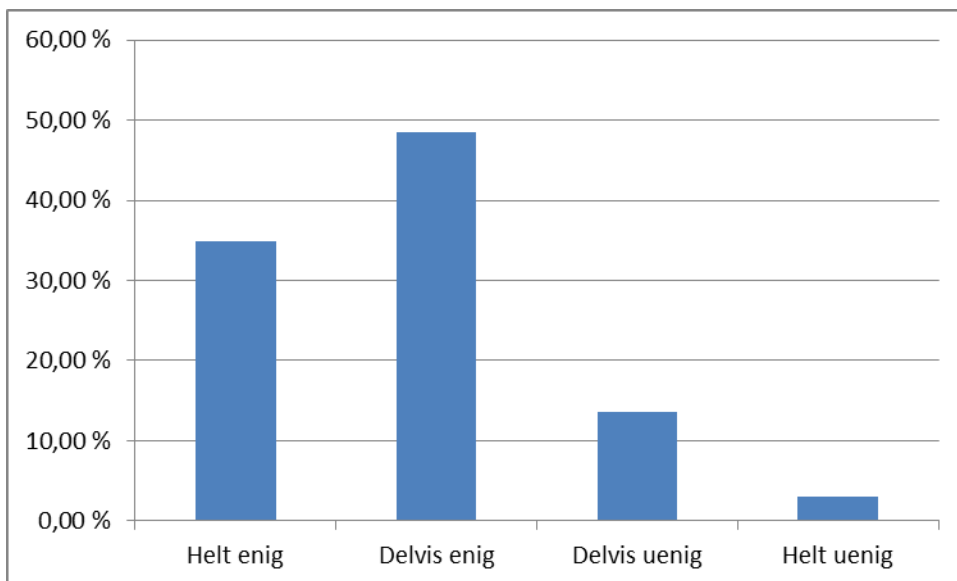


Figur 10 "I kommunen blir det lagt vekt på å benytte innspill og kunnskap fra brukerne for å forbedre driften"



Det er videre et flertall av respondentene som gir uttrykk for at det i deres enhet blir satt av tid for å sikre god kompetanse blant de ansatte (se Figur 11).

Figur 11 "I min virksomhet blir det satt av tid til å sikre god kompetanse blant de ansatte"



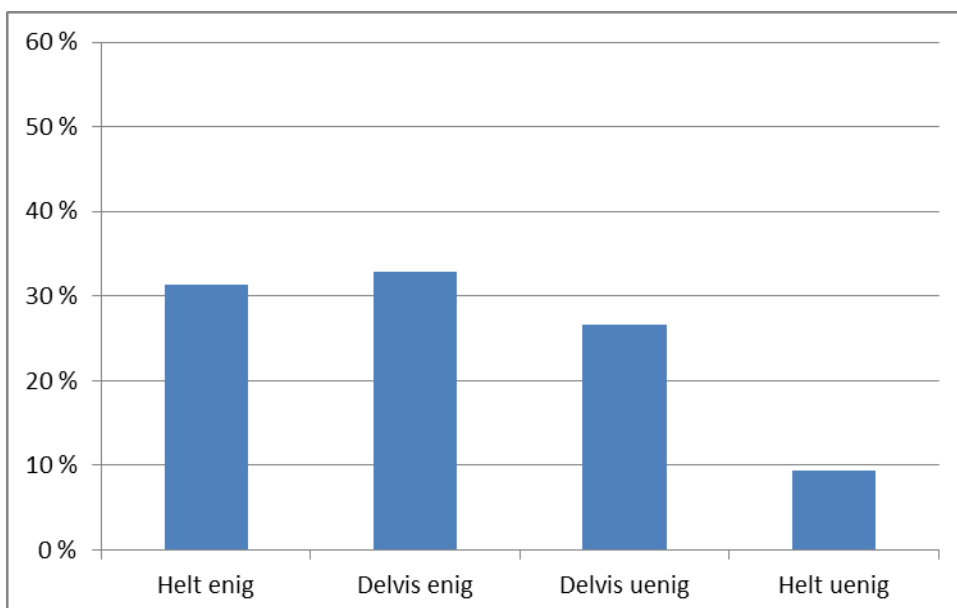
4.5.2.1 Opplæring i Kvalitetslosen

Når det gjelder opplæring i Kvalitetslosen arrangerer kommunen workshops med fokus på opplæring, men dette følger ikke denne noen spesifikk plan.

Revisjonen får opplyst at opplæring i Kvalitetslosen gis ved behov, tilpasset den rollen aktuelle personer i sektorene skal fyller. Opplæringen gjennomføres av en eller flere fra administratorgruppen eller av superbruker. Dersom det vurderes at det er behov, kan bistand innhentes fra leverandøren av Kvalitetslosen.

Flere trekker i intervju frem et behov for mer opplæring i bruken av Kvalitetslosen. Spørreundersøkelsen underbygger dette. Det fremgår av tabellen under at 35 % av respondentene mener de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen.

Figur 12 "Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruken av Kvalitetslosen"



4.5.3 Etikk og holdninger

4.5.3.1 Etske retningslinjer

Hovedmålsettingen for de etske retningslinjene i Nøtterøy kommune er «...å unngå situasjoner der det kan reises tvil om den enkeltes uhildethet, objektivitet og mistanke om korrupsjon». ³¹

Videre fremgår det av de etske retningslinjene at ledere på alle nivåer i kommunen har et særskilt ansvar for å legge til rette for en god praktisering av de etske retningslinjene. Samtidig fremgår det også at hver enkelt ansatt har et selvstendig ansvar for å ta opp forhold som ikke er i samsvar med kommunens regler.

De etske retningslinjene omhandler i tillegg til nevnte ansvarsfordeling, også

- Korrupsjon
- Habilitet
- Behandling av brukere av kommunens tjenester
- Retningslinjer rundt mottak av gaver,
- Ekstraverv og bierverv
- Innkjøp
- Varsling
- Taushetsplikt
- Bruk av kommunens maskiner og utstyr

De etske retningslinjene er tilgjengelig for alle ansatte i Kvalitetslosen på «sektorovergripende» nivå, og under mappen arbeidsgiver/personal.

Revisjonen får opplyst at Nøtterøy kommune har sluttet seg til Transparency Internationals arbeid med korrupsjonsforebyggende nettverk.

Nøtterøy kommune har nylig hatt en erfaring med en sak knyttet til uregelmessigheter i innkjøpsprosesser, og revisjonen blir informert i intervju om at i etterkant av at denne saken ble avdekket, har kommunen gjennomført noen tiltak. Blant annet leide kommunen inn et advokatfirma til å forelese for kommunens virksomhetsledere om etikk og korrupsjon. De etske retningslinjene til kommunen har også blitt endret for å bli tydeligere i formuleringene knyttet til korrupsjon.

4.5.3.2 Bierverv

Nøtterøy kommune har et arbeidsreglement, vedtatt av AMU i april 2013, som er tilgjengelig i Kvalitetslosen under det sektorovergripende område, i mappen for arbeidsgiver/personal.

Av arbeidsreglementets punkt 16, som omhandler annet lønnet arbeid, går det frem at:

«I tilfeller der en ansatt innehar eller påtar seg bistilling i annen offentlig eller privat virksomhet, eller selv har eller vil etablere privat næringsvirksomhet, skal det søkes om tillatelse fra virksomhetsleder. Eventuell tillatelse skal gis skriftlig.

Slike funksjoner må ikke komme i strid med Nøtterøy kommunes etske retningslinjer eller habilitetsreglene i Forvaltningsloven (fvl).

Eventuelt annet lønnet arbeid må ikke være av et slikt omfang at det kan gå ut over den ansattes arbeidsytelse i kommunen.

Ved eventuell overgang til annen stilling i kommunen, plikter den ansatte å ta forholdet om annet lønnet arbeid opp på nytt.» ³²

Det fremgår av kommunens etske retningslinjer at kommunens ansatte ikke kan ha

«...ekstraverv, bierverv, styreverv eller andre lønnede oppdrag som er uforenelig med

³¹ Nøtterøy kommune (udatert): *Etske retningslinjer for Nøtterøy kommune*.

³² Nøtterøy kommune (2013): *Arbeidsreglement*.

I følge de etiske retningslinjene skal den ansatte ta forholdene opp med overordnede dersom den ansatte har personlige interesser som kan påvirke avgjørelsen i en sak han eller hun er involvert i. Det er ikke etablert et register over bierverv i kommunen.

4.5.3.3 Kultur og holdninger

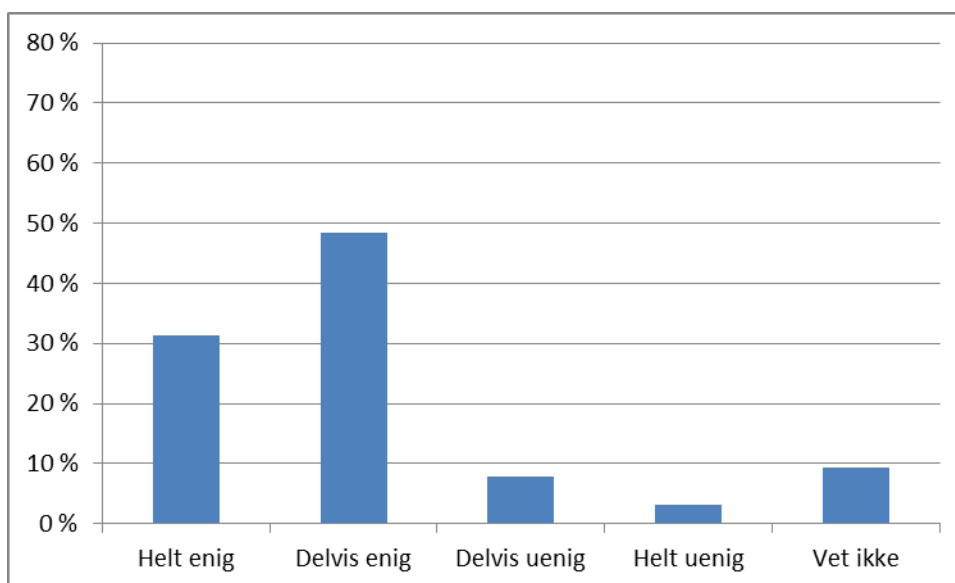
I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål knyttet til hvilke holdninger ledelsen og organisasjonen uttrykker knyttet til internkontroll. Blant enhetslederne, er alle helt eller delvis enig i at ledelsen (rådmannen) har gitt tydelig uttrykk for at internkontroll er et viktig og prioritert område (med unntak av de få som svarer vet ikke).

Ledelsen (rådmann) har tydelig gitt uttrykk for at internkontroll er viktig/prioritert område

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke	N
Enhetsleder	64,5%	32,3%	0,0%	0,0%	3,2%	31

Det er også et flertall som gir uttrykk for at det er en kultur i kommunen for å si ifra dersom det forekommer brudd på regelverk eller retningslinjer, samtidig oppgir omlag 10 % av respondentene at de ikke opplever at det er en varslingskultur i kommunen.

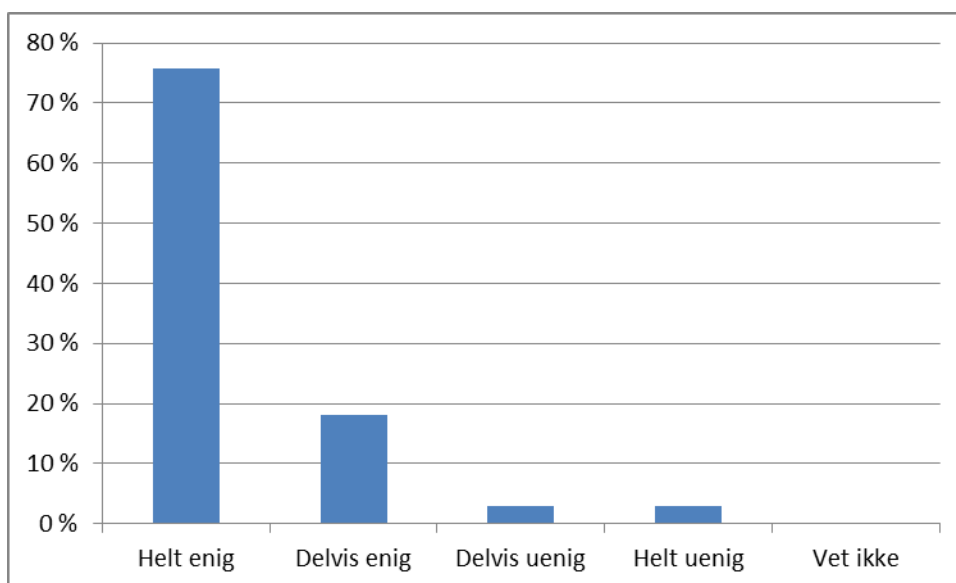
Figur 13 "I kommunen er det en kultur for å si ifra dersom det forekommer brudd på regelverk eller retningslinjer"



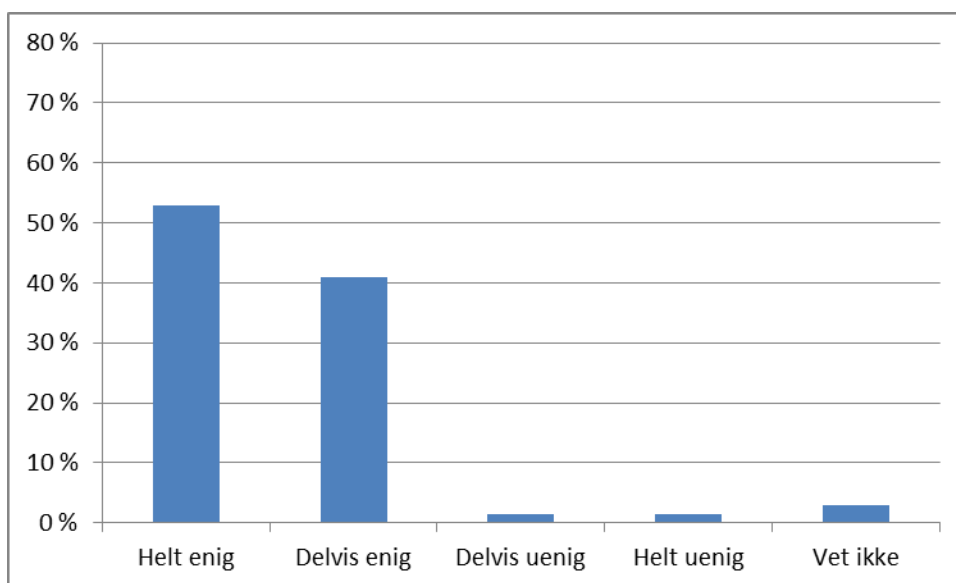
Respondentene ble spurt om holdninger og kultur innen egen virksomhet. Det er et flertall som er helt enig i at deres leder har gitt klart uttrykk for at det er viktig å følge regler og retningslinjer, og det er også et flertall som gir uttrykk for at det i deres enhet er kultur for å melde fra dersom det avdekkes avvik, mangler eller svikt. Se tabell XX og XX under.

³³ Nøtterøy kommune (udatert): *Etiske retningslinjer for Nøtterøy Kommune*.

Figur 14 "Min nærmeste leder har gitt klart uttrykk for at det er viktig å følge regler og retningslinjer"



Figur 15 I min virksomhet er det kultur for å melde fra dersom det avdekkes avvik, svikt eller mangler



4.5.4 Rapportering om internkontroll

Gjennom intervjuer revisjonen har gjennomført, blir det av flere trukket frem at de opplever at kommuneledelsen er opptatt av internkontroll. Det vises for eksempel til at rådmannen deltar både i AMU og overordnet kvalitetsutvalg, og derigjennom får innsikt i kvalitetssystemet og eventuelle utfordringer knyttet til systemet. Samtidig blir det også stilt spørsmålsteget ved om ledelsen har tilstrekkelig god oversikt over kompleksiteten i problemene i kommunen på virksomhetsnivå. Det etterlyses i den forbindelse tydeligere forankring av internkontrollen gjennom kommunaldirektørene.

4.5.4.1 Rutiner for rapportering

Rapportering om status på mål i kommuneplanen, økonomiplanen og budsjettet skjer som en del av den faste rapporteringen i kommunen. Rådmannen trekker i intervju frem at den månedlige økonomirapporteringen er en viktig informasjonskilde for rådmannen om kommunens drift. Det er et krav i denne rapporteringen at enhetsledere må kommentere vesentlige budsjettavvik.

Kommunen benytter seg ikke av særskilte lederavtaler med krav til rapportering på fastsatte mål for kommunens ledere.

4.6 Oppfølging av internkontrollen

Prosedyren Plan for revisjon av kvalitetssystemet ligger under 01.NK-Kvalitetsstrategi i Kvalitetslosen, det overordnede nivået. Av denne prosedyren fremgår det at de ulike kvalitetsgruppene skal gjennomføre jevnlig revisjoner av kvalitetssystemet. Det fremgår videre at det er rådmann og kommunaldirektørene som er ansvarlige for at dette blir gjennomført. Det går ikke frem av denne beskrivelsen at slike revisjoner skal organiseres som system-/internrevisjoner hvor man undersøker praksis på ulike tjenestesteder, men at dette er en revisjon av prosedyreverket.

Det er utarbeidet en prosedyre for ledelsens gjennomgang som også ligger under 01NK-Kvalitetsstrategi i Kvalitetsutvalgene avgir en vurdering av kvalitetsarbeidet i sine respektive sektorer innen 1.juli hvert år, inkludert dokumentgjennomgang. Videre står det at ledelsens gjennomgang skal omfatte:

- «Årlig gjennomgang av kvalitetssystemet før oppstart av budsjettprosessen for å vurdere om kvalitetsdokumentene er komplette, systemet er hensiktsmessig og effektivt
- Vurdering av rapporter fra interne og eksterne revisjoner, samt avvik og forbedringer
- Tilbakemeldinger fra brukere/tjenestemottakere
- Kontroll av om organisasjonsstruktur og ressurser brukes effektivt
- Informasjon for strategisk planlegging av organisasjonens fremtidige behov
- Avklare tiltak og utpeke ansvarlig for oppfølging»

Ledelsens gjennomgang er satt i gang fra 2013, med første møte i august. Det går frem av referatet at det har blitt gjennomgått spørsmål knyttet til Kvalitetslosen og avvikssystemet.

Når det gjelder oppfølging av HMS-arbeidet, har kommunen et dokument som angir Ansvars- og lederstruktur i HMS-arbeidet i kommunen. Denne er tilgjengelig på HMS-området i Kvalitetslosen, og her fremgår det at rådmannen har det overordnede ansvaret for at kommunen har et fungerende HMS-system i henhold til HMS-forskriften. Videre går det fram at kommunaldirektørene har ansvar for at en samlet rapportering for HMS-arbeidet i sin sektor legges frem for AMU. Dokumentet klargjør også ansvaret til personalsjef/personalseksjon, virksomhetsleder, avdelingsleder/arbeidslagsleder, ansatte, AMU, hovedverneombud, verneombud og bedriftshelsetjenesten. Det framgår videre at det vil startes opp revisjonsgrupper fra og med 2014, jf. 4.4.1.1 over.

Det erkjennes i intervju at enkeltsektorer har forbedringspotensial når det gjelder å dokumentere oppfølgingen av internkontrollen. Det trekkes frem at selv om temaer knyttet til internkontrollen som avvikshåndtering og Kvalitetslosen jevnlig diskuteres og gjennomgås på møter, dokumenteres ikke nødvendigvis dette som gjennomganger av internkontrollen.

5. Vurdering

5.1 På hvilken måte er internkontrollen i kommunen organisert og hvilke elementer er inkludert?

Ansvar for kvalitet og internkontroll i Nøtterøy kommune følger som en del av lederansvaret i kommunen. Det overordnede lederansvaret er beskrevet gjennom delegasjonsreglement og intern delegasjon som tydeliggjør ansvarsområdene og hvilken myndighet som er videredelegert til de enkelte ledere.

Ledere har ansvaret for internkontroll innen sine respektive sektorer eller virksomheter. Dette er ikke eksplisitt uttrykt i delegasjonsreglement, men det kommer frem gjennom intervjuer at det er en entydig oppfatning i kommunen av at internkontroll er en del av lederansvaret. Ansvaret inkluderer både lovkrav knyttet til sektorspesifikke områder, og kommunens eget kvalitetssystem, Kvalitetslosen. Kvalitetslosen er det mest sentrale verktøyet for internkontroll i kommunen. I Kvalitetslosen finnes det en kvalitetsstrategi som blant annet beskriver mål for kvalitetsarbeidet og organiseringen av dette.

Kvalitetsarbeidet i kommunen er organisert rundt definerte funksjoner, med administratorer og kvalitetsutvalg på alle nivåer i organisasjonen. Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har innført et felles kvalitetssystem hvor roller og ansvar er tydelig definert. Revisjonen vurderer at organiseringen med kvalitetsutvalg bidrar til sikring av kommunens kvalitetsarbeid. Spesielt mener revisjonen at det overordnede kvalitetsutvalget på rådmannsnivå viser en tydelig forankring av kvalitetsarbeidet i kommunens administrative ledelse.

5.2 I hvilken grad omfatter internkontrollsystemet målsetninger knyttet til målrettet og kostnadseffektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av gjeldende lover og regler?

Kommunen har en kvalitetsstrategi med hovedperspektivet «kvalitet for individ og samfunn». I kvalitetsstrategien vektlegges bl.a. kvalitet i tjenesteytelsen, brukermedvirkning, ansattes kunnskap og etterlevelse av lover, regler og vedtak. Strategien er i så måte avstemt med kommuneplanen som inneholder kvalitetsmål og strategier knyttet til tjenesteyting og vern av miljø og samfunn. Revisjonen vurderer at kommunen fremstår som tydelig i sin kommunikasjon og vektlegging av kvalitet i tjenestetilbudet.

Når det gjelder målsetninger knyttet til målrettet og kostnadseffektiv drift viser gjennomgangen at det i varierende grad er lagt inn overordnede planer og styringsdokumenter for de ulike virksomhetene i Kvalitetslosen. Revisjonen vurderer at det bør avklares i hvilken grad slik styrende dokumentasjon skal ligge i systemet. Revisjonen registrerer at det blant ledere er en forståelse av at internkontroll skal inngå som en naturlig del av kommunens daglige drift, og at den skal medvirke til en mer effektiv gjennomføring av oppgavene. Herunder vektlegges det at kvalitetssystemet i seg selv må holdes på et håndterbart nivå. Det er også etter revisjonens vurdering positivt at et klart flertall av respondentene i undersøkelsen opplever at rutiner og retningslinjer som er i bruk i deres virksomhet er med på å øke kvaliteten på tjenestene som leveres. Revisjonen registrerer også at det er utarbeidet resultat- og prosessindikatorer i enkelte

virksomheter, og at disse oppleves som relevante og nyttige i et forbedrings- og strategiperspektiv.

Revisjonen mener kommunen har et potensial for å tydeliggjøre mål og rapporteringskrav ytterligere, gjennom å formalisere lederens ansvar både for tjenesteyting og interne prosesser, gjennom for eksempel lederavtaler.

Det går tydelig frem av kvalitetssystemet at det er forventet at lover og regler skal etterleves, både gjennom den overordnede kvalitetsstrategien og gjennom de enkelte sektor- og virksomhetsspesifikke retningslinjer og prosedyrer (se også 5.7 under).

5.3 I hvilken grad er det etablert et internkontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis?

Ledelsens ansvar for internkontroll er tydeliggjort gjennom at lederansvar er delegert gjennom intern delegasjon av myndighet fra rådmannen. Videre er ansvaret knyttet til vedlikehold av Kvalitetslosen tydeliggjort gjennom kvalitetsstrategien. I tillegg deltar rådmannen i overordnet kvalitetsutvalg og AMU. Kommunaldirektørene sitter også i det overordnede kvalitetsutvalget i tillegg til at de leder kvalitetsutvalgene i sine respektive sektorer. Revisjonen vurderer at kommunen har etablert lederforankring av internkontrollen i samsvar med god internkontrollpraksis.

Ledelsens krav og forventninger til internkontroll blir kommunisert til organisasjonen gjennom linjeledelsen og kvalitetsutvalg. I tillegg er informasjon om dette inkludert i den faste opplæringen til alle nyansatte. Enhetslederne svarer at rådmannen har gitt uttrykk for at internkontroll er et viktig område, og et flertall av respondentene svarer bekreftende på at deres nærmeste leder har gitt klart uttrykk for at det er viktig å følge regler og retningslinjer.

Gjennom spørreundersøkelsen går det fram at det er under halvparten av respondentene, blant de som ikke er enhetsledere, som bruker Kvalitetslosen månedlig eller oftere. Revisjonen mener dette indikerer at det er potensial for å ta Kvalitetslosen mer aktivt i bruk. Det er mange sentrale administrative og faglige prosedyrer som ligger i systemet, og Kvalitetslosen er også system for avviksregistrering, og innehar maler for risikovurdering. Dette tilsier etter revisjonens vurdering at systemet bør være i relativt aktivt bruk blant et flertall av de ansatte.

Kommunen har etiske retningslinjer og arbeidsreglement tilgjengelig for alle i Kvalitetslosen. Revisjonen mener samtidig at det er uheldig at ikke alle ansatte kjenner til de etiske retningslinjene. Undersøkelsen viser også at kommunen ikke har etablert et biervervregister. Revisjonen mener at et slikt register kan være et viktig tiltak for å dokumentere og sikre habilitet blant kommunens ansatte.

Kommunen har etablert rutine for varsling av kritikkverdige forhold. Prosedyren for varsling er tilgjengelig for alle ansatte i Kvalitetslosen med et skjema som kan skrives ut og sendes til leder, tillitsvalgt/verneombud eller kommuneadvokat. Revisjonen vurderer at måten varslingssystemet er lagt opp på bidrar til at varslingskanalen skal være sikker og pålitelig for de som varsler. Det er også viktig, dersom det legges opp til elektronisk varsling gjennom Kvalitetslosen, at kommunen sikrer at alle varsler når frem til riktig mottaker, og at nødvendig konfidensialitet blir ivaretatt.

Revisjonen registrerer at omlag 10 % av respondentene i revisjonens undersøkelse er uenig i at det er en kultur i kommunen for å si ifra dersom det forekommer brudd på regler eller retningslinjer i kommunen. Samtidig går det frem at et klart flertall av respondentene opplever at det er kultur fra å melde fra i sin egen enhet. Det er etter revisjonens vurdering viktig at kommunen etterstreber at alle ansatte opplever at kommunen legger forholdene til rette for å varsle om brudd på regler og retningslinjer.

5.4 I hvilken grad er det tilstrekkelig kompetanse om internkontroll i kommunen?

Undersøkelsen viser at alle ansatte i Nøtterøy kommune skal få opplæring i Kvalitetslosen. Opplæringen foregår ved ansettelse, og ellers ved behov, enten identifisert av en leder eller av enkeltansatte. Organiseringen med administratorer og superbrukere bidrar til at det er kompetanse om Kvalitetslosen i de ulike sektorene, noe revisjonen vurderer er viktig for at kommunen skal lykkes med opplæringsarbeidet. Samtidig mener revisjonen at kommunen kan vurdere om opplæringen i Kvalitetslosen bør systematiseres i større grad for å sikre felles forståelse av hvilken basiskompetanse alle ansatte skal ha, samt at dette kompetansenivået oppnås. Dette er etter revisjonens vurdering viktig, blant annet fordi det en betydelig andel av respondentene som i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen.

Når det gjelder kunnskap om sentrale retningslinjer i kommunen er det et relativt få av de ansatte som kjenner til de retningsgivende dokumentene for informasjonssikkerhet i kommunen. Det er heller ikke alle ansatte som kjenner til de etiske retningslinjene (jf. 5.3, over). Revisjonen vurderer at dette viser at kommunen bør legge vekt på å gjøre disse retningslinjene mer kjent blant de ansatte.

5.5 Har kommunen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet?

Revisjonens gjennomgang viser at de aller fleste i kommunen er godt kjent med Kvalitetslosen og hva den skal brukes til. Kvalitetslosens funksjon med leselister gir lederne en god mulighet til å sikre at informasjon når ut til relevante ansatte. Spørreundersøkelsen viser samtidig at ikke alle ansatte kjenner til viktige retningslinjer (se 5.4 over). Revisjonen mener derfor at kommunen kan vurdere om det vil være hensiktsmessig å gjennomgå kommunikasjon og informasjon knyttet til internkontroll for å sikre at ansatte er kjent med viktige retningslinjer. Videre mener revisjonen at det å sikre at prosedyrer er lett tilgjengelige oppdaterte i seg selv er avgjørende for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet.

Revisjonen vurderer at kommunikasjonen oppover i systemet sikres godt gjennom muligheter for melding av forbedringsforslag og avvik i Kvalitetslosen, og gjennom sektorvise kvalitetsutvalg og administratorgruppen.

5.6 I hvilken grad har kommunen tatt i bruk systematisk risikovurdering som verktøy i internkontrollarbeidet?

Det er utarbeidet ulike maler for gjennomføring av ROS-analyser, blant annet tilgjengelig gjennom en egen modul i Kvalitetslosen. På HMS-området er det utarbeidet veiledninger, maler og prosedyrer for gjennomføring av ROS-analyser. Disse malene inneholder handlingsplaner som sikrer oppfølging av analysene. Det er ikke utarbeidet tilsvarende retningslinjer for risikovurderinger knyttet til andre typer avvik/fare for manglende måloppnåelse.

Det er et flertall av virksomhetene som oppgir at de tar i bruk risikovurderinger både innenfor HMS-området og knyttet til kvalitet. Det er imidlertid i mindre grad i bruk når det gjelder å vurdere risiko for kvalitetsavvik i tjenesten enn det er for risikovurderinger på HMS-området, og det er også enkelte enheter som ikke gjennomfører risikovurderinger i det hele tatt. Samtidig kommer det frem i intervjuene at det kan være en utfordring at det finnes ulike maler, og at dette kan skape usikkerhet når man skal gjennomføre risikovurderinger. Revisjonen finner også at det er ulik praksis for arkivering/dokumentasjon av gjennomførte ROS-analyser.

Kommunen har en mal for risikovurdering, men det er ikke dokumentert at denne malen har vært i aktiv bruk. Det er heller ikke utarbeidet akseptkriterier knyttet til informasjonssikkerhet. Dette

gjør at revisjonen vurderer at kravene i personopplysningsforskriften § 2-4 knyttet til risikovurderinger ikke er etterlevd innen informasjonssikkerhetsområdet (jf. 5.7).

På bakgrunn av disse observasjonene vurderer revisjonen at kommunen i enda større grad kan ta i bruk risikovurderinger/ROS-analyser som verktøy i internkontrollen, både knyttet til HMS, kvalitet i tjenestene og informasjonssikkerhet, og at det i bør sikres en enhetlig tilnærming til gjennomføring og dokumentasjon av disse.

5.7 Hvordan har kommunen gått frem for å etablere hensiktsmessige retningslinjer, prosedyrer og rapporteringsrutiner?

Revisjonen mener det er positivt at kommunen har etablert tydelige krav til hvordan prosedyredokumenter skal utformes i Kvalitetslosen, inkludert metadata som angir forfatter, godkjenner, og tidspunkt og ansvarlig for revisjon. I tillegg benytter kommunen en funksjon i Kvalitetslosen for automatisk påminnelse til den ansvarlige for revisjon når dette kreves.

Kommunen har også prosedyrer for hvilken type dokumentasjon som skal arkiveres i Kvalitetslosen, og arkiveringsrutiner for andre typer dokumenter.

Samtidig viser revisjonens gjennomgang at praksis i kommunen er varierende når det gjelder oppfylling av nevnte krav. Revisjonen har sett eksempler på:

- Et betydelig antall dokumenter som ikke er revidert som forutsatt
- At i flere tilfeller er forfatter og godkjenner av en prosedyre en og samme person
- At enkelte virksomheter ikke dokumenterer lokale prosedyrer i samsvar med krav på sektor- eller kommunenivå
- At virksomheter i samme sektor publiserer ulike dokumenter i Kvalitetslosen

Revisjonen vurderer at dette ikke er tilfredsstillende, og viser at systemet ikke brukes som forutsatt i alle deler av organisasjonen. Revisjonen mener kommunen bør tydeliggjøre kravene til hvilke dokumenter som skal ligge i Kvalitetslosen, og sikre at dette følges opp i den enkelte virksomhet.

Revisjonen har særlig undersøkt fagspesifikke krav til internkontroll i regelverket innen helse- og sosial, skole, HMS og informasjonssikkerhet.

Innenfor helse- og sosial har det blitt gjort et betydelig arbeid for å utarbeide prosedyrer i samsvar med kravene i blant annet internkontrollforskrift for helse- og sosialtjenester. Kvalitetslosens funksjonalitet knyttet til prosedyrer, avviksregistrering- og behandling og risikovurderinger er sentrale verktøy i dette arbeidet. Revisjonens gjennomgang viser at det er utarbeidet en lang rekke faglige og administrative prosedyrer knyttet til driften i helse- og sosialsektoren. Det er likevel enkelte svakheter knyttet til både det å sikre at prosedyrer blir utarbeidet på en enhetlig måte for alle tjenester, og å sørge for at rutiner og prosedyrer blir vedlikeholdt og fulgt opp. Ufordringen i helse- og sosialsektoren knyttet til prosedyreverket er i så måte i stor grad den samme som for kommunen generelt, og kan medføre en fare for at enkelte virksomheter ikke oppfyller kravene i § 4 i internkontrollforskriften. Det går videre frem at den midlertidige organiseringen, hvor det har vært to virksomhetsledere som er konstituert i kommunaldirektørstillingen, kan ha medvirket til at det har vært uklart hvor det overordnede ansvaret for internkontrollen i sektoren er plassert.

Innen skoleområdet har kommunen etablert rutiner for sikring av § 9a og 13-10 i opplæringsloven. I tillegg utarbeider kommunen tilstandsrapporter for skolene med handlingsplaner som revideres og følges opp årlig. Revisjonen vurderer at det er etablert et system for internkontroll på skoleområdet i Nøtterøy. Revisjonen mener imidlertid at organisasjonskartet for oppvekst og kultur bør endres så det reflekterer den reelle ansvarfordelingen i sektoren hvor rektorer rapporterer til skole- og barnehagekontoret, og ikke kommunaldirektør.

Som for helse- og sosialsektoren, varierer det også blant skolene hvilke dokumenter som blir lagt ut i Kvalitetslosen, og i hvilket omfang de aktuelle dokumentene er vedlikeholdt.

Når det gjelder HMS har kommunen etablert rutiner og prosedyrer i Kvalitetslosen som skal sikre at HMS-arbeidet i kommunen dokumenteres og er i tråd med HMS-forskriftens minimumskrav. Dette inkluderer krav til blant annet avviksmeldinger og gjennomføringer av risikovurderinger på HMS-området. Revisjonen vurderer at det er etablert et system for internkontroll som omfatter sentrale prosedyrer og retningslinjer i HMS-arbeidet i. Samtidig vil revisjonen påpeke det også i tilknytning til HMS varierer mellom virksomhetene i hvilken grad prosedyrer og retningslinjer blir etterlevd.

Når det gjelder informasjonssikkerhet er det utarbeidet instruksjoner for brukere, samt en overordnet kvalitetshåndbok knyttet til informasjonssikkerhet. Samtidig merker revisjonen seg at sikkerhetsstrategi og beskrivelse av sikkerhetsorganisasjon ikke er oppdatert siden 2007, og det er heller ikke klart hvor disse dokumentene lagres. Det er heller ikke klart i hvilken grad den beskrevne sikkerhetsorganiseringen med sentral og lokale sikkerhetsansvarlige er fulgt opp i organisasjonen. Videre er det ikke fastlagt kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger, kommunen kan ikke dokumentere at det er gjennomført risikovurderinger av behandlinger av personopplysninger, og det er ikke ført en oversikt over behandlinger av personopplysninger. Dette gjør at revisjonen vurderer at kravet til informasjonssikkerhet i kapittel 2 i personopplysningsforskriften ikke oppfylles, spesielt med kravene til sikkerhetsledelse, risikovurdering og organisering, slik disse fremgår i § 2-3, § 2-4 og § 2-7 i forskriften.

5.8 Hvordan følger kommunen opp eventuelle avvik eller risikoforhold som framkommer i rapporteringen?

Kommunen har etablert et avvikssystem gjennom Kvalitetslosen hvor ansatte kan, og skal, melde avvik. Systemet inkluderer retningslinjer for hvem som mottar og eier avvik, tidsfrist for lukking før avviket eventuelt sendes videre i systemet, og krav om oppfølgende tiltak. Revisjonen vurderer at dette systemet legger til rette for en avvikshåndtering i samsvar med god internkontrollpraksis. Samtidig vil revisjonen påpeke at en rutine som sikrer tilbakemelding på avviksmeldinger til den enkelte melder, kan være hensiktsmessig. Det kommer frem i spørreundersøkelsen at flere av de som har meldt avvik opplever at oppfølging og tilbakemelding ikke har blitt håndtert på en tilstrekkelig god måte.

Revisjonen registrerer at enkelte tjenestesteder har svært mange avviksmeldinger, mens det ved andre virksomheter ikke har blitt meldt avviksmeldinger i det hele tatt. Revisjonen mener dette tyder på at det forekommer underrapportering av avvik på enkelte tjenestesteder, noe som understøttes gjennom intervjuer. Revisjonen mener kommuneledelsen bør presisere viktigheten av avvikssystemet. Revisjonen vil påpeke at melding og oppfølging av avvik er avgjørende både for å ivareta krav i de enkelte fagspesifikke regelverk om internkontroll (bl.a. internkontrollforskriften for helse og sosialtjenesten § 4 og personopplysningsforskriften § 2-6), og for å kunne evaluere og forbedre internkontrollen generelt.

Revisjonen har gjennom intervjuer blitt informert om at manglende avviksrapportering i enkelte tilfeller også skyldes manglende tilgang til datamaskin i arbeidstiden, og manglende datakunnskaper. Revisjonen vurderer at kommunen bør sikre at alle ansatte har tilgang til datamaskin, og legge til rette for at ansatte skal få mulighet til å opparbeide grunnleggende dataferdigheter som er tilstrekkelige for å benytte prosedyre- og avviksmodulene i Kvalitetslosen.

5.9 Blir det gjennomført oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt?

Kommunen har fra 2013 årlig gjennomgang i rådmannens ledergruppe av kvalitetssystemet. I tillegg blir det gjennomført faste gjennomganger i kvalitetsutvalg, AMU og miljøgrupper. Det blir også årlig utarbeidet sektorvise og virksomhetsspesifikke gjennomganger av internkontrollen.

Det er fremdeles forbedringspotensial når det gjelder systematisk oppfølging av internkontrollen. Den midlertidige organiseringen i helse- og sosialsektoren, der kommunaldirektøransvaret har vært fordelt på to stillinger, har medført en betydelig utfordring for å kunne gjennomføre en tilstrekkelig ledelsesoppfølging av internkontrollen. For kommunen som helhet har også revisjonen vist at man bør gjennomføre en mer systematisk oppfølging for å kunne forsikre seg om at internkontrollen blir gjennomført som forutsatt, jfr. manglende oppdatering av prosedyrer nevnt i 5.7. Det kommer imidlertid frem at det vil bli gjennomført interne systemrevisjoner fra 2014 knyttet til HMS. Revisjonen vurderer at dette, sammen med årlige gjennomganger som nå er satt i verk, er viktige tiltak for å møte behovet for systematisk oppfølging av internkontrollen. Revisjonen mener videre at kommunen også bør vurdere å utvikle rutinen for kvalitetsrevisjon, som per i dag er knyttet til prosedyreverket, til å i større grad bli en gjennomgang av praksis, slik kommunen har planlagt på HMS-området.

6. Anbefalinger

Nøtterøy kommune har utformet et internkontrollsystem som ivaretar flere av kravene til god internkontrollpraksis. Samtidig peker revisjonens undersøkelse på ulike utfordringer, blant annet knyttet til enhetlig utvikling av prosedyreverk og oppdatering av disse. Kommunen har selv påpekt utfordringene, og har varslet at det vil bli gjennomført tiltak for å utbedre prosedyreverket for å sikre tilstrekkelig revidering og oppdatering av rutiner og prosedyrer. Revisjonen mener dette er et viktig tiltak, og vil i tillegg anbefale at Nøtterøy kommune i det videre arbeidet med forbedringen av internkontrollen gjennomfører følgende tiltak:

1. Fastsette tydeligere krav til hvilke styrende dokumenter som skal dokumenteres i Kvalitetslosen.
2. Ta i bruk risikovurderinger som et verktøy i tilknytning til HMS- og kvalitetsarbeidet ved alle tjenestesteder i kommunen, og innføre tydeligere krav til hvordan risikovurderinger skal gjennomføres og dokumenteres
3. Sikre at de ansatte har tilstrekkelig kjennskap til viktige retningslinjer som f.eks. etiske retningslinjer og retningslinjer for informasjonssikkerhet.
4. Sikre at alle er kjent med og benytter Kvalitetslosen, og legger til rette for opplæring i grunnleggende dataferdigheter for de som har behov for dette.
5. Vurder om opplæringen i Kvalitetslosen bør systematiseres i større grad for å sikre felles forståelse av hvilken basiskompetanse alle ansatte skal ha
6. Gjennomgå praksis for avviksmelding i de ulike sektorene for å sikre at alle avvik meldes i riktig kanal, og at de følges opp på en god måte.
7. Vurdere å gjennomføre kvalitets-/systemrevisjoner også på andre områder enn HMS
8. Utvikle systemet for informasjonssikkerhet med styrende, gjennomførende og kontrollerende dokumentasjon i samsvar med krav i personopplysningsforskriften.
9. Vurdere å opprette et bierveregister for ansatte i kommunen for å sikre gjennomsiktighet og at krav til habilitet blir overholdt.
10. Vurdere å utarbeide lederavtaler som formaliserer mål og krav til rapportering. I slike avtaler bør det også gå fram at leder er ansvarlig for å opprettholde god internkontroll i sin virksomhet.

Vedlegg 1: Høringsuttale³⁴

Rådmannens kommentar til rapporten

Rådmannen takker for forvaltningsrevisjonen rettet mot internkontroll.

Rådmannen er svært fornøyd med den gjennomgang og det arbeid som er gjort i denne revisjonen, og at internkontrollen er i samsvar med god internkontrollpraksis.

Innhold, organisering, og beskrivelse av internkontrollen slik den blir ivaretatt, er i overensstemmelse med rådmannens vurdering.

Alt i alt vurderes resultatene som tilfredsstillende når det gjelder internkontroll, men det er områder som er nødvendig å forbedre.

Som skrevet i rapporten er ledelsen opptatt av at internkontroll gjennomføres, at det er gode rutiner som følges opp, og at iverksatte systemer blir benyttet. Samtidig er det nødvendig å påpeke at det til en hver tid er en avveining av hvilken internkontroll som skal gjennomføres og hyppigheten av denne opp mot den daglige tjenesteleveranse.

Det er iverksatt systemer og rutiner for at systemeiere og administrator kontinuerlig skal arbeide med forbedringer av maler og prosedyrer som legges inn i Kvalitetslosen.

Dette er et tidkrevende arbeid, men arbeidet er igangsatt og vil fortsette i tiden fremover.

Det fremkommer av rapporten at det er variasjoner når det gjelder de ulike sektorens aktivitet i Kvalitetslosen. Dette vil kvalitetsutvalgene, miljøgruppene og Amu bli bedt om å følge opp videre. Det samme gjelder dokumentasjon på at internkontroll er gjennomført.

Rådmannen er etter det som fremkommer ikke bekymret for at det ikke er fokus på internkontroll, men registrerer at dette må dokumenteres på en hensiktsmessig, enkel måte for de enkelte sektorene.

Som det fremkommer har sektorene ulike måter å følge opp internkontrollen og kvalitetsarbeidet på, selv om dette er i andre systemer enn kvalitetslosen.

Det fremkommer 10 anbefalinger til tiltak for å bedre internkontrollen. Rådmannen vil vurdere disse og ta de med i det videre arbeidet for å forbedre internkontrollen. Spesielt gjelder dette kommunikasjon, krav til dokumenter, opplæring, felles forståelse ROS analyser og informasjonssikkerhet.

Når det gjelder ROS analyser innenfor beredskapssektoren, er disse gjennomført og vil bli behandlet politisk i desember 2013.

Med hensyn til revisjonens funn på manglende oppfølging, revisjon og revidering av informasjonssikkerhet, og det fatum at kravene i personopplysningsforskriften § 2-3, § 2-4 og § 2-7 ikke er tilfredsstillende oppfylt, skal dette prioriteres.

Rapportens konklusjoner stemmer godt overens med Rådmannens vurdering og avslutningsvis påpekes ønske om fortsatt å stimulere til avviksregistrering og kultur for åpenhet i Nøtterøy kommune, bare ved åpenhet kan feil avdekkes og rettes opp.

Rådmannen og administrasjonen takker for godt samarbeid under forvaltningsrevisjonen. Rapporten vil være nyttig i det videre arbeid med internkontroll.

³⁴ Sendt revisjonen 23.10.2013

Vedlegg 2: Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur

Regelverk, veiledninger mv.

Revisjonen bygger på følgende lover og forarbeider:

- Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.
- Kommunal- og regionaldepartementet: Ot.prp. nr. 70. Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon)
- Kunnskapsdepartementet: Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). LOV-2013-06-21-98
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR-2002-12-20-1731.
- Helse- og omsorgsdepartementet Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.FOR 2004-06-01 nr 931:
- Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 25. September 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).

I tillegg har følgende veiledninger blitt lagt til grunn:

- Kommunal- og regionaldepartementet (2009): 85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane.
- Kommunal- og regionaldepartementet: Internkontroll i norske kommuner. Status og utviklingsbehov (2008)
- KS (2012) Arbeidshefte til EffektiviseringsNettverket "Rådmannens internkontroll", versjon 1. 2012.
- KS (2012) Rådmannens internkontroll. Orden i eget hus! 2012
- KS «Folkevalgt 2011-2015 i kommunen»
- Utdanningsdirektoratet/KS (2004): Veileder om kommunenes "forsvarlige system" i henhold til opplæringsloven §13-10.
- Norges interne revisorers forening (1996). Internkontroll – et integrert rammeverk. Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF)

Dokumentasjon fra Nøtterøy kommune:

Sentrale dokumenter fra Nøtterøy kommune omfatter:

- Organisasjonsplan
- Delegasjonsreglement
- Kommunens kvalitetsstrategi
- Overordnet mål for HMS-arbeidet
- Overordnet prosedyre for avvikshåndtering
- Prosedyre for ledelsens gjennomgang

I tillegg har revisjonen gjennomgått en rekke ulike rutiner og prosedyrer i *Kvalitetslosen*, samt mottatt ulik dokumentasjon på gjennomføring av internkontroll i form av møtereferater, utfylte ROS-analyseskjema o.l.

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.com/no/omoss for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 150 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 200,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2013 Deloitte AS