Deloitte.

Forvaltningsrevisjon | Karmøy kommune

Internkontroll og vedtaksoppfølging

Oktober 2013

Sammendrag

På oppdrag fra kontrollutvalget i Karmøy kommune har Deloitte gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll og vedtaksoppfølging i kommunen. Revisjonen har gjennomgått relevant dokumentasjon, og har hatt tilgang til kommunens intranett (extranett). I tillegg til intervju med sentrale ledere (herunder daværende rådmann og etatssjefer) er det gjennomført en spørreundersøkelse hvor 86 % av avdelings- og virksomhetsledere i kommunen har svart. Det er videre gjennomført en analyse av utvalgte stikkprøver for å vurdere oppfølgingen av politiske vedtak..

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i perioden februar til oktober 2013. Revisjonen vil påpeke at det i samme periode som revisjonen ble gjennomført ble ansatt ny rådmann i kommunen fra og med 1. september 2013. Det var tidligere rådmann som ble intervjuet i forbindelse med prosjektet, mens nåværende rådmann fikk rapporten på høring.

Revisjonskriteriene som er lagt til grunn for revisjonens vurderinger fremgår i rapportens kapittel 3, mens faktagrunnlaget presenteres i kapittel 4. For en mer utfyllende versjon av revisjonens vurderinger vises det til kapittel 5 i rapporten. Rådmannen i Karmøy sin høringsuttalelse til rapporten er vedlagt som vedlegg 2.

Problemstilling 1: I hvilken grad er det etablert et kontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis?

Revisjonens vurdering:

Karmøy kommune har ikke etablert et felles system eller prinsipper for internkontroll i organisasjonen. Revisjonen viser at Karmøy kommunes tilnærming til internkontroll i stor grad er basert på delegasjon av ansvar og myndighet fra rådmannsnivået til underliggende etater. Delegasjonen av internkontrollansvaret er imidlertid etter revisjonens vurdering ikke tydelig formalisert i organisasjonen. Det foreligger ikke et administrativt reglement som viser hvordan rådmannens myndighet delegeres videre i organisasjonen i samsvar med delegasjonsreglementet (jf. politisk delegasjon) for Karmøy kommune. Rådmannen har også i liten grad fastsatt krav til rapportering for å gjøre seg kjent med og følge opp internkontrollarbeidet i etatene. Det går frem av spørreundersøkelsen som revisjonen har gjennomført at en stor del av lederne i kommunen opplever at kommuneledelsen (rådmann og etatssjefer) ikke har gitt tilstrekkelig informasjon om hvordan internkontroll skal utøves i praksis. Etter revisjonens vurdering gjør dette at kommunen ikke har tilstrekkelig sektorovergripende internkontroll, jf. krav i kommuneloven § 23 nr. 2.

Til tross for disse utfordringene vil revisjonen peke på at det er flere elementer i den sektorovergripende internkontrollen som er på plass i kommunen. Dette omfatter bl.a. politisk delegasjon, etiske retningslinjer, felles arkivplan, håndbøker for HMS og brannvern og beredskapsplan. Det er også etter revisjonens vurdering viktig å fremheve at ansvarsdeling mellom rådmanns- og etatssjefsnivået oppfattes som tydelig, selv om denne i for liten grad er formalisert og skriftliggjort. Flere viser til at det er etablert flere møtepunkt både sentralt i kommunen og i etatene hvor relevante saker tas opp og diskuteres ved behov.

Undersøkelsen viser at det også internt i etatene i kommunen er ulik grad av formalisering av ansvar og roller, både generelt og knyttet til internkontroll. Revisjonen vil spesielt trekke frem at det er svært varierende i hvilken grad det foreligger lederavtaler og funksjonsbeskrivelse. Revisjonen mener at kommunen må sikre at slike beskrivelser blir utarbeidet i samsvar med regelverket. Tydelige beskrivelser av roller og ansvar er viktig for å sikre en felles oppfatning hvilke krav som stilles til ulike

funksjoner, ikke minst i forhold til hvilke ansvar den enkelte har for å sikre tilfredsstillende internkontroll i enheten.

Problemstilling 2: Er internkontrollsystemet basert på systematisk risikokartlegging og vurdering eller andre former for analyse der fare for svikt, feil eller mangler knyttet til manglende regeletterlevelse, måloppnåelse, rapportering og arbeidsprosesser blir identifisert?

Revisjonens vurdering:

Risikokartlegging- og vurdering er i varierende grad tatt i bruk som virkemiddel i kommunens arbeid med internkontroll. På overordnet nivå er det gjennomført overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) av kommunens beredskapsarbeid, og det er i tillegg brukt ROS-metodikk innen teknisk etat og i kultur- og oppvekstetaten. Undersøkelsen viser at det i mindre grad blir gjennomført systematisk risikokartlegging og vurdering knyttet til regeletterlevelse, måloppnåelse og kvalitet i tjenestene.

Revisjonen mener at systematiske risikovurderinger er et viktig verktøy i internkontrollarbeidet for å kunne målrette arbeidet med internkontroll i kommunen som helhet, og innenfor de enkelte sektorene. Innenfor flere sektorer er det også spesifikke lovkrav knyttet til gjennomføring av risikovurderinger. Undersøkelsen viser at det blant annet ikke gjennomføres systematiske og dokumenterte risikovurderinger innen for helse og omsorg. Dette er ikke i samsvar med § 4, 2. ledd (f) i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og kravet om at virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten for det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav i helse- og omsorgslovgivningen. Heller ikke i oppvekst- og kulturetaten er det etablert et system for gjennomføring av risikokartlegginger og -analyser.

Problemstilling 3: Har kommunen etablert rutiner, kontroller og rapporteringer knyttet til internkontrollen?

Revisjonens vurdering:

Det er etablert tertialvise økonomirapporteringer og årsmeldinger til politisk nivå fra administrasjonen, og det er etablert fast rutine for rapportering om økonomi og inkluderende arbeidsliv fra etatene til rådmannen. I tillegg blir det rapportert muntlig til rådmannen i de ukentlige ledermøtene. Undersøkelsen viser at det mangler konkrete krav til rapportering, enten skriftlig eller som faste tema i ledermøtene, knyttet til internkontroll og kvalitet utover disse områdene. Revisjonen mener at manglende krav til rapportering om internkontroll kan føre til at en ikke klarer å ivareta kravet til overordnet internkontroll jf. krav i kommuneloven § 23 nr. 2.

Det er etablert rutiner og prosedyrer på ulike nivåer og tjenestesteder i kommunen. Dette omfatter både styrende, utførende og kontrollerende rutiner. Tilnærmingen til utforming og tilgjengeliggjøring av rutiner i kommunen varierer i stor grad mellom de ulike etatene, noe som blant annet skyldes mangelen på et enhetlig kvalitets- og internkontrollsystem. Gjennomgang av tilgjengelige rutiner viser også at flere av rutinene og prosedyrene som er gjort tilgjengelig ikke er tilstrekkelig oppdatert. Manglende enhetlig praksis for å tilgjengeliggjøre og oppdatere/revidere prosedyrer og rutiner kan etter revisjonens vurdering medføre en fare for manglende etterlevelse av sentrale rutiner, og det vil kunne gjøre det vanskeligere å sikre at nye prosesser og rutiner blir effektivt kommunisert ut i linjen. Revisjonen mener at et godt system for rutiner og prosedyrer, som er oppdatert og tilgjengelig for de ansatte, er avgjørende for å sikre god internkontroll i virksomhetene og for at virksomhetene drives i samsvar med krav til internkontroll innen de ulike fagområdene.

Problemstilling 4: Har kommunen etablert et avvikssystem hvor ansatte kan melde om avvik?

Revisjonens vurdering:

Undersøkelsen viser at kommunen har et felles avvikssystem knyttet til HMS, men ikke et tilsvarende felles system knyttet til andre former for avvik. En mindre del av lederne i kommunen oppgir likevel at det blir utarbeidet systematiserte oversikter over kvalitetsavvik i deres enheter. Det kommer frem av spørreundersøkelsen at det oppleves at det er utfordringer knyttet til melding og håndtering av avvik. Det er bl.a. usikkerhet knyttet til hvordan avvik skal meldes og hvilke avvik som meldes. Revisjonen vurderer at mangelen på et enhetlig system, og usikkerhet rundt praksis knyttet til avviksmelding og -behandling er uheldig, ved at man risikerer at identifiserte svakheter ikke blir rapportert og håndtert på en tilstrekkelig systematisk måte. Dette medfører også at en ikke i tilstrekkelig grad blir kjent med områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav og dermed et brudd på § 4, 2 (f) i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Karmøy kommune har startet opp et arbeid med å anskaffe et felles elektronisk avvikssystem, noe revisjonen oppfatter som et positivt tiltak.

Problemstilling 5: I hvilken grad sikrer kommunen gjennom sitt internkontrollsystem at fagspesifikke internkontrollsystem er i samsvar med regelverket?

Revisjonens vurdering:

Undersøkelsen viser at det er etablert flere ulike tiltak for å møte sektor- og fagspesifikke internkontrollkrav. Samtidig fremgår det at kommunen ikke har en overordnet oppfølging av om de ulike områdene har etablert tilfredsstillende fagspesifikke internkontrollsystem. Etter revisjonens oppfatning er det på enkelte områder ikke etablert systematisert internkontrollhandlinger i samsvar med kravene i regelverk (jf. andre punkt i dette kapittelet) og dette er forhold som revisjonen mener skal fanges opp i den overordnede oppfølgingen av internkontrollen, jf. krav i kommuneloven § 23 nr. 2.

Problemstilling 6: Har kommunen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet?

Revisjonens vurdering:

På grunn av mangelen på et samlet internkontroll- og kvalitetssystem, og utstrakt delegasjon, er det i liten grad formulert konkrete krav og informasjon fra rådmannsnivået knyttet til internkontrollen. Det fremgår av spørreundersøkelsen at hovedvekten av lederne oppfatter at det er god intern kommunikasjon i kommunen, og det rapporteres også at samtlige enheter gjennomfører medarbeidersamtaler med sine ansatte, noe revisjonen vurderer er positivt.

Problemstilling 7: Er det etablert rutiner for oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt?

Revisjonens vurdering:

Det går fram av spørreundersøkelsen at 37 % av de spurte er helt eller delvis uenig i at deres leder følger opp om internkontrollen fungerer, og at kun 11 % av lederne svarer at deres enhet har et system for overvåkning og vurdering av om internkontrollen fungerer slik den skal. Revisjonen oppfatter at dette er en vesentlig mangel ved kommunens tilnærming til internkontroll, da manglende oppfølging medfører risiko for at internkontrollen ikke fungerer slik den er forutsatt. Både innenfor COSO-rammeverket, internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten (§ 4, 2. ledd), og i veilederen om kommunens forsvarlige system for opplæringsområdet, fremgår det at de ansvarlige for virksomheten må overvåke og gjennomgå internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Det er heller ikke tilfredsstillende at det ikke er fastsatt rutiner knyttet til formell ledelsesgjennomgang eller andre aktiviteter for oppfølging av internkontrollen på rådmannsnivå.

Problemstilling 8: Har kommunen etablert et system for vedtaksoppfølging?

Revisjonens vurdering:

Kommunen har fastsatt et reglement som regulerer behandling og oppfølging av politiske saker, og det blir i intervju gitt uttrykk for at det er en tydelig avklart samhandling mellom administrasjon og politisk sekretariat. Revisjonens stikkprøvegjennomgang viser at sakene i all hovedsak har blitt fulgt opp av administrasjonen.

Det er ikke etablert skriftlige rutiner for rapportering på oppfølging av politiske vedtak internt i administrasjonen. Det er oversikt over oppfølging av saker til og fra politisk nivå i ledermøter, men det er ikke felles skriftlig oversikt over vedtak, oversendelser og hvem som er ansvarlige for oppfølgingen. Revisjonen mener at kommunen kan vurdere om det vil være hensiktsmessig å utarbeide en slik oversikt.

På bakgrunn av forvaltningsrevisjonen foreslår revisjonen at Karmøy kommune:

1. Utarbeider et administrativt delegasjonsreglement som inneholder en klar ansvarsdeling mellom nivåene og hvor ansvar for internkontroll fremgår.
2. Utarbeider klare ansvars- og myndighetsbeskrivelser for alle ledere
3. Sikrer at alle ledere er kjent med hva som ligger i ansvaret for internkontroll.
4. Etablerer system for oppfølging og rapportering av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt.
5. Sørge for at alle arbeidstakere har nødvendig kompetanse knyttet både til fagfelt og internkontroll gjennom for eksempel kompetansekartlegging og opplæringsplaner.
6. Utvikler felles standarder for risikovurderinger og i større grad tar i bruk risikovurderinger som verktøy i interkontrollen for å sikre identifikasjon av fare for svikt eller feil i tjenestene.
7. Etablerer gode system for tilgjengeliggjøring og revidering av rutiner og prosedyrer for de ansatte for eksempel gjennom et felles kvalitetssystem med prosedyrebibliotek.
8. Etablerer felles avvikssystem og sikre at avvik meldes og følges opp i alle enheter.
9. Utarbeider systematiske oversikter over meldte avvik slik at dette kan benyttes i utviklingen av internkontrollsystemet.
10. Vurderer å utarbeide en oversikt hvor man løpende kan føre politiske vedtak, ansvarlig saksbehandler og frister.

Innhold

1. Formål og problemstillinger 9
1.1 Bakgrunn 9
1.2 Formål og problemstillinger 9
2. Revisjonskriterier 11
2.1 Innledning 11
2.2 Internkontroll 11
2.2.1 Rammeverk for internkontroll 12
2.2.2 Fag- og sektorspesifikke krav til internkontroll 14
2.3 Prinsipper for vedtaksoppfølging 16
2.3.1 Reglement for kommunestyre, formannskap og faste utvalg i Karmøy kommune 16
3. Metode 17
3.1 Dokumentanalyse 17
3.2 Intervju 17
3.3 Elektronisk spørreundersøkelse 17
3.4 Stikkprøvegjennomgang 17
3.5 Verifiseringsprosesser 17
4. Data 18
4.1 Kontrollmiljø 18
4.1.1 Styring og kontroll 19
4.1.2 Ansvar, roller og ressurser knyttet til internkontrollarbeidet 21
4.1.3 Kompetanse og opplæring 22
4.1.4 Verktøy i internkontrollarbeidet 24
4.1.5 Informasjon og kommunikasjon 25
4.1.6 Etiske retningslinjer og holdninger 25
4.2 Risikokartlegging- og vurdering 27
4.3 Kontrollaktiviteter 28
4.3.1 Rutiner og prosedyrer 28
4.3.2 System for rapportering og kontroll 30
4.3.3 Medarbeidersamtaler, arbeidsmiljøundersøkelser og brukerundersøkelser 31
4.3.4 Avvikssystem 31
4.4 Oppfølging og koordinering av internkontrollen 33
4.5 System for oppfølging av politiske vedtak og oversendelser 34
4.5.1 Utforming av vedtak 35
4.5.2 Oppfølging av vedtak 35
4.5.3 Rapportering om oppfølging av politiske vedtak 37
5. Vurdering 38
5.1 I hvilken grad er det etablert et kontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis? 38
5.2 Er internkontrollsystemet basert på systematisk risikokartlegging og vurdering eller andre former for analyse der fare for svikt, feil eller mangler knyttet til manglende regeletterlevelse, måloppnåelse, rapportering og arbeidsprosesser blir identifisert? 39
5.3 Har kommunen etablert rutiner, kontroller og rapporteringer knyttet til internkontrollen? 39
5.4 Har kommunen etablert et avvikssystem hvor ansatte kan melde om avvik? 40
5.5 I hvilken grad sikrer kommunen gjennom sitt internkontrollsystem at fagspesifikke internkontrollsystem er i samsvar med regelverket? 40

5.6 Har kommunen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet? 40
5.7 Er det etablert rutiner for oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt? 41
5.8 Har kommunen etablert et system for vedtaksoppfølging? 41
6. Forslag til tiltak 42
Vedlegg 1: Stikkprøver 43
Vedlegg 2: Høringsuttalelse fra Karmøy kommune v/rådmannen 47
Vedlegg 3: Oversikt over sentrale dokument og litteratur 48

1. Formål og problemstillinger

1.1 Bakgrunn

Deloitte har med utgangspunkt i bestilling fra kontrollutvalget 30.01.13, sak 6/13 gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll og vedtaksoppfølging i Karmøy kommune.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært å vurdere om Karmøy kommune har et internkontrollsystem for å sikre betryggende kontroll av driften i kommunen, herunder sikre at politiske vedtak og andre politiske oversendelser blir effektuert og fulgt opp. Med bakgrunn i formålet med prosjektet ble det formulert følgende problemstillinger:

Kontrollmiljø

1) I hvilken grad er det etablert et kontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis?

    a) Hvordan har kommunen formalisert, organisert og strukturert sin tilnærming til styring og kontroll med egen virksomhet?
    b) Har kommunen vedtatt prinsipper for ledelse og styring?
    c) Har kommunen etablert retningslinjer og mål knyttet til etikk og atferd?
    d) Hvordan har kommunen organisert internkontrollarbeidet?
    e) Er ansvar og roller i internkontrollarbeidet tydelig avklart?
    f) Har kommunen tilstrekkelig kompetanse til å sikre en hensiktsmessig internkontroll?
    g) Har kommunen tilstrekkelig verktøy og ressurser til å sikre en hensiktsmessig internkontroll?

Risikovurdering

2) Er internkontrollsystemet basert på systematisk risikokartlegging og vurdering eller andre former for analyse der fare for svikt, feil eller mangler knyttet til manglende regeletterlevelse, måloppnåelse, rapportering og arbeidsprosesser blir identifisert?

Kontrollaktiviteter

3) Har kommunen etablert rutiner, kontroller og rapporteringer knyttet til internkontrollen?

    a) I hvilken grad har kommunen etablert skriftlige utførende- og kontrollerende rutiner /prosedyrer for sentrale arbeidsprosesser?
    b) Har kommunen etablert rutiner for rapportering fra tjenestene og administrasjonen til rådmannen?
    c) Hvordan følger kommunen opp eventuelle avvik eller risikoforhold som framkommer i rapporteringen?

4) Har kommunen etablert et avvikssystem hvor ansatte kan melde om avvik?

    a) I hvilken grad har kommunen en systematisk oppfølging av avviksmeldinger?

5) I hvilken grad sikrer kommunen gjennom sitt internkontrollsystem at fagspesifikke internkontrollsystem er i samsvar med regelverket?

Ledelsesaktiviteter

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

    a) Hvordan blir krav og forventninger til internkontroll kommunisert til ledelse og ansatte?
    b) Er innholdet i internkontrollsystemet kjent og benyttet i organisasjonen?

7) Er det etablert rutiner for oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt?

Vedtaksoppfølging

8) Har kommunen etablert et system for vedtaksoppfølging?

    a) Er det etablert et system for iverksetting av politiske vedtak og andre politiske oversendelser?
    b) I hvilken grad er det satt frister for effektuering av vedtak og oversendelser?
    c) Er det rutiner for rapportering internt i administrasjonen og tjenestene på oppfølgingen av vedtak og politiske oversendelser?
    d) Er det rutiner for rapportering til politisk nivå om oppfølgingen av vedtak og oversendelser?
    e) I hvilken grad blir politiske vedtak og oversendelser fulgt opp av administrasjonen?

1.3 Avgrensinger

I gjennomgang av internkontroll har revisjonen ikke undersøkt internkontroll knyttet til grunnlaget for den finansielle rapporteringen.

I gjennomgang av system for vedtaksoppfølging har prosjektet vært avgrenset til oppfølging av politiske vedtak. Administrative vedtak som er vedtatt etter delegasjonsreglementet er derfor ikke omfattet.

2. Revisjonskriterier

2.1 Innledning

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderes opp mot. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra lover og regelverk, COSO-modellen[1] og kommunale vedtak og retningslinjer. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.

2.2 Internkontroll

Det går fram av kommunelovens § 23.2 at administrasjonssjefen skal «(…) sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instrukser, og at den er gjenstand for betryggende kontroll"[2], og av *Ot.prp. nr. 70 (2002–2003)*[3] framgår det at «[e]tableringen av en tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.»[4]

Selv om det er rådmannen som har det overordnede ansvar for internkontrollen vil den daglige oppfølgingen i praksis skje ute i virksomhetene. Det er derfor viktig at delegasjonsreglementet inneholder en klar ansvarsfordeling mellom de ulike nivåene. I delegasjonsreglementet bør det blant annet fremgå hvilket internkontrollansvar nivået under rådmannen har.5

I Ot.prp nr 70. defineres internkontroll 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.»[6]

Det er ledelsen i en organisasjon som har ansvaret for å etablere et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette ansvaret omfatter både utforming, gjennomføring, oppfølging og vedlikehold av internkontrollen. Likeledes vil det være ledelsens ansvar at internkontrollsystemet er koordinert og så langt det lar seg gjøre integrert i øvrige styrings- og ledelsessystemer i virksomheten. I tillegg har ledelsen et særskilt ansvar for utforming og gjennomføring av overordnede ledelseskontroller og for oppfølging og overvåking av detaljerte kontrollaktiviteter.

I 85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll7 blir det pekt på at det er viktig at den internkontrollen som skal etableres, blir tilpasset den enkelte kommune. Dette fordi kommunene har ulik organisering, utvikling, ansvarsdeling og kompetanse.8 At internkontrollen må være tilpasset den enkelte virksomhet og kommune, innebærer at kommunen må vurdere sine mål og krav og etablere et internkontrollsystem

[1] COSO står for Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comission. COSOs rammeverk for internkontroll, ofte kalt COSO-modellen, utgjør i dag et av de tre mest brukte rammeverkene for virksomhetsstyring, sammen med ISO 900:2008 og ulike mål- og resultatstyringsmodeller basert på Balansert målstyring (BMS), i følge KS Arbeidshefte til EffektiviseringsNettverket "Rådmannens internkontroll", versjon 1. 2012.
[2] Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.
[3] Om lov om endringer i lov 25. September 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).
[4] Kapittel 1.5.4
[5] KS. Rådmannens internkontroll. Orden i eget hus! 2012
[6] Kapittel 4.3
[7] Kommunal- og regionaldepartementet 2009.

som underbygger at de prioriterte målene og kravene oppnås og etterleves på en effektiv måte. Ettersom risiko og kompleksitet også varierer innen kommunens mange tjenesteområder, må det enkelte tjenesteområdet derfor vurdere egen risikoprofil og kompleksitet ved utvikling av internkontrollsystemet. For å sikre effektivitet må tjenesteområdets risiko og kompleksitet vurderes. Samtidig er det viktig å integrere internkontrollen i kommunens ledelses- og styringssystemer, og bygge kontrollaktivitetene inn i de eksisterende arbeidsprosessene i tjenesteområdet. På denne måten sikrer man at internkontrollsystemet ikke blir et byråkrati på utsiden av arbeidsprosesser og styringssystemer.

2.2.1 Rammeverk for internkontroll

Det finnes flere rammeverk for hvordan en kan utarbeide et overordnet internkontrollsystem. Et av de mest brukte rammeverkene for internkontroll er COSO-modellen.[9]

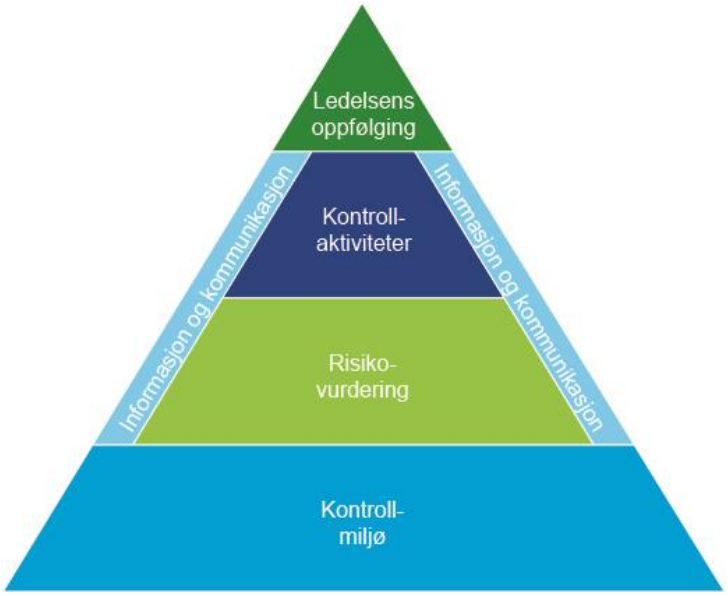
Det er ikke et krav i regelverket at internkontrollsystemet i kommunen skal være basert på COSO-modellen, men modellen representerer hovedelementer som bør inngå i en overordnet vurdering av internkontroll. Det er også viktig at internkontrollen tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter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

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



[8] Kommunal- og regionaldepartementet: Internkontroll i norske kommuner. Status og utviklingsbehov (2008), side 48.
[9] 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 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 de arbeidsprosessene som har høyest sannsynlighet for, og konsekvens av, svikt, feil eller mangler blir identifisert. Det er et mål at ledelsen skal ta hensyn til risikovurderingene i utformingen av internkontrollen, ved at man fokuserer og avgrenser 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:

COSO Område	Beskrivelse	Praktiske eksempler
Kontrollmiljø	Fundamentet for god internkontroll. Ledelsens holdning, adferd og definerte retningslinjer er utgangspunktet for god internkontroll.	• 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.	• Fastsette mål • Identifisere risiko • Vurdere og prioritere risiko • Håndtere risiko
Kontroll-aktiviteter	Kontrollaktiviteter etableres for å sikre at retningslinjer, prosedyrer og andre krav etterleves i praksis. Etableres for å redusere risiko og unngå uønsket adferd.	• 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	• Rapportering oppover • Kommunikasjon nedover / oppover / til siden • IT-systemstøtte for effektiv kommunikasjonsflyt
Oppfølging	Ledelsen må etablere mekanismer for å følge opp at internkontrollen fungerer	• Løpende oppfølging • Evalueringer • Korrigerende tiltak ved avvik

2.2.2 Fag- og sektorspesifikke krav til internkontroll

Helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsetaten i Karmøy kommune er etter § 3 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten sosial- og helsetjenesten underlagt krav om internkontroll.10 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, instrukser, 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.

VAR-tjenestene (vann, avløp og renovasjon)

Også innen tjenester knyttet til vann, avløp og renovasjon er Karmøy kommune som eier av vannverk, avløpsnett og som driver av renovasjonsvirksomhet underlagt krav til internkontroll. Det går bl. a fram av drikkevannsforskriftens § 5 at «[v]annverkseier skal påse at det etableres og føres internkontroll (…). Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art og omfang.»

Av veilederen til forskriften går det fram at dette innebærer å:

> «- klarlegge hvilke krav som stilles til vannverkene og ta standpunkt til hva dette innebærer for egen virksomhet.
> - fastsette mål for arbeidet med vannforsyningen som grunnlag for planer og tiltak
> - ha oversikt over vannverkets organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt
> - kartlegge svakheter i vannforsyningssystemet som er en risiko for vannkvalitet og leveranse, og planlegge og følge opp nødvendige tiltak for å redusere risikoen
> - ha rutiner for å rette opp feil, og rutiner for å hindre gjentagelse av feil og mangler
> - ha rutiner for å varsle tilsynsmyndigheter og abonnenter om endringer av betydning for bruken av vannet
> - sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse
> - jevnlig kontrollere at internkontrollen fungerer som forutsatt.»[11]

Når det gjelder avløpsnettet går det bl. a fram av forurensningsforskriftens at den ansvarlige for virksomheten skal ha en samlet oversikt over alle overløp på avløpsnettet og prøvetakningsplan for avløpsvann som del av sin internkontroll [12]. Kommunens renovasjonsvirksomhet er også omfattet av regelverket om miljørettet helsevern[13,] hvilket innebærer at:

> «Den ansvarlige for en virksomhet eller en eiendom skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll (…) Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve kravene i denne forskriften.»[14]

[10] Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR-2002-12-20-1731.
[11] Veiledning til Drikkevannsforskriften,versjon 3 (mars 2011).Mattilsynet
[12] FOR 2004-06-01 nr 931: Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften), henholdvs §§ 13-6 og 14-11
[13] Veileder om beregning av kommunale avfallsgebyr TA-2001/2003, Statens Forurensningstilsyn 2004.
[14] FOR 2003-04-25 nr 486: Forskrift om miljørettet helsevern, § 12

Skole og barnehage

Som skoleeier er det stilt krav i opplæringslovens § 13-10 om at Karmøy 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 resultata frå desse vurderingane og nasjonale kvalitetsvurderingar som departementet gjennomfører med heimel i § 14-1 fjerde ledd.»[15]

Det går fram, bl. a i Ot.prp. nr. 55 (2003-2004)[16] , at skoleeier står fritt til å utforme sine egne system, tilpasset lokale forhold. Det er for eksempel ikke er 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 veileder[17] 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.
- 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.[18]:

> «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.» [19]

Når det gjelder barnehagesektoren går det ellers fram at i motsetning til alle andre sektorlover, inneholder ikke barnehageloven krav om at kommunen skal ha internkontroll20. Samtidig viser stortingsmeldingen til at kommunelovens § 23 nr. 2 per i dag innebærer at administrasjonssjefen i kommunen har et internkontrollansvar for hele kommunens virksomhet. Den peker også på at en kartlegging gjort av barnehagelovutvalget i 2012 viste at 67 prosent av kommunene allerede hadde skriftlige rutiner i forhold til deres plikter som barnehagemyndighet21.

---

[15] Kunnskapsdepartementet: Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). LOV-2013-06-21-98
[16] Ot.prp. nr. 55 (2003-2004): Kapittel 6, Merknader til dei enkelte paragrafane.
[17] Utdanningsdirektoratet/KS (2004): *Veileder om kommunenes "forsvarlige system" i henhold til opplæringsloven §13-10.*
[18] FOR 1995-12-01 nr. 928: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
[19] 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.»
[20] Dette går fram av stortingsmeldingen *Framtidens barnehage Meld. St. 24 (2012–2013)*. Av stortingsmeldingen går det videre fram at eksempler på slike sektorlover er bl. a sosialtjenesteloven, barnevernloven, introduksjonsloven og kommunehelsetjenesteloven.
[21] NOU 2012: 1 Til barnas beste. Ny lovgivning for barnehagene

2.3 Prinsipper for vedtaksoppfølging

Kommunenes sentralforbund har gitt ut boken «Folkevalgt 2011-2015 i kommunen»[22]. Her er det beskrevet flere prinsipper knyttet til god vedtaksoppfølging.

Når det gjelder vedtaksfatting påpekes det at «[n]år de folkevalgte har politisk kompliserte saker til behandling, kan det være lett å bli mindre presise i sine vedtak. Bestillingen kan bli utydelig.»[23] Styringssignaler og bestillerkompetanse trekkes derfor fram som fram som viktig for å sikre at det er tydelig på hva som skal leveres av kommunens administrasjon. Det er viktig at det i kommunen er «(…)minst mulig tvil om *hva* et politisk styringssignal er, *hvem* som kan gi styringsignaler og *når* det gis.»[24]

Det trekkes videre fram at det bare er kommunestyret eller folkevalgte organer som kommunestyret har gitt fullmakt som kan gi arbeidsordre til administrasjonen. Videre går det fram at:

> «[n]år den politiske meningsutvekslingen er over, bør lederen for utvalget/ordføreren oppsummere diskusjonen og trekke ut essensen. Da unngår man at dette overlates til rådmannen uten at det er klargjort hva flertallet mener om saken»[25]

Samtidig understrekes det at det at er rådmannens oppgave å fortolke og omsette de politiske vedtakene til faglig gjennomførbare oppgaver:

> «En rådmann må (…) søke intensjonen bak vedtaket – hva de folkevalgte ønsker å oppnå med sitt vedtak. Det er denne intensjonen som må formidles i organisasjonen og som rådmann løpende må vurdere for å finne grensesnittet for kva som er administrasjon og kva som er politikk»[26]

Det går videre fram at for at politikere skal kunne utøve sitt arbeid på en treffsikker og effektiv måte er det viktig at de sikres god og riktig informasjon[27]. Det understrekes at det derfor er viktig at rådmannen tar aktive grep for å sikre åpenhet og strukturert informasjonsflyt. Slik informasjon gis som regel i stiliserte rapporter, men KS trekker fram at det bør drøftes hvorvidt det er hensiktsmessig med mer løpende informasjon om generelle forhold eller tjenesteproduksjon. [28]

2.3.1 Reglement for kommunestyre, formannskap og faste utvalg i Karmøy kommune

Karmøy kommune har et eget reglement for kommunestyre, formannskap og faste utvalg.[29] Av dette reglementet går det bl.a fram at

> «§ 18. Forespørsler. [E]thvert medlem [kan] rette forespørsler til lederen i møtet, også om saker som ikke står på sakslisten. For at møteleder skal kunne gi et utfyllende svar under møtet, bør forespørselen være meldt skriftlig til møteleder i god tid før møtet».
>
> «§ 21. Bokføring av forhandlingene. Det lages referat fra politiske organers møter»
>
> «§ 22. Iverksetting av vedtak. Rådmannen skal påse at vedtak i politiske organ blir iverksatt jfr. kommunelovens § 23.2»

[22] Kommuneforlaget 2011
[23] Folkevalgt 2011-2015 i kommunen, s 77
[24] Ibid, s 78
[25] Ibid, s 79
[26] Ibid, s74
[27] Ibid, s 79
[28] Ibid, s 80
[29] Reglement for kommunestyre, formannskap og faste utvalg, Karmøy kommune

3. Metode

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

3.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og benyttet som kontrollkriterier. Videre har informasjon om kommunen og dokumentasjon på etterlevelse av interne rutiner, regelverk m.m. blitt samlet inn og analysert. Innsamlet dokumentasjon er vurdert opp mot til kontrollkriteriene.

3.2 Intervju

For å få innsyn i hvordan retningslinjer og rutiner blir praktisert i den kommunale virksomheten, er det gjennomført intervju med rådmann og etatssjefer, tre avdelingsledere, samt nøkkelpersoner med oppgaver knyttet til internkontroll innen de tre etatene i kommunen. Videre er det gjennomført intervju med formannskapssekretær i kommunen.

3.3 Elektronisk spørreundersøkelse

Revisjonen har sendt ut en elektronisk spørreundersøkelse til alle avdelings- og virksomhetsledere i kommunen. Undersøkelsen er utarbeidet i verktøyet Questback, og er sendt på e-post til totalt 77 respondenter. 66 av disse har svart på undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 85,7 prosent. 43 av de som har svart arbeider innen Oppvekst- og kulturetaten, 18 innen Helse- og omsorgsetaten, og fem innen Teknisk etat. Innen Teknisk etat er svarprosenten 100 %.

Spørreundersøkelsen har omfattet spørsmål knyttet til kommunens generelle internkontroll, samt i hvilken grad krav til internkontrollsystem er kjent og blir benyttet i kommuneorganisasjonen.

3.4 Stikkprøvegjennomgang

Revisjonen har tatt stikkprøver av til sammen 10 saker for å vurdere oppfølgingen av politiske vedtak. Sakene er valgt ut fra kommunestyret, formannskapet og de tre hovedutvalgene fra perioden 2011-2012.

3.5 Verifiseringsprosesser

Referat fra intervju har blitt sendt til intervjuobjektene for verifisering. Det er informasjon fra verifiserte intervju som har blitt benyttet i rapporten. Faktadelen i rapporten er sendt til rådmannen og etatsjefer for verifisering. Deretter har hele rapporten, inkludert vurderingsdel og forslag til tiltak, blitt sendt til rådmannen for uttale. Rådmannen sin uttale er vedlagt rapporten.

4. Data

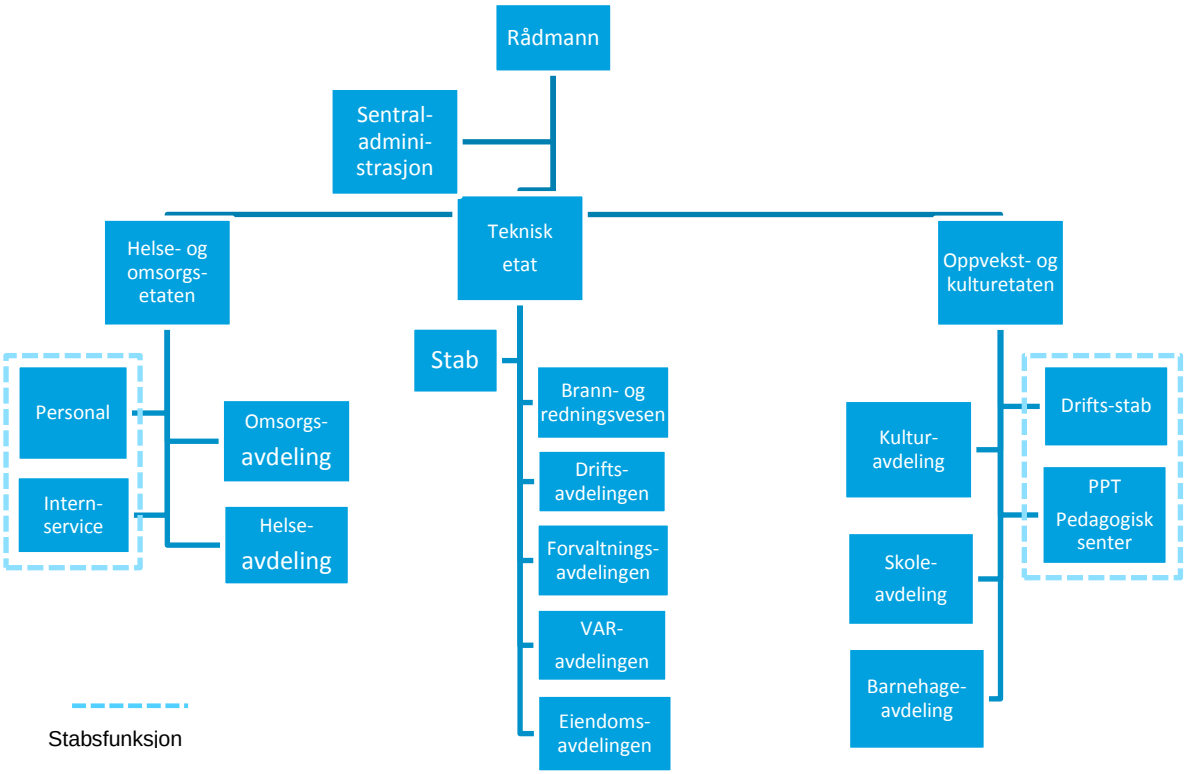
4.1 Kontrollmiljø

Karmøy kommune hadde per 2012 3 053 ansatte, fordelt på 2 429 årsverk (eksklusiv lange fravær), og en omsetning på 2 788,4 mill. kr.[30]

Kommunen er organisert etter hovedutvalgsmodellen, med tre nivå. Det er tre etater som korresponderer med de politiske utvalgene, samt en sentraladministrasjon. Sentraladministrasjonen inkluderer personalavdeling, økonomiavdeling, NAV, IT-avdeling, kommuneadvokat og rådmannens stab. Politisk sekretariat inngår også i sentraladministrasjonen, men er underlagt ordfører. De tre etatene er helse- og omsorgsetaten, teknisk etat og oppvekst- og kulturetaten. Helse- og omsorgsetaten er igjen delt inn en helse- og en omsorgsavdeling. Teknisk etat består av brann- og redningsvesenet, driftsavdelingen, forvaltningsavdelingen, VAR-avdelingen og eiendomsavdelingen. Oppvekst- og kulturetaten omfatter kulturavdelingen, skoleavdelingen og barnehageavdelingen. Etatene ledes av etatssjefer, og hver avdeling ledes av en avdelingsleder. Innen helse- og omsorgs- og oppvekst- og kulturetatens avdelinger er det også et varierende antall virksomheter som ledes av hver sin virksomhetsleder.

Kommuneorganisasjonens inndeling er dokumentert i egne organisasjonskart for kommunen som helhet, og for hver enkelt etat. Disse er tilgjengelig på kommunens nettsider.

Figur 1 Forenklet oversikt over kommuneorganisasjonen i Karmøy kommune



[30] Karmøy kommune. Årsmelding 2012, s. 2

Det går fram av intervju at dagens organisasjonsmodell ikke er formelt vedtatt, og at kommunen har vært organisert slik siden før dagens rådmann tiltrådte i 1999. Det blir opplyst at det per i dag ikke foreligger planer om å omstrukturere organisasjonen, annet enn mindre endringer innad i avdelinger/etater. Blant annet vil det i løpet av 2013 og 2014 bli foretatt en omorganisering av administrasjonen og virksomhetene innen helse- og omsorgsetaten.

Det går fram av intervju at både rådmannen og etatsledelsen opplever at dagens organisering etter hovedutvalgsmodellen er en styrke for organisasjonen. De oppfatter at modellen gjør det tydelig hvordan ansvaret er fordelt mellom etatene, og hva den enkelte etatssjef er ansvarlig for innen sine områder. Det opplyses for eksempel at det er avklart at saker som er etatsspesifikke går til etatssjefer, og alt annet går til rådmannen uten at dette er nærmere spesifisert. Informasjon fra intervju med avdelingsledere og andre nøkkelpersoner viser at også disse opplever at ansvar og arbeidsoppgaver innen deres respektive områder er klare.

4.1.1 Styring og kontroll

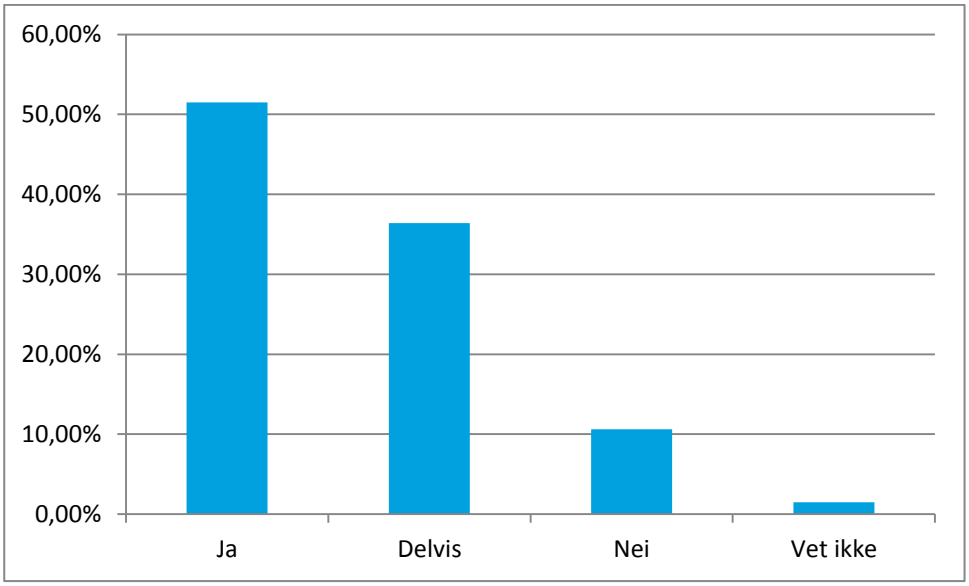
Styringsdokumenter og styringssystem

I intervju fremkommer det at på overordnet nivå omfatter kommunens felles styringsdokumenter kommuneplan, budsjett- og økonomiplan, kommunedelplaner, delegasjonsreglement. En gjennomgang av kommunens «extranett» viser at kommunen også har utarbeidet felles arkivplan, håndbøker for HMS og brannvern, beredskapsplan, samt felles retningslinjer og instrukser for informasjonsbehandling og et eget IT-reglement.

Det er ikke etablert et styrings- og rapporteringssystem på overordnet nivå, på tvers av etatene. Det er heller ikke utarbeidet føringer for hvordan styrings- og rapporteringssystem skal utformes i etatene. Det går fram av intervju og oversendt dokumentasjon fra etater og avdelinger at det er utarbeidet en rekke styringsdokumenter som er etats- og/eller avdelingsspesifikke. Innen oppvekst- og kulturetaten er et det også etablert et etatsspesifikt styringssystem basert på verdibasert målstyring, der etaten har utarbeidet strategikart med etats-, avdelings- og virksomhetsmål. Systemet ble tatt i bruk i 2010, og ble formelt vedtatt i hovedutvalget i 2012. Etat for oppvekst og kultur er foreløpig den eneste etaten i kommunen som har et slikt system. Revisjonen er ikke kjent med hvorvidt det systemet har blitt evaluert for å vurdere om det kan være relevant for flere etater å ta det i bruk.

Når det gjelder utforming av mål for virksomhetene går det fram av spørreundersøkelsen at 52 % av lederne oppgir at enheten har utformet mål for alle vesentlige områder, mens 32 % oppgir at de delvis har dette. Figur 2 nedenfor viser at innen teknisk etat svar 80 % «ja» på spørsmålet om det er utformet mål for alle vesentlige områder. Tilsvarende tall for henholdsvis oppvekst- og kulturetaten og helse- og omsorgsetaten er 61 % og 22 %.

Figur 2 Er det utformet mål for alle vesentlige områder innenfor din enhets virksomhet?



Av alle lederne som har svart oppgir 38 % at de rapporterer på måloppnåelse innenfor alle vesentlige områder. 49 % gjør delvis dette. Dersom vi ser på antallet ser vi at tre av lederne innenfor helse- og omsorgsetaten oppgir at de ikke rapporterer på mål, og det samme svarer fem av lederne innenfor oppvekst- og kulturetaten.

Delegasjon, lederavtaler og funksjonsbeskrivelser

Av de generelle reglene i Karmøy kommunes delegasjonsreglement går det fram at rådmannen har delegert myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning.[31] Videre fremgår det at rådmannen selv kan delegere denne myndigheten internt i administrasjonen, og at det er rådmannen selv som innenfor rammen av sin delegasjonsmyndighet, utarbeider retningslinjer for den interne delegeringen og utøvelsen av en delegerte myndigheten.[32] Revisjonene ikke gjort kjent med at det er utarbeidet formelle retningslinjer for den interne delegeringen og utøvelse av den delegerte myndighet fra rådmannen (administrativt delegasjonsreglement).

Det går fram av undersøkelsen at det er utarbeidet lederavtaler og funksjonsbeskrivelser innenfor noen tjenesteområder, men det opplyses i intervju at det ikke blir utarbeidet lederavtaler systematisk for alle ledere i kommunen. Av intervju går det fram at det innen **helse- og omsorgsetaten** er utarbeidet både funksjonsbeskrivelse for alle virksomhetsledere og alle ansattkategorier, og det er også inngått lederavtaler/internavtaler for alle virksomhetsledere. Det går samtidig fram i intervju at disse avtalene ikke er revidert for 2013 pga. interne endringer og sykefravær i avdelingen. Innen **oppvekst- og kulturetaten** foreligger det funksjonsbeskrivelser for om lag halvparten av lederne i etatsledelsen, men det eksisterer i liten grad slike beskrivelser for ledere innen den enkelte avdeling. Innen **teknisk etat** blir det opplyst at etaten har gått vekk fra utarbeidelse av funksjonsbeskrivelser ettersom dette ikke ble opplevd som nyttig.

Møtestruktur

Rådmannens ledergruppe har faste ukentlige møter.[33] I alle etatene er det etablert egne ordninger med drifts- og ledelsesmøter både på etats- og avdelingsnivå.

Innen **helse- og omsorgsetaten** er det ukentlige etatssjefmøter, der etatssjef, avdelingslederne og stabslederne deltar. Det går fram at innen omsorgsavdelingen, som revisjonen har gjennomført undersøkelser i, gjennomføres det også månedlige ledersamlinger der virksomhetsledere og avdelingsledere, samt stabsleder personal og stabsleder service deltar. I tillegg deltar andre ved behov. Fast agenda i disse samlingene er økonomi og personal, og ellers andre aktuelle saker. Det går fram

[31] Delegasjonsreglement for Karmøy kommune. Vedtatt av kommunestyret 14. 06.2012, pkt 1.f), s. 4.
[32] Ibid., pkt. 7. og 8.
[33] Ledergruppen ledes av rådmannen og inkluderer de tre etatssjefene, samt kommunens personalsjef og økonomisjef.

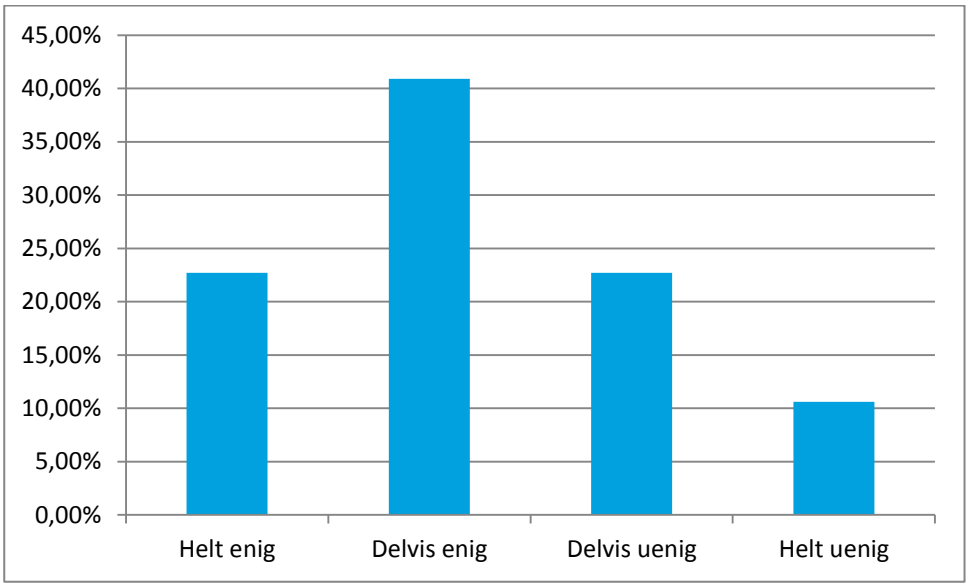
av intervju at det ikke skrives referater fra disse møtene og etatssjef mener at det er et forbedringspotensial knyttet til både bruk av årshjul for å sikre hvilke saker som skal tas opp regelmessig, samt å dokumentere hvilke saker som er tatt opp og hva som er besluttet i møtene.

Innen **teknisk etat** er det ukentlige ledermøter mellom etatssjef og avdelingslederne, med fokus på driften. Etatens økonomikonsulent deltar fast i møtene. I tillegg til disse faste møtene blir det også arrangert interne seminar for ledergruppen der overordnede strategier, målstyring og utvikling er tema.

Også **oppvekst- og kulturetaten** har faste ukentlige etatssjefmøter der etatssjef og nestleder for etaten, avdelingsledere, stabsledere, samt rådgiver, deltar. Det blir sendt ut sakslister i forkant av møtene. Innen skoleavdelingen er det faste rektorsamlinger. Innen barnehageavdelingen er det og ledersamlinger annenhver måned for de kommunale barnehagene.

Når det gjelder i hvilken grad internkontroll er tema i de jevnlige møtene som arrangeres i de ulike etatene viser figur 3 nedenfor at totalt 23 % sier seg helt enig i dette, mens 41 % sier at de er delvis enig. 33 % er helt eller delvis uenig i påstanden. Det går videre fram at det er helse- og omsorgsetatens ledere som i størst grad opplever at internkontroll er, eller delvis er, et tema i møtene (totalt 64 %).

Figur 3 Internkontroll som tema i ledermøter



4.1.2 Ansvar, roller og ressurser knyttet til internkontrollarbeidet

Det framgår av kommunens hjemmesider at ansvar for internkontroll i kommunen er plassert hos rådmannen.[34] Av intervjuene går det fram at det praktiske ansvaret for internkontrollen er plassert i de ulike etatene.

Innen **helse- og omsorgsetaten** er ansvaret for internkontroll på økonomiområdet og innen informasjonssikkerhet/fagsystemer plassert hos internservice. Det går fram av intervju at fram til fram til februar i år hadde etaten også en egen kvalitetsrådgiver med ansvar for faglig internkontroll. Denne stillingen er nå ubesatt, da kvalitetsrådgiver for tiden fungerer som omsorgssjef. Det blir opplyst at etaten har lyst ut kvalitetsrådgiverstillingen, men at etaten ikke har lyktes med å besette den. Det går også fram av intervju at etaten vurderer å dele opp ansvarsområdene som har tillagt denne stillingen på flere personer, slik at etaten blir mindre sårbar i fremtiden.

Det opplyses i intervju at virksomhetslederne i helse- og omsorgsetaten har ansvar for internkontrollarbeidet i sine enheter. Det blir opplyst at ansvaret til den enkelte leder fremgår av den enkelte sin ansvars- og myndighetsbeskrivelse (funksjonsbeskrivelser). I tillegg har etaten

[34] http://www.karmoy.kommune.no/no/organisasjonen/radmannen/radmannens-side

lederavtaler/internavtaler som inngås mellom etatsjef og avdelingsledere. I vedlegg til internavtalen mellom avdelingssjef og etatsleder fremgår det at avdelingssjef har ansvar for kvalitetsledelse,

Det kommer fram gjennom intervju at innen **teknisk etat**, er det etatens fem avdelingsledere som har det faglige internkontrollansvaret for sine fagområder. For VAR-avdelingen, som revisjonen har gjort nærmere undersøkelser i, innebærer dette å sikre etterlevelse av krav som ligger i bl. a drikkevannsforskriften, forurensningsloven og retningslinjene for selvkostberegning og avfallsgebyrer. I tillegg er det i VAR-avdelingen også ansatt en egen HMS-koordinator som har et særlig ansvar for oppfølging av internkontrollen innen helse, miljø og sikkerhetsarbeidet. Etatssjef sier at han har tillit til at avdelingslederne utfører den internkontrollen som er nødvendig, og har ikke sett behov for å kontrollere dem. Det går fram av intervju at etaten ikke har et fullstendig system med funksjonsbeskrivelser, men at de ansattes ansvar og oppgaver går fram av ansettelsesbrev. Avdelingenes faglige ansvarsområder går fram av en egen brosjyre som etaten har utarbeidet.

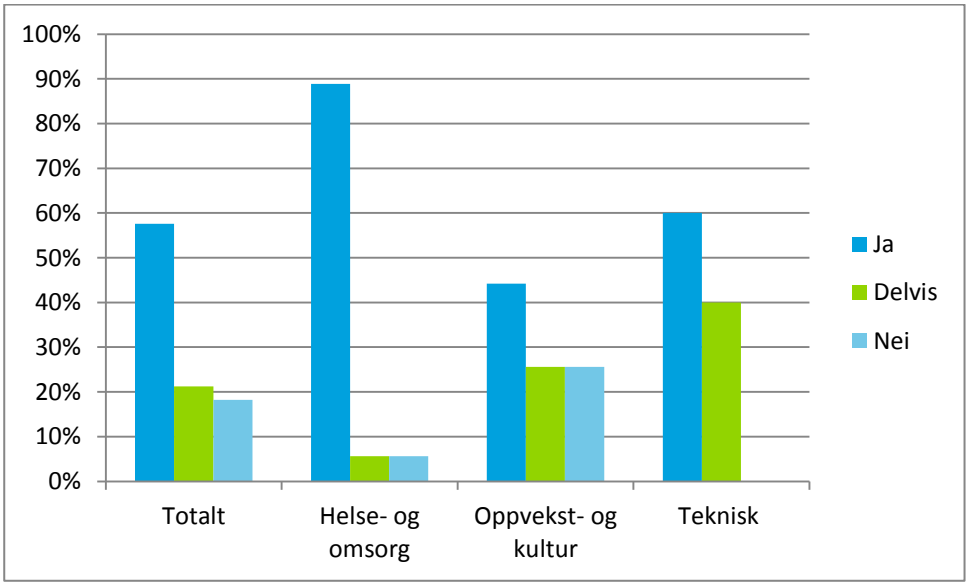
Innen **kultur- og oppvekstetaten** blir det opplyst at det er etatssjefen som har det overordnete ansvaret for etatens internkontroll, mens avdelingslederne er ansvarlige for internkontroll i sine virksomheter. I etatens skoleavdeling har en av stabsrådgiverne som del av sin stilling, ansvar for å følge opp rektorene og veilede dem i forhold til å følge opp sjekklisten og kravene i opplæringsloven. Rektorene selv har ansvar for å sikre at kravene i loven blir fulgt opp. Etat for oppvekst- og kultur har ikke lederavtaler eller funksjonsbeskrivelser for avdelingsledere eller virksomhetsledere i etaten.

Når det gjelder dedikerte ressurser knyttet til internkontroll, viser spørreundersøkelsen at 28 % av enhetene oppgir at de har eller delvis har en ressurs som har spesielt ansvar for internkontroll, f.eks. en kvalitetsrådgiver eller controller, men flertallet oppgir at de ikke har dette. I intervju er det flere som peker på at de opplever at det er knapt med ressurser knyttet til internkontroll. Innenfor kultur- og oppvekstetaten blir det blant annet vist til at det i praksis blir lite tid til arbeid med en helhetlig oppfølging av skoleavdelingens arbeid med internkontroll på grunn av andre oppgaver, slik at man ikke har oversikt over i hvilken grad system slik som sjekklisten er i aktiv bruk ute i skolene. Innenfor omsorgsavdelingen blir det vist til at selv om de ansatte har kompetanse knyttet til internkontroll, kan det også være en utfordring at man ikke alltid ser behovet for dokumentasjon og internkontroll i det daglige, men først oppdager behovet for dette i forbindelse med eksterne tilsyn.

4.1.3 Kompetanse og opplæring

Når det gjelder kompetansen til de ansatte, viser undersøkelsen at totalt 58 % av lederne oppgir å ha kartlagt kompetansen blant de ansatte i sin enhet i løpet av de siste tre år. Som det går fram av figur 4 nedenfor er det innen helse- og omsorgsetaten at flest ledere oppgir å ha gjennomført slik kartlegging.

Figur 4 Har enheten gjennomført kartlegging av kompetanse siste tre år?



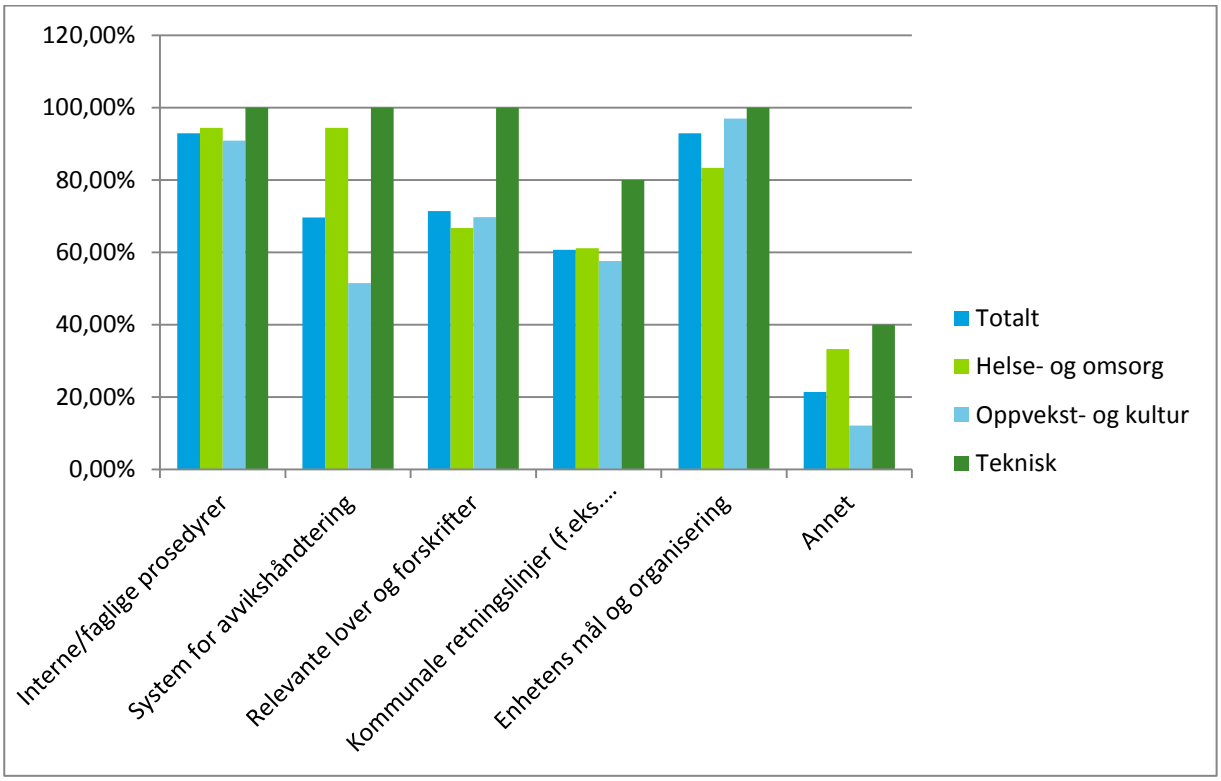
Videre viser undersøkelsen at det er store variasjoner knyttet til om enhetene har utarbeidet og dokumentert dette i egne kompetanse-/opplæringsplaner. Det går fram av kommunens extranett at helse- og omsorgsetaten har utarbeidet en Strategisk plan for kompetanseutvikling og at denne sist ble oppdatert i 2011. Det er også 89 % av lederne i spørreundersøkelsen fra denne enheten som oppgir at de har utarbeidet slike planer, mens 11 % delvis har gjort dette. Innen oppvekst- og kulturetaten er det 19 % som oppgir at de har slike planer, mens 44 % ikke har det. Innen Teknisk etat har tre av fem avdelinger kompetanse-/opplæringsplaner. Innen VAR-avdelingen går det fram at det per i dag ikke finnes en samlet oversikt over hvilken kompetanse og opplæring de ansatte har. Det er de ulike arbeidslederne innen VA, vann og renovasjonstjenestene som skal ha oversikt over hvilke kompetanse de ansatte har innenfor sine arbeidslag. Avdelingsledelser opplyser at hun ser behov for å utarbeide en avdelingsvis kompetanseoversikt, for å sikre at kompetansen er på plass innen alle fagområdene.

Det blir opplyst i intervju at kommunen er med i «Bedre kommune»-programmet i regi av KS, og i forbindelse med dette er det blant annet gjennomført lederopplæring for alle ledere i kommunen i 2013.

Spørreundersøkelsen viser videre at totalt 45 % av enhetene oppgir at de har etablert et formalisert system for opplæring av nyansatte. Innen teknisk etat og helse- og omsorgsetaten oppgir alle enhetene at de har, eller delvis har et slikt system, mens det innen oppvekst- og kulturetaten er 17 % av lederne som oppgir at de ikke har et slikt formelt system for opplæring av nyansatte.

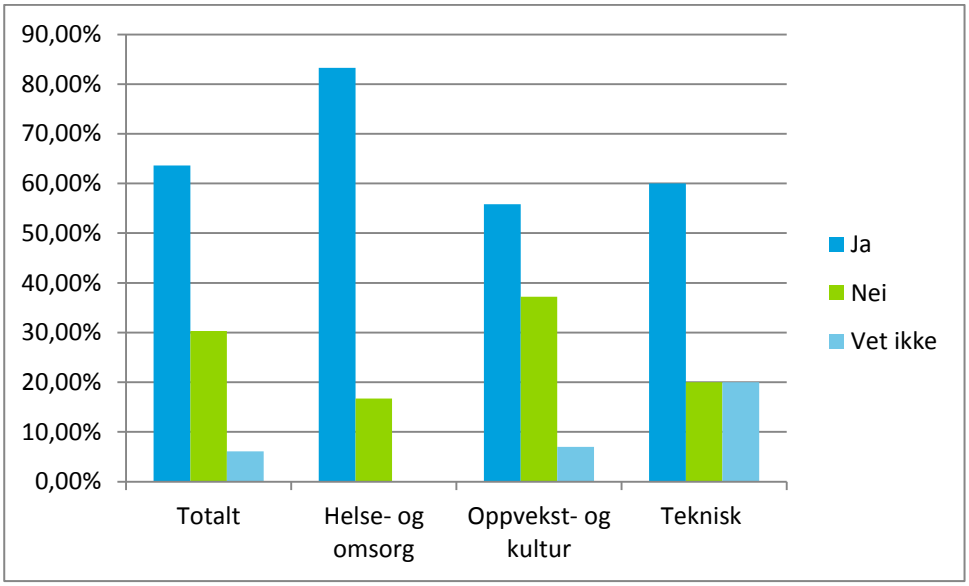
De enhetene som har et system for opplæring av nyansatte ble også spurt om hvilke områder de nyansatte fikk opplæring innenfor. Svarene fremgår i av figur 5 under og viser at det flest får opplæring i er enhetenes interne og faglige prosedyre, samt mål og organisering for virksomheten. Det som i minst grad gis innføring i er kommunale retningslinjer, og kommunes avvikssystem.

Figur 5 Sikrer systemet at alle nyansatte får opplæring i følgende?



Når det gjelder enhetsledernes egen kompetanse på internkontroll viser undersøkelsen at totalt 64 % av respondentene har fått opplæring i internkontroll, mens 30 % ikke har fått slik opplæring. Figur 6 under viser at det er flest ledere innen helse- og omsorgsetaten som oppgir at de har fått slik opplæring, mens det er færrest i oppvekst- og kulturetaten.

Figur 6 Har du som leder fått opplæring internkontroll?



Av de som svarte at de hadde fått opplæring, opplever 31 % at opplæringen *ikke* var tilstrekkelig for å kunne praktisere god internkontroll i den enheten de leder. Til sammen 52 % opplever at opplæringen var tilstrekkelig.

Det går fram av intervju at innen **helse- og omsorgsetaten** har etatssjef, avdelingsledere og alle virksomhetslederne og fagansvarlige innen etaten hatt opplæring i etatens kvalitetssystem, samt opplæring i kvalitetsarbeid fra forelesere fra Høyskolen i Buskerud.

Innen **teknisk etat** blir det opplyst at går det fram at det gis opplæring i ROS-analyser, beredskap (med øvelse), førstehjelp og mer. Det gjennomføres ikke opplæring i internkontroll utover dette i etaten.

Innen **oppvekst- og kulturetaten** blir det bl. a gitt opplæring til rektorene innen praktisk bruk av rutiner og saksbehandling av for eksempel spesialundervisning og elevenes psykososiale læringsmiljø for å sikre en mest mulig felles praksis innenfor disse sentrale områdene. Det opplyses at denne opplæringen gis både av egne krefter i stab, og ved hjelp av eksterne ressurser, slik som fra Fylkesmannen, og annen relevant kompetanse. Det går fram at det også kontinuerlig gis tilbud til ledere og verneombud i etaten om 40-timerkurs i HMS, samt at det gjennomføres årlige brann- og beredskapsøvelser i virksomhetene.

4.1.4 Verktøy i internkontrollarbeidet

Det går fram av intervju og dokumentasjon fra kommunen at kommunen per i dag ikke har etablert et felles internkontrollverktøy i form av et felles kvalitetssystem e.l. Det går fram både i spørreundersøkelsen og i intervju at flere ledere i kommunen savner et felles kommunalt system (gjerne elektronisk) som de mener vil kunne bidra til et mer effektiv og systematisk internkontrollarbeid. Også i intervju kommer det fram at enkelte ledere ønsker seg en mer helhetlig internkontrolltilnærming i kommunen, og at det etableres et felles system for all kommunal virksomhet, selv om det kan være behov for lokale tilpasninger.

Innen **helse- og omsorgsetaten** er det utarbeidet et kvalitetssystem basert på prinsippene i ISO 9001:2008 (standard for kvalitetsstyring). En sentral del av systemet er en kvalitetshåndbok som er tilgjengelig for alle ansatte i etaten på kommunens intranettside (extranett). På extranettet ligger det tilgjengelig både en gammel og en ny versjon av kvalitetshåndboken. Det fremgår at den nye kvalitetshåndboken er under utarbeidelse. Denne meldingen ble sist oppdatert i 2010. En gjennomgang av utvalgte dokument og rutiner viser at disse per i dag ikke er ferdigstilt.

Innen **teknisk etat** blir det opplyst at flere av de rutiner og prosedyrer som inngår i etatens internkontroll er publisert på etatens intranettsider, mens noen er bare utformet i papirversjoner. De

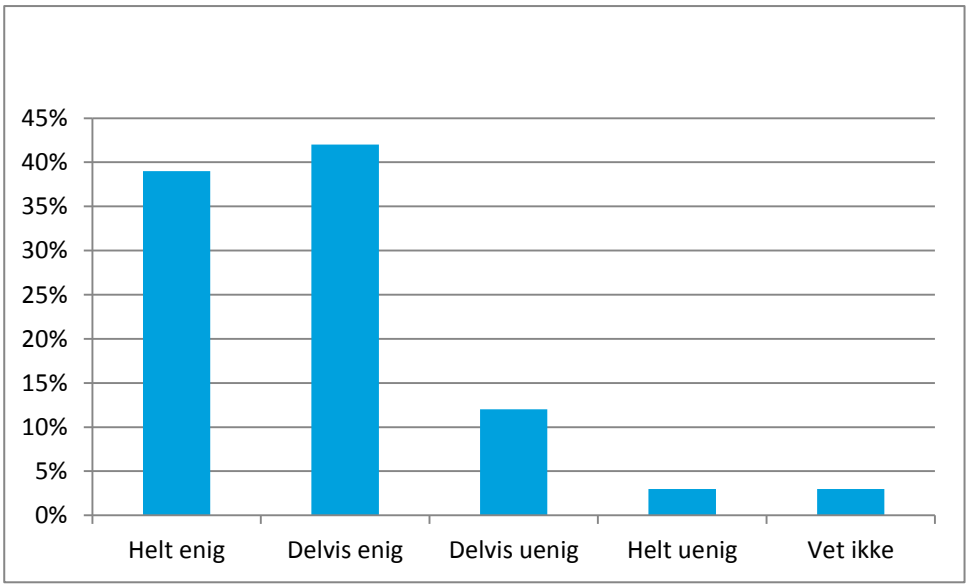
rutiner som publiseres på extranettet, må godkjennes av avdelingsleder før de publiseres. Utover intranettet benytter ikke etaten særlige elektroniske verktøy i internkontrollarbeidet.

I **oppvekst- og kulturetatens** elektronisk målstyringssystem (se pkt.4.1.1), er det opprettet strategikart med etats-, avdelings- og virksomhetsmål. I systemet er det også en modul for rapportering og analyse av måloppnåelse. Videre har etaten tatt i bruk et felles, digitalt system for godkjenning av alle etatens bygg. I tillegg til disse systemene blir det opplyst at det benyttes ulike typer papirbaserte systemer ute i virksomhetene, som omfatter bl. a beredskapshåndbøker, HMS- og brannpermer, samt perm for krisehåndtering ved dødsfall. I intervju opplyses det også at det innen barnehage- og skoleavdelingene benyttes elektroniske regelverks- og rutinehåndbøker fra ekstern leverandør. Innen skoleavdeling er det også utarbeidet en «Sjekkliste i forhold til opplæringsloven» med oversikt over kommunens rutiner knyttet opp mot de ulike paragrafene i loven og hvem (oppvekst- og kultursjef/rektor) som har ansvar for å følge opp de enkelte kravene.

4.1.5 Informasjon og kommunikasjon

Det går fram av figur 7 under at 82 % av de spurte er helt eller delvis enige i påstanden om at det er god intern kommunikasjon i kommunen. Til sammen 15 % er helt eller delvis uenig i at det er god intern kommunikasjon i kommunen.

Figur 7 Det er god intern kommunikasjon i kommunen



Dersom vi ser på de ulike områdene, skiller teknisk etat seg ut ved at alle avdelingsledere er helt enig i at det er god intern kommunikasjon i kommunen. 28 % av ledere innenfor helse og omsorg er delvis eller helt uenig i at det er god kommunikasjon, mens det innenfor oppvekst og kultur er 12 % som er helt eller delvis uenig i dette.

4.1.6 Etiske retningslinjer og holdninger

Kommunen har utarbeidet egne etiske retningslinjer. I disse retningslinjene blir det også vist til «varslingsparagrafen» i arbeidsmiljøloven knyttet til arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold i kommune. Retningslinjene er gjengitt i årsrapporten for kommunen, og er tilgjengelig på intranettsider. Kommunen har også utarbeidet en retningslinje for varsling av kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, med tilhørende varslingsskjema.[35]

Av intervju med representanter for de tre etatene i kommunen går det fram at de etiske retningslinjene har blitt gjennomgått både på avdelingsleder-, og virksomhetsledernivå. I spørreundersøkelsen til

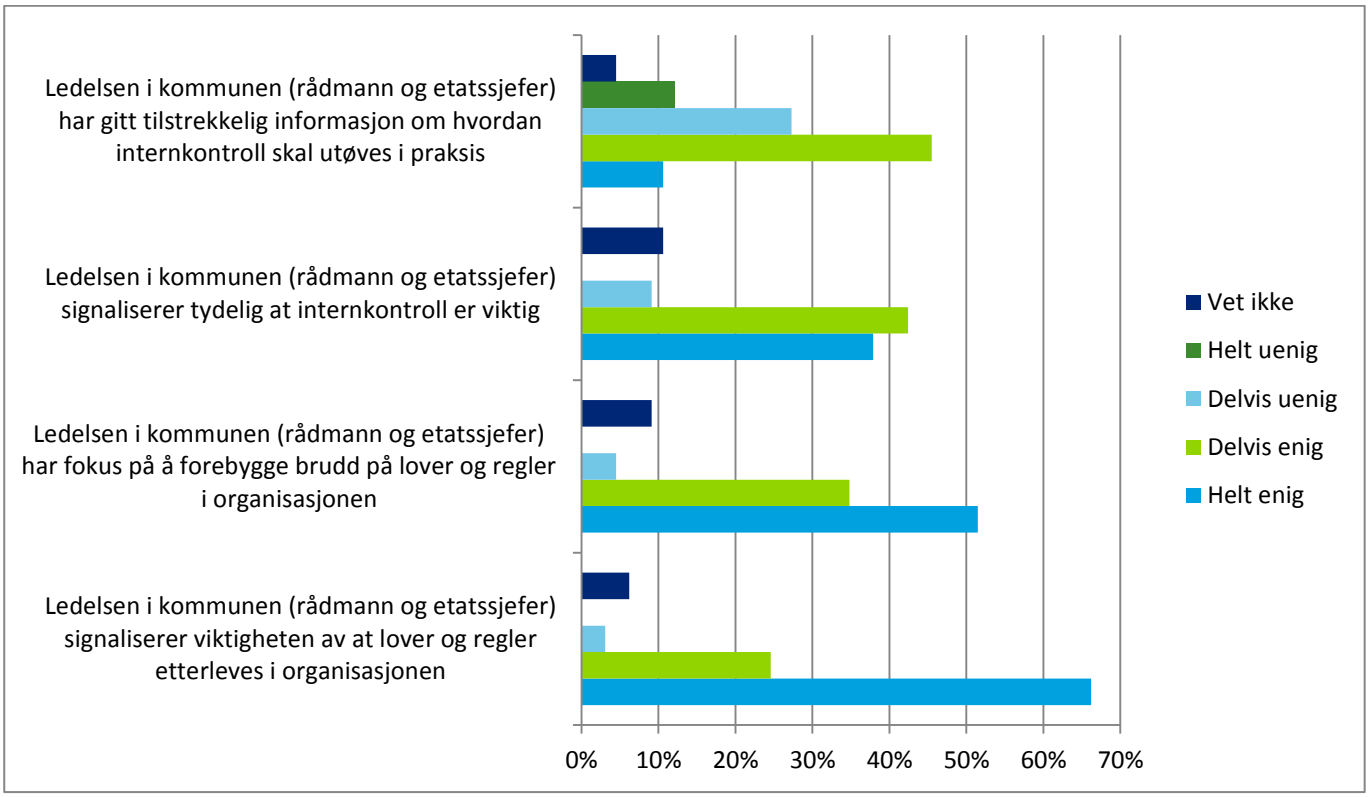
[35] Jf. Karmøy kommune sine felles HMS-håndbok, revisjonsnr. 4

enhetslederne i kommunen har revisjonen bedt om svar på om etiske retningslinjer har blitt presenterte for de ansatte i enhetene. Totalt 83 % av enhetslederne oppgir at de presentert de etiske retningslinjene for sine ansatte.

Av spørreundersøkelsen går det også fram at lederne i kommunen opplever at kommuneledelsen, representert ved rådmann og etatssjefer, i stor grad både signaliserer viktigheten av at lover og regler etterleves i organisasjonen og har fokus på å forebygge brudd på lover og regler i organisasjonen.[36] Videre går det fram at 80 % av de spurte er helt eller delvis enige i at ledelsen i kommunen (rådmann og etatssjefer) tydelig signaliserer at internkontroll er viktig.

Den påstanden som flest svarer at de enten er delvis eller helt uenig i er at ledelsen i kommunen har gitt tilstrekkelig informasjon om hvordan internkontroll skal utøves i praksis. Til sammen 39 % er helt eller delvis uenige i at ledelsen har gitt tilstrekkelig informasjon om hvordan internkontroll skal utøves i praksis. Dette gjelder for eksempel 44 % av lederne innen oppvekst- og kulturetaten og 33 % av lederne innenfor helse- og omsorgsetaten. Figur 8 under viser følgende svarfordeling:

Figur 8 I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander?

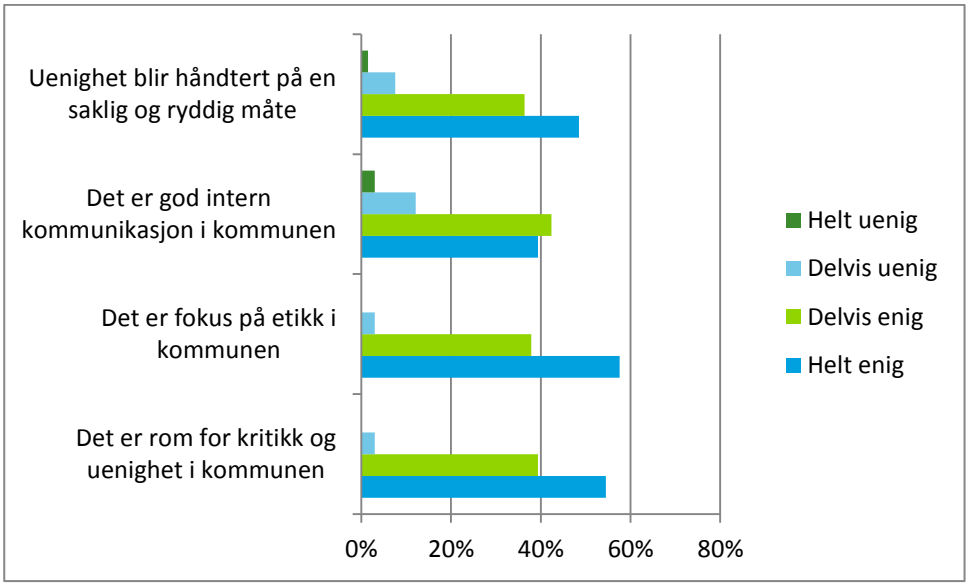


Videre viser figur 9, at de spurte i stor grad er helt eller delvis enige i påstanden om at det er fokus på etikk i Karmøy kommune.[37] 94 % er også helt eller delvis enige i at det er rom for kritikk og uenighet i kommunen, og 85 % er helt eller delvis enige i at uenighet blir håndtert på en saklig og ryddig måte.

[36] På spørsmålet om i hvilken grad respondenten var enig eller uenig i påstandene «Ledelsen i kommunen (rådmann og etatssjefer) signaliserer viktigheten av at lover og regler etterleves i organisasjonen» og «Ledelsen i kommunen (rådmann og etatssjefer) har fokus på å forebygge brudd på lover og regler i organisasjonen» var 91 % helt eller delvis enig i førstnevnte påstand, mens 86 % var helt eller delvis enig i den andre påstanden.

[37] 57.6 % er helt enige, mens 39,4 % er delvis enige.

Figur 9 I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander



4.2 Risikokartlegging- og vurdering

På **overordnet nivå** har kommunen gjennomført en felles risiko- og sårbarhetsanalyse av kommunens beredskapsarbeid.[38] Det er ikke gjennomført en systematisk og dokumentert risikovurdering av for eksempel fare for svikt, manglende måloppnåelse, regeletterlevelse eller lignende, for kommuneorganisasjonen som helhet.

Det går fram av intervjuene at alle etatene gjennomfører ulike former for risikokartlegginger- og vurderinger innen sine fagområder, og at det i virksomhetene gjennomføres ROS-analyser knyttet til HMS og brannsikkerhet. Videre opplyses det at ROS-metodikk er en del av arbeidsmetodikken på flere områder innen **teknisk etat**, bl. a ved vurderinger knyttet til ras, flom, nedbør og tidevann ved arealplanlegging og byggesaksbehandling, trafikksikkerhetsvurderinger ved vedlikehold og planlegging av veganlegg, rutiner ved vedlikeholdsarbeider og renhold i kommunale bygg.

Innen **helse- og omsorgsetaten** blir det opplyst at det ikke er gjennomført systematisk og dokumentert risikovurdering av for eksempel fare for manglende måloppnåelse, regeletterlevelse eller lignende. Det går fram av intervju at i praksis blir risikoområder gjerne avdekket og fulgt opp som et resultat av eksterne tilsyn. I slike tilfeller blir eventuelle avvik eller merknader vurdert med tanke på om det er et generelt behov for å redusere risiko på området innen virksomheten eller hele etaten. I intervjuene kommer det også fram at oppfølging av identifiserte avvik i dag er for lite dokumentert.

Innen **kultur- og oppvekstetaten** opplyses det at det er gjennomført en ROS-analyse av fem til seks tema, herunder bl.a. terrorfare, og at dette er det mest systematiske risikovurdering- og analysearbeidet som er gjennomført. Det gjennomføres også noen risikovurderinger innen økonomiområdet. Utover dette har ikke etaten et system for risikoanalyse og-vurdering for eksempel av manglende måloppnåelse eller regeletterlevelse, og slike analyser har ikke blitt prioritert i særlig grad. Også i denne etaten opplyses det om at det som oftest er eksterne tilsyn som fører til fokus på avvik og forbedring som et resultat av dette, og også her blir eventuelle avvik eller merknader vurdert med tanke på om det er et generelt behov for å redusere risiko på området innen virksomheten eller hele etaten.

Når det gjelder i hvilken grad kommunens internkontrollarbeid er basert på systematisk risikokartlegging og vurdering innen andre områder enn beredskapsarbeid, viser tabellen under at bruken av kartlegging og vurdering av risiko i kommunens virksomheter varierer. Som det går fram av tabell 1 er det flest enheter som oppgir at de gjennomfører kartlegging og vurdering av risiko innen HMS-området, og dernest innen økonomiområdet. Færrest oppgir at enheten deres gjennomfører lignende i forhold til informasjonssikkerhet, regeletterlevelse, kvalitet og måloppnåelse.

[38] Risiko- og sårbarhetsanalyse. Karmøy kommune, 2011.

Tabell 1 Kartlegging og vurdering av risiko

Gjennomfører enheten kartlegging og vurdering av risiko ...	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke
...for manglende måloppnåelse?	25 %	40 %	31 %	5 %
...for manglende kvalitet i tjenestene?	23 %	52 %	17 %	8 %
...for manglende regeletterlevelse?	19 %	40 %	29 %	13 %
...på økonomiområdet?	47 %	24 %	23 %	6 %
...på HMS-området?	62 %	25 %	11%	3 %
...på informasjonssikkerhetsområdet?	20 %	31 %	35 %	14 %

På alle områdene, med unntak av kartlegging og vurdering av risiko for manglende kvalitet i tjenestene, der bildet er om lag identisk innen alle etater, er det enheter innen oppvekst- og kulturetaten som i størst grad svarer «ja» på om de kartlegger og vurderer risiko. Videre viser undersøkelsen at innen informasjonssikkerhetsområdet er det ingen enheter innen teknisk etat og helse- og omsorgsetaten som oppgir at de gjennomfører kartlegging og vurdering av risiko. Innen teknisk etat er det heller ingen enheter som vurderer risiko i forhold til manglende regeletterlevelse.

4.3 Kontrollaktiviteter

Det går fram av intervju at det ikke finnes et felles system eller en samlet oversikt over rutiner i kommunen. Det er etatssjefene sitt ansvar å holde oversikt over systemer og verktøy innen sine ansvarsområder.

4.3.1 Rutiner og prosedyrer

Som vist under pkt. 4.1.4 har **helse- og omsorgsetaten** utarbeidet et eget kvalitetssystem basert på ISO 9001:2008. Som en del av dette systemet har etaten utarbeidet en kvalitetshåndbok. Kvalitetshåndboken ligger tilgjengelig på helse- og omsorgsetaten sine intranettsider, men er ikke ferdigstilt. Systemet inneholder også et prosesskart der kjerneprosesser, ledelses- og støtteprosesser framgår, og er delt inn i et etatsnivå med fellesprosedyrer, og et virksomhetsnivå der virksomhetsspesifikke dokumenter er plassert. Alle ansatte i etaten har lesetilganger, på tvers av virksomhetene, mens virksomhetslederne også har skrivetilgang, slik at de kan utarbeide og revidere dokumenter. I systemet er også interessenter og myndighetskrav identifisert, og det er lagt inn oversikt med link til www.lovdata.no for lov- og regelverk, samt at veiledere og avtaler med helseforetak er lagt inn. *Heller ikke* systemet er helt ferdigstilt og det blir påpekt i intervju at den største utfordringen er å holde systemet vedlike og sørge for revisjon av dokumentasjonen. En gjennomgang systemet viser at for to vilkårlig utvalgte virksomheter i etaten er det f.eks. ikke gitt beskrivelser av kjerneprosessene deres, og beskrivelser av arbeidsinstrukser i virksomhetene er ikke lagt inn. Samtidig går det fram av etatens sider på extranettet at kommunen har lenket til en ekstern levert oversikt over pleiefaglige rutiner og prosedyrer som etaten abonnerer på fra ekstern leverandør.

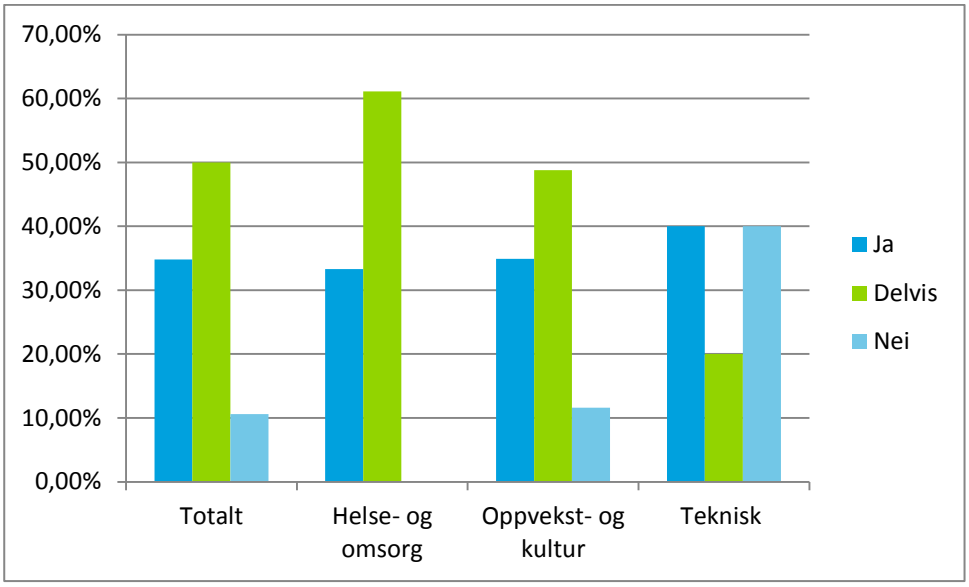
Det går fram av intervju at **teknisk etat** ikke har en samlet oversikt over hvilke rutiner som er utformet eller hvordan internkontrollen er organisert i avdelingene. Rutinebeskrivelser er plassert både i forvaltningsavdelingen, og i perm hos økonomikonsulent, i VAR-avdelingens kvalitetshåndbok og i perm ute på avdelingens anlegg, eller publisert på etaten sine intranettsider. Rutinen for godkjenning og vedlikehold av rutinene er ikke skriftliggjort, men det er avdelingsleder som har godkjenningsfullmakt,

og ansvar for å holde rutinene oppdaterte. Etatsjef opplever at etaten generelt har god internkontroll, og opplyser at det de senere årene er gjort et omfattende arbeid med å utarbeide skriftlige prosedyrer. Fra 2014 skal det gjennomføres faste gjennomganger av avdelingsrutiner hver september. Samtidig peker han på at det ennå er rom for forbedring, og at man med fordel kunne hatt mer detaljerte prosedyrer og arbeidsinstrukser på enkelte områder, slik at nyansatte enklere lærer systemene og overgangen for nye medarbeidere ble lettere.

Det blir opplyst at **oppvekst- og kulturetaten** ikke har etablert en rutine for å gjennomføre faste gjennomganger av prosedyrene innen etaten. For de rutiner og prosedyrer som etaten abonnerer på fra ekstern leverandør (se pkt. 4.1.4), oppdateres disse kontinuerlig av leverandør.[39] Når det gjelder rutiner for brannsikkerhet følges dette opp av brannvesenet, rutiner knyttet til godkjenning av bygg håndteres av for miljørettet helsevern, mens rutiner knyttet til økonomi følges opp av driftsstaben. Utover dette opplyses det at det meste av arbeidet knyttet til prosedyrer sorterer under avdelingslederne. I sjekklisten til skoleavdelingen er det en matrise som viser oversikt over interne dokumenter og skriftlige rutiner i avdelingen. Dokumentene i matrisen er hyperlenket, slik at brukere kan få tilgang til alle rutiner ved å trykke på linkene. Systemet er ikke revidert systematisk etter at det ble opprettet, og det går fram av intervju at det ikke er definert hvem som har ansvar for å vedlikeholde rutinene, eller å følge dem opp i praksis. Det blir vist til at høyt arbeidspress i administrasjonen har gjort det vanskelig å prioritere dette arbeidet.

Som det går fram av figur 10 under oppgir 34,8 % av enhetene at de har et system for å sikre at alle rutiner og prosedyrer er oppdatert til enhver tid, mens 50 % oppgir at de delvis har et slikt system.

Figur 10 Har enheten et system for å sikre at alle rutiner og prosedyrer til en hver tid er oppdaterte?



Av ledernes kommentarer til spørreundersøkelsen går det også fram at flere enheter har etablert årshjul med faste tidspunkt for gjennomgang av dokumenter i enheten, noen oppgir at enheten abonnerer på eksterne tjenester som kontinuerlig oppdaterer dokumentene, mens flere oppgir at dette enten er leders ansvar eller gjennomføres i personalmøter eller i sammensatte grupper som fagteam og HMS-grupper. Flere kommenterer samtidig at oppdatering ikke skjer ofte nok, eller at dette arbeidet kan bli en salderingspost når enheten har mye å gjøre.

Revisjonen har gjort en gjennomgang av en del overordnede felles rutiner i kommunen. Gjennomgangen viser at retningslinjer for informasjonsbehandling og kommunens IT-reglement ikke har vært oppdatert siden 2001. Arkivplanen er ikke revidert etter opprettelsen i 2007. Kommunens HMS-system skal i følge kommunens felles HMS-håndbok revideres årlig.[40], men en gjennomgang av

[39] Infoconsensus
[40] HMS-håndbok, revisjonsnr. 4, 1506.11, kap 9, side 28

håndboken viser at bare to av dokumentene som inngår i HMS-håndboken har vært revidert i 2012. Kommunens felles brannvernperm har ikke vært revidert siden 2007.

4.3.2 System for rapportering og kontroll

På **overordnet nivå** rapporterer etatslederne muntlig til rådmannen i de ukentlige møtene i rådmannens ledergruppe. I disse møtene deltar også personalsjef og økonomisjef. Videre opplyses det at det er det etablert fast rutine for rapportering på økonomi og IA fra etatene til rådmann. Denne rapporteringen skjer via felles mal/skjema med faste punkter, og sentraladministrasjonen følger opp IA-rapporteringen. Det blir opplyst at det ikke er satt krav om skriftlig rapportering på annet enn økonomi og IA. Videre har kommunen et system med tertialvise økonomirapporteringer, og årsmeldinger til politisk nivå. Det opplyses at det også rapporteres til politisk nivå i forbindelse med store byggeprosjekter eller andre større investeringer.

Innen **helse- og omsorgsetaten** foregår rapporteringen per i dag hovedsakelig muntlig i faste møter mellom avdelingsledere og helse- og omsorgssjefen. Utover dette går det fram at etatsstaben rapporterer etter behov. Slike behov kan for eksempel være knyttet til rekruttering og inntak av nye pasienter i forbindelse med oppstart av nytt sykehjem. Etatssjef opplever at denne ordningen sikrer at etatssjef får den informasjonen som er nødvendig, samtidig ser hun behov for å etablere faste rutiner for rapportering fra avdelingslederne, med fast mal og fast frekvens for rapporteringen. Etaten får månedlige regnskapsrapporter fra kommunens økonomiavdeling som gjennomgås og vurderes av etatssjef og etatens egen økonomileder. Basert på månedsrapportene fra økonomiavdelingen orienterer etatssjef fast i hovedutvalget om budsjettsituasjonen. Det går fram at innen avdeling omsorg rapporterer enhetene tertialvis til avdelingsleder, i tillegg til at de gir en årlig rapportering til helse- og omsorgsetatens årsmelding. Sistnevnte gjøres etter en fast mal som inkluderer rapportering på budsjett, sykefravær/nærvær, ressurssituasjonen og rekrutteringssituasjon.

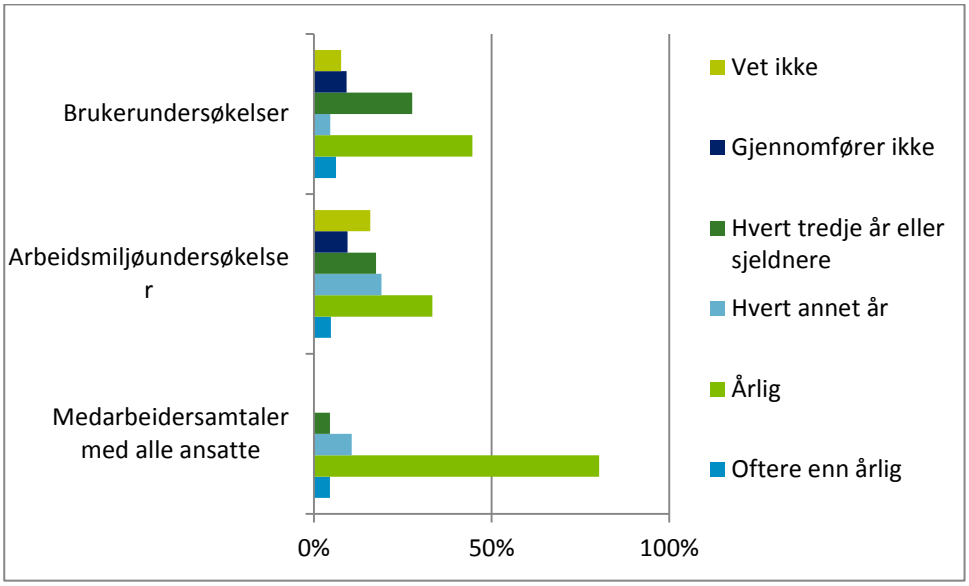
I forbindelse med utarbeidelse av kommunens årsmelding, utarbeider også hver avdelingssjef i **teknisk etat** et grunnlagsdokument til etatssjef og kommunens økonomikonsulent. Det blir opplyst at det ikke er satt spesifikke krav om innhold i disse skriftlige grunnlagsdokumentene, men det skal rapporteres på økonomisk resultat, måloppnåelse, tjenesteproduksjon, status på investeringsprosjekter og sykefravær. Utover det årlige grunnlagsdokumentet som avdelingene utformer, er det ikke satt krav om skriftlig rapportering fra avdelingene. Det går fram av intervju at etatssjef bevisst har valgt å heller gjennomføre ukentlige møter med avdelingslederne, hvor avdelingslederne rapporterer muntlig. I tillegg får etatssjef skriftlige rapporter fra kommunens sentrale økonomi- og personalfunksjon med særlig fokus på lønnsbudsjettet og sykefravær. Økonomi er også et fast tema på de ukentlige møtene med avdelingslederne. Etatssjef opplever at ordningen er hensiktsmessig for å sikre informasjon om hva som skjer i avdelingene. Innen VAR-avdeling er det etablert rutine for årlig internrevisjon på vannverket. Revisjonen har fått dokumentasjon på at denne er gjennomført for 2013.

Når det gjelder virksomhetene innen **oppvekst- og kulturetaten,** så rapporterer disse månedlig på økonomi til etatens økonomileder, mens sykefravær rapporteres annen hver måned. Annen rapportering går muntlig til avdelingslederne. Opplevelsen til etatssjef er at noen virksomheter er flinke til å rapportere, mens andre ikke er det. Det går fram at det ikke er etablert en rutine for skriftlig rapportering fra avdelingslederne til etatssjef. For barnehageavdelingen, går det fram at hovedrapporteringen fra virksomhetsleder til avdelingsleder skjer i barnehageavdelingens styrersamlinger annenhver måned, i tillegg til oppfølging gjennom telefon, møter og medarbeidersamtaler med styrerne. To ganger i halvåret gjennomføres det også felles styrersamling der lederne i de private barnehagene i kommunen deltar. Overfor de private barnehagene har avdelingsleder for barnehageavdelingen tilsynsansvar. Kommunen har en plan for tilsyn som innebærer at kommunen skal gjennomføre tilsyn i alle barnehagene i løpet av en treårsperiode. Årlig sender de private barnehagene inn en «egenmelding» ved hjelp av et webasert verktøy, og på bakgrunn av disse plukkes noen barnehager ut for kontroll.

4.3.3 Medarbeidersamtaler, arbeidsmiljøundersøkelser og brukerundersøkelser

Figur 11 nedenfor viser at samtlige enheter oppgir å gjennomføre medarbeidersamtaler med sine ansatte. 80 % opplyser at de gjennomfører slike samtaler årlig, mens 11 % gjennomfører dem annet hvert år. Samtidig går det fram av intervju at det innen helse- og omsorgsetaten er et forbedringspotensial knyttet til å dokumentere gjennomføringen av disse samtalene, og det også kan variere innen omsorgsavdelingen i hvilken og hvor stor grad dette gjennomføres.

Figur 11 Hvor ofte gjennomfører din enhet følgende?



Videre går det fram av undersøkelsen at 47 av de 66 enhetene oppgir at de gjennomfører arbeidsmiljøundersøkelser, hvorav de fleste oppgir at de gjør dette årlig. En av lederne innenfor teknisk etat svarer at det ikke gjennomføres arbeidsmiljøundersøkelse, det samme svarer to av lederne innenfor oppvekst- og kulturetaten og tre av lederne innenfor helse- og omsorgsetaten.

Det går fram av intervju at oppvekst og kulturetaten også gjennomfører en årlig lederevaluering, der virksomhetslederne vurderer sine avdelingsledere.

Når det gjelder brukerundersøkelser oppgir 54 av 66 ledere at dette gjennomføres.
Innenfor helse- og omsorgsetaten oppgir fire ledere at de ikke gjennomfører brukerundersøkelser mens 11 ledere gjennomfører dette hvert tredje år eller sjeldnere. Innenfor teknisk etat er det to ledere som ikke gjennomfører brukerundersøkelser. Flertallet av lederne innenfor oppvekst- og kulturetaten oppgir at de gjennomfører brukerundersøkelser årlig eller oftere (34 ledere) og ingen svarer at det ikke gjennomføres.

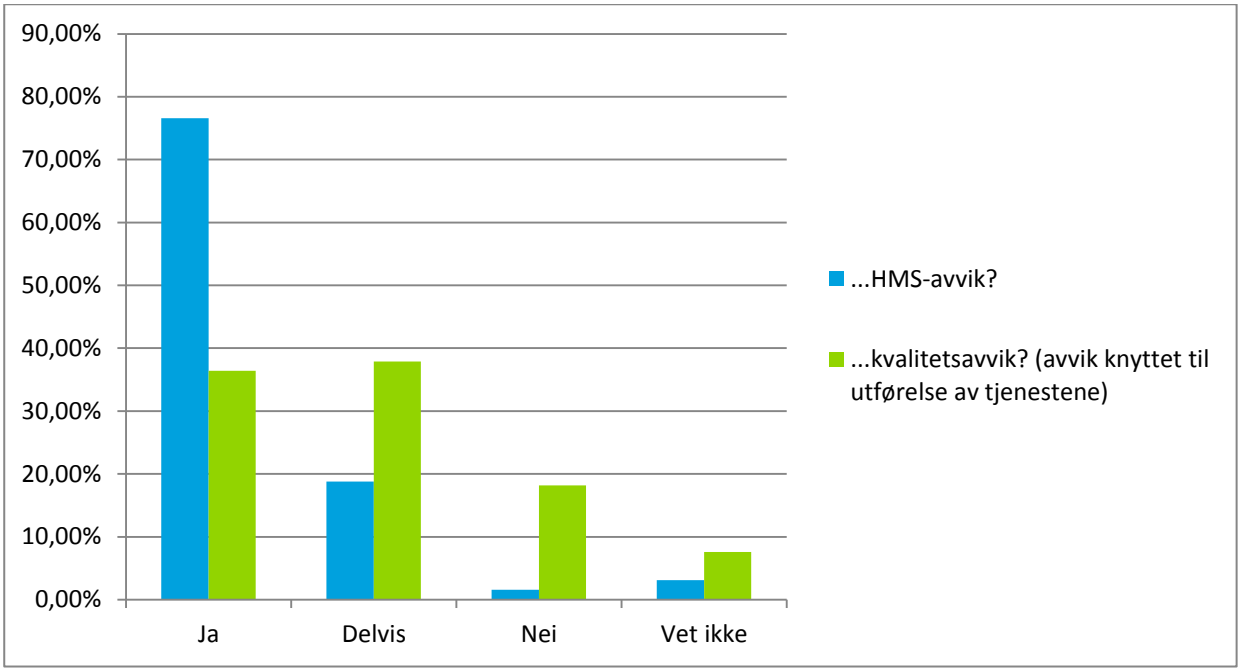
4.3.4 Avvikssystem

På undersøkelsestidspunktet har kommunen startet opp et arbeid med å kjøpe inn et felles elektronisk avvikssystem for hele organisasjonen. Det er etablert en arbeidsgruppe som har vurdert ulike systemer, og innkjøp av et slikt system skal behandles i AMU. Flere av de som er intervjuet og som har svart på spørreundersøkelsen mener at et slikt elektronisk system både vil kunne forenkle og effektivisere melding av avvik, og gi bedre muligheter for å oppsummere avvik og ta ut rapporter. En gjennomgang av kommunens extranett viser at det per i dag eksisterer flere ulike avviksskjema i kommunen.

Det går fram at per i dag har kommunen et felles avvikssystem knyttet til HMS, men ikke tilsvarende felles system for melding og håndtering av avvik knyttet til utførelse av tjenestene (kvalitetsavvik). På spørsmål til enhetene om de har et system for melding og håndtering av HMS avvik og kvalitetsavvik ser vi også at langt flere svarer bekreftende på om de har et HMS system. En gjennomgang av kommunens HMS-håndbok viser at kapitel 7, Avviksbehandling, som inneholder en rutinebeskrivelse for melding og behandling av avvik, samt et skjema for avviksmelding knyttet til HMS, sist ble revidert i 1999.

Av figur 12 under går det fram at til sammen 95 % av enhetene oppgir at deres enhet har eller delvis har et system for melding og håndtering av avvik knyttet til HMS, mens til sammen 74 % av respondentene oppgir at deres enhet har eller delvis har et system for melding og håndtering av kvalitetsavvik.

Figur 12 Har enheten system for melding og håndtering av...



Undersøkelsen viser videre at når det når det gjelder hvorvidt det utarbeides systematiserte oversikter over HMS-avvik som del av forbedringsarbeidet, svarer 34 % av de spurte at dette ikke blir utarbeidet, mens henholdsvis 16 % og 18 % utarbeider slike oversikter på enhets- eller etatsnivå. Det er innen teknisk etat det i størst grad oppgis at slike oversikter utarbeides og benyttes.

Undersøkelsen viser videre at når det gjelder systemer for melding og håndtering av kvalitetsavvik og utarbeiding av systematiserte oversikter over avvikene, er det flest enheter innen helse- og omsorgsetaten som oppgir å ha slike system.

Av spørreundersøkelsen går det også fram at dagens systemer for melding og håndtering av avvik i kommunen oppleves å ha flere utfordringer. Blant annet oppgir flere at de savner opplæring i avvikssystem, og en tydelig rutine for hva som skal rapporteres og hvor det skal rapporteres til, bedre oppfølging av avviksmeldingene, større grad av tilbakemeldinger på de avvik som blir meldt, samt at melding av håndtering av avvik er tids- og ressurskrevende. En av dem som har svart på spørreundersøkelsen har gitt følgende kommentar om dagens avvikshåndtering:

> «(…)Noe er i papirform, noe er elektronisk og så tar det egentlig veldig mye tid å følge opp alle avvik som registreres. Når innsatsen rundt dette ikke er på topp, synker motivasjonen hos de ansatte for å i det hele tatt skrive avvik. Så vi har ganske sikkert noe underrapportering på en del områder, men jeg tror allikevel at det aller viktigste og alt som har med liv og helse blir ivaretatt.»

Innen **helse- og omsorgsetaten** har omsorgsavdelingen et papirbasert avvikssystem som en del av sitt kvalitetssystem. Det opplyses at innen noen av virksomhetene føres det også avvik knyttet til pasienter i journalsystemet Profil. Dette journalsystemet er ikke tatt i bruk av alle virksomhetene ennå. Per i dag eksisterer det i kvalitetssystemet ett skjema for melding av HMS-avvik, ett for kvalitetsavvik og ett for samarbeidsavvik knyttet til samarbeidet med Helse Fonna. Melding av avvik skjer ved at de ansatte fyller ut skjema og leverer dette til sin nærmeste leder. Virksomhetsledere oppsummerer så de avvikene som er knyttet til kvalitet og oversender dem til internservice i etaten, mens de avvik som er knyttet til HMS oppsummeres og oversendes stabsleder personal, med kopi til avdelingsleder. Det blir i intervju gitt uttrykk for at de ansatte etter hvert har fått kunnskap om melding av HMS-avvik og medisinavvik, men at de i mindre grad tar i bruk avviksmeldinger ved tvangsbruk o.l. Det opplyses at

omsorgsavdelingen har fokusert på å øke antallet avvik som blir meldt, men at det trolig fortsatt er en underrapportering av avvik. Det blir opplyst om at underrapportering blant annet skyldes at de ansatte ikke alltid vet hva som skal registreres, på hvilket skjema, og i hvilke tilfeller. Det går fram av intervju at per i dag blir HMS-avvik fra avdelingene oppsummert og vurdert på etatsnivå hvert halvår. Det gjøres ikke tilsvarende oppsummering av kvalitetsavvik på etatsnivå, og det blir vist til at dette er et klart forbedringspunkt for etaten.

Teknisk etat benytter kommunens felles HMS-avvikssystem, men har i tillegg trykket opp skjema for Rapportering av uønskede hendelser (RUH-skjema) på blokk som de ansatte bruker til å skrive avviksmeldinger knyttet til HMS.[41] RUH-skjemaene er ikke identiske med kommunens avviksskjema for HMS, som ligger i HMS-håndboken på extranett. Det opplyses at det er noe variasjon mellom avdelingene når det gjelder hvor mange avvik som blir meldt inn, og at det ikke kan utelukkes at det kan være noe underrapportering da det ikke er like sterk kultur for å melde alle avvik i alle avdelingene. Arbeidsledere/avdelingsledere tar i mot avviksmeldingene, og leverer dem videre til personalrådgiver i etaten, som oppsummerer alle avvik og legger dette fram for etatsledelsen. Etatsledelsen analyserer avvikene, og identifiserer og følge opp avvik som ikke er lukket. HMS-avvik blir også rapportert videre til AMU. Prinsippet er at avvik leveres til nærmeste leder, og at avvik så langt det er mulig skal lukkes og kvitteres ut av leder på lavest mulig nivå. Hvis avvik ikke kan løses på avdelingsnivå, blir det tatt opp i etatssjefmøte.

Det opplyses i intervju at **oppvekst- og kulturetaten** ikke har et fullstendig avvikssystem per i dag. Blant annet mangler det en skriftlig rutine for melding av avvik. Samtidig understrekes det at etaten har oversikt over HMS-avvik. Innen skoleavdelingen blir HMS avviksmeldinger sendt til skolekontoret, der en gruppe gjennomgår dem og vurderer eventuelle tiltak. Oversikten legges fram i etatens AMU. Kopi av det enkelte avviket sendes også til PPT hvis avviket omhandler hendelser knyttet til voldelig elevatferd.

Når det gjelder kvalitetsavvik, f.eks. klager knyttet til lærere eller på PP-tjenester, går det fram at så lenge saker er kurante, håndteres dette i avdelingene. Hvis det er tale om mindre saker, løses dette på laveste nivå. Hvis det er tale om større avvik, f.eks. brudd på lov- og regelverk, går saken videre til rektor eller styrer. Hvis saken ikke kan løses på virksomhetsnivået, meldes saken videre til avdelingsleder. Det opplyses at det ikke utarbeides noen form for oppsummering av disse avvikene, men etatssjef opplyser at han får informasjon om spesielt viktige saker.

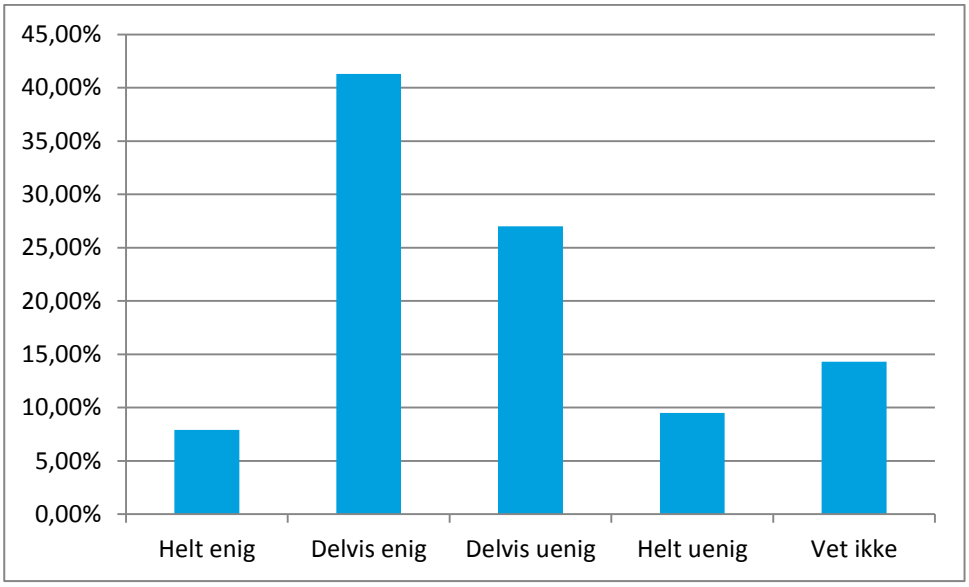
Det blir opplyst at det er et eget avviksskjema for barnehageavdelingen, men at det er sjelden avvik meldes til avdelingsleder. De leste avvik som meldes er byggtekniske avvik. Disse går til teknisk etat, men det opplyses samtidig at etaten også gjennomgår bygningsmessige avvik i forbindelse med budsjettarbeidet sitt.

4.4 Oppfølging og koordinering av internkontrollen

Av spørreundersøkelsen går det fram at 37 % av de spurte er helt eller delvis uenig i at deres leder følger opp om internkontrollen fungerer slik det var tenkt (se figur 13 nedenfor). Tilsammen 8 % av respondentene er helt enige i denne påstanden.

[41] Blokkene er basert på «grønnlapp-prinsippet» som benyttes i f.eks byggebransjen, der den ansatte har en liten blokk tilgengelig for slik å raskt, og enkelt kunne skrive ned en avviksmelding eller forslag til forbedring

Figur 13 Lederen min følger opp om internkontrollen fungerer slik det var tenkt



Videre går det fram av undersøkelsen at 11 % av lederne svarer «ja» til at enheten deres har et system for overvåkning og vurdering av om internkontrollen fungerer slik den skal. 42 % svarer at de delvis har et slikt system, mens henholdsvis 23 % og 24 % svarer at de ikke har eller ikke vet om de har et slikt system.

Som vist til ovenfor under pkt 4.1.2 er ansvar for internkontroll lagt til den enkelte etat, og det går fram av intervju at det ikke eksisterer en overordnet kommunal koordinering av de ulike etatenes arbeid på dette området. Det går samtidig fram av intervjuene at det heller ikke innen den enkelte etat foreligger noen etablerte oversikter over eller rutiner for årlige gjennomganger av de ulike avdelingenes internkontrollsystemer, da dette ansvaret påhviler de ulike avdelingene i etaten.

Både innen **helse- og omsorgsetaten**, innen **oppvekst- og kulturetaten** og innen **teknisk etat** blir det vist til at gjennomgang av internkontrollen er koblet opp mot funn i eksterne tilsyn fra tilsynsmyndighetene. Innen VAR-avdelingen går det fram av oversendt dokumentasjon at det også er etablert egne rutiner for årlige gjennomganger og egenkontroller av systemene knyttet til vannverket og til forurensing av drikkevann. VAR-avdelingen har nå etablert og prøver ut et årshjul for HMS- og kvalitetsarbeidet. Fra 2014 skal det gjennomføres faste gjennomganger av avdelingsrutiner hver september. Innen barnehageavdelingen går det fram at alle de kommunale barnehagenes HMS- og IK-permer revideres årlig, men at revisjoner ellers gjøres når man oppdager en feil eller mangel. Det er heller ikke definert hvem som har ansvar for å gjøre revisjonen, og det blir pekt på i intervju at systemet per i dag ikke er godt nok på dette punktet. Det går samtidig fram at når det gjelder konkrete rutiner og prosedyrer, gjennomfører avdelingsleder for barnehage løpende kontroller i egen organisasjon hvis et tema har blitt aktualisert. Det går fram av intervju at innen oppvekst- og kulturetaten har verken skoleavdelingen eller barnehageavdelingen system for faste revisjoner av internkontrollen. Innen skoleavdelingen går det fram at etterlevelse og bruk av avdelingens kvalitetssystem blir fulgt opp på enkelte områder, men det foreligger ikke en helhetlig oppfølging. Blant annet skal rektorene årlig gjennomgå «Sjekkliste i forhold til opplæringsloven», men det blir opplyst at avdelingen ikke har oversikt i hvilken grad dette blir gjort.

4.5 System for oppfølging av politiske vedtak og oversendelser

Kommunen har et eget reglement, *Reglement for kommunestyre, formannskap og faste utvalg*, som regulerer behandling og oppfølging av politiske saker.

Karmøy kommune har et formannskapskontor med eget politisk sekretariat organisert under ordfører i kommunen. Leder for sekretariatet innehar sekretærfunksjonen for kommunestyre og formannskap,

mens sekretariatets to andre ansatte innehar tilsvarende funksjoner for henholdsvis hovedutvalg for helse og omsorg, råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og kommunens eldreråd, og for hovedutvalg for teknisk og hovedutvalg for oppvekst og kultur.

Av intervju med formannskapssekretær og rådmann går det fram at de opplever at i behandling av politiske saker i kommunen er det en tydelig og avklart samhandling mellom administrasjon og kommunens politiske sekretariat som er underlagt ordføreren. Formannskapskontorets ansvarsområde omfatter å sette opp sakskart og være møtesekretær, mens effektuering av saker er administrasjonens ansvarsområde. Det går fram av intervju at formannskapskontoret opplever at administrasjonen har god oppfølging av saker. Deres inntrykk er at det kun er unntaksvis at politikere må etterspørre svar på saker.

4.5.1 Utforming av vedtak

Under behandlingen av politiske saker i kommunens politiske organer har en utpekt ansatt fra formannskapskontoret ansvar for å føre protokoll. Det blir opplyst at for møtene i kommunestyre og i formannskap konfererer sekretær med ordfører og i enkelte tilfeller med rådmann, for å sikre at protokollen blir korrekt formulert. Videooverføring fra kommunestyrene også kan være en kilde hvis noe framstår som uklart i etterkant. I hovedutvalgene går det fram at det er tilsvarende kontakt mellom sekretær for utvalgene og etatssjefene for å sikre at protokollen er korrekt.

Det går fram av intervju at formannskapskontoret opplever at politiske vedtak i all hovedsak er tydelig formulerte, men at det har hendt at det har vært nødvendig for sekretariatet og administrasjonen å be om avklaringer fra aktuelt politisk organ. I noen tilfeller fatter politikerne vedtak der det ikke er tydelig avklart hvor midlene til finansiering av tiltaket skal hentes fra. I slike tilfeller utarbeider administrasjonen en sak med forslag til finansiering som blir lagt fram for politisk organ.

I oppvekst- og kulturetaten opplever de at politiske vedtak som oftest er tydelige. Det går fram av intervju med etatsjef for oppvekst og kultur at både i de saker som etaten skriver, og i de fleste politisk initierte saker, ikke settes opp frister for effektuering av vedtakene. I de tilfeller det er frister i saker, er dette som oftest knyttet til budsjettet, og etaten har da en rekke saker som må være utredet før sommeren for å komme med i budsjettbehandlingen om høsten. Rådmannen opplyser om at administrasjonen noen ganger setter frister i saker, men at saker som oftest tas fortløpende uten konkrete frister for effektuering. Så langt rådmannen kjenner til, har det ikke kommet tilbakemeldinger om brudd på frister.

4.5.2 Oppfølging av vedtak

Vedtaksoppfølgingen i kommunen følger kommunens hovedutvalgsmodell. Dette innebærer at rådmannen, som overordnet ansvarlig for all vedtaksoppfølging, møter i kommunestyre og formannskap, evt. sammen med etatssjefer. Etatssjefene har ansvar for oppfølging av saker som tilhører deres ansvarsområder, og møter i de respektive hovedutvalg på vegne av rådmannen.
Det går fram av intervju at i de fleste saker som er til politisk behandling er det etatene selv som har skrevet saken og de kjenner derfor saken godt før vedtak fattes. Når det gjøres vedtak i en sak vil det derfor i de aller fleste tilfeller gå beskjed tilbake via kommunens sak/arkivsystem, til den i administrasjonen som er registrert som saksbehandler i den aktuelle saken. Alle saker i sak/arkivsystemet har et eget arkivsaksnummer, og historikken for hvert vedtak kan følges her. Det går fram av intervju at det ofte kan være avdelingsledere eller etatssjef som er saksbehandler. Etatssjef for oppvekst- og kulturetaten opplyser at i de tilfeller der saksbehandler ikke selv har vært til stede i hovedutvalget under behandlingen av saken, vil han informere per e-post om behandlingen av saken til den som er saksbehandler.

Det går videre fram av intervju at alle saker til og fra politisk nivå blir tatt opp, diskutert og fordelt i rådmannens ledergruppe (se avsnitt 4.1.1). Det blir opplyst at etatssjefene også har møter i sine etater etter politiske møter og fordeler ansvar og oppgaver knyttet til oppfølging av de politiske vedtakene innen sine etater. Det går fram at hyppigheten av slike møter varierer fra etat til etat, da det er ulik mengde vedtak som skal følge opp.

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen har revisjonen gjennomført stikkprøvekontroll av oppfølgingen av et utvalg vedtak i kommunestyre, formannskap og de tre hovedutvalgene i kommunen i 2011 og 2012.

Gjennomgangen viser at administrasjonen har fulgt opp begge bestillinger som er gitt i de to kommunestyrevedtakene som er kontrollert (sak 47/11 og 49/12). I de to sakene fra formannskapet som revisjonen har kontrollert går det fram at i sak 9/12 der rådmannen skulle undersøke en sak til neste møte, er dette gjort. I den andre saken, sak 28/12, går det fram at administrasjonen har fulgt opp én av to bestillinger i vedtaket.[42]

I de to sakene fra hovedutvalg for oppvekst- og kultur (sak 3/12 og sak 11/12) som revisjonen har gjennomgått viser tilbakemeldingene fra oppvekst- og kulturetaten at begge saker fulgt opp. I den ene saken, sak 11/12, pkt. 3, er det protokollert at administrasjonen skal utarbeide et notat vedrørende et spørsmål i saken i løpet av våren 2012, men det går fram at tilbakemeldingen først ble gitt som en del av et større notat som omhandlet tilsvarende problemsstillinger, i utvalgets møte i desember 2012. I de to sakene i hovedutvalg teknisk som er gjennomgått (108/11 og 89/12), blir det opplyst fra administrasjonen at bestillingene i begge sakene er fulgt opp. I den ene saken ble det fremmet ny politisk sak med en alternativ løsning, mens den andre saken ble fulgt opp telefonisk med ansvarlig part, Statens vegvesen, og i samarbeidsmøter med vegvesen og politi.

I de to sakene som er gjennomgått i hovedutvalg for helse- og omsorg er den ene saken, sak 9/12, fulgt opp i samsvar med vedtaket. I den andre saken, sak 6/12, den såkalte «LAR-saken», går det fram at hovedutvalget opprinnelig ba om en orientering om helsestasjon for rusmiddelavhengige i Kopervik. En gjennomgang av historikken i «LAR-saken» viser at hovedutvalg to ganger har sendt saker i retur til administrasjonen med ønske om ny utredning, og at administrasjonen har bedt om politiske signaler for det videre arbeidet. Første gang er i vedtaket i sak 6/12, den 29.03.12. Hovedutvalget spesifiserer da to forslag som det ønsker utredet, samt en belysing av faglige og økonomiske forhold knyttet til de to forslagene. Administrasjonen legger så fram en ny utredning for hovedutvalget i møte 30.08.12, i sak 30/12. I vedtaket i saken går det fram at hovedutvalget vedtok utvalget å utsette saken, og ber om en nærmere utredning i tråd med det opprinnelige vedtaket i sak 6/12. Det går videre fram at det via leder i hovedutvalget også ble konkretisert hva utredningen skulle inneholde, og at den skulle framlegges for hovedutvalg helse og omsorg den 22.11.12.

Til møtet den 22.11 var gjennomført en ny utredning, og saken ble fram på ny på ny som sak 41/12. Saken hadde denne gang ikke innstilling fra rådmannen. Vedtaket som ble fattet var følgende:

> «1. Formannskapet vedtar at LAR-tjenesten blir flyttet fra nåværende lokaler i Kopervik til nye lokaler i et ikke sentrumsnært område.
> 2. Endringen gjøres gjeldende fra 01. 09. 2013.»

Den 05.03.13, la administrasjonen fram en skriftlig orientering til hovedutvalget om at administrasjonen hadde gjort en kartlegging av lokaliteter. I dette notatet ber administrasjonen bl.a om signaler i forhold til videre framdrift i arbeidet med å framskaffe nye lokaler. Av møteprotokoll for møtet går det fram at utvalgsleder «(…)foreslo ny utlysning med litt videre geografisk område i henhold til signalene som ble gitt i møtet.» I møte i hovedutvalget 23.05.13 går det så fram at det fram av protokollen at «[h]else og omsorgssjefen orienterte om tilbudt lokale til LAR-behandling og ombyggingsbehov med kostnadsoverslag. Utredes på ny i forbindelse med budsjettsak».[43]

[42] I vedtak i sak 28/12 ble administrasjonen bedt om å prioritere utsending av anbud på prosjektet «Torvastad skole» og holde formannskapet fortløpende orientert. En gjennomgang av den nasjonale portalen for offentlige anskaffelser i Norge, Doffin, viser at kommunen har lyst ut anbud på prosjektet i juni og november 2012. En gjennomgang av møteprotokollene i formannskapet fra og med det påfølgende formannskapsmøtet 30.april 2012 til og med siste tilgjengelige protokoll fra 17.06. 2013,viser at progresjonen i prosjektet knyttet til Torvastad skole ikke er lagt fram som egen orienteringssak for formannskapet, men at administrasjonen i møte 18.06 2012 svarte på spørsmål fra representant angående Torvastad skole.

[43] Sak 18/13

4.5.3 Rapportering om oppfølging av politiske vedtak

Det går fram at kommunen ikke har skriftlige rutiner for rapportering på oppfølging av politiske vedtak internt i administrasjonen. Lederne holder oversikt over oppfølgingen av alle saker til og fra politisk nivå i etatssjefmøtene, i ledermøter og ledersamlinger i etatene. Det foreligger ikke skriftlige oversikter over alle politiske vedtak og oversendelser, og hvem som er ansvarlig for å følge disse opp.

Revisjonen har fått opplyst at rådmannens ledergruppe, leder for politisk sekretariat og ordfører/varaordfører har faste møter. I disse møtene gjennomgås status i politiske saker, og framdriften knyttet til saksbehandlingen i enkelte saker. Fra politisk sekretariats side pekes det på at et mulig forbedringstiltak likevel kunne være å etablere en matrise/fil for alle saker som det skal rapporteres om til politikerne. I en slik samlet oversikt bør det også framgå ansvarlige saksbehandlere og møtedato for sakene.

Det er etablert en praksis der administrasjonen informerer muntlig eller skriftlig i de aktuelle utvalgene om oppfølging av saker. I intervju blir det opplyst at det for eksempel alltid blir informert til utvalg hvis det skjer avvik eller forsinkelser i forbindelse med oppfølging av saker. Rapporteringen til politisk nivå skjer i følge rådmannen både ved at politikerne ber spesifikt om statusrapportering og ved at administrasjonen tar opp saken.

Rapporteringen til politikerne kan skje både skriftlig og muntlig, avhengig av hva administrasjonen vurderer som hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle. Det blir opplyst at budsjettrapportering til politikerne gis skriftlig tertialvis. Som vist over under pkt 4.5.2 kan også rapporteringskrav og tidspunkter gå fram av vedtak i en sak. I de to sakene, 11/12 i hovedutvalg for oppvekst- og kultur, og 28/12, formannskapet, går det fram at i førstnevnte sak ble rapportering gitt et halvt år etter det som opprinnelig ble skissert, mens i sistnevnte er det ikke gitt løpende orienteringer til formannskapet slik de ber om i sitt vedtak.

I de tilfeller der det i møtene stilles spørsmål direkte til administrasjonen blir det opplyst at administrasjonen som oftest vil kunne svare direkte på spørsmålet. Dersom det er behov for å hente inn mer informasjon i en sak før svar blir gitt, kan administrasjonen eventuelt komme tilbake med svar til spørsmålsstiller i et senere møte. Representantens spørsmål og administrasjonens svar blir protokollert. I formannskapet kan rådmannen også gi en orientering om saker som skal til behandling i senere møter, slik at representantene har mulighet til å forberede seg og eventuelt formulere spørsmål før slike saker kommer opp. Det går fram at det i hovedutvalg teknisk i noen tilfeller hender at representanter sender inn spørsmål på forkant av møtet. I tre av sakene revisjonen har gjennomgått er det stilt til sammen fire spørsmål til administrasjonen som del av den politiske behandling av sakene. Gjennomgangen av sakene viser at administrasjonen i alle disse tilfellene har fulgt opp spørsmålene.

5. Vurdering

5.1 I hvilken grad er det etablert et kontrollmiljø i kommunen i samsvar med god internkontrollpraksis?

Revisjonen viser at Karmøy kommunes tilnærming til internkontroll er basert på en stor grad av delegasjon av ansvar og myndighet fra rådmannsnivået til underliggende etater. Delegasjonen av internkontrollansvaret er imidlertid etter revisjonens vurdering ikke tydelig formalisert i organisasjonen. Det foreligger heller ikke et administrativt delegeringsreglement som viser hvordan rådmannens myndighet delegeres videre i organisasjonen i samsvar med delegasjonsreglementet (jf. politisk delegasjon) for Karmøy kommune. Rådmannen har i liten grad fastsatt krav til rapportering for å gjøre seg kjent med og følge opp internkontrollarbeidet i etatene, og det er ikke etablert et felles system eller prinsipper for internkontroll i organisasjonen. Det går fram av spørreundersøkelsen at en stor del av lederne i kommunen opplever at kommuneledelsen (rådmann og etatssjefer) ikke har gitt tilstrekkelig informasjon om hvordan internkontroll skal utøves i praksis. Etter revisjonens vurdering gjør dette at kommunen ikke har tilstrekkelig sektorovergripende internkontroll, jf. krav i kommuneloven § 23 nr. 2.

Til tross for disse utfordringene vil revisjonen peke på at det er flere elementer i den sektorovergripende internkontrollen som er på plass i kommunen. Dette omfatter bl.a. politisk delegasjon, etiske retningslinjer, felles arkivplan, håndbøker for HMS og brannvern og beredskapsplan. Det er også etter revisjonens vurdering viktig å fremheve at ansvarsdeling mellom rådmanns- og etatssjefsnivået oppfattes som tydelig, selv om denne i for liten grad er formalisert og skriftliggjort. Flere viser til at det er etablert flere møtepunkt både sentralt i kommunen og i etatene hvor relevante saker tas opp og diskuteres ved behov. En felles forståelse for ansvarsdelingen vil være et viktig grunnlag for å videreutvikle den overordnede og mer formaliserte tilnærmingen til internkontroll i kommunen. Det er også positivt at et stort flertall av lederne i kommunen opplever at ledelsen i kommunen (rådmann og etatssjefer) har fokus på å forebygge brudd på lover og regler i organisasjonen, og at kun et lite mindretall av lederne i organisasjonen gir uttrykk for at det ikke er fokus på etikk, eller rom for kritikk og uenighet, i kommunen.

Også internt i etatene er det ulik grad av formalisering av ansvar og roller, både generelt og knyttet til internkontroll. Revisjonen vil spesielt trekke frem at det er svært varierende i hvilken grad det foreligger lederavtaler og funksjonsbeskrivelse. Innenfor helse og omsorg går det frem at det er utarbeidet ansvars- og myndighetsbeskrivelser for lederne og at det er etablert lederavtaler mellom etatsjef og avdelingsledere. Innenfor teknisk etat og innenfor oppvekst- og kulturetaten er det ikke rutine for å utarbeide slike funksjonsbeskrivelser. Beskrivelse av ansvarslinjer og myndighetsfordeling er et krav i regelverket både knyttet til helse og sosial (jf. forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten), VAR tjenester (jf. veileder til drikkevannsforskriften) og for skolene (jf. veileder om kommunenes forsvarlige system). Revisjonen mener at kommunen må sikre at slike beskrivelser blir utarbeidet i samsvar med regelverket. Tydelige beskrivelser av roller og ansvar er viktig for å sikre en felles oppfatning hvilke krav som stilles til ulike funksjoner, ikke minst i forhold til hvilke ansvar den enkelte har for å sikre tilfredsstillende internkontroll i enheten.

Undersøkelsen viser at det ikke er noen overordnede retningslinjer eller krav knyttet til kompetansekartlegging i kommunen og at det er varierende praksis knyttet til dette i de ulike etatene. Innenfor helse- og omsorgsetaten er det utarbeidet en strategisk plan for kompetanseutvikling som ble siste oppdatert i 2011. Innenfor oppvekst og kultur og teknisk etat er det flere ledere som oppgir at det ikke er utarbeidet kompetanse og opplæringsplaner innenfor sine enheter. Revisjonen mener at det er viktig at kommunen sikrer at arbeidstakerne har nødvendig kompetanse innenfor sine fagfelt og om virksomhetens internkontroll. Dette er også et spesifikt krav i forskrift om internkontroll i sosial- og

helsetjenesten (§ 4, 2. ledd) som helse- og omsorgstjenestene er underlagt. Også knyttet til VAR tjenestene fremgår det av veilederen til drikkevannsforskriften at tilfredsstillende internkontroll krever at virksomheten sikrer at ansatte har tilstrekkelig kompetanse. Revisjonen viser i denne forbindelse til at VAR-avdelingen i dag ikke har en samlet oversikt over avdelingens kompetanse og opplæringsbehov.

5.2 Er internkontrollsystemet basert på systematisk risikokartlegging og vurdering eller andre former for analyse der fare for svikt, feil eller mangler knyttet til manglende regeletterlevelse, måloppnåelse, rapportering og arbeidsprosesser blir identifisert?

Risikokartlegging- og vurdering er i varierende grad tatt i bruk som virkemiddel i kommunens arbeid med internkontroll. På overordnet nivå er det gjennomført overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) av kommunens beredskapsarbeid, og det er i tillegg brukt ROS-metodikk innen teknisk etat og i kultur- og oppvekstetaten. Undersøkelsen viser at det i mindre grad blir gjennomført systematisk risikokartlegging og vurdering knyttet til regeletterlevelse, måloppnåelse og kvalitet i tjenestene.

Revisjonen mener at det er uheldig at det ikke er etablert overordnede føringer for gjennomføring av systematiske risikovurderinger knyttet til regeletterlevelse, måloppnåelse og kvalitet i tjenestene. Systematiske risikovurderinger er et viktig verktøy i internkontrollarbeidet for å kunne målrette arbeidet med internkontroll i kommunen som helhet, og innenfor de enkelte sektorene, og er derfor en sentral del av COSO og andre rammeverk for god internkontroll.

Innenfor flere sektorer er det også spesifikke lovkrav knyttet til gjennomføring av risikovurderinger. Undersøkelsen viser at det ikke gjennomføres systematiske og dokumenterte risikovurderinger innen for helse og omsorg. Dette er ikke i samsvar med § 4, 2. ledd (f) i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og kravet om at virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten for det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav i helse- og omsorgslovgivningen. Heller ikke i oppvekst- og kulturetaten er det etablert et system for gjennomføring av risikokartlegginger og -analyser.

Undersøkelsen viser også at ikke alle enheter gjennomfører risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet. Noen få ledere oppgir også at det ikke gjennomføres kartlegging og vurdering av risiko knyttet til HMS i enheten, noe som ikke er i samsvar med krav i internkontrollforskriften § 5 om at virksomheten skal kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene.

5.3 Har kommunen etablert rutiner, kontroller og rapporteringer knyttet til internkontrollen?

Det er etablert tertialvise økonomirapporteringer og årsmeldinger til politisk nivå fra administrasjonen, og det er etablert fast rutine på rapportering om økonomi og inkluderende arbeidsliv fra etatene til rådmannen. I tillegg blir det rapportert muntlig til rådmannen i de ukentlige ledermøtene. Undersøkelsen viser at det mangler konkrete krav til rapportering, enten skriftlig eller som faste tema i ledermøtene, knyttet til internkontroll og kvalitet utover disse områdene. Revisjonen mener at manglende krav til rapportering om internkontroll kan føre til at en ikke klarer å ivareta kravet til overordnet internkontroll jf. krav i kommuneloven § 23 nr. 2.

Det er etablert rutiner og prosedyrer på ulike nivåer og tjenestesteder i kommunen. Dette omfatter både styrende, utførende og kontrollerende rutiner. Tilnærmingen til utforming og tilgjengeliggjøring av rutiner i kommunen varierer i stor grad mellom de ulike etatene, noe som blant annet skyldes mangelen på et enhetlig kvalitets- og internkontrollsystem. I helse- og omsorgsetaten er det utarbeidet prosedyrebibliotek/kvalitetshåndbok basert på ISO 9001 som gir et overordnet rammeverk for prosedyreverket. Revisjonens gjennomgang viser imidlertid at dette ikke har blitt vedlikeholdt i tilstrekkelig grad de senere årene. Innenfor teknisk etat og oppvekst- og kulturetaten er det heller ikke en enhetlig praksis for arbeidet med å utvikle og vedlikeholde prosedyrer og rutiner.

Også innenfor sektorovergripende områder finner revisjonen at sentrale system og rutiner ikke er oppdatert i nyere tid og endret i samsvar med endringer i regelverket. Dette gjelder bl.a. på IT-området, hvor det framgår at overordnet plan ikke har blitt oppdatert på over ti år. Etter denne tid har det skjedd utvikling på IKT-området, samt presiseringer av myndighetskrav, bl.a. gjennom «norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren, som etter revisjonens vurdering tilsier at planverket burde revideres. Arkivplanen er ikke oppdatert siden 2001, og store deler av HMS håndboken er ikke revidert årlig i samsvar med kommunens egne retningslinjer.

Manglende enhetlig praksis for å tilgjengeliggjøre og oppdatere/revidere prosedyrer og rutiner kan etter revisjonens vurdering medføre en fare for manglende etterlevelse av sentrale rutiner og det vil kunne gjøre det vanskeligere å sikre at nye prosesser og rutiner blir effektivt kommunisert ut i linjen. Revisjonen mener at et godt system for rutiner og prosedyrer, som er oppdatert og tilgjengelig for de ansatte, er avgjørende for å sikre god internkontroll i virksomhetene og for at virksomhetene drives i samsvar med krav til internkontroll innen de ulike fagområdene.

5.4 Har kommunen etablert et avvikssystem hvor ansatte kan melde om avvik?

Kommunen har felles avvikssystem knyttet til HMS, men ikke et tilsvarende felles system knyttet til andre former for avvik. En mindre del av lederne i kommunen oppgir likevel at det blir utarbeidet systematiserte oversikter over kvalitetsavvik i deres enheter. Det kommer frem av spørreundersøkelsen at det oppleves at det er utfordringer knyttet til melding og håndtering av avvik. Det er bl.a. usikkerhet knyttet til hvordan avvik skal meldes og hvilke avvik som meldes. Revisjonen vurderer at mangelen på et enhetlig system, og usikkerhet rundt praksis knyttet til avviksmelding og -behandling er uheldig, ved at man risikerer at identifiserte svakheter ikke blir rapportert og håndtert på en tilstrekkelig systematisk måte. Dette medfører også at en ikke i tilstrekkelig grad blir kjent med områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav og dermed et brudd på § 4, 2 (f) i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Karmøy kommune har startet opp et arbeid med å anskaffe et felles elektronisk avvikssystem, noe revisjonen oppfatter som et positivt tiltak.

Undersøkelsen viser videre at det i varierende grad blir gjennomført en systematisk analyse av meldte avvik som en del av forbedringsarbeidet. Revisjonen vil også påpeke at en systematisk gjennomgang av avvik som er meldt, både innenfor HMS området og knyttet til tjenestekvalitet, er viktige for å kunne evaluere og forbedre system, rutiner og etterlevelse av disse

5.5 I hvilken grad sikrer kommunen gjennom sitt internkontrollsystem at fagspesifikke internkontrollsystem er i samsvar med regelverket?

Undersøkelsen viser at det er etablert flere ulike tiltak for å møte sektor- og fagspesifikke internkontrollkrav. Samtidig fremgår det at kommunen ikke har en overordnet oppfølging av om de ulike områdene har etablert tilfredsstillende fagspesifikke internkontrollsystem. Etter revisjonens oppfatning er det på enkelte områder ikke etablert systematisert internkontrollhandlinger i samsvar med kravene i regelverk (jf. andre punkt i dette kapittelet) og dette er forhold som revisjonen mener skal fanges opp i den overordnede oppfølgingen av internkontrollen, jf. krav i kommuneloven § 23 nr. 2.

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

På grunn av mangelen på et samlet internkontroll- og kvalitetssystem, og utstrakt delegering, er det i liten grad formulert konkrete krav og informasjon fra rådmannsnivået knyttet til internkontrollen. Det fremgår av spørreundersøkelsen at hovedvekten av lederne oppfatter at det er god intern kommunikasjon i kommunen, og det rapporteres også at samtlige enheter gjennomfører medarbeidersamtaler med sine ansatte, noe revisjonen vurderer er positivt.

I spørreundersøkelsen gir et flertall av lederne uttrykk for at alle nyansatte får opplæring i interne/faglige prosedyrer, systemer for avvikshåndtering, relevante lover og forskrifter, kommunale retningslinjer og

enhetens mål og organisering. Det varierer imidlertid mellom de ulike enhetene i hvilken grad det er et formalisert system for opplæring av nyansatte. Revisjonen vurderer at slik opplæring burde bli gitt i alle enheter, for å sikre at alle ansatte har grunnleggende kunnskap om mål, retningslinjer og prosedyrer.

5.7 Er det etablert rutiner for oppfølging av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt?

Det går fram av spørreundersøkelsen at 37 % av de spurte er helt eller delvis uenig i at deres leder følger opp om internkontrollen fungerer, og at kun 11 % av lederne svarer at deres enhet har et system for overvåkning og vurdering av om internkontrollen fungerer slik den skal. Revisjonen oppfatter at dette er en vesentlig mangel ved kommunens tilnærming til internkontroll, da manglende oppfølging medfører risiko for at internkontrollen ikke fungerer slik den er forutsatt. Både innenfor COSO-rammeverket, internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten (§ 4, 2. ledd), og i veilederen om kommunens forsvarlige system, fremgår det at de ansvarlige for virksomheten må overvåke og gjennomgå internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Det er heller ikke tilfredsstillende at det ikke er fastsatt rutiner knyttet til formell ledelsesgjennomgang eller andre aktiviteter for oppfølging av internkontrollen på rådmannsnivå. Revisjonen har fått opplyst at det i VAR-avdelingen er etablert egne rutiner for årlige gjennomganger og egenkontroller av systemene knyttet til vannverk og forurensing av drikkevann. Revisjonen mener dette er et svært positivt tiltak, og at kommunen som helhet i større grad bør etterstrebe slike systematiske gjennomganger av internkontrollarbeidet.

5.8 Har kommunen etablert et system for vedtaksoppfølging?

Kommunen har fastsatt et reglement som regulerer behandling og oppfølging av politiske saker, og det blir i intervju gitt uttrykk for at det er en tydelig avklart samhandling mellom administrasjon og politisk sekretariat. Ved vedtak vil det vanligvis gå beskjed via sak- /arkivsystemet til ansvarlig saksbehandler. Revisjonens stikkprøvegjennomgang viser at sakene i all hovedsak har blitt fulgt opp av administrasjonen, men i en av sakene er det ikke gitt løpende orienteringer til formannskapet, slik det er forutsatt i vedtaket.

Det er ikke etablert skriftlige rutiner for rapportering på oppfølging av politiske vedtak internt i administrasjonen. Det er oversikt over oppfølging av saker til og fra politisk nivå i ledermøter, men det er ikke felles skriftlig oversikt over vedtak, oversendelser og hvem som er ansvarlige for oppfølgingen. Revisjonen mener at kommunen kan vurdere om det vil være hensiktsmessig å utarbeide en slik oversikt.

6. Forslag til tiltak

På bakgrunn av gjennomgangen foreslår revisjonen at Karmøy kommune:

1. Utarbeider et administrativt delegasjonsreglement som inneholder en klar ansvarsdeling mellom nivåene og hvor ansvar for internkontroll fremgår.
2. Utarbeider klare ansvars- og myndighetsbeskrivelser for alle ledere
3. Sikrer at alle ledere er kjent med hva som ligger i ansvaret for internkontroll.
4. Etablerer system for oppfølging og rapportering av om kommunens internkontroll fungerer slik den var tenkt.
5. Sørge for at alle arbeidstakere har nødvendig kompetanse knyttet både til fagfelt og internkontroll gjennom for eksempel kompetansekartlegging og opplæringsplaner.
6. Utvikler felles standarder for risikovurderinger og i større grad tar i bruk risikovurderinger som verktøy i interkontrollen for å sikre identifikasjon av fare for svikt eller feil i tjenestene.
7. Etablerer gode system for tilgjengeliggjøring og revidering av rutiner og prosedyrer for de ansatte for eksempel gjennom et felles kvalitetssystem med prosedyrebibliotek.
8. Etablerer felles avvikssystem og sikre at avvik meldes og følges opp i alle enheter.
9. Utarbeider systematiske oversikter over meldte avvik slik at dette kan benyttes i utviklingen av internkontrollsystemet.
10. Vurderer å utarbeide en oversikt hvor man løpende kan føre politiske vedtak, ansvarlig saksbehandler og frister.

Vedlegg 1: Stikkprøver

Tabell 2 Stikkprøver - oppfølging av vedtak og politiske oversendelser

Møte	Saksnummer	Sakstittel	Vedtak	Oppfølging
Kommune styret	**49/12**	**Kommunal planstrategi**	«(…) 3. Kommunestyret ber rådmannen i samråd med Utvalg for samfunnsplanlegging, starte arbeidet med revisjon av kommuneplanen, både samfunnsdel og arealdel, så snart som mulig og gi arbeidet høy prioritet.»	Vedtaket ble fattet 14. juni 2012 I Utvalg for samfunnsplanlegging s møte 30. august 2012 la administrasjon fram forslag til planprogram i sak 14/12. Administrasjonens forslag, inklusive endringer som kom fram under behandling av saken, ble vedtatt.
	47/11	**Leirskoletilbud**	«Kommunestyret vedtar at leirskoletilbudet kan videreføres også etter sommeren 2011. Midler til driften innbakes i første omgang i oppvekst- og kulturetatens budsjett, og så vil en høsten 2011 se på eventuelt behov for budsjettregulering. Drift utover 2011 innpasses i ordinært budsjettarbeid. Rådmannen bes arbeide videre med alternativer for drift av leirskolen»	Vedtaket ble fattet 14. juni 2011 I rådmannens forslag for budsjett- og økokonomiplan 2012-2015 side 32 går det fram følgende: «Leirskolen, som var vedtatt lagt ned fra høsten 2011i det opprinnelige budsjettvedtaket, ble av kommunestyret tatt inn i igjen. Det er ansatt én leirskolelærer og en og halv miljøarbeiderstilling for å drifte leirskolen. Lønnsutgiftene til disse stillingene utgjør 1,25 millioner og dette må en ta inn som kutt i det ordinære skolebudsjettet. I tillegg vil det påløpe kostnader på den enkelte skole til leirgodtgjørelse for lærerne.»
Formann-skapet	**28/12**	**Torvastad skole – Valg av entrepriseform**	«1. Formannskapet legger til grunn at prosjektering og byggearbeider for ny Torvastad skole gjennomføres som Totalentreprise, jfr. NS 8407. 2. Formannskapet ber om at rådmannen prioriterer arbeidet med	Vedtaket ble fattet i møte 16. april 2012. Når det gjelder pkt. 2 i vedtaket viser gjennomgang av Doffin at kommunen har lyst ut prosjektet i juni og november 2012. Når det gjelder pkt .3 i vedtaket viser en gjennomgang av møteprotokollene at rådmann i møte 18.06 2012 svarte på spørsmål fra representant angående Torvastad skole. Det går det fram av svaret at det er igangsatt utlysning i Doffin (sak 62/12 Eventuelt). Utover dette viser gjennomgangen av møteprotokoller fra og med

			forberedelse til utsending av prosjektet på anbud. 3. Formannskapet ber om å bli holdt løpende orientert om progresjonen i prosjektet.»	det påfølgende møtet 30.april 2012 til og med siste tilgjengelige protokoll fra 17.06 2013, at progresjonen i prosjektet knyttet til Torvastad skole ikke er lagt fram som egen orienteringssak for formannskapet.
	9/12	**Eventuelt**	«Holvik (Ap) viste til vedtak i kommunestyret 20.12.2011 - sak 83/11, hvor midlertidig ansettelse av miljøterapeut ble forlenget, og stilte spørsmål til ordfører om lovlighet. Rådmannen vil undersøke saken nærmere til neste møte.»	Spørsmålet fra representanten ble stilt i møte 16. 01.12. I påfølgende møte 13.02.12 går det fram av møteprotokollen at: «Rådmannen viste til spørsmål fra Holvik (Ap) i møte 16.01.2012 vedrørende lovlighet av å forlenge midlertidig ansettelse av miljøterapeut (KST sak 83/11), og svarte at forlengelsen er lovlig.»
Hoved-utvalg helse- og sosial	**6/12**	**Orientering om helse-stasjon for rusmiddelavhengige i Kopervik**	«Hovedutvalget sender saken tilbake og ber administrasjonen utrede følgende forslag: 1. LAR-tjenesten desentraliseres. Det skal ikke være fysisk nærhet mellom LAR og LAV. 2. LAV-tilbudet flyttes ut av sentrum til annet egnet sted. Utredningen skal belyse faglige og økonomiske forhold knyttet til forslaget»	Det går fram av oversendt dokumentasjon i saken at: Etter vedtaket i sak 6/12 om å sende saken tilbake og utrede den på ny, ble det lagt fram ny sak for hovedutvalget 30.08.12. I møte i hovedutvalget den 30.08.12 ble ny sak lagt fram. Det går fram av vedtak i saken at «Saken utsettes. Hovedutvalget ber om en nærmere utredning i tråd med vedtak i hovedutvalg helse og omsorg sak 6/12» det går videre fram at det via leder i hovedutvalkget ble konkretisert hva utredningen skulle inneholde: «Flytting av LAR-tjenesten ut av sentrum i Kopervik til et annet egnet sted. Utredningen skal belyse faglige og økonomiske forholdet knyttet til forslaget. Det er ønskelig at sak legges frem for hovedutvalg helse og omsorg 22/11, slik at mulige økonomiske konsekvenser kan drøftes som en del av den politiske budsjettbehandlingen» I møte 22.11 i hovedutvalget ble saken 41/12 lagt fram uten instillling fra rådmannen. Vedtaket som ble fattet var følgende: Vedtak: 1. Formannskapet vedtar at LAR-tjenesten blir flyttet fra nåværende lokaler i Kopervik til nye lokaler i et ikke sentrumsnært område. 2. Endringen gjøres gjeldende fra 01.09.2013. Notat til orientering 05.03.13 viser at etaten har gjort en kartlegging av lokaliteter. I notatet ber administrasjonen bl.a om signaler i forhold til videre framdrift i arbeidet med å fremskaffe nye

				lokaler Det går fram av møteprotokoll fra møtet at «Helse- og omsorgssjef orienterte. Leder foreslo ny utlysning med litt videre geografisk område i henhold til signalene som ble gitt i møtet.» I møtet 23.05.13 går det fram av sak 18/13, pkt 1. at «Helse og omsoergssjefen orienterte om tilbudt lokasle til LAR-behandling og ombyggingsbehov med kostandsoverslag. Utredes på ny i forbindelse med budsjettsak».
	9/12	**Budsjett 2012/ Prognose omsorgs-tjenesten, behov for tiltak**	«1. Hovedutvalg helse og omsorg er orientert om regnskapssituasjonen og vedtar iverksettelse av følgende tiltak: (…) 2. Hovedutvalget skal holdes orientert om utviklingen i omsorgstjenesten, neste gang 23.05.12.»	Av møteprotokoll for møte i hovedutvalget 23.05.12 går det fram følgende av sak nr. 21/12: «(…) 1. Budsjettoppfølging per april 2012 Helse- og omsorgssjefen og avd.sjef omsorg orienterte. Tatt til orientering.»
Hoved-utvalg kultur og oppvekst	**3/12**	**Publisering og bruk av nasjonale prøver**	Hovedutvalg oppvekst og kultur vedtar: 1. Faste informasjonsrutiner for resultatene av nasjonale prøver: (...) 2. Gjennomsnittstall, mestringsnivå og standardavvik for nasjonale prøver på skolenivå, kommunaltnivå, fylkesnivå og nasjonalt nivå offentliggjøres på oppvekst- og kulturetatens nettsider. 3. Resultatene skal ikke publiseres/offentliggjøres hvis enkeltindivid direkte eller indirekte kan identifiseres.	Av svar fra etatssjef går det fram: «Saken var opp i møte i hovedutvalget 29.02.2012. Forslag til endring ble noe korrigert i møtet, og i referat fra møtet finnes eksakt ordlyd. Vedlagt ligger sakliste fra rektorsamling 21.02.2013 der problemstillingen gjennomgås. På vårt kontor er det rådgiver (…)som samordner tall/statistikk etter at prøvene er avholdt og klargjør for publisering. Erfaringene videre viser at vi etter siste nasjonale prøve om høsten blir det minnet om publiseringen både fra rektorene inn mot oss og motsatt.»
	11/12	**Eventuelt**	«1. Leder ba om at hovedutvalget fikk seg forelagt et notat vedrørende problemstillingen utagerende elever. Notat til HSK kommer. (…) 3. Vegar L. Pedersen (FrP) foreslo at administrasjonen ser på muligheten for opprettelse Newton rom på Karmøy. Administrasjonen ser på saken og kommer tilbake med notat i løpet av våren.»	Av svar fra etatssjef går det fram: «(..) Pkt 1 (notat vedrørende problemstillingen utagerende elever) Det ble laget egen sak i tilknytning til dette. Se sak til hovedutvalg oppvekst og kultur, sak 28/12, i møte den 06.06.2012. (..) Pkt 3 (muligheten for opprettelse av Newton rom på Karmøy) Dette spørsmålet, samt et par andre spørsmål gjeldende realfag, ble samlet svart på i "Notat til orientering - Realfagsatsing i Karmøy kommune 2012" i møtet den 05.12.2012.»
Hoved-utvalg	**89/12**	**Eventuelt**	Punkt 1: Anita Klyve (Frp) stilte	Av svar fra etatssjef går det fram: Til punkt 1:

teknisk			spørsmål vedrørende parkering på Gunnarshaugvegen 28. Teknisk sjef svarte at Gunnarshaugvegen er fylkesveg og hører inn under vegvesenets ansvarsfelt. Administrasjonen tar opp saken med vegvesenet for nærmere avklaring av aktuelle tiltak. Punkt 2: Leder ba medlemmene reservere torsdag 31. mai- fredag 1. juni i forbindelse med kurs i ny plan- og bygningslov.	«Saken gjelder flere biler som ble parkert tett opp til vegkant med mulige sikthindringer som resultat. Kommunens saksbehandler på vegsaker formidlet hovedutvalgets innspill til vegvesenets saksbehandler via telefon kort tid etter møtet. Det skal også senere ha blitt tatt opp som en av flere saker i et ordinært fellesmøte med politi, vegvesen og kommunen som gjennomføres ved behov. Vedkommende bileier skal videre ha fått muntlig beskjed om at dette anses som et tiltak som bør rettes opp i.» Til punkt 2: «I samråd med leder fikk teknisk sjef i oppdrag å organisere en studietur til Stavanger for utvalget som inkluderte seminar i regi av fylkesmannen, besøk hos Stavanger kommunes planetat samt interne samhandlingsdrøftinger for utvalget. (…)» Vedlagt dokumentasjon viser at studietur ble gjennomført 31. 05.12 og 01.06.12.
	108/11	**Kloakk-sanering – Søylå i Kvalavåg**	«Hovedutvalget for tekniske saker tar til etterretning brev fra Erling Kvalavåg datert 22.05.08 og 05.06.08, samt senere korrespondanse. Problemstilling i brevene anses å være tilstrekkelig behandlet av hovedutvalget for tekniske saker i sak nr. 4/09, samt av administrasjonen i brev datert 24.06.11. Hovedutvalget for tekniske saker anser klagene fra Erling Kvalavåg som ferdig behandlet. Hovedutvalget ber administrasjonen arbeide videre med å hjelpe grunneierne med å få lagt spillvannsledning langs Kvalavågsvegen, samt følge opp eiere av eiendommer som ikke har etterkommet pålegget om påkobling i henhold til HTS-vedtak nr. 163/08.»	Av svar fra etatssjef går det fram: «Denne saken har en lang og krevende historikk. Vedtaket i sak 108/11 bidro ikke til å få løst saken. For å få en framdrift i saken og med det få ordnet opp i en forurensningssituasjon, så besluttet teknisk sjef at saken skulle fremmes for ny politisk behandling med et annet forslag til løsning og vedtak i forhold til det som hovedutvalget vedtok i sak 108/11. Dette ble gjort i møte 18.04.13 sak 52/13 og resulterte i enstemmig vedtak»

Vedlegg 2: Høringsuttalelse fra Karmøy kommune v/rådmannen

Revisjonen mottok følgende uttalelse fra rådmannen på e-post 18. oktober 2013:

Hei,

Karmøy kommune skiftet rådmann 1.september 2013. Undertegnede vil ha noe begrenset mulighet til å yterligere kommentere rapporten. Med de innspill etatssjefene har gjort tidligere, anser kommunen seg, slik situasjonen er, å være ferdige med sine kommentarer til forvaltningsrevisjonsrapporten.

mvh

Sigurd Eikje

Rådmann

Vedlegg 3: Oversikt over sentrale dokument og litteratur

Lover og forarbeid

- 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.
- Miljøverndepartementet : Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften), FOR 1995-12-01 nr. 928
- 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).

Litteratur

- 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)

Dokument fra Karmøy kommune

- Delegasjonsreglement for Karmøy kommune. Vedtatt av kommunestyret 14. 06.2012, pkt 1.f),
- Karmøy kommune sin felles HMS-håndbok, revisjonsnr. 4
- Reglement for kommunestyre, formannskap og faste utvalg, Karmøy kommune
- Risiko- og sårbarhetsanalyse. Karmøy kommune, 2011.
- Årsmelding 2012

Annet

- RSK 001

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