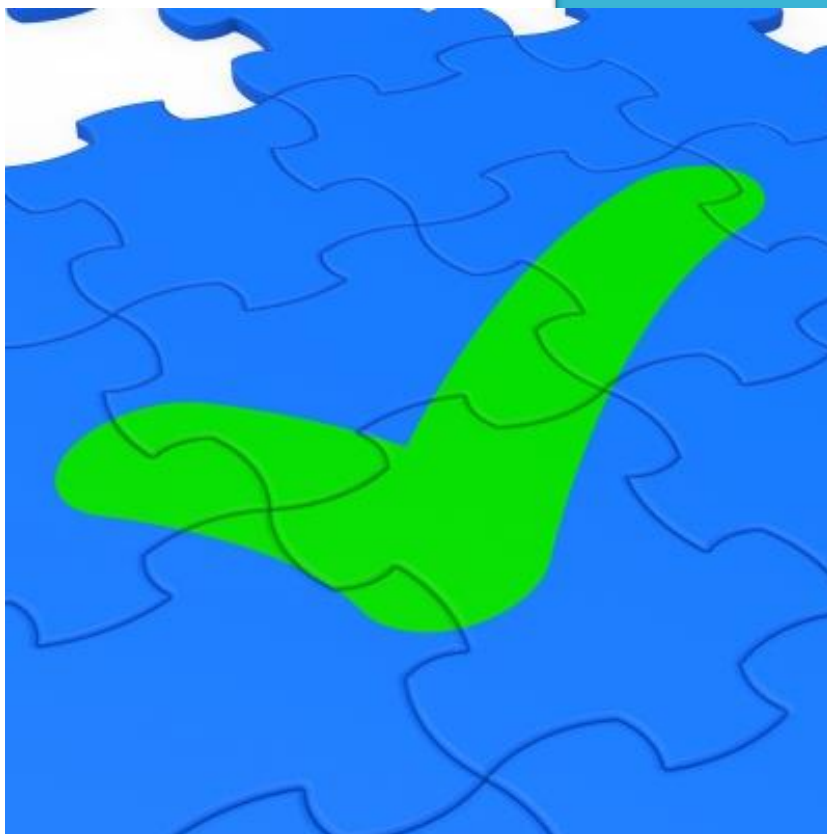


Intern kontroll i Åsnes kommune

RAPPORT – DEN 29.08.2016



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «Intern kontroll i Åsnes kommune». Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Åsnes kommune.

Utøvende forvaltningsrevisor Kristoffer Myklebust Svendsen har ført rapporten i pennen. Utøvende forvaltningsrevisor Mathias Grendahl Sem har medvirket under intervjuer og møter. Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor i innledningsfasen av prosjektet var Lina Kristin Høgås. Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Jo Erik Skjeggstad overtok imidlertid prosjektet underveis, og denne har utført kvalitetssikring av arbeidet.

Revisjonen ønsker å takke kommunens administrasjon for nødvendighet tilrettelegging og bistand i prosjektforløpet. Vi vil også takke de ansatte i økonomiavdelingen, sykehjemmet, teknisk avdeling og lønnskontoet som vi har gjennomført intervjuer med. Intervjuene ble gjennomført med åpenhet rundt temaene som ble tatt opp.

Kongsvinger, den 29. august 2016



Jo Erik Skjeggstad
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Kristoffer Myklebust Svendsen
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	11
3.1	OM INTERNKONTROLL I KOMMUNENE	11
3.2	RISIKOBETRAKTNINGER RUNDT INTERNKONTROLL	13
4	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	13
5	METODE FOR REVISJONEN, AVGRENSNINGER OG REVISJONSKRITERIER	14
5.1	METODE FOR REVISJONEN	14
5.2	AVGRENSNING AV PROSJEKTET	16
5.3	REVISJONSKRITERIER	16
6	PROBLEMSTILLING 1: HAR KOMMUNEN ET HELHETLIG SYSTEM FOR INTERN KONTROLL	17
6.1	REVISJONSKRITERIER	17
6.2	INNHELTEDE DATA	18
6.3	REVISORS VURDERING	21
7	PROBLEMSTILLING 2: INTEGRERING I KOMMUNENS ORGANISASJON	25
7.1	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	25
7.2	INNSAMLET DATA	26
7.2.1	INNSAMLET DATA: IMPLEMENTERING AV COMPILOS KVALITETSSYSTEM	26
7.2.2	REVISORS VURDERINGER: IMPLEMENTERING AV COMPILOS KVALITETSSYSTEM	27
7.2.3	INNSAMLET DATA: ØKONOMIKONTORETS INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL	28
7.2.4	REVISORS VURDERINGER: ØKONOMIKONTORETS INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL	30
7.2.5	INNSAMLET DATA: SYKEHJEMMETS INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL	32
7.2.6	REVISORS VURDERING: SYKEHJEMMETS INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL	35
7.2.7	INNSAMLET DATA: SYKEHJEMMETS KJØKKEN	38
7.2.8	REVISORS VURDERING: INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL VED SYKEHJEMMETS KJØKKEN	40
7.2.9	INNSAMLET DATA: INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL, TEKNISK AVDELING	42
7.2.10	REVISORS VURDERING: TEKNISK AVDELINGS INTEGRASJON AV INTERNKONTROLL	44
7.2.11	INNSAMLET DATA: TEKNISK – REISEREGNINGER	46
7.2.12	REVISORS VURDERING: REISEREGNINGER – TEKNISK AVDELING	48
8	PROBLEMSTILLING 3: ETABLERT RUTINER OG INTERNKONTROLL I ENHETENE	51
9.1	REVISJONSKRITERIER	51
8.1	INNSAMLET DATA: ØKONOMIKONTORET - ØKONOMISK INTERN KONTROLL	54
8.2	REVISORS VURDERING: ØKONOMISK INTERNKONTROLL	57
8.3	INNSAMLET DATA: SYKEHJEM – MEDISINHÅNDTERING	59
9.3.1	ANSKAFFELSE AV MEDISINER	60
9.3.2	OPPBEVARING MEDISINER	62
9.3.3	SYSTEM FOR HÅNTERING AV LEGEMIDLER I RESEPTGRUPPE A OG B	64
9.3.4	BRUK (UTTAK) AV LEGEMIDLER	65
8.4	REVISORS VURDERING: ETABLERT RUTINER OG INTERNKONTROLL VED SYKEHJEMMET	66

8.5	INNSAMLET DATA: SYKEHJEM – KJØKKENDRIFT	69
9.3.5	INNKJØP	69
9.3.6	OPPBEVARING	70
9.3.7	BRUK/BETALING	72
8.6	REVISORS VURDERING, ETABLERTE RUTINER OG INTERNKONTROLL VED KJØKKENET	73
8.7	INNSAMLET DATA: TEKNISK – INNKJØP	75
9.3.8	INNKJØP	75
8.7.1	STIKKPRØVER, INNKJØP	77
8.7.2	E-HANDEL	80
8.8	REVISORS VURDERING: TEKNISK AVDELING	81
8.9	INNSAMLET DATA: TEKNISK – REISEREGNINGER	84
8.10	REVISORS VURDERINGER: TEKNISK AVDELINGS REISEREGNINGER	86
9	KONKLUSJON	87
9.1	HAR KOMMUNEN ET HELHETLIG SYSTEM FOR INTERN KONTROLL?	87
9.2	HVORDAN SYSTEMET FOR INTERNKONTROLL ER INTEGRERT I KOMMUNENS ORGANISASJON	88
9.3	ETABLERTE RUTINER FOR Å SIKRE EN GOD INTERN KONTROLL, OG HVORDAN RUTINENE FUNGERER I PRAKSIS	91
10	ANBEFALINGER	95
9	RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE:	98
10	REFERANSER	100
11	VEDLEGG A: UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	101
11.6	OVERORDNET SYSTEM FOR INTERN KONTROLL	101
11.7	ØKONOMISK INTERN KONTROLL	107
11.8	MEDISINHÅNDTERING	110
11.9	OM BESTILLING AV MEDISINER:	110
11.10	OM OPPBEVARING OG KRAV TIL RUTINER:	110
11.11	MEDISINBRUK:	111
11.12	KJØKKENDRIFT	112
11.13	UTVALGTE OMRÅDER INNEN INNKJØP	115
11.14	REISEREGNINGER	117
	VEDLEGG B: VURDERING AV RELIABILITET OG VALIDITET I UNDERSØKELSEN	120

2 Sammendrag

Kontrollutvalget i Åsnes kommune fattet den 26. august 2015 vedtak om at om at Hedmark Revisjon IKS skulle gjennomføre et forvaltningsrevisjonsprosjekt rettet mot intern kontroll i kommunen. Formålet med revisjonen var å finne ut hvordan den interne kontrollen i kommunen fungerer. Formålet skulle belyses ved å besvare følgende problemstillinger:

- 1) *Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll?*
- 2) *Hvordan er dette i så fall integrert i kommunens organisasjon?*
- 3) *Hvilke rutiner er etablert for å sikre en god intern kontroll i den enkelte enhet, og hvordan fungerer de i praksis?*

I forhold til kartlegging av de interne kontrollrutinene og kontroll av hvordan disse fungerer i praksis ble undersøkelsen avgrenset til å gjelde økonomisk internkontroll ved økonomikontoret. Innkjøp, medisinhåndtering og kjøkkendrift ved sykehjemmet, samt innkjøp og håndtering av reiseregninger ved teknisk avdeling.

Vurderinger og konklusjoner er gjort med basis i data innhentet ved intervjuer og dokumentstudier. Det er videre foretatt stikkprøvekontroller og besøk ved de valgte enhetene for å få et innblikk i hvordan internkontrollen fungerer i praksis. Kommunen er målt i forhold til revisjonskriterier utledet fra kommuneloven, stortingsproposisjoner med forarbeider, utredninger og rapporter fra statlig hold, utredninger og rapporter fra Kommunens Sentralforbund (KS), lov og forskrift og veiledere på relevante områder.

Det er gjort følgende konklusjoner:

Problemstilling 1: Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll?

Når det gjelder hvorvidt kommunen har et helhetlig system for internkontroll, konkluderer revisjonen med at internkontrollen framstår som fragmentert og noe mangelfull. Kommunen er i ferd med å samle informasjonsarbeidet til en felles plattform, og dette er et steg i riktig retning for å gjøre internkontrollen helhetlig. Dette arbeidet bør imidlertid også suppleres med informasjons- og oppfølgingsarbeid i fora hvor rådmannen har kontakt med avdelingslederne. Slik det nå ser ut, kan vi konkludere med at kommunen foreløpig ikke har et helhetlig system for internkontroll. Hovedkonklusjonen er basert på hvordan kommunen oppfyller de enkelte revisjonskriteriene for problemstillingen. Det er blant annet påpekt at:

- Kommunens internkontroll fram til nå har vært delt inn i flere plattformer, og med det hatt preg av å være lite helhetlig. Internkontroll, herunder planlegging, gjennomføring og

rapportering, bør få økt prioritet i rådmannens kommunikasjon og møtepunkter med enhets-/ virksomhetsledere. Enhets- og virksomhetsledere bør også forbedre rapporteringsarbeidet til rådmannen. Informasjonsflyten her bør strømlinjeformes i større grad. Det bør utformes en mal for dokumentskriving, innrapportering og tilbakemelding i dette systemet.

- Det gamle avvikssystemet hadde en dårlig oppfølgingsmodul for avvik, og dette bør prioriteres i arbeidet med Compilos kvalitetssystem¹, som er det nye internkontrollsystemet. Internkontrollsystemet bør i større grad benyttes i kommunens forbedringsarbeid. Arbeid med evaluering av tiltak kan gi en læringssyklus i kommunen. I tillegg kan rådmannens rapportering om internkontroll i årsrapporten i større grad baseres på rapportering av internkontroll i enhetene.
- Internkontrollsystemet bør baseres på kommunens målsetninger med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, kvalitet og etterlevelse av lover og regler. Et element som bør følges opp er informasjon om HMS reglementet i Compilos kvalitetssystem. Dette arbeidet bør følges opp av arbeidsmiljøutvalget. Avdelingene kan også lære av hverandre. I tillegg bør det utformes et strategidokument for intern kontroll.

Problemstilling 2: Hvordan er systemet for intern kontroll integrert i kommunens organisasjon?

Når det gjelder hvordan systemet for internkontroll er integrert i kommunens organisasjon, ser vi at internkontrollens grundighet er ujevnt fordelt over de reviderte enhetene. Kommunikasjon om arbeidet med internkontroll med rådmannen bør forbedres. Dette arbeidet bør skjerpes i de enkelte enhetene, så vel som gjennom sektorovergripende kommunikasjonsarbeid. Det er vår oppfatning enhetene har mye å lære av hverandre i dette henseende. Revisjonen påpeker blant annet at:

- De reviderte enhetene har utpekt superbrukere til å lede an i arbeidet med Compilos kvalitetssystem. Kommunen bør vurdere å implementere internkontroll i sin møtestruktur i alle ledd. Lederoppgavene knyttes til internkontroll i ulik grad, og på ulike måter. Det er viktig at man i stillingsbeskrivelsene legger vekt på oppfølging av internkontroll. Internkontrollarbeidet bør også inngå i møtestrukturen i lederforum og arbeidsmiljøutvalget. For sykehjemmets vedkommende bør man fortsette arbeidet med internkontroll i kvalitetsutvalget.

¹ Dette kvalitetssystemet fikk ulike benevelser under revisjonsarbeidet. De ansatte i de reviderte enhetene brukte enten benevnelsen «Kvalitetslosen», eller «Compilo. Revisor mener dette har sammenheng med at leverandøren tidligere het Kvalitetslosen AS, og leverte et produkt som kaltes for Compilo. Nå har imidlertid Kvalitetslosen AS skiftet navn til Compilo AS, og benevnelsen vi benytter i denne revisjonsrapporten for det nye systemet er «Compilos kvalitetssystem».

- Det er et sektorovergripende mål for kommunen å komme i varig økonomisk balanse, og de reviderte enhetene peiler sitt internkontrollarbeid mot dette målet. Arbeidet med regeletterlevelse for innkjøp kan imidlertid forbedres. I tillegg bør kommunen gjennomføre en overordnet risikovurdering, et arbeid som bør prioriteres i lederforumets agenda. For avdelingene bør internkontroll bli et eget punkt på møtene, om så enda ikke er tilfelle. Dette arbeidet bør suppleres med et årshjul.
- Rådmannen bør klargjøre hva slags internkontrollrutiner som bør være felles for hele kommunen, og på hvilke områder det er hensiktsmessig at enhetene har sine egne internkontrollrutiner. Videre bør det også klargjøres hvordan internkontrolltiltakene kan følges opp og evalueres.

Problemstilling 3: Hva slags rutiner finnes for å sikre en god intern kontroll i den enkelte enhet, og hvordan fungerer rutinene i praksis?

Den interne kontrollen er kartlagt, vurdert og kontrollert i et begrenset antall av kommunens enheter. Ved økonomikontoret har fokusområdet vært økonomisk internkontroll. Ved sykehjemmet innkjøp, lagring og uttak av medisiner. For kjøkkendriften har fokuset vært på innkjøp, oppbevaring, og betaling. For teknisk avdeling har fokuset vært på innkjøp og reiseregninger. Vi har konkludert som følger:

- Budsjettdisiplin har prioritet i Åsnes kommune, mens spørsmål vedrørende internkontroll nedprioriteres. Økonomikontoret oppfatter at fristene på innsendelse av dokumentasjon knyttet til momskompensasjon ofte ikke overholdes, noe som fører til ekstraarbeid. Forbedring av prosedyrene i kommunens avdelinger vil jevne ut arbeidspresset i økonomiseksjonen. Det bør også utformes oppdaterte stillingsinstrukser ved økonomikontoret. I tillegg bør innføringen av elektronisk attestasjons-, og anvisningsløsning prioriteres for å redusere avvik.
- For sykehjemmets vedkommende konkluderer revisjonen med at internkontrollens rapportering opp mot rådmann kan forbedres. Lederforum er en egnet arena, men dette blir nedprioritert. Det gjøres mye bra arbeid ved sykehjemmet, mtp. kvalitetsutvalg, implementering av årshjul med jevnlig revisjon, og vurdering av nye rutiner. HMS arbeid får også en arena i arbeidsmiljøutvalget.
- Revisjonen fant at listene som angir de ansattes kompetanse ved sykehjemmets var utdatert. Disse bør oppdateres etter implementeringen av Compilos kvalitetssystem er iverksatt.
- Sykehjemmet har tilfredsstillende rutiner hva angår ordinerer av legemidler og legemiddelhåndtering. Disse er også kjent av de ansatte.

- Sykehjemmet har tilfredsstillende rutiner for varemottak, herunder attestasjon og anvisning. For bestilling benytter også sykehjemmet rammeavtaler. Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Preparatene håndteres i henhold til lover og forskrifter. Sykehjemmet har og et nøyte oppdatert medisinhåndteringssystem for å sikre at pasientene får riktig medisin.
- Sykehjemmets kjøkken bør, så vel som kommunens øvrige enheter, sørge for å rapportere om internkontrollarbeidet, og risikoforhold til administrasjonen. Internkontrollsystemet framstår som fragmentert, men dette kan tenkes å bli bedre med implementering av Compilos kvalitetssystem. Denne bør også integreres i sykehjemmets kjøkken.
- Sykehjemmets kjøkken må følge opp sine rammeavtaler fortløpende, og sørge for at leveringen skjer i henhold til avtale.
- Rutinene for menyplanlegging, bestilling, varemottak og oppbevaring sørger for marginalt med svinn av matvarer. Kjøkkensjefen fører også tilstrekkelig kontroll med varemottaket. For risikovurderinger benytter kjøkkenet mattilsynets HACCP rutiner. Det ble ikke avdekket avvik ved disse rutinene under Mattilsynets kontroll. Kjøkkenet bør imidlertid vurdere å kurse alle sine ansatte i dette systemet, og dokumentere kursgjennomføring.
- Det kan tas opp til vurdering, om kjøkkenet bør bruke SSBs matvareindeks framfor konsumprisindeksen ved fastsettelse av prisen på matvarer.
- For teknisk avdeling konkluderer revisjonen med at regelverk for innkjøp i større grad bør bekjentgjøres for administrasjonen. Dette gjelder økonomireglement, reglement for oppfølging av byggesaker, så vel som regelverk for delegasjon av innkjøpsmyndighet. I økonomireglementet finnes rutiner for innkjøp som skiller mellom rammeavtaler, direkte anskaffelser og avrop på rammeavtaler, men stikkprøver viser at disse reglene ikke nødvendigvis praktiseres.
- Anbud, eller verdifastsettelse av anskaffelser utarbeides i enkelte tilfeller med for lave kostnadsanslag. Rutinene bør endres for å unngå å gjennomføre konkurranse etter feil regelverk, og dette er noe rådmann bør følge opp.
- Teknisk avdeling bør i større grad prioritere sin kontroll av innkjøpsrutinene. Dette arbeidet bør videre kommuniseres til rådmannen. Denne kommunikasjonen kan blant annet gjøres i lederforum.
- Arbeidet med innføring av Compilos kvalitetssystem bør suppleres med et årshjul, for å opprettholde bevissthet rundt internkontroll og rutiner på området.
- Oppbevaring av dokumenter i forbindelse med innkjøp skal over i en forbedret løsning, som skal integreres i Compilos kvalitetssystem. Kommunen bør benytte denne dokumentasjonen i

arbeidet med å forbedre innkjøpsrutinene, noe som kan inngå i rådmannens opplæringsarbeid på innkjøpsområdet.

- Oppbevaring av rammeavtaler skal også inn i Compilos kvalitetssystem. Det er revisjonens konklusjon at rammeavtalene også bør bekjentgjøres i alle ledd av kommunen som har med innkjøp å gjøre. Det bør også jobbes med å få på plass fler rammeavtaler for teknisk avdeling.
- Hva angår teknisk avdelings reiseregninger, konkluderer revisjonen med at kommunen bør fortsette arbeidet med å innføre Visma Expense.net, for å begrense risikoen for avvik.

Anbefalinger:

Revisor gir sine anbefalinger med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort i revisjonsprosjektet. For å oppnå et helhetlig system for intern kontroll og integrere dette i kommuneorganisasjonen anbefaler vi at rådmannen vurderer følgende:

- Internkontroll bør få økt prioritet i rådmannens kommunikasjon med avdelingslederne. I lederforum bør man planlegge gjennomføringen av en overordnet risiko og sårbarhetsanalyse. I tillegg bør administrasjonen utforme et helhetlig dokument for internkontroll, blant annet med prosedyre for avvikshåndtering. Internkontrollen bør videre inngå i et årshjul for jevnlig repetisjon av rutiner, reglementer, samt en frekvent evaluering av tiltak.
- Sykehjemmet gjennomfører mye godt internkontrollarbeid blant annet ved hjelp av IKKS systemet og kvalitetsutvalget. Dette arbeidet bør i større grad kommuniseres til rådmannen, så denne erfaringen kan deles med resten av kommunen. Lederforumet kan være en god arena å gjennomføre dette arbeidet i.
- Arbeidet med Compilos kvalitetssystem bør følges opp, herunder arbeidet med å forbedre oppfølgingen av avvik i kommunen. Informasjon om HMS rutiner bør også inngå i dette systemet. Sykehjemmets erfaringer fra innarbeidelse av rutiner i IKKS systemet kan bistå arbeidsmiljøutvalget i denne sammenheng.
- Rådmannen bør vurdere i større grad å basere sin rapportering om internkontroll i årsberetningen på det internkontrollarbeidet som gjennomføres i kommunens enheter
- Det bør vurderes hvordan man kan sikre at økonomikontoret når sine mål med hensyn til et a jour og pålitelig regnskap. Det vil i denne sammenheng være viktig at det leveres dokumentasjon og rapporteres innen fastsatte frister.
- For sykehjemskjøkkenet anbefales det at dokumentasjon av gjennomført kursdeltakelse legges ut på Compilos kvalitetssystem, når arbeidet med denne plattformen er på plass.

- Rådmannen bør sikre at regelverk for innkjøp er kjent for administrasjonen i teknisk avdeling, herunder økonomireglement, reglement for oppfølging av byggeprosjekter, samt delegasjonsreglement.
- Det bør vurderes hvordan man kan systematisere internkontrollarbeidet ved teknisk avdeling i større grad. Systemet for internkontroll bør omfatte risikovurderinger og avvikshåndtering.

Når det gjelder hvilke rutiner som finnes for å sikre en god internkontroll for økonomikontoret, medisinhåndtering, kjøkkendrift, samt innkjøpsrutiner og behandling av reiseregninger ved teknisk avdeling og hvordan rutinene fungerer i praksis, anbefaler vi at rådmannen vurderer:

- Det bør vurderes tiltak for å sikre at dokumentasjon vedrørende momskompensasjon blir oversendt økonomikontoret i tide, og med riktige mva. koder.
- Det bør jobbes med å innføre elektroniske attestasjons-, og anvisningsløsninger, da dette vil forenkle kontroll og etterlevelse av rutiner.
- Arbeidet med internkontroll i de reviderte enhetene bør i større grad kommuniseres til rådmannen for å bedre oversikten over tilstanden i kommunen. En standardisering av denne rapporteringen vil gi rådmann et bedre sammenlikningsgrunnlag for avdelingenes arbeid med internkontroll.
- Sykehjemmet bør sørge for å oppdatere sine lister over de ansattes kompetanse. I IKKS systemet skal det utføres jevnlig revisjon på alle dokumenter, og dette arbeidet bør gjenopptas når Compilos kvalitetssystem er tilstrekkelig implementert.
- Teknisk avdeling bør forbedre sin kontroll av innkjøpsrutinene, og verdifastsettelse av anskaffelsene. Dokumentasjon fra tidligere anskaffelser vil være nyttig informasjon i så måte. Det bør videre tas høyde for et visst avvik ved verdifastsettelsen av anskaffelser slik at man unngår å benytte forenklede konkurranseregler.
- Arbeidet med implementeringen av Compilos kvalitetssystem bør for teknisk avdeling suppleres med innføring av et årshjul, for på denne måten å opprettholde bevissthet rundt internkontrollrutiner.

3 Bakgrunn for prosjektet

I henhold til kommuneloven § 77 fjerde ledd, samt forskrift om kontrollutvalg av 15. juni 2004, skal kontrollutvalget påse at kommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon i samsvar med bestemmelsene i forskriften. I møte den 26.08.2015 vedtok kontrollutvalget i Åsnes kommune at det skulle gjennomføres et forvaltningsrevisjonsprosjekt rettet mot vurderinger av internkontroll i kommunen. Det ble fattet følgende vedtak:

1. Kontrollutvalget viser til revidert plan for forvaltningsrevisjon for Åsnes kommune for 2015-2016 og vedtar oppstart av et forvaltningsrevisjonsprosjekt knyttet til *intern kontroll*.
2. Prosjektet har følgende problemstillinger.
 1. *Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll?*
 2. *Hvordan er dette i så fall integrert i kommunens organisasjon?*
 3. *Hvilke rutiner er etablert for å sikre en god intern kontroll i den enkelte enhet og hvordan fungerer de i praksis?*
3. Hvis det i løpet av gjennomgangen avdekkes andre problemstillinger eller områder som bør undersøkes nærmere, tas dette opp med kontrollutvalget.
4. Prosjektet gjennomføres innenfor en ressursramme på ca. 300 timer og kontrollutvalget ber om at endelig prosjektrapport ferdigstilles og legges fram for kontrollutvalget i møtet i februar 2016.
5. Kontrollutvalget gir sekretariatet fullmakt til å følge opp prosjektet på vegne av utvalget. Hvis det er vesentlige endringer i forhold til tidsplanen eller andre forhold, legger sekretariatsleder saken fram for kontrollutvalget.

3.1 Om internkontroll i kommunene

Rådmannens ansvar for intern kontroll fremgår av Kommunalloven (KL) § 23. Her heter det at:

Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

I 2009 kom daværende Kommunal- og regionaldepartementet med en vurdering av kommunenes egenkontroll i kommunene «85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane». En viktig del av kommunens egenkontroll er administrasjonssjefens ansvar for god intern kontroll. Det heter i rapporten at administrasjonssjefens internkontrollansvar innebærer at denne skal etablere systemer for å sikre «betryggende kontroll» og teste at disse systemene fungerer. Rapporten gir tre sentrale råd når det gjelder intern kontroll.

- Risikoanalyser må danne grunnlaget for intern kontroll
- Internkontrollen må i større grad være en del av ordinær ledelse og virksomhetsstyring
- Det er nødvendig å formalisere mye av den internkontrollen som allerede gjøres

Når det gjelder risikoanalyser heter det i rapporten at kommunene i større grad bør benytte risikovurderinger i styring av virksomheten, og særlig når de skal definere innretningen og omfanget av kontrollaktiviteter. Kommunene oppfordres til å basere seg mindre på uformell kontroll. En formalisering av internkontrollen gjør kommunene mindre sårbar for skifte av personell, endring i omgivelsene og habilitetskritikk. Økt formalisering vil styrke det organisatoriske minnet. Et av rådene som gis er at kommunene i forbindelse med formalisering av internkontrollen også gjør en innsats for økt grad av dokumentasjon på området.

Det framgår i bakgrunns materialet til «de 85 tilrådingene» at mange rådmenn synes administrasjonssjefens internkontrollansvar fremstår som diffust og vanskelig å håndtere. I en oppfølgingsrapport til «de 85 tilrådingene» fra KPMG fra 2011² fastslås det at det gjennomføres mye godt arbeid med intern kontroll i kommunene, men at arbeidet er usystematisk og fragmentert. Undersøkelsen viser også at oppfølgingen av ulike kontrolltiltak reelt sett gjennomføres og virker, ikke har hatt tilstrekkelig prioritet i kommunene. Det slås fast at selve prosessen for å etablere intern kontroll er vesentlig da det er denne som gir grobunn for bevissthet og forankring hos medarbeiderne. Det vil derfor være viktig å ha en viss oversikt over hvordan tiltak integreres i organisasjonen.

KS sitt effektiviseringsnettverk startet i 2012 et pilotnettverk innenfor intern kontroll. Det er utarbeidet et arbeidshefte til arbeidet i nettverket³. Det heter her at en formalisert, dokumentert og risikoorientert intern kontroll vil redusere krav om sterkere statlig tilsyn og intern kontroll. Slik sett vil god intern kontroll bidra til å styrke det kommunale selvstyre og lokaldemokratiet. Men enda viktigere er at dette vil bidra til effektiv drift og gode tjenester, noe som igjen øker/bedrer legitimitet og omdømme for kommunesektoren.

Internkontrollbestemmelsen i kommuneloven er generell for kommunens drift. Intern kontroll kan defineres som en prosess, iscenesatt og gjennomført av virksomhetens styre, ledelse og ansatte for å gi rimelig sikkerhet for måloppnåelse når det gjelder:

- Målrettet og kostnadseffektiv drift
- Pålitelig ekstern regnskapsrapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regler

² Rapport fra KPMG – Styrking av administrasjonssjefens internkontroll og risikovurdering

³ Rådmannens internkontroll – Orden i eget hus! – Kommunenes sentralforbund

Selv om dette er en definisjon som i utgangspunktet er utarbeidet for å beskrive økonomisk internkontroll vil prinsippene som legges til grunn kunne anvendes generelt. Det vil videre gi mening å dele kontrollbegrepet i et strategisk perspektiv og et operasjonelt perspektiv. Intern kontroll er nært knyttet opp mot virksomhetsstyring, kvalitetssikring og overvåking av prosesser og rutiner.

I arbeidsheftet «Rådmannens internkontroll – Orden i eget hus!» heter det at enhver kommune bør ha et helhetlig virksomhetsstyringsperspektiv hvor reduksjon av risiko gjennom intern kontroll inngår som et element. Det slås også fast at det er en utfordring at internkontrollen i mange kommuner utøves utenfor en helhetlig struktur. Internkontrollen blir da fragmentert, og vil ikke være egnet for ledelse og styring. Ved forbedringer av internkontrollen anbefaler KS å ta utgangspunkt i eksisterende styringssystem. Ta vare på det som fungerer godt, og bygge videre på dette.

3.2 Risikobetraktninger rundt internkontroll

Et godt system for internkontroll er avgjørende for å levere tjenester av den kvalitet som er forutsatt, på en målrettet og kostnadseffektiv måte. Det er videre avgjørende for overholdelse av lover og regler, det er avgjørende for å kunne innfri de målsettinger som kommunen styres etter, og det vil til syvende og sist ha betydning for kommunens omdømme. En forvaltningsrevisjon på området setter fokus på kommunens interne kontroll, og intensjonen er å kunne gi anbefalinger om hvordan internkontrollen kan forbedres.

Det er ellers risiko forbundet med en lite formalisert internkontroll. Dette vil kunne gjøre kommunen sårbar ved skifte av personell, endringer i omgivelsene og i spørsmål om habilitet. Det er også risiko for svikt dersom arbeidet med internkontrollen i kommunen gjennomføres uten systematikk og utenfor en helhetlig struktur. Det er revisors erfaring at ledelsens oppfølging av at ulike kontrolltiltak i kommunene gjennomføres og virker, ikke har tilstrekkelig prioritet i kommunene. Dette gjelder både løpende, og ved innføring av nye systemer/ tiltak.

Den løpende oppfølging bør etter revisors oppfatning dokumenteres. Det hjelper lite å ta i bruk internkontrollsystemer dersom de ikke følges. Prosessen rundt integrering av internkontrollsystemene/- tiltak er avgjørende for om de tas i bruk og fungerer, og det er viktig å ha oversikt over hvordan systemene og tiltakene integreres i organisasjonen.

4 Formål og problemstillinger

Formål og problemstillinger utarbeides i forhold til områder som antas å være forbundet med risiko, og hva som er vesentlige områder. Dette er vurdert i forbindelse med kontrollutvalgets arbeid med overordnet analyse, og plan for forvaltningsrevisjon. God intern kontroll er vesentlig for effektiv

tjenesteproduksjon av god kvalitet, og for at kommunen skal kunne overholde lover og regler på de ulike områder.

Bestillingen fra kontrollutvalget er tredelt. Man ønsker for det første en kartlegging av hvilke systemer og rutiner som finnes for intern kontroll, videre en vurdering av hvordan systemer og rutiner er integrert i organisasjonen og til slutt en kontroll av hvordan det hele fungerer. Formålet med forvaltningsrevisjonen er som følger:

Formålet med undersøkelsen er å finne ut hvordan den interne kontrollen for utvalgte enheter i kommunen fungerer.

Formålet belyses ved å besvare følgende problemstillinger:

- 1. Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll?**
- 2. Hvordan er dette i så fall integrert i kommunens organisasjon?**
- 3. Hvilke rutiner er etablert for å sikre en god intern kontroll i den enkelte enhet og hvordan fungerer de i praksis?**

Angående kartlegging av de interne kontrollrutinene, og kontroll av hvordan disse fungerer, avgrenses undersøkelsen til økonomisk intern kontroll ved økonomikontoret, innkjøp, medisinbehandling, kjøkkendrift ved sykehjemmet samt innkjøp og reiseregninger ved teknisk avdeling.

5 Metode for revisjonen, avgrensninger og revisjonskriterier

5.1 Metode for revisjonen

Det er i prosjektet brukt ulike metoder og kilder for å innhente data. Det er foretatt analyse/gjennomgang av regnskapsdata og stikkprøver. Det er videre gjennomført dokumentanalyse/ dokumentgjennomgang og intervjuer.

Analyse og gjennomgang av regnskapsdata er gjennomført i den hensikt å lokalisere aktuelle innkjøp /anskaffelser for nærmere kontroll. Det ble valgt ut tilsammen 4 anskaffelser fra regnskapet for 2015 for de utvalgte enheter. Det er så innhentet ytterligere dokumentasjon fra enhetene som er kontrollert i forhold til fastsatte kriterier. Stikkprøvekontrollen vurderes å være egnet til å gi indikasjon på hvordan anskaffelser og oppfølging av innkjøpskontrakter praktiseres i de utvalgte enhetene i kommunen.

Dokumentanalyse ble vurdert som en godt egnet metode til å besvare problemstillingen. Det være seg dokumentasjon i forhold til hvilke regler og rutiner som gjelder for innkjøp, medisinbehandling og

kjøkkendrift. Videre dokumenter som beskriver delegering av myndighet, arbeidsfordeling og ulike maler/verktøy for oppfølging av innkjøp, medisin håndtering og kjøkkendrift. Sentrale kilder har vært:

- Interne reglementer, retningslinjer og rutinebeskrivelser i kommunen
- Plan- og strategidokumenter i kommunen
- Tertial- og års rapportering i kommunen
- Intern informasjon/rundskriv

Det er gjennomført intervjuer med rådmann, prosjektleder for nytt internkontrollsystem, virksomhetsleder sykehjem, og fagsjef lønn i et oppstartsmøte. Vi har ansikt til ansikt, samt på telefon, gjennomført intervjuer med leder for økonomiavdelingen. I tillegg har vi hatt intervjuer med avdelingsledere ved sykehjemmet og for hjemmetjenesten, samt virksomhetsleder for sykehjemmet. For kjøkkenet gjennomførte revisjonen et møte med kjøkkensjef, samt leder for merkantil avdeling. Revisjonen supplerte informasjonen med et telefonintervju med kjøkkensjefen. Vi har også gjennomført intervjuer med virksomhetsleder tekniske tjenester, som er øverste leder for teknisk avdeling. I tillegg har vi, for å innhente informasjon om registrering av reiseregninger, intervjuet fagleder lønn både ansikt til ansikt og på telefon (til sammen 14 stykker). Intervjuene ved de ulike enhetene er fulgt opp med informasjonsinnhenting via e-post, og teknisk avdeling ble avlagt et besøk etter intervjuene der det ble gjennomført stikkprøver i forhold til kartlagte rutiner.

Hensikten med intervjuene har vært å kartlegge rutiner og vurderinger som gjøres i forbindelse med økonomisk internkontroll, innkjøp, medisin håndtering, kjøkkendrift og håndtering av reiseregninger. Det er valgt å benytte en halvstrukturert intervjuguide der man holder seg til tema, men at innfallsvinkel for den som bli intervjuet er åpen. Det er skrevet referat fra oppstartsmøte og et referat fra hvert av møtene som ble avholdt med de ulike enhetene. Referatene er verifisert av den enkelte respondent. Foreløpig rapport er sendt til rådmannen for uttalelse. I forbindelse med denne høringsrunden ba vi om å få tilbakemelding på behov for endringer i presentasjon av innsamlet data. Dette har vi fått, og vi har i stor grad innarbeidet disse endringsforslagene i rapporten. Det er også gjort mindre justeringer i vurderinger, konklusjon og anbefalinger. Ellers ble utledede revisjonskriterier oversendt rådmannen til uttalelse i begynnelsen av prosjektperioden. For vurdering av reliabilitet og validitet, se vedlegg B.

5.2 Avgrensning av prosjektet

Prosjektet omhandler kommunens interne kontroll, og den innledende problemstillingen tar for seg om kommunen har et system for helhetlig intern kontroll. Det tas i denne forbindelse utgangspunkt i rådmannens ansvar. Herav ansvaret for planlegging, gjennomføring og rapportering/oppfølging av internkontrolltiltak.

Med utgangspunkt i utvalgte kommunale enheter og internkontrollområder i Åsnes kommune, er formålet å undersøke hvordan det overordnede systemet for internkontroll er integrert i kommunen og hvordan det arbeides med å forbedre internkontrollen. De enhetene som er valgt ut til kontroll er økonomikontoret, sykehjemmet, hjemmesykepleien og teknisk avdeling. Internkontrollområdene som er gjennomgått er økonomisk internkontroll, innkjøp, medisin håndtering, kjøkkendrift og reiseregninger.

I disse enhetene er det også gjennomført kontroller av hvordan internkontrollen fungerer i praksis. For økonomikontoret er det gjort en gjennomgang av økonomiske internkontroll. Ved sykehjemmet er det gjennomført undersøkelser vedrørende medisin håndtering (innkjøp, lagring (sikkerhet), bruk (uttak)) og kjøkkenrutiner (innkjøp, oppbevaring, bruk/betaling). Innen teknisk avdeling har vi gjennomført undersøkelser angående innkjøp (bestilling, mottak, attestasjon) og reiseregninger (dokumentasjon, satser, attestasjoner).

5.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier skal utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Autoritative kilder kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak/mål/føringer, administrative retningslinjer/mål/føringer, statlige føringer/veiledere, andre myndigheters praksis, teori og reelle hensyn, som for eksempel vurderinger av hva som er rimelig/formålstjenlig/effektivt.

Revisjonskriteriene utledes med utgangspunkt i problemstillingene og danner grunnlaget for hva de innsamlede data vurderes opp mot. I og med at revisjonskriteriene er uttrykk for en norm eller et ideal for hvordan tilstanden bør være på området, danner kriteriene også utgangspunkt for revisjonens anbefalinger.

Som revisjonskriterier for denne forvaltningsrevisjonen har vi tatt utgangspunkt i lover/regler som gjelder for internkontroll i kommunene, samt i forhold til økonomisk internkontroll, innkjøp, medisin håndtering og kjøkkendrift. Videre legger vi til grunn føringer som er gitt fra staten og Kommunenes Sentralforbund (KS) som gjelder innretningen på intern kontroll i kommunesektoren, og faglitteratur som omhandler temaet. For gjennomgang av internkontroll på de enkelte områdene jfr.

Avgrensningen, har det også vært aktuelt å utlede kriterier med bakgrunn i dokumenter og vedtak i kommunen.

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Kommuneleien
- Stortingsproposisjoner med forarbeider
- Utredninger og rapporter fra statlig hold
- Utredninger og rapporter fra Kommunens sentralforbund (KS)
- Lov og forskrift og veiledere på relevante områder Jfr. avgrensning

Det er utledet fullstendige revisjonskriterier for prosjektet i vedlegg A til rapporten. Vedlegget ender opp med en punktvis oppsummering av kriterier for de enkelte problemstillingene i prosjektet. I rapporten finnes de punktvis revisjonskriteriene igjen under den enkelte problemstilling i kapittel 7, 8 og 9.

6 Problemstilling 1: Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll

Problemstilling 1: Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll?

6.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 1:

1. Internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering.
2. Ansaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning.
3. Internkontrollsystemet er basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler).
4. Det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger. Sektorovergripende, på det enkelte tjenesteområde og for kommunens støttefunksjoner.

5. Internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen. Både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder.
6. Internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og inkluderer også avvikshåndtering.
7. Det finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene).
8. Rådmannens oppfølging av internkontrollsystemet fanger opp det arbeidet som gjøres i hele internkontrollens virkeområde.

6.2 Innhentede data

Åsnes kommunes internkontrollsystem består av tre interaktive moduler: intranettet, Risk Manager og IKKS⁴. Intranettet skal ideelt være en samlende oversikt over kommunens rutiner og prosedyrer, deriblant rutiner for internkontroll. I tillegg finnes det en oversikt over ombud, utvalg, arbeidstakerorganisasjoner og et filarkiv for blant annet intern korrespondanse. For HMS og informasjonssikkerhetsspørsmål og avviksrapportering benytter kommunen seg av det de kaller «Risk Manager». Denne modulen får man tilgang til gjennom menyen på intranettet. IKKS, eller internt kontrollsystem, benyttes av HPLO⁵. Her ligger avviksskjema og interne kontrollrutiner for disse enhetene. Det framgikk under intervju at det er disse tre enhetene som utgjør kommunens internkontrollsystem. I kommunens årsmelding er det administrasjonssjefen som skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Rådmannen opplyser at internkontrollsystemet er noe fragmentert. Det er retningslinjene som er styrende, men disse ligger spredt over flere moduler. Kommunens administrasjon skal i løpet av 2016 gjennomføre en samling av internkontrollverktøyene IKKS, Risk Manager og informasjonen som ligger på IKKS systemet og intranettet til ett dokumenthåndteringssystem: Compilos kvalitetssystem. Kommunen har en egen koordinator som er dedikert dette arbeidet, og målet er at dette skal være operativt i løpet av 2016.

I tillegg til andre administrative oppgaver, som økonomi og personalforvaltning, er også fokus på forbedringsarbeid en del av rådmannens arbeidsoppgaver. Rådmannen nevnte i intervju at kommunen vil vise at de tar dette seriøst, men en svakhet ved internkontrollsystemet er at det ikke har en god nok

⁴ IKKS: Internt kontroll og kvalitetssystem.

⁵ Helse, pleie og omsorg.

oppfølgings-/ rapporteringsmodul. Risk Manager skal benyttes til oppfølging av avviksrapportering, men rådmann mener dette er en dårlig modul. Rådmann håper Compilos kvalitetssystems avvikssystem vil bli bedre, ved at han da kan få lettere tilgang til avvik, samt å følge disse bedre opp.

Vi ble opplyst om at det ikke finnes strategidokumenter som uttrykker helhetlig internkontroll. Rådmann mener at internkontrollsystemet består av mange elementer som til sammen utgjør helheten. Det ble også uttrykt fra rådmannens side at kommunen ikke har forankret «de 85 tilrådingene for egenkontroll» fra Kommunal og Regionaldepartementet i kommunen. Internkontrollens overordnede målsetninger ligger i styringsprinsippene.

I kommunens årsmelding er det et obligatorisk kapittel om internkontroll hvor hovedtrekkene av resultatene fra målkortene publiseres. Framover skal kommunen forsøke å gjennomføre et system som gjør det enklere å implementere bruk av internkontrollsystemet. I ACOS websak ligger egne årsrapporter fra IKS fra virksomhetene, dette er egenrapportering til rådmann.

Åsnes kommune har utarbeidet et dokument som kalles Lederplattformen. Ifølge rådmann angir dette dokumentet et sett føringer for å tydeliggjøre hva som kjennetegner verdier og holdninger hos kommunens ansatte. Disse er blant annet trygghet, forutsigbarhet mm. Målsetningen med dette er at kommunens ledelse arbeider i tråd med verdigrunnlaget. Kommunens 70 ledere har vært delaktige i å utforme denne lederplattformen. Rådmann påpekte at verdiene som ble formidlet i Lederplattformen skulle formidles repeterende. Dette dokumentet formaliserer lederens oppgaver, og blant disse arbeidsoppgavene finner vi at lederen skal:

- Bidra til at kommunens ansatte gjør hverandre gode
- Gi konkrete tilbakemeldinger ved å berømme og korrigere adferd
- Tydeliggjøre mål og sikre resultatoppnåelse.

Kommunens målsetninger kan hentes fra IKKS-systemet og intranettet. Målsetningene som finnes på IKKS-systemet omhandler natur, miljø, inkludering av mennesker og kulturelt mangfold. I tillegg er kultur, innovasjon og framtidsfokus med tanke på bærekraftig utvikling viktige målsettinger. Målsetninger med tanke på HMS-arbeid skulle i utgangspunktet ligge på intranettet, da det finnes en link med tittelen «Handlingsplan HMS» på sidene som omhandler internkontroll. Det dukket derimot ikke opp tekst på denne linken når revisjonen prøvde å få tilgang.

I Åsnes kommunes årsmelding fra 2014 er det dedikert et kapittel til etikk og internkontroll. Her står det at administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll. Kommunens verdigrunnlag ble utarbeidet samme år: «Engasjement, Samarbeid og Servicefokus».

Et system for målkort ble tatt i bruk i budsjettet 2015, og i 2016 har kommunen oppdaterte versjoner av disse styringskortene. Disse brukes for kommunikasjon mellom kommunestyret og rådmann, og kommunikasjon mellom rådmann og virksomhetsleder. Dette kortet skal måle resultater i avdelingene. Det er et behov for målekriterier som er detaljerte mellom rådmann og virksomhetsleder. På en annen side kan for mange mål være problematisk. Rådmannen påpekte viktigheten av at indikatorene var objektive og målbare, samtidig betyr enkel datafangst noe for hvor effektive disse målkortene er. Målkortene skal f.o.m i år inngå i Compilos kvalitetssystem. Nå blir målkortene gitt ut i dokumentform i økonomiplanen.

I årsmeldingen er det også et obligatorisk kapittel om internkontroll hvor hovedtrekkene av resultatene fra målkortene publiseres. Framover skal kommunen forsøke å gjennomføre et system som gjør det enklere å implementere bruk av internkontrollsystemet. I AKOS web sak ligger egne årsrapporter fra IKKS fra virksomhetene, dette er egenrapportering til rådmann. Dette er knyttet til kommunens øvrige styringssystem ved at disse modulene gir de ansatte mulighet til å få tilgang til forskrifter, prosedyrer og rutiner, samt avviksrapporteringsskjema.

Rådmann ønsker at kommunen skal gjennomføre ROS-analyser⁶ etter hvert, for å avdekke styrker og svakheter. Dette vil være en slags risikoanalyse for å undersøke hva som kan gå galt, og risikoen for at det inntreffer. I tillegg vil kommunen liste opp konsekvensene ved at ting går galt. Dette for å finne ut graden av kommunens sårbarhet. Rådmann vil ha økt bevissthet i tjenesteproduksjonen på sårbarhet. Dette skal inn i et årshjul, men kommunen er ikke kommet i gang med dette enda.

Når det kommer til delegering av myndighet fikk vi opplyst av rådmannen at internkontrollansvar og myndighet er delegert fra kommunestyret til rådmannen. Rådmannen delegerer i sin tur myndighet til virksomhetslederne. Disse har rådmannens fullmakter for å sørge for tilfredsstillende internkontroll i avdelingene.

Det opplyses at avvik rapporteres lite, og at det er mulig det forekommer underrapportering. Rådmann påpeker med det at den såkalte læringssløyfen, kan tenkes å utebli. Administrasjonen håper at de med den nye løsningen kan lykkes i å formidle betydningen av å rapportere avvik, og at det blir mer normalt. Læring og forbedring skal være en del av internkontrollsystemet som bedrer internkontrollen. Indikatorene skal også kunne uttrykke ulike grader av oppnådd kvalitet, viktigheten av indikatorene vil kunne graderes. Det vil også kunne være mulig å liste opp de ulike måtene å lukke et avvik på. Det er også en utfordring at avviksrapporteringen er delt. Med innføring av Compilos kvalitetssystem vil kommunen få ett avvikssystem der de nå har to (Risk Manager, som er mest benyttet, og IKKS).

⁶ Risiko og Sårbarhetsanalyse. I følge Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap er dette en «systematisk kartlegging av risiko og sårbarhet» og at «ROS-analyser er et godt verktøy for en slik systematisk kartlegging».

Rådmann mener i tillegg at det er en utfordring å finne en god definisjon på avvik. Selv om alle avvik skal meldes, så finnes det også forskjellige alvorlighetsgrader av avvik. Muligheten for å styre avvikshåndtering vil bli bedre framover. Før avvikene lukkes, må det også tas stilling til handlinger for å lukke disse.

Meldte avvik innen HMS rapporteres til arbeidsmiljøutvalget⁷. Det er et krav i arbeidsmiljøloven at alle enheter skal utarbeide Helse Miljø og Sikkerhets-planer. Kommunen var gjenstand for tilsyn fra arbeidstilsynet januar 2016, og arbeidstilsynet konkluderte med at HMS rutineene ved kommunen var for dårlige slik at de må revideres. Ifølge Arbeidsmiljøloven skal kommunen revidere HMS rutineene. Alle virksomhetene har ikke revidert disse p.t. Personalsjefen har sendt ut anmodning om revisjon av HMS, og alle enheter har fått ny frist for revisjon.

For lønn, personal, arkiv/post og økonomiske anliggender legges rutiner og retningslinjer inn i kommunens IKKS-system. Her blir deretter innholdet organisert i egne faner. Rådmann melder at rapportering av IKKS i årsmeldingen er lovpålagt.

Arbeidsmiljøutvalget skal ivareta HMS, og et godt og velfungerende arbeidsmiljø. De leverer rapporter kvartalsvis og halvårs vis om avvik, indikasjon på typeavvik samt statistikker over avvik. Arbeidsmiljøutvalget består av representanter fra arbeidsgiver (rådmann/virksomhetsleder) og ansatte (tillitsvalgte/verneombud).

6.3 Revisors vurdering

Det første kriteriet i revisjonen dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering. Åsnes kommunes internkontrollsystem består av kommunens intranett, Risk Manager og IKKS. Kommunens målsetninger er styrende for kommunens drift. Selv om prosedyrer distribueres internt og bistår i opplæringen av ansatte, og avvikssystemene gir administrasjonen informasjon om enhetenes overhold av prosedyrene, er det vår vurdering at internkontrollarbeidet fremstår som lite helhetlig. Dette med tanke på at modulene for distribusjon av prosedyrer, retningslinjer, forskrifter og avviksrapportering finnes på tre ulike nettilganger, og har tre ulike brukergrensesnitt. Kommunen har imidlertid erkjent dette, og skal nå samle alle elementene som inngår i internkontrollen i en modul: Compilos kvalitetssystem.

Avvik rapporteres gjennom IKKS systemet og Risk Manager hvor førstnevnte brukes på sykehjemmet, i hjemmetjenesten og sykehjemmets kjøkken. Risk Manager benyttes av de øvrige enhetene i

⁷ Åsnes kommune har nå ett overordnet hoved-arbeidsmiljøutvalg, hvor det utarbeides systemer og rutiner som skal være til hjelp i HMS-arbeidet, i tillegg til at hver virksomhet har sitt eget arbeidsmiljøutvalg.

kommunen. Disse skal også erstattes av den mer enhetlige meldemodulen i Compilos kvalitetssystem. Revisjonen mener at selv om avvikssystemet er knyttet opp til det øvrige styringssystemet, er det fragmentarisk. Dette bør strømlinjeformes ved innføringen av Compilos kvalitetssystem så brukervennligheten og tilgangen til internkontrollsystemet kan forenkles for kommunens ansatte.

Når det kommer til revisjonskriteriet som sier at ansvaret for internkontroll er knyttet til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning, mener revisjonen at internkontrollen er knyttet til andre lederoppgaver gjennom informasjonsflyten ved rapportavlegginger, i kommunen og gjennom møter og i ACOS web sak. Økonomi og personalforvaltning er blant disse oppgavene, og jevnlig møter med avdelingsledere sørger for tilstrekkelig informasjonsflyt oppover i organisasjonen. Der internkontrollsystemet svikter, er imidlertid ved oppfølging av rapporterte avvik. Det kunne virke som om oppfatningen i administrasjonen var at Risk Manager hadde en dårlig oppfølgingsmodul av avviksrapportering. Det er imidlertid håp om at dette vil forbedres ved innføring av Compilos kvalitetssystem. Det er viktig at administrasjonen i Åsnes kommune sørger for å operasjonalisere en avviksoppfølging som i større grad sørger for at innmeldte avvik fører til forbedringer.

Foruten det intranettbaserte avvikssystemet har Åsnes kommunes 70 ledere vært delaktige i å utarbeide Lederplattformen, som tydeliggjør de ansattes verdier og holdninger. Det ble vektlagt av rådmann at disse verdiene skulle repeteres, og inngår således som et kulturelt styrende dokument. Hvor effektivt disse styrende reglene er på de ansattes atferd er imidlertid vanskelig å svare på innenfor prosjektets rammer. Det virker imidlertid som om dette dokumentet er en del av kommunens arbeid med å knytte lederoppgavene og kommunens verdier sammen. Ved å oppfordre til å berømme og korrigere adferd, samt tydeliggjøre mål og sikre resultatoppnåelse, som to av de formaliserte lederoppgavene lyder, kan de formaliserte verdiene knyttes til ledelsens praksis.

I kommunens årsrapport redegjør rådmann for internkontrolltiltakene i kommunen⁸, hvor arbeidet med de ulike delene av internkontrollsystemet gjennomgås. Dette dokumentet inngår i kommunikasjon mellom den administrative og politiske delen av kommunen, og gjennom

⁸ Dette i henhold til lov om kommuner og fylkeskommuner § 48 andre ledd: «5. I årsberetningen skal det gis opplysninger om forhold som er viktige for å bedømme kommunens eller fylkeskommunens økonomiske stilling og resultatet av virksomheten, som ikke fremgår av årsregnskapet, samt om andre forhold av vesentlig betydning for kommunen eller fylkeskommunen. Det skal også redegjøres for tiltak som er iverksatt og tiltak som planlegges iverksatt for å sikre betryggende kontroll og en høy etisk standard i virksomheten.

årsrapporten får kommunestyret informasjon om kommunens internkontrollarbeid. Revisjonen mener at avdelingenes rapportering til rådmann med fordel kan danne grunnlaget for denne rapporteringen. Når byttet av internkontrollsystem er gjennomført, mener vi at administrasjonen bør vurdere om det ikke kan dedikeres mer oppmerksomhet rundt rapportering fra enhetene i denne rapporten.

Et annet revisjonskriterie dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er basert på kommunens målsettinger med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, samt etterlevelse av lover og regler. Kommunens målsetninger kan innhentes fra intranettet og IKKS systemet, og framstår med det som fragmentert, og lite helhetlig. Å styre, samt utvikle driften mot et forenlig mål blir med dette vanskeligere. I tillegg mangler kommunen HMS målsetninger, som i utgangspunktet skulle ligge på intranettet. Det virker videre som informasjonstilfanget for de ulike avdelingene i kommunen er noe ulikt framskredent, da den tilgjengelige informasjonen på de to brukergrensesnittene er forskjellig.

Siden det heller ikke finnes et helhetlig strategidokument for å uttrykke helhetlig internkontroll, er det revisors vurdering at det kunne være hensiktsmessig å utarbeide et slikt dokument for å styrke rutinene rundt intern kontroll, samt forenkle opplæringen hva angår intern kontroll for nyansatte i kommunen. Dette vil forbedre det organisatoriske minnet, og gjøre den mindre sårbar for personellutskiftninger. KS' «Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus?» vil i så fall være et nøkkeldokument i så henseende.

Videre er et annet revisjonskriterie at det skal gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger. Sektorovergripende, på det enkelte tjenesteområde og for kommunens støttefunksjoner. Et første skritt på veien mot å utforme risikovurderings-baserte kontrollaktiviteter er å gjennomføre en ROS analyse, for å kontrollere hvor sårbar kommunen er. Det er revisors vurdering at en slik analyse vil være en god plass å starte for å forbedre kommunens kontrollsystem. Det hører med til revisjonskriteriet at risikovurderinger bør inkludere de enkelte tjenesteområdene i kommunen, så vel som for kommunens støttefunksjoner, og gjennomføres ved den enkelte avdeling. Det bør legges til grunn et kost-nytte perspektiv hvor grundig en slik analyse skal gjennomføres innenfor hver avdeling. Rådmann ytret også ønske om at dette skulle inn i et årshjul, dette vil også sikre jevnlig repetisjon av bevissthet rundt sårbarhet.

Neste revisjonskriterie påpeker viktigheten av at internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, og at både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. Det er revisjonens inntrykk at rådmann har delegert vide fullmakter til virksomhetslederne, og disse har ansvar for å sørge for tilfredsstillende internkontroll. Med vide fullmakter er det etter revisjonens

vurderinger viktig å strømlinjeforme informasjonsflyten slik at rådmann kan få et kvalifisert sammenlikningsgrunnlag for å vurdere hvor godt internkontrollen fungerer i de forskjellige avdelingene. Avvikende avdelinger vil enklere skille seg ut dersom de sammenliknes på likt grunnlag. Som vi tidligere var inne på, fremstår informasjonsflyten vertikalt i kommunen som fragmentert. En mer standardisert internkontroll på tvers av de ulike avdelingene vil gjøre jobben med intern kontroll enklere for rådmann. Når Åsnes kommune nå implementerer Compilos kvalitetssystem, vil det hjelpe dette standardiseringsarbeidet at man har en mal for dokumentskriving, innrapportering og tilbakemelding. Dette bør også inngå i internkontrollrutinen vi anbefaler kommunen å utarbeide.

Av revisjonskriteriene fremgår det at internkontrollsystemet bør benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og inkluderer også avvikshåndtering. Rådmann sa her at kommunen enda har mye å lære når det kommer til å benytte internkontrollsystemet i forbedringsarbeid. I dette inngår også revisjon av HMS rutinene, noe arbeidstilsynet også påpekte. Rådmann mistenker at det forekommer underrapportering av avvik, og at dette medfører en svikt i opplæringspotensialet som ligger i internkontrollsystemet. Det er viktig at kommunen i det anbefalte rutinedokumentet for internkontroll, formaliserer hva som kvalifiserer til å være avvik som *skal* rapporteres. Opplæring i avviksrutiner bør også følges opp av ansatte, slik at formell og uformell kunnskap danner en helhetlig bevissthet rundt avviksrapporteringens utviklingsøyemed.

Neste revisjonskriterie sier at det bør finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene). I og med at Åsnes kommune for tiden står i implementeringsfasen av en ny løsning som forhåpentligvis vil bøte på det angivelige fraværet av en «læringssløyfe», er det for tidlig å si noe om dette kriteriets operasjonalitet hva angår kommunens ansatte i deres arbeid knyttet til Compilos kvalitetssystem. Revisjonen vil imidlertid påpeke viktigheten av at arbeid med evaluering av tiltak, og rapportering inngår i en kontinuerlig læringssyklus mellom ansatte, ledelse og kvalitetssystem, og at dette nettverket tilføres kunnskap og kontinuerlig forbedres i det som kalles «feedbackmekanisme», eller med rådmannens egne ord, en «læringssløyfe».

Det siste revisjonskriteriet for denne problemstillingen dreier seg om hvorvidt rådmannens oppfølging av internkontrollsystemet fanger opp det arbeidet som gjøres i hele internkontrollens virkeområde. Oppdragets art tilsier at «hele internkontrollens virkeområde», vil dreie seg om de avdelingene vi har fått i oppgave av kontrollutvalget å revidere. Revisjonens vurderinger tilsier at Åsnes har en jobb å gjøre hva angår forbedring av internkontroll på ulike områder i kommunen. Det er vår oppfatning at det internkontrollarbeidet som gjøres ute på den enkelte enhet, i liten grad følges opp på en systematisk måte fra rådmannens side. Det rapporteres i liten grad til rådmannen om dette arbeidet. Internkontroll er heller ikke tema på møter mellom enhetene, og kommunens ledelse, i særlig grad.

Det gjennomføres heller ingen overvåkning av om enhetene følger felles reglementer og rutiner, og eventuelt rutiner som er spesielle for den enkelte enhet. En slik overvåkning kunne for eksempel vært gjennomført ved å foreta stikkprøver på ulike områder ut fra et kost nytte perspektiv. Ellers kan det være hensiktsmessig å systematisere arbeidet og inkludere internkontroll i et årshjul der temaet internkontroll tas opp i møtepunkter mellom virksomhetsledere og rådmann med jevne mellomrom. Det er revisors oppfatning at revisjonskriteriet ikke er oppfylt.

7 Problemstilling 2: Integrering i kommunens organisasjon

Problemstilling 2: Hvordan er kommunens helhetlige system for intern kontroll integrert i kommunens organisasjon?

Revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. For problemstilling 2 vil de fleste av de kriteriene som gjaldt for problemstilling 1 være aktuelle. Følgende kriterier gjelder for problemstilling 2:

1. Internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering.
2. Ansvar for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning.
3. Internkontrollsystemet er basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler).
4. Det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger. Sektorovergripende, på det enkelte tjenesteområde og for kommunens støttefunksjoner.
5. Internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen. Både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder.
6. Internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og inkluderer også avvikshåndtering.
7. Det finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene).

7.2 Innsamlet data

I forbindelse med innsamling av data for å besvare denne problemstillingen har vi hatt fokus på hvordan de enkelte enheter jobber med internkontroll og hvordan man sikrer at hele organisasjonen er omfattet av internkontrollsystemet. De enhetene som er valgt ut for en nærmere gjennomgang tar utgangspunkt i kontrollutvalgets ønsker, og vil dermed omfatte økonomikontoret, sykehjemmet, sykehjemmets kjøkken og teknisk avdeling. I tillegg er lønnskontoet underlagt revisjon vedrørende intern kontroll da disse er ansvarlige for teknisk avdelings reiseregninger.

7.2.1 Innsamlet data: implementering av Compilos kvalitetssystem

Kommunen var, i tidsrommet forvaltningsrevisjonen ble gjennomført, i implementeringsfasen av Compilos kvalitetssystem. De utvalgte enhetene var alle med i denne prosessen. For dette arbeidet har kommunen opprettet en arbeidsgruppe med egen prosjektleder, og alle relevante dokumenter skal samles på programvarens dokumenthotell (fra permer, intranettsystemer og datamaskiner). Rådmannen skal samkjøre fagområdene inn mot dette. Systemet skal være strukturert så virksomhetsledere har tilgang til hele internkontrollsystemet fra dataskjermen. Implementeringen av kvalitetssystemet gjennomføres gradvis i avdelingene ved at hver avdeling har sin superbruker som har vært på kurs for å lære om systemet. Tilgangsstrukturen er slik at prosjektleder, IT avdelingen og leverandøren nå har tilgang på systemet.

Når det kommer til intern kontroll ved økonomikontoret ble vi informert om at de ikke benytter et elektronisk internkontrollsystem. Dette vil imidlertid endre seg med implementeringen av Compilos kvalitetssystem, som skal være oppe å gå i løpet av 2016. Alle økonomikontorets rutiner skal inn i dette programmet. Avvik og regnskapsrapporter skal også meldes inn der.

Arbeidet med å implementere nytt internkontrollsystem gjennomføres også av sykehjemmet. De vil med det gå fra IKKS og Risk Manager, som tidligere har vært to løsninger for internkontroll og avviksrapportering, til det nye systemet. Virksomhetsleder er ansvarlig for implementeringen av dette på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Status på arbeidet med det nye kvalitetssystemet er opp på leder- og avdelingsmøter jevnlig. Det er opprettet en arbeidsgruppe som utarbeider forslag til hvilke rutiner som revideres og som skal inn i det nye systemet. Virksomhetsleder skal godkjenne prosedyrene etter hvert.

Kjøkkenet har fram til nå brukt både Risk Manager og IKKS for avviksrapportering. Vi ble imidlertid informert om at IKKS har vært vanskelig å bruke for kjøkkenet, men at Compilos kvalitetssystem nå vil bli tatt i bruk også her. I dette programmet vil det være mulig å ha flere søkeord knyttet til samme rutine for å gjøre internkontrollen, og søkeprosessen etter dokumenter blir på denne måten enklere.

Virksomhetsleder tekniske tjenester opplyste at også de deltar i endringsprosessen i internkontrollsystemet for kommunen. Teknisk avdeling opplyste oss om at internkontrollsystemene, elektroniske så vel som manuelle, skal samles i det nye kvalitetssystemet. I dette nye internkontrollsystemet inngår også avvikshåndteringen, som nå gjøres i Risk Manager via intranettet.

Avdeling for brann og forebygging er også en del av teknisk avdeling, og består av 21 ansatte. Det er gitt signaler fra statlig hold om at enheter i brannetatene bør slås sammen, så her er fremtidig organisering noe usikker. Brannsjefen er for tiden permittert, og fagkompetanse og ledelse av branntjenestene kjøpes nå av Midt-Hedmark Brannvesen IKS, men budsjett, økonomi og personalansvaret for disse tjenestene er fortsatt underlagt Åsnes kommune. Virksomhetsleder tekniske tjenester er derfor avventende med tanke på brannvesenets rolle i implementeringen av internkontrollsystemet.

Lønnskontoet, som er ansvarlig for reiseregninger, er i startgropa med bruk av Visma Expense.net, som ble satt i bruk fra og med lønnsutkjøringen i mars 2016. Dette systemet er uavhengig av Compilos kvalitetssystem. Dette vil ikke innebære endringer for de ansatte, da kommunen har samme attestasjons- og anvisningsløsning som før. Visma Expense.net er integrert med økonomi og regnskapssystemet, og lover og forskrifter for økonomistyring og innrapportering, hjelper kommunen med regelleterlevelse i så henseende.

7.2.2 Revisors vurderinger: Implementering av Compilos kvalitetssystem

Det første revisjonskriteriet for problemstilling 2, dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering. I denne sammenheng er det mest framtrædende utviklingstrekket i kommunens internkontrollsystem at enhetene vil gå fra et mer fragmentert internkontrollsystem til et noe mer enhetlig system: Compilos kvalitetssystem. Økonomikontoet vil gå fra et ikke-elektronisk internkontrollsystem og til dette programmet. Sykehjemmet og sykehjemmets kjøkken vil gå fra intranettløsningene IKKS og Risk manager og til dette nye systemet. Teknisk avdeling vil på sin side gå fra det de nå bruker: både et manuelt system, så vel som IKKS og Risk Manager, til Compilos kvalitetssystem. Virksomhetsleder tekniske tjenester er imidlertid avventende med tanke på brann og forebygging sin rolle i implementering av internkontrollsystemet. Lønnsavdelingen har på sin side implementert Expense, et program som er uavhengig av Compilos kvalitetssystem, for internkontroll av reiseregninger.

Det er revisors vurdering at internkontrollsystemet frem til nå har framstått som fragmentert. For økonomiseksjonen, sykehjemmet og teknisk avdeling er arbeidet framover med å knytte styringssystemene sammen en jobb som også integreres i avdelingene med støtte fra

avdelingslederne. For å bistå i implementeringsarbeidet har økonomiseksjonen, sykehjemmet og teknisk avdeling også utnevnt superbrukere for Compilos kvalitetssystem. Det er revisors vurdering at dette arbeidet utføres på en tilfredsstillende måte. Revisjonen bemerker imidlertid at avdeling for brann og forebygging også må inn i dette internkontrollsystemet, dersom noe av ansvaret for deres organisering skulle bli opp til Åsnes kommune å administrere.

7.2.3 Innsamlet data: økonomikontorets integrasjon av internkontroll

Den første av kontrollutvalgets utvalgte avdelinger som skal vurderes i forhold til integrering av kommunens internkontrollsystem er økonomikontoret. Det er 8 ansatte ved økonomikontoret, med noen deltidsstillinger. Kontoret har 3,2 årsverk som jobber med skatt, og 3,9 årsverk jobber med regnskap og fakturering. Økonomisjefen informerte oss om at de ansatte jobbet i kommunen på grunn av deres arbeidserfaring, ikke på grunn av formell kompetanse.

Økonomikontoret rapporterer til rådmann og kommunalsjefer. I årsmelding og regnskap for 2015 informeres det om at netto driftsresultat er på -6 712 438, som gir et måltall på -1,1 %. Godt under måltallet for en sunn kommuneøkonomi som er på 1,75 %. Det ble rapportert om at kommunen ikke hadde vekst i hverken inntekter eller utgifter i 2015. Inntektene er 4 % lavere enn i 2014, og utgiftene er 3,4 % lavere. Dette indikerer en fortsatt ubalanse i driften. Rådmann skriver i rapporten at den økonomiske situasjonen fortsatt er alvorlig og krever tett oppfølging. For å oppnå varig økonomisk balanse hevder rådmannen at kommunen må ha fullt fokus på kontinuerlig tilpasning av tjenestetilbudet til inntektsrammene. Budsjettet for 2015 inneholdt omstillings og effektiviseringstiltak tilsvarende 15 millioner kroner. I mai 2015 vedtok kommunestyret nye omstillingstiltak tilsvarende 40 årsverk. Regnskapet for 2015 viste en økonomi med et resultat på 0 etter pliktige strykninger. Forklaringen er større skatteinngang enn forventet og effekter av omstillingstiltakene.

Lederforum er en av arenaene hvor rådmann gjennomfører møter med virksomhetslederne i kommunen. Økonomisk kontroll har fått større prioritet på disse møtene etter hvert som kommunen har fått mer anstrengt økonomi. Det hadde forekommet relativt store budsjettavvik i 2015, og den viktigste jobben var å få økonomisk balanse.

Hva angår økonomiavdelingens elektroniske rapportering oppover i kommunen, benyttes Visma. Økonomikontoret leverer rapporter for kommentarer, og kommunalsjefene kontrollerer denne rapporteringen. Økonomisjefen har et månedlig fellesmøte med rådmann og kommunalsjefene.

Kommunens målsetning er å være a jour med regnskaps og budsjetteringsarbeidet. De ansatte ved kontoret sørger for å signere og attestere bilag, men ingen av de ansatte har anvisningsmyndighet, da dette ligger hos virksomhetsledere og rådmann. Økonomisjefen forteller at kontoret får få manuelle

bilag, det aller meste foregår elektronisk. Økonomikontoret skanner i all hovedsak alle mottatte fakturaer. Kommunen mottar ellers flere elektroniske fakturaer enn før, og dette frigjør tid. Flere elektroniske fakturaer medfører en vridning av arbeidsinnholdet, fra registrering og postering til kontroll av fakturaer. Alle fakturaer over 5000 kroner går automatisk inn til fakturakontroll i behandlingssystemet. Økonomisjefen påpeker imidlertid under intervju at innfordringene sjelden er a jour.

Økonomikontoret måles med styringskort. Blant måleparametrene er restanser for kommunale eiendomsavgifter eldre enn 6 mnd. i prosent av hvor mye som er utestående. Økonomisjefen påpeker i intervju at innfordringene sjelden er a jour. Parameteret er 2 % og dette ligger vi godt an i forhold til. Skatteavdelingen er en del av skatt øst, og bedømmes ut fra skatt øst sine måleparametre. Det varierer om økonomiavdelingen når målene med tanke på skatteinnkreving.

Når det gjelder risikovurderinger vil dette i all hovedsak dreie seg om avsetninger i fond. Kommunen får øremerkede midler fra Staten til spesielle formål. Disse avsettes i bundne lavrisiko-fond, og tilskuddene videreføres fra ett år til det neste. Innad ved økonomikontoret er det heftet risiko ved sårbarheten som følger av lav bemanning. Økonomisjefen påpeker at kommunen ikke har optimal arbeidsdeling grunnet dette. Risiko for ineffektiv drift er knyttet til dette. På en annen side er innføring av elektronisk faktura en tendens som er med å redusere risiko. Dette frigjør tid til andre oppgaver, og i den sammenheng bemerker økonomisjefen at det alltid er minimum to personer som behandler fakturaer, som konterer og anviser. Dette reduserer risikoen for feil, men det vil i følge økonomisjefen alltid være en viss risiko for at feil kan inntreffe. Når det kommer til risiko for endringer i kommuneøkonomien, sier økonomisjefen at det ikke er særlig risiko knyttet til endringer i denne.

Når det gjelder forbedring av rutiner forteller økonomisjefen at avdelingen ikke har noe eget meldesystem, men de ansatte gir beskjed til leder via e-post og telefon dersom de ser endringsmuligheter. Disse meldingene meldes ikke som avvik. Økonomisjefen ønsker forbedringer i arbeidsrutinene velkommen, da disse kan være besparende.

Siden Åsnes er en ROBEK kommune er økonomi et viktig fokusområde. Kommunestyret har laget en plan for økning av driftsresultatet. Dette skal følges opp i rapporteringen tilbake til kommunestyre. Dersom de oppdager avvik i forhold til enhetenes budsjettering og resultater, forsøker økonomiavdelingen å få til konkrete tiltak angående dette. Økonomikontorets rolle ved budsjettavvik går ut på å rapportere avvikene til kommunalsjefene, som i sin tur tar disse resultatene videre til virksomhetene. Virksomhetene kommer selv med forslag til forbedring av den økonomiske situasjonen.

Det er bemerket i kontrollutvalgets uttalelse til Åsnes kommunes årsregnskap for 2015 at kontrollutvalget er bekymret for manglende ressurser på økonomi- og lønnsenheten. Kontrollutvalget har gjennom regnskapsrevisor sin rapportering fått forståelse for at det fortsatt ikke er gode nok rutiner i forhold til regnskapsavleggelsen. Kontrollutvalget bemerker også at god intern kontroll er viktig for å avlegge kvalitativt gode regnskap i en utfordrende periode vedrørende kommunens økonomi.

7.2.4 Revisors vurderinger: økonomikontorets integrasjon av internkontroll

Revisjonskriterie 1, om internkontrollsystemet er knyttet opp til kommunens øvrige styringssystem ble tilstrekkelig behandlet for denne enheten under delkapittelet om Compilos kvalitetssystem. For de øvrige enhetene som er undersøkt, vil kriterie 1 vurderes der hvor dette anses relevant. Revisor bemerker at forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i en endringsfase hva styringssystemer angår.

Revisjonskriterie 2 påpeker viktigheten av at ansvaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning. Økonomikontoret er en støttefunksjon hvis arbeid går ut på å rapportere økonomiske styringsdata til rådmann og kommunalsjefene, og avdelingens internkontrollarbeid må vurderes deretter. Internkontroll av økonomiske transaksjoner utføres av økonomikontoret, og kontoret bistår med det rådmannens internkontroll av økonomisk art. Økonomikontoret får tilbakemelding på sin rapportering fortløpende, og gjennom månedlige møter sikrer man informasjonsflyt mellom økonomikontoret, rådmann og kommunalsjefer. Det teller også positivt at kommunens arbeid med elektronisering av fakturaer frigjør tid til å styrke den økonomiske internkontrollen. Det er revisjonens vurdering at det for økonomikontoret gjennomføres tilfredsstillende arbeid med å knytte internkontrollen opp til andre lederoppgaver, som kriteriet anmoder om.

Videre heter det at internkontrollsystemet skal være basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler). Økonomikontorets målsetning er å være a jour med regnskaps og rapporteringsarbeidet. Selv om elektronisk bilagsregistrering, attestasjon og anvisning frigjør tid, bemerkes det at økonomikontoret sjelden er a jour. Det er nærliggende å tro at dette er en effekt av den marginale bemanningssituasjonen ved økonomikontoret. Videre er kommunens målsetning om varig økonomisk balanse ikke oppnådd i 2015. Økonomikontorets kontinuerlige oppfølging og rapportering bør være prioritet i dette arbeidet. Revisjonen bemerker også at selv om kommunen når sine mål med tanke på kommunale avgifter, er disse ikke nådd for skatteinnkreving. Disse restansene vil videre påvirke kommunens økonomiske resultat. Det er revisors

vurdering at dette kriteriet oppfylles og at internkontrollsystemet for økonomiavdelingen baseres på kommunens målsetninger. Bemanningssituasjonen gjør det likevel krevende å oppfylle målsettingene, noe som anses som et risikomoment for kommunen.

Angående hvorvidt det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger som er sektorovergripende, har revisjonen inntrykk av at økonomiske spørsmål får relativt stort fokus i kommuneadministrasjonen. I og med at Åsnes er en ROBEK kommune har økonomisk kontroll prioritet, og budsjettdisiplin tilstrebes. Den økonomiske risikovurderingen som gjøres av økonomikontoret er sektorovergripende, og gir utslag i prioriteringer i de andre reviderte avdelingene som baserer seg på en tydelig kost-nytte tankegang. Lederforumets prioritet på økonomiske spørsmål demonstrerer også dette. Økonomikontorets egen risikovurdering er konsentrert om avsetning i fond, og disse avsettes i bundne lavrisiko-fond. Innad i økonomikontoret er det heftet risiko knyttet til marginal bemanning, og dette medfører at økonomikontoret ikke har optimal arbeidsdeling. Dette er et element som kan øke risikoen for feil i regnskap og budsjetteringsarbeidet. Elektronisering av fakturasystemet er imidlertid med å redusere risiko, og frigjør tid. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles, men administrasjonen må sørge for å følge opp arbeidet med måloppnåelse for økonomikontoret, da kanskje spesielt med tanke på innkreving av fordringer og restanser.

Det neste kriteriet dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, om både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. Ved intervju opplyste økonomisjefen oss om at endringsforslag kommuniseres på uformell basis, gjennom telefoner og e-post, ved neste revisjonskriterie skal vi gå nærmere inn på dette. Det er revisors vurdering at det er kommunikasjon mellom medarbeidere og økonomisjefen, som sørger for at forslag til nye løsninger blir kommunisert fra alle nivåer. Det bør tas opp til vurdering om utforming av nye løsninger og internkontroll bør bli et fast punkt i avdelingsmøtene.

Videre skal også internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og også inkludere avvikshåndtering. Vi ble gjort oppmerksomme på at økonomikontoret ikke har noe eget meldesystem for forbedringer. Kommunikasjon hva angår endringsforslag gjøres på uformell basis gjennom e-post og på telefon. Det er revisjonens vurdering at økonomikontoret har forbedringspotensiale i å sørge for bedre informasjonsflyt. Innføring av et årshjul med faste punkter for internkontroll vil kunne hjelpe avdelingen i å formalisere forbedringsarbeidet, og jevnlig oppfølging vil kunne bidra til kontinuerlig forbedring av internkontrollen. Revisor har imidlertid forståelse for den pressede bemanningssituasjonen ved økonomikontoret, som vanskeliggjør ekstraarbeid av denne arten.

Det er revisors vurdering at en forbedring av internkontrollen i økonomiseksjonen er fordelaktig. Innføring av et årshjul, med innrapportering av ideer til forbedring og jevnlig oppfølging av implementerte forslag vil kunne forbedre internkontrollsystemet, og forbedre dets potensiale mtp. Læring og utvikling. Revisjonen ble informert om at dette vil gjennomføres ved implementeringen av det nye internkontrollsystemet, Compilos kvalitetssystem.

Det heter også at det skal finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene). Hva angår kontrollen i økonomiseksjonen ble vi ikke informert om at evaluering av iverksatte tiltak ble gjennomført. Kontrollutvalget har også bemerket i sin uttalelse til Åsnes kommunes årsregnskap for 2015, at det enda gjenstår noe arbeid for å opprettholde gode nok rutiner vedrørende økonomisk intern kontroll. Det er revisors vurdering at arbeidet med å sikre økonomisk internkontroll bør prioriteres i større grad, og tiltak som iverksettes med tanke på forbedring av informasjons- og rapporteringssystemer bør evalueres, implementering av et årshjul med oppfølging av rapporteringssystemene.

7.2.5 Innsamlet data: sykehjemmets integrasjon av internkontroll

Åsnes kommunes sykehjem består av 3 avdelinger med hver sin administrative avdelingsleder. Avdeling 1 består av 5 team, avdeling 2 består av 3 team og avdeling 3 har 1 team, totalt 9 team. Hvert team har en sykepleier som har en funksjon som teamleder. Disse jobber turnus, og har ikke personalansvar. Da intervju med avdelingsledelsen ble gjennomført, var det 92 pasienter på sykehjemmet. Sykehjemmet bruker en del helge-stillinger og deltidsansatte. Sykehjemmet benytter seg både av IKKS, Risk Manager og intranettet for internkontrollformål. Intern kontroll er viktig for sykehjemmet. Medisin håndtering og andre områder som er underlagt lover og forskrifter må følges opp for sikker drift av enheten. I årsberetningen er det et kapittel som omhandler internkontroll generelt. Her gis det en oversikt over elementene som inngår i kommunens internkontrollsystem. Åsnes sykehjem omtales også i årsberetningen med henholdsvis KOSTRA-tall og styringskort.

Mål kort ble tatt i bruk fra og med budsjettåret 2015, og i 2016 har kommunen oppdaterte versjoner av disse styringskortene. Målekortene brukes for kommunikasjon mellom kommunestyret og rådmann, og kommunikasjon mellom rådmann og virksomhetsleder. Dette kortet skal måle resultater i avdelingene. De tradisjonelle måleparameterne har vært økonomiske variabler, men man vet ikke nødvendigvis hva man oppnår med pengene som brukes i kommunen. For hjemmetjenesten er det for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet nærliggende å påpeke at det for kategorien «læring forbedring og utvikling», ikke finnes målkortresultater for 2014. For sykehjemmet ble det i 2013 levert målinger om faglig- og personalutvikling, det ble også foretatt en medarbeiderundersøkelse. Ingen av disse

tallene ble publisert for 2014. Selv om det også er oppført en kategori for kvalitet, herunder avvik for medisiner og fall, samt registrering av trykksår, er det ikke publisert noen resultater for dette i årsrapporten i 2014.

Det er et behov for målekriterier som er detaljerte mellom rådmann og virksomhetsleder. På den annen side mener rådmannen at for mange målekriterier kan være problematisk. Det er viktig at indikatorene er objektive og målbare, enkel datafangst betyr noe for hvor effektive disse målkortene er. Målkortene skal f.o.m i år inngå i Compilos kvalitetssystem, men inntil så skjer blir målkortene gitt ut i dokumentform i økonomiplanen.

Arbeidsmiljøutvalget skal sikre at virksomhetene har et forsvarlig arbeidsmiljø. Avvikene avdekket ved internkontrollen sendes inn til arbeidsmiljøutvalgene. Rådmann blir orientert om HMS-relaterte skader og nestenulykker i dette forumet. Virksomhetsleder ved sykehjemmet rapporterer også til kommunalsjef helse. Hver enhet avlegger også en årsrapport for arbeidsmiljøet.

Kommunen har de siste årene hatt flere tilsyn fra Arbeidstilsynet. De undersøker om kommunen har et forsvarlig HMS-system og om arbeidsmiljøet blir ivaretatt. Hvert år skal virksomhetene gjennomgå eget internkontrollsystem. Siste HMS-rapport viste at bare et fåtall av virksomhetene hadde gjort dette. Det ble gitt pålegg om revisjon av rutinene for gjennomgang av internkontrollsystemet innen 15. mai 2016. På dette ble det søkt om utsettelse til 1. juni 2016, og status og utført oppdrag vedrørende dette punktet vil bli rapportert i årsmeldingen for 2016.

Arbeidsbeskrivelsen for avdelingssykepleiere er tilgjengelig på IKKS systemet. Denne formaliserer ansvar og arbeidsoppgaver for stillingen som avdelingsleder. Avdelingsleder har ansvar for at HMS-forskriftene blir fulgt opp og dokumentert. I tillegg står det at avdelingsleder skal påse at kvalitetssikring etterleves og utvikles med dokumentasjon, og at kvalitetsstandardene evalueres med rapportering til virksomhetsleder hver 3 måned. Avdelingsleder har også ansvar for at rapportssystemet sikrer kontinuerlig informasjon og kontroll av beboernes helsetilstand. Arbeidsbeskrivelsen fastslår også at virksomhetsleder har ansvaret for at medikamenter oppbevares og deles ut ihht. forskrift/ retningslinjer. I IKKS systemet ligger stillingsbeskrivelsen for avdelingsleder arbeidsstue. Denne skal påse at helse-, miljø- og sikkerhetsforskrifter blir fulgt og dokumentert i samarbeid med verneombudet.

Virksomhetsleder, avdelingsleder for alle avdelingene, verneombudet og de tillitsvalgte utgjør kommunens kvalitetsutvalg. Det står å lese i kommunens IKKS-system at kvalitetsutvalgets funksjon er å ivareta alle sider av internkontrollkravet ved sykehjemmet. Ved endring av rutiner, eller eventuelt nye rutiner, legges disse fram for utvalget til drøfting. Disse rutinene kan være overgripende for flere virksomheter, og sendes overordnet kvalitetsutvalg til godkjenning. Det avtales fra gang til gang hvem i

utvalget som skal legge rutinen inn i IKKS med lesebekreftelse fra medarbeiderne. P.t. må imidlertid kommunen nedsette et nytt kvalitetsutvalg.

Lederforum er en av arenaene hvor rådmann gjennomfører møter med virksomhetslederne i kommunen. En gjennomgang av det siste årets møtereferater viser at internkontroll ikke blir prioritert i disse møtene. Et illustrerende eksempel er fornyelse av den overordnede risiko og sårbarhetsanalysen som skulle gjennomføres for å gjøre kommunen klar for årlige øvelser i krise og beredskap. Dette arbeidet ble utsatt gjennom 2015, frem til lederforumets møte 16. februar 2016, men det kommer frem av referatene at dette ikke var prioritert arbeid for lederforum. Økonomisk kontroll fikk imidlertid høyere prioritet på disse møtene. Det hadde forekommet relativt store budsjettavvik i 2015, og den viktigste jobben var å få økonomisk balanse.

Under intervju med virksomhetsleder ble revisjonen gjort oppmerksom på at sentrale føringer for kommunen er å snu tjenestene fra pleie til mestring. Det betyr at kommunens innbyggere skal kunne få mer tjenester i hjemmet slik at de så lenge det er faglig forsvarlig kan bo hjemme. Dette reflekteres i helse og omsorgsplanen for Åsnes kommune 2012-2020 hvor det informeres om at «Vi skal endre fra pleiekultur til mestringskultur – vi skal utvikle tjenestene våre for å øke brukernes mestringsnivå». Visjonen for Helse og omsorgstjenesten for Åsnes kommune er da også «Livskvalitet og egenmestring gjennom hele livet». Denne har vært opp til høring og er vedtatt i kommunestyret. I august 2014 reviderte kommunen denne planen, og den skal være gyldig til 2020. Virksomhetsleder gjorde revisjonen oppmerksom på at virksomheten har tre målsetninger: Bærekraftig økonomi, faglig kvalitet, samt at sykehjemmet skal være en helsefremmende arbeidsplass.

Viktige dokumenter for virksomhetsleder er de overordnede plandokumentene og interne dokumenter. Risikoanalyser gjennomføres i henhold til forskrift om internkontroll i helse og omsorgstjenesten. Dette gjøres for å iverksette tiltak/forbedringer på områder der det er stor sannsynlighet for uønskede hendelser. Virksomhetsleder påpekte at revidering av internkontrollsystemer må gjøres kontinuerlig, og i års-hjulet for sykehjemmet står dette oppført som et punkt i 2015. Dette ble imidlertid utsatt pga. omorganisering og innføringen av Compilos kvalitetssystem. Når kommunen nå skal innføre dette skal rutinene revideres. Legemiddelhåndtering er første prioritet av disse rutinene. Arbeidsgruppen er i ferd med å ferdigstille disse rutinene idet denne rapporten ferdigstilles.

Risikovurderinger kan avdekke hvilke konsekvenser dårlige rutiner kan få. Virksomhetsleder påpekte at tilsyn kan være avdekkende i så måte. Avvik kan føre til endring, og det ble lagt vekt på viktigheten av at de ansatte er bevisste på hvorfor man skal melde avvik. Sykehjemmet underlegges også ekstern

kontroll fra Helsetilsynet. I kommunens helse- og omsorgsplan rapporteres det at kommunen ikke har hatt tilsyn fra Helsetilsynet etter 2010. Fylkesmannen gjennomfører også kontroller på området.

Kommunen utviklet i 2014 en lederplattform som fikk navnet «utsikten». Dette dokumentet sammenfatter kommuneadministrasjonens forventninger av kommunens ledere. Blant disse forventningene er tilbakemeldinger ved å berømme og korrigere adferd viktig. Kontinuerlig læring og forbedring ved å være åpen for nye muligheter og løsninger, samt tilrettelegging for kunnskapsdeling er viktige elementer i lederplattformen. I følge lederplattformen er dette forbedringsrutiner som skal bidra til å sikre resultatoppnåelsen.

Når det gjelder avvik, rapporteres disse til virksomhetsleder. Avvik behandles av nærmeste leder som videresender de til virksomhetsleder dersom det er alvorlige avvik som ikke kan løses på lavere nivå. Alle avvik er tilgjengelige for virksomhetsleder. Administrasjonen antar imidlertid at HMS-avvik underrapporteres. Mye rapporteres, men rådmann mener det kan være et forbedringspotensiale på dette feltet.

Ved gjennomgang av AMU ved sykehjemmets møtedokumenter, leser revisjonen at avviksrapporteringen tas opp til vurdering. Tiltak for bedre arbeidsmiljø med involvering av personalet, og revidering av rutiner er andre elementer som tas opp. Det rapporteres om at det er flere virksomheter som benytter avvikssystemet, og at dette fungerer tilfredsstillende, men at tiltak og evaluering av avvik bør få økt fokus for mange av disse. Det gjøres et arbeid i kommunen i sin helhet for å få ned sykefraværet, dette rapporteres også i AMU, og utviklingen viser en positiv trend.

Avvikshåndtering er en del av opplæring- og utviklingsarbeidet i virksomheten, og meldes inn kontinuerlig. Virksomhetsleder for sykehjemmet opplever at folk er flinke til å melde avvik, og på rundt et år (pr.4.3.2015), har rundt 100 avvik blitt registrert. Avvikene dreier seg om utfordrende pasienter, bemanningsplanen, eller medisinerings. Rådmann deler avvik inn i kategoriene: HMS, tjenestekvalitet, informasjon og personvern, HMS barn og unge, og internvarsling. Når det kommer til utvikling av nye løsninger og prosedyrer har sykehjemmets ledelse også opprettet en ny stilling for en fagutviklingssykepleier. I kommunens helse og omsorgsplan påpekes også samhandlingsreformens krav om enda mer omsorg og behandling på kommunalt nivå, noe som stiller høyere krav til blant annet økonomi og kompetanse.

7.2.6 Revisors vurdering: sykehjemmets integrasjon av internkontroll

Det første revisjonskriteriet for problemstilling 2, dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering. Ut over den nevnte implementeringsprosessen av Compilos

kvalitetssystem, blir også arbeidet med internkontrollen kommunisert gjennom årsrapporten. Åsnes kommunes sykehjem har et mangefasettert internkontrollsystem, som vi vil gjennomgå under de følgende revisjonskriteriene. Det er revisors konklusjon at til tross for at internkontrollen for tiden fremstår som fragmentert, og i en endringsfase, er internkontrollsystemet i noen grad knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering.

Neste revisjonskriterie påpeker viktigheten av at ansvaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning. For sykehjemmet knyttes ansvaret for internkontroll opp til andre lederoppgaver på flere måter. Dette ansvaret formaliseres for avdelingssykepleierne i arbeidsbeskrivelsen som frem til nå har ligget på kommunens IKKS system. Regeletterlevelse og ansvar for faglig kvalitet vektlegges her. Gjennom intervju med virksomhetsleder bekreftet også denne at internkontroll fikk prioritet. Rådmann gis også informasjon om HMS-relatert internkontroll i arbeidsmiljøutvalget, en plattform som knytter ansvaret for personalforvaltning sammen med de øvrige lederoppgavene. Lederforum er en annen av arenaene hvor rådmannen gjennomfører møter med virksomhetslederne i kommunen. En gjennomgang av lederforums møtereferater viser imidlertid at internkontroll, herunder en overordnet risiko og sårbarhetsanalyse, må vike til fordel for økonomisk kontroll. Det er revisjonens konklusjon at ansvaret for internkontroll ved sykehjemmet knyttes til øvrige lederoppgaver som økonomi, ansvar for faglig kvalitet og personalforvaltning gjennom flere kommunikasjonskanaler, og at avdelingsleder er disse oppgavene bevisst selv om internkontroll nok kunne fått høyere prioritet i lederforum.

Videre heter det at internkontrollsystemet skal være basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler). Hva angår helhetlig styring og riktig utvikling kan vi se implementeringen av Compilos kvalitetssystem som et skritt i riktig retning for en mer integrert internkontroll løsning. Sykehjemmets målsetninger er i følge helse og omsorgsplanen å snu tjenesten fra pleie til egenmestring, intervjudata fra samtale med virksomhetsleder bekreftet en bevissthet rundt denne utviklingen. Kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, samt etterlevelse av lover og regler er gjennomgående for prosedyrene og instruksene som de avdelingsansatte konsulterer i IKKS systemet. På avdelingsledernivå i denne sammenheng konkluderer revisjonen med at målsetningene som er formalisert i IKKS systemet også omsettes i praksis for tilstrekkelig internkontroll ved sykehjemmet.

Angående hvorvidt det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger, sektorovergripende, så vel som på dette tjenesteområdet er det verdt å bemerke et avvik vedrørende den overordnede risiko og sårbarhetsanalysen som er nedprioritert ved møter i lederforum.

Dokumentanalyser viser at analyser av krise og beredskap måtte vike til fordel for oppfølging av kommunens økonomi grunnet budsjettavvik i de foregående år. Det ville være fordelaktig for kommunens arbeid med risikovurderinger å vurdere om denne utsatte risiko og sårbarhetsanalysen kan få prioritet i lederforum for å forbedre kontrollaktivitetenes fundament i risikovurderinger.

For sykehjemmet som isolert tjenesteområde ble vi gjennom intervjuer informert om at det gjennomføres risikoanalyser i henhold til forskrift om internkontroll i helse og omsorgstjenesten. Årshjul, med jevnlig revisjon av internkontrollen, sørger for at det ved sykehjemmet opprettholdes forskriftsmessig internkontroll, selv om den overordnede risikoanalysen nedprioriteres. Revisjonsarbeidet ble imidlertid utsatt i 2015, grunnet arbeidet med innføring av Compilos kvalitetssystem. Revisjonen påpeker at revidering av internkontrollarbeidet må gjennomføres så snart Compilos kvalitetssystem er tilstrekkelig implementert til å gjenoppta arbeidet på nytt. Sykehjemmet underlegges også ekstern kontroll av helsetilsynet. Sykehjemmet har imidlertid ikke hatt tilsyn fra disse siden 2010.

Det er revisjonens konklusjon at det på dette kriteriet er et avvik. Lederforumet har nedprioritert den overordnede risiko og sårbarhetsanalysen til fordel for oppfølging av økonomien i kommunen. Videre er revidering av internkontrollrutinene i 2015 utsatt grunnet arbeidet med Compilos kvalitetssystem. I tillegg bemerker revisjonen at en ekstern kontroll av helsetilsynet ikke har blitt gjennomført siden 2010. Vi anmoder kommunen om at disse punktene tas til etterretning og korrigeres for å forbedre kommunens kontrollaktiviteter.

Det neste kriteriet dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, og om både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. I kvalitetsutvalget får avdelingsleder, verneombud og tillitsvalgte mulighet til å fremme forslag til nye rutiner, eller og eventuelt endre disse. Medarbeiderne inkluderes i denne prosessen gjennom lesebekreftelse ved implementering av rutinene i IKKS systemet. Revisjonen påpeker imidlertid at kommunen må nedsette et nytt kvalitetsutvalg for at dette skal kunne gjennomføres. Lederplattformen «utsikten» oppfordrer også kommunens ledere om å være åpen for nye muligheter og løsninger. Det er også blitt utnevnt en superbruker av Compilos kvalitetssystem på avdelingsledernivå. I tillegg har kommunen opprettet en ny stilling for en fagutviklingssykepleier for utvikling av nye løsninger og prosedyrer.

Det er revisjonens vurdering at sykehjemmet gjør en tilstrekkelig jobb med å inkludere medarbeidere i prosessen vedrørende utforming av nye løsninger, så vel som implementering av disse. Datamaterialet vi har samlet inn begrenser seg imidlertid til avdelingsledernivå, men ut ifra vårt materiale vurderer revisjonen sykehjemmets arbeid til å være tilstrekkelig, og må ses i lys av dette.

Videre skal også internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og også inkludere avvikshåndtering. Vi har allerede påpekt sykehjemmets arbeid med å opprettholde forskriftsmessig internkontroll for å iverksette tiltak og forbedringer ved risikoområder. Sykehjemmet følger et Årshjul som sikrer at dette arbeidet repeteres jevnlig, dette arbeidet ble imidlertid utsatt i fjor grunnet implementeringen av Compilos kvalitetssystem. Vi er enige i at helsetilsynet kan avdekke eventuelle forbedringspunkter ved Åsnes kommunes sykehjem, men en slik kontroll har ikke blitt gjennomført siden 2010. Ved intervjuer ble revisjonen også gjort oppmerksom på at avvikshåndteringen er en del av opplærings- og utviklingsarbeidet i kommunen. Administrasjonen mistenker imidlertid at det forekommer underrapportering ved sykehjemmet. Det er revisjonens konklusjon at det gjøres mye bra på dette området, men at det fortsatt er rom for forbedring ved Åsnes kommunes sykehjem.

Det heter også at det skal finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene). Revisjonen observerer at arbeidsmiljøutvalget, som er ansvarlig for HMS spørsmål, må sørge for at avdelingene gjennomgår sitt eget internkontrollsystem. I tillegg bemerker revisjonen at lederforum, bestående av rådmann og virksomhetsledere ikke prioriterer internkontroll og risikoanalyser i sine møter. Hva angår evaluering av tiltak har kommunen også nedsatt et kvalitetsutvalg hvor endring av rutiner drøftes.

7.2.7 Innsamlet data: sykehjemmets kjøkken

Kjøkkenet ved Åsnes sykehjem leverer mat til sykehjemmet, Sønsterud bofellesskap og Flisa bo omsorgsboliger. Dit leverer de middagsmat og tørrvarer (full kost). Kjøkkenet har som overordnede målsetninger å være serviceinnstilte og imøtekommande, holde et godt næringsrikt kosthold, med innslag av lokale tradisjonsrike retter. «Utsikten», Åsnes kommunes lederplattform, ble av kjøkkensjef trukket frem som et retningsgivende dokument for kjøkkendriften.

Kjøkkenets rutinebeskrivelser ligger på IKKS, og kan hentes ned av de ansatte her. Ved intervju med kjøkkensjef ble revisjonen likevel gjort oppmerksom på at disse rutinene ikke er oppdatert i det siste, siden kjøkkenet venter til Compilos kvalitetssystem er klar for å revidere disse. Kjøkkensjef mener at Compilos kvalitetssystem vil være et tidsbesparende tiltak, hvor kjøkkenet enkelt vil få tilgjengelig informasjon om rutiner. Alle avvik registreres på Risk Manager. Etter avviksregistrering har kjøkkensjefen ansvaret for å lukke et avvik, eller avgjøre om dette skal sendes videre.

I kommunens arbeidsbeskrivelse som er utarbeidet for kjøkkensjefen står det beskrevet generelle føringer som angår organisasjonstilhørighet, mål og arbeidsmiljø. Videre formaliseres en oversikt over kjøkkensjefens arbeidsoppgaver, som også omfatter internkontroll. Kjøkkensjef skal aktivt delta i

utarbeidelse/ gjennomføring av sykehjemmets styringskort, ha ansvar for IK-mat systemets oppfølging, oppdatering og menyplanlegging i samarbeid med egne medarbeidere. I samarbeid med verneombud skal kjøkkensjefen påse at helse-, miljø- og sikkerhetsbestemmelser blir etterfulgt og dokumentert. Han har også ansvar for revidering av prosedyrer i IKKS knyttet til IK-mat.

ASKO har utarbeidet en programvare som bistår i mengdeberegning av mat og matvarer. Næringsinnholdet i maten vil også stå oppført i denne programvaren. Det har vært mye fokus på svinn ved kjøkkenet, og dunken hvor matavfallet legges, som tidligere var full av mat, har nå ikke mer enn 3-5 porsjoner i overskudd. Kjøkkensjef sa at brukerne er en forutsigbar gruppe hva matkonsum angår.

Når det kommer til opplæring av rutiner for internkontroll hva angår hygiene opplyste kjøkkensjef at det har blitt gjennomført kurs for alle kjøkkenansatte i mattilsynets HACCP-rutiner. HACCP⁹ er Mattilsynets standard for internkontroll. Mattilsynet rapporterte ingen avvik da de var på tilsyn i kommunen sist, og ble sågar imponert over renholdsrutinene ved kjøkkenet, som går ut på å dele hele kjøkkenet inn i tall og renholde hver del i et ukesystem, slik sørger kjøkkenet for å få gjort rundvasken mer jevnt fordelt over tid. Ved kommunens IKKS system står det at den som har ansvaret for å registrere gjennomførte opplæringstiltak årlig, er virksomhetsleder. Ved behov lager virksomhetslederne en samlet oversikt. Gjennomførte opplæringstiltak skal registreres. Ved ettersyn viser det seg imidlertid HACCP kurset kun er gjennomført av fire ansatte, av totalt 17 ansatte ved kjøkkenet.

Kjøkkensjefen initierer nyvinninger for å effektivisere driften og holder, i tillegg til den allerede nevnte nummerløsningen for renholdsrutiner, et øye med prisfortrinn i bestillinger av mat. Kjøkkensjefen passer på å gjøre innkjøpene på billigst mulig måte, og utfører prisundersøkelser for å se om man kan utnytte skala fordeler ved innkjøpene ut fra hvilke volumer som gir billigst kilopris.

Under intervju ga kjøkkensjefen oss en forklaring på hvordan registrerte avvik behandles etter at de registreres. I første omgang melder de kjøkkenansatte inn hendelsen det gjelder og omfanget. Grunnen til at avviket skjedde føres også inn. Dersom det er fare for gjentakelse blir dette også skrevet inn. Hvem som følger opp avviket må fylles ut. Alvorlighetsgraden avgjør om avviket stoppes hos kjøkkensjef, eller om avviket skal videre opp til virksomhetsleder. Avviket lukkes når avviket er utbedret/rettet. Avdelingslederne får påminnelse på mail om at avviket ikke er lukket dersom det blir liggende. Vi ble også informert om at avviksrapportering kan tas opp på avdelingsmøtene.

⁹ Hazard Analysis Critical Control Point, et internasjonalt begrep for internkontroll.

Internkontrollrutinene revideres en gang i året. Det legges inn et varsel ved en valgt dato for revisjon. Hva som fungerer og hva som kan gjøres bedre blir tema som tas opp ved revidering. Revisjonen ble gjort oppmerksomme på at Compilos kvalitetssystem skal være enda bedre i så måte.

Avvik meldes vanligvis inn elektronisk, men kjøkkenet har også et manuelt avvikssystem dersom strømmen skulle gå. I tillegg ble vi fortalt at dersom de ansatte har hastverk noteres det ned avvik manuelt, for å få avviket registrert elektronisk senere. Ifølge kjøkkensjef vet alle ved kjøkkenet hvor dokumentene for manuell avvikshåndtering finnes.

Internkontrollrutinene ved kjøkkenet revideres en gang i året. Kjøkkenet fastsetter en revideringsdato hvor det legges inn et varsel på revidering. Hva som fungerer og hva som kan gjøres bedre blir tema som tas opp ved revideringen. Compilos kvalitetssystem skal være enda bedre angående revisjon av internkontrollrutinene. Kjøkkensjef har inntrykk av at de ansatte ser nytteverdien av avvikssystemet i Compilos kvalitetssystem.

7.2.8 Revisors vurdering: integrasjon av internkontroll ved sykehjemmets kjøkken

Det første revisjonskriteriet for problemstilling 2, dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering. Siden kjøkkenet er en avdeling på sykehjemmet, rapporterer kjøkkensjef til virksomhetsleder ved Åsnes sykehjem. Dette er en kontaktflate hvor kjøkkenets internkontroll knytter seg til administrasjonen. Avviksrapporteringen, som gjøres i Risk Manager, og rutinebeskrivelsene, som finnes på IKKS systemet, knytter også kjøkkenet til det øvrige internkontrollsystemet. Det bemerkes imidlertid at rutinebeskrivelsene ikke oppdateres i påvente av implementeringen av Compilos kvalitetssystem. Dette implementeringsarbeidet vil uvegerlig føre til en ekstrabelastning på kommunens kapasitet, og en parallell oppdatering av rutinene vil kunne presse personellet unødig. Revisjonen bemerker likevel at administrasjonen må være påpasselig med å revidere og oppdatere rutinene når Compilos kvalitetssystem er tilstrekkelig implementert.

Neste revisjonskriterie fremhever viktigheten av at ansvaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning. For sykehjemmets kjøkkensjef formaliseres internkontrollansvaret i stillingsbeskrivelsen. Ved intervjuer, befaring ved sykehjemmet og dokumentgjennomgang har revisjonen det inntrykket at kjøkkensjefen ivaretar dette ansvaret. Kriteriet må således anses å være oppfylt.

Videre heter det at internkontrollsystemet skal være basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler). Når det kommer til sykehjemmet, er det

viktigste for denne revisjonen å påse at man har rutiner med tanke på tilberedning og oppbevaring av mat. Økt fokus på svinn har ført til at svært lite mat kastes, da planleggingen er god. Oppbevaring av mat er også tilfredsstillende, og mattilsynets kontroll sommer 2015 avdekket ikke mangler ved kjøkkendriften. Revisjonen mener drift i tråd med dette revisjonskriteriet fungerer tilfredsstillende ved kjøkkenet.

Angående hvorvidt det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger, benytter revisjonen seg av kjøkkenets implementering av HACCP rutiner, samt dokumentasjon av dette arbeidet, for å kontrollere om kjøkkenet har gjennomført et tilstrekkelig arbeid på feltet. Mattilsynet markerte ingen avvik. Det kan derimot registreres en anmerkning på dokumentasjon over ansatte med gjennomførte HACCP kurs, i og med at revisjonen kun fikk tilgang til dokumentert kursgjennomføring på 5 av 17 kjøkkenansatte for dette kurset. I tillegg bemerker revisjonen at denne dokumentasjonen ikke finnes på intranettet. Administrasjonen anmodes om å legge ut denne informasjonen i Compilos kvalitetssystem, når denne programvaren nå skal implementeres. Dette vil forenkle framtidige tilsyn av kjøkkenets drift og rutiner.

Det neste kriteriet dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, om både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. Det fremgår av dataene at det for kjøkkenets vedkommende utøves et blikk for nyvinninger. Mattilsynet ble positivt overrasket over nummerinndelingen for å forenkle nedvasking av kjøkkenet. I tillegg bemerkes i positiv forstand kjøkkensjefs kontroll av skala fordeler ved bestilling, for på best mulig måte å utnytte de økonomiske rammebetingelsene. Det gjøres tiltak for å sikre internkontrollen, noe som allerede er bemerket. I tillegg deltar kjøkkensjefen i utforming av nye løsninger. Revisjonskriteriet kan med dette sies å være oppfylt.

Videre skal internkontrollsystemet også benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og også inkludere avvikshåndtering. Ved avviksrapportering føres årsak til avviket, og avvikene vurderes ut fra alvorlighetsgrad i forhold til hvor langt opp det skal rapporteres. Ved intervjuer ble revisjonen gjort oppmerksom på at internkontrollen også revideres en gang i året, det fanges ved revisjon opp hva som eventuelt kan forbedres ved internkontrollrutinene. Dette kriteriet kan i så måte sies å være oppfylt, kommunikasjon av avvik i internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling.

Det heter også at det skal finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene). Under intervjuene ble revisjonen gjort oppmerksom på at implementering av Compilos kvalitetssystem vil forbedre muligheten for revisjon og evaluering av

blant annet internkontrolltiltak. Det jobbes med å forbedre internkontroll og avviksrapportering ved sykehjemmet, og det er viktig at administrasjonen fortsetter dette arbeidet når organisasjonen nå flytter sitt internkontrollsystem til Compilos kvalitetssystem.

7.2.9 Innsamlet data: integrasjon av internkontroll, teknisk avdeling

Teknisk avdeling består av 84 ansatte, og utgjør 56,6 årsverk. Virksomhetsleder for tekniske tjenester rapporterer direkte til rådmann, da det ikke finnes noen kommunalsjef for tekniske tjenester i Åsnes. Det er med det kort vei mellom virksomhetsleder og rådmann. Avdelingen er delt opp i seksjon for eiendom, forvaltning/ byggesaker, arealplan og kommunalteknikk, samt brann og forebygging.

Også ved teknisk avdeling har det betydning at kommunen er i implementeringsfasen av Compilos kvalitetssystem, så en revisjon av det øvrige og overordnede styringssystemet vil av den grunn være noe utdatert, da datamaterialet vil dreie seg om systemene slik de er benyttet frem til nå. Disse er knyttet til Risk Manager, Interaxo og Acos web sak, men kommunen vil ved rapportens ferdigstilling være godt på vei inn mot en ny løsning. Det er likevel verdt å bemerke hvordan arbeidet er blitt gjort fram til nå, for å sørge for at forbedringer blir implementert idet man er i startfasen av å benytte nye systemer.

Fra intervjumaterialet fra møter med virksomhetsleder kom det fram at bruk av avviksrapportering i Risk Manager varierte i enhetene. Denne mente samtidig at når man nå byttet system, ville Teknisk avdeling starte med blanke ark. Dette var et lenge etterlengtet steg mot et helhetlig overordnet system. Ut over Risk Manager, ble dokumentasjon av anskaffelser lagret på Interaxo, et dokumenthotell for prosjekter, og dette skal implementeres på samtlige igangsatte prosjekter i løpet av 2016. Dette dokumenthotellet skal samtidig være tilknyttet Compilos kvalitetssystem. Avdelingen har også benyttet seg av Acos Web sak for lagring av dokumenter. Sistnevnte har imidlertid hatt det problemet at samarbeidspartnere ikke har fått tilgang til dokumentene. Teknisk avdeling har også sendt inn en egen HM-plan med oversikt over tiltak i kommunale bygg.

For målstyring bruker teknisk avdeling målekort. Hver virksomhet har egne målekort med sine egne fokusområder. Målkortene distribueres fra rådmannen ned til virksomhetslederne. Disse skal henge sammen med de overordnede målsetningene, som en del av det helhetlige styringssystemet. Teknisk avdeling omtales også i årsberetningen med henholdsvis KOSTRA-tall og styringskort.

I årsmeldingen for 2014 ble tekniske tjenesters resultater fra målingene i styringskortene publisert. Av tallene som angår tekniske tjenester, kan revisjonen påpeke at behandlingstiden for enkle tiltak har gått ned fra 30 dager i 2013, til 10 dager i 2014. Et annet måleparameter er gjennomføringsgraden for tilsyn av brann og beredskapsrutinene i eneboliger. Målinger av denne ble påbegynt i 2014, med et

resultat som var på 8,3 %. Det stipulerte målet for 2015 er 25 %. Tilsvarende er gjennomføringsgraden for feiing av eneboliger gått opp fra 36 %, til 56,6 % i 2014, med et mål på 50 % i 2015.

Dimensjoner som angår medarbeidere er også målt i målkortene. Det ligger en dimensjon for læring, forbedring og utvikling, herunder gjennomføringsgraden for elektroniske vaktmesterbøker i prosent. Denne skal måles fra 2015, og er derfor ikke inkludert i årsmeldingen av 2014. Målet for 2015 er en dekningsgrad på 100 %. Den siste dimensjonen i målkortene angår økonomi. Herunder ligger det å holde budsjett som en faktor. I 2013 gikk teknisk enhet med 55 % i overforbruk. I 2014 var overforbruket på 32,1 %. Målet for 2015 er å fjerne overforbruket, og få en måleverdi på 100. Investeringsbudsjettet skal tilsvarende måles fra 2015, og ha måleverdi 100.

Virksomhetsleder rapporterer til rådmann og arbeidsmiljøutvalget jevnlig, og rådmannens lederforum skal i prinsippet ha en bevisstgjøring på avvik, gjennomgang av møtereferatene fra lederforums møter viser imidlertid at internkontroll nedprioriteres til fordel for spørsmål knyttet til kommunens økonomiske situasjon.

Virksomhetsleder for teknisk avdeling sitter også i kommunens hoved-arbeidsmiljøutvalg, hvor HMS spørsmål og internkontroll rettet mot arbeidsmiljø behandles. På grunn av teknisk avdelings størrelse ble det etter omorganiseringen opprettet tre arbeidsmiljøutvalg i denne avdelingen. Ett utvalg for renhold, og tilsvarende for eiendom og kommunalteknikk.

I og med teknisk avdelings størrelse, er inndelingen av lederansvar for de faglige spørsmålene delegert til ansvarshavende for tre underavdelinger. FDV¹⁰, med virksomhetsleder som er faglig ansvarlig for drift av eiendom og veg. Eiendomsseksjonen, med en faglig ansvarlig for nybygg og større prosjekter, konkurranseutsetting er også dennes ansvarsområde. Seksjon for kommunal teknikk har å gjøre med vann, avløp og sanering. Kompetanse vedrørende Doffin er også denne virksomhetsleders ansvar.

Det finnes ikke noe fast agendapunkt om internkontroll på avdelingsmøtene. Det er heller ikke noe årshjul med oppfølging av internkontrollarbeidet i teknisk avdeling. Etter tilsyn fra Fylkesmannen har avdeling for kommunalteknikk fått et avvik som hefter ved deres egen avviksrutine. Virksomhetsleder mener de skal få dette avviket lukket når implementeringen av Compilos kvalitetssystem er iverksatt.

Virksomhetsleder Tekniske tjenester informerte oss om at definisjonen på et avvik er brudd på regelverk, retningslinjer, rutiner, etc. For eiendomsseksjonen registreres det mest avvik på personskader. Når det registreres avvik legger nærmeste leder inn hva som er årsaken til avviket, og hvem som er ansvarlig for dette. Denne legger også inn forslag til retting, iverksetting av tiltak, samt lukking av avviket. Det sendes varsel til virksomhetsleder ved registrering av avvik, som har tilgang til

¹⁰ Forvaltning, drift og vedlikehold.

avviksmeldingen sammen med faglederne. Etter utløpt frist for å lukke avviket, kommer det en påminnelse om et ikke lukket avvik klokken 1200 hver dag. Virksomhetsleder får tilbakemelding ved lukking, men ansvaret for lukking kan delegeres nedover i organisasjonen.

Ifølge virksomhetsleder finnes risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) på ulike nivå i kommunen. Den overordnede risiko og sårbarhetsanalysen er implementert nedover i kommunen, men virksomhetsleder uttalte at teknisk avdeling likevel har noen utfordringer med å implementere ROS. ROS vil imidlertid hjelpe kommunen i å finne risikoområder for store uønskede hendelser. Kommunen har derfor leid inn en konsulent for å hjelpe Åsnes med bevissthetstankegang rundt ROS. Det har også blitt satt ned arbeidsgrupper for å lage en ny ROS analyse, denne skal revideres og foregå på fagnivå. Virksomhetsleder påpekte at avviksrapporteringen skal medføre en læringsprosess, og forbedringsområder var også en egen post på Risk Manager.

Som tidligere nevnt finnes det ikke noe eget punkt om internkontroll på avdelingsmøtene. Dette er blitt etterspurt, men det er ikke enda blitt et fast agendapunkt. For teknisk avdeling finnes det heller ikke noe årshjul, hvor internkontroll er et av elementene. I den nye løsningen vil imidlertid kommunen få inkludert avvikshåndtering, HRM system, Kvalitetsmodul og i tillegg implementere et årshjul med frister og milepæler, samt risiko og sårbarhets analyser (ROS).

7.2.10 Revisors vurdering: Teknisk avdelings integrasjon av internkontroll

Det første revisjonskriteriet for problemstilling 2, dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering. Teknisk avdeling benytter avviksrapporteringssystemet Risk Manager, men dette benyttes i varierende grad av teknisk avdeling, noe vi skal komme tilbake til senere. Det er en positiv utvikling at all dokumentasjon av anskaffelsesprosesser skal inn i dokumenthotellet Interaxo, som vil være tilknyttet Compilos kvalitetssystem. Tidligere har også Acos Web sak blitt benyttet av teknisk avdeling, men denne programvaren hadde den ulempen at det ble vanskelig for samarbeidspartnere å få tilgang. Det er revisors vurdering at internkontrollsystemet fremstår som ujevnt fremskredent i teknisk avdeling, og at det må jobbes med å integrere avviksrapportering i organisasjonen. Videre er det et positivt trekk at dokumentasjon vil lagres i programvare knyttet til Compilos kvalitetssystem, noe som vil øke graden av tilknytning til kommunens styringssystem. Revisjonen påpeker i denne sammenheng at det må jobbes med å sentralisere internkontrollen når kommunen nå skal integrere en ny programvare som vil strømlinjeforme internkontrollsystemet.

Neste revisjonskriterie dreier seg om at ansvaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning. Det kan se ut som om internkontrollarbeidet nedprioriteres i teknisk avdeling, ofte til fordel for økonomispørsmål. Dette er i

alle fall tendensen i lederforum, som er avdelingsledernes plattform for dialog med rådmann. Hva angår faglige spørsmål er disse delegert til seksjonsledere, en nødvendighet når avdelingen er av denne størrelsen. Hva angår personalforvaltningen deltar virksomhetsleder i kommunens hovedarbeidsmiljøutvalg, virksomhetsleder deltar her i arbeidet med å følge opp de ansattes arbeidsforhold. I denne sammenheng påpeker revisjonen viktigheten av å styrke avviksrapporteringen i internkontrollarbeidet ved implementering av Compilos kvalitetssystem. Det er revisors vurdering at internkontrollarbeidet for teknisk avdeling, både for leder og administrasjonen for øvrig, bør styrkes. Av undersøkelsene framgår det også at internkontrollens implementering i andre roller som økonomi, faglig kvalitet og personalforvaltning prioriteres på ulikt vis. Hva angår internkontroll sett opp i mot økonomiske spørsmål, gis sistnevnte forrang. Vedrørende ansvar for kvalitet i faglige spørsmål delegeres dette til seksjonsledere grunnet avdelingens størrelse. Når det kommer til lederoppgaver, internkontroll og personalforvaltning skiller dette feltet seg positivt ut, ved at virksomhetsleder tekniske tjenester er involvert i kommunens hoved-arbeidsmiljøutvalg. Intervjudata tilsier også at avvik vedrørende arbeidsmiljøspørsmål får prioritet. Virksomhetsleder tekniske tjenester, og den øvrige administrasjonen i teknisk avdeling, bør etter vår oppfatning i større grad fokusere på å forbedre og opprettholde arbeid med internkontroll, kanskje spesielt med tanke på innkjøpsrutiner, noe denne revisjonsrapporten avdekker.

Videre heter det at internkontrollsystemet skal være basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler). Avviksrapportering blir trukket frem for å forklare avdelingens kontroll av regeletterlevelse. Avviksrapporteringen, som dreier seg mest om personskader, gir virksomhetsleder og fagleder ansvar for å lukke innmeldte avvik. Slik sett er internkontrollsystemet basert på en del av kommunens målsetninger, og er et verktøy for å sørge for etterlevelse av lover og regler. Tilsyn fra fylkesmannen har imidlertid registrert et avvik på dette feltet, som tilsier at det må gjøres arbeid for å forbedre avviksrutinen. Det er revisors vurdering at arbeidet med internkontroll generelt, og avviksrapportering spesielt, bør forbedres for teknisk avdeling. Det må imidlertid tas høyde for kapasitetsbegrensninger under implementeringsfasen av Compilos kvalitetssystem.

Angående hvorvidt det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger for dette tjenesteområdet, bemerkes det at teknisk avdeling har utfordringer i å gjennomføre risikovurderinger. Avdelingen har dermed blindsoner for kontrollaktiviteter som ville vært avdekket med en risiko og sårbarhetsanalyse, eller annen systematisk risikovurdering. Det er blitt leid inn en konsulent og nedsatt arbeidsgrupper for å fremme dette arbeidet i kommunen. Det er revisors vurdering at dette arbeidet bør fortsette, da risiko og sårbarhetsanalyse er prekært for en avdeling på

denne størrelsen. I tillegg bør det, når det blir klarhet i fordelingen av branntjenestene, gjennomføres en risiko og sårbarhetsanalyse på dette feltet.

Det neste kriteriet dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, om både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. I og med at det ikke finnes et eget punkt om internkontroll på avdelingsmøtene, vil dette begrense informasjonstilfanget vedrørende internkontrollens forbedringspotensiale siden forslag etter alt å melde ikke finner en arena for diskusjon. Det er revisors vurdering at dette kriteriet, for teknisk avdeling, ikke nås.

Videre skal også internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og også inkludere avvikshåndtering. Vi har tidligere notert at et avvikssystem eksisterer i teknisk avdeling, til tross for at dette ikke fungerer optimalt. For teknisk avdeling er det heller ikke noe årshjul som inkluderer internkontroll. Fravær av et slikt årshjul vil frarøve kommunen det langsiktige forbedringspotensialet som inngår i årlige punkter for revidering av internkontrollrutinene. Selv om innmeldte avvik bevisstgjør administrasjonen på problemer som videre drøftes i arbeidsmiljøutvalget, oppnås ikke hele potensialet for systematisk forbedringsarbeid når avdelingen ikke diskuterer internkontroll på avdelingsmøtene, eller følger et årshjul som systematiserer dette arbeidet.

I tillegg skal det finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene). Som den foregående drøftingen demonstrerer er det fortsatt arbeid som må gjøres for å forbedre rapporteringssystemene i teknisk avdeling. Operasjonalisering av et årshjul i teknisk avdeling, og faste agendapunkter i avdelingsmøtene som følge av dette, vil være en god plass å starte. Revisjonen ble imidlertid informert om at mye av internkontrollarbeidet ville forenkles og forbedres ved implementering av Compilos kvalitetssystem.

7.2.11 Innsamlet data: teknisk – reiseregninger

Teknisk avdeling registrerer sine reiseregninger ved kommunens lønningskontor. Vi ble opplyst om at teknisk avdeling selv har myndighet for å attestere og anvisa reiseregninger, og at disse sendes til lønningskontoret for registrering. For dette delkapittelet har revisjonen brukt intervjudata fra virksomhetsleder tekniske tjenester, samt fagsjef for lønnskontoret i Åsnes kommune. Lønnskontoret er organisert under lønns- og personalavdelingen. Det er tre årsverk som er dedikert lønnsoppgaver, en stilling på 40 %, en på 60 %, samt to 100 % stillinger. Det er i tillegg tre hele stillinger som er oppgaver opp mot personal p.a.

Reiseregninger registreres, for teknisk, så vel som resten av kommunen, i Visma Expense, et program som er tatt i bruk i 2016. Virksomhetsleder tekniske tjenester opplyste under intervju om at vedlegg til disse regningene skal legges ved til personalkontoret/ lønningskontoret. Reiseregninger legges inn i Visma Expense for anvisning og attesteringer. Visma Enterprise benyttes av kommunen til økonomistyring, HRM og lønn. Enhetene kan gå inn i dette programmet og scanne kvitteringer og bilag på utlegg, og ledelsen har tilgang til å gå inn i programmet. Av intervjudata fra lønnskontoet ble revisjonen informert om at det skrives relativt få reiseregninger i teknisk avdeling, rundt 10-15 i året, og disse omfatter også kursutgifter.

Det er lønningskontoret som legger inn reiseregninger i Visma. Reiseregningene mottas både elektronisk og på papir. Attestasjon kan gjøres av alle med tilgang til dette i programmet, og anvisning gjøres av de som har myndighet. Ifølge virksomhetsleder tekniske tjenester har denne anvisningsmyndighet, og avdelingsledere attesterer. Anvisninger skrives under på fagleder lønn sitt kontor. Når noe skal gjøres, sendes E-poster med arbeidsoppgaver til de av de ansatte som skal attestere og anvise. Fagleder lønn har snakket med kommunens revisor og funnet ut at det ikke er avvik i kommunens attestasjoner og anvisninger for de elektroniske bilagene, men at det finnes avvik i det papirbaserte systemet, på manglende attestasjon. Med hotell og andre utlegg dokumenteres regninger både elektronisk og manuelt. Det finnes en mappe på kontoret med regninger som kontrolleres. Denne finnes i både elektroniske og manuell utgave, men ved overgangen til Expense vil dette endres, og bli fullelektronisk.

Dokumentasjon for større utlegg må leveres på papir, og utlegg godkjennes ikke før dokumentasjon framvises. Dokumentasjon av kjøregodtgjørelse kommer fra datasystemet. Kjøregodtgjørelser utbetales med satser fra den forutgående måneden som utgiften påløper. Dersom vi har flere bilag må alle dokumenteres på papir, ettersom datasystemet bare tåler 1 bilag. Vi må finne ut hvordan reiseregninger som har flere bilag skal dokumenteres etter vi har gjort oss kjente med Expense.

Bilagene finnes i papirform og på nett. Dokumentene kontrolleres nøye. Fagleder for lønnskontoet ser ikke for seg at kommunen kan bruke mer tid til dette, grunnet kapasitetsbegrensninger. Lønnskontoet leser over dokumentene, attesterer og anviser, og dersom det merkes avvik sier kontoet ifra. Satsene er innarbeidet i rutinene, og Åsnes kommune bruker statens satser. Ved innsending av skjema i for eksempel juli, skal all kjøring og alle utlegg i juli måned forut for dette registreres.

Personal- og lønnsavdelingen gjennomfører daglige informasjonsmøter. Hver mandag har avdelingen statusmøte. Tirsdager og onsdager har avdelingen felles infomøte, onsdager og fredager arbeidslunsj. Revisjonen ble informert om at internkontroll diskuteres på disse møtene.

Personal- og lønnsavdelingen får oppdateringer i endringer i lover og forskrifter fra Kommuneforlagets infoserie¹¹. Denne infotjenesten gir avdelingen meldinger ved endringer som angår hele kommunen. De ansatte abonnerer på KFs nyhetsbrev. Informasjon er også å finne på nettsiden, og her kan de ansatte søke i informasjon som gjelder reiseregninger og kostgodtgjørelse. Avdelingen får også oppdateringer ved at programvaren Visma Community oppdateres sentralt og automatisk ved endringer i lover/forskrift.

Virksomhetsleder tekniske tjenester informerte om at dokumentasjon av reiseregninger scannes, og avdelingen fører opp faktiske bruk på mat og overnatting framfor å bruke statlige fastsatte satser til dette. Virksomhetsleder opplyste om at de statlige satsene gjorde det dyrere for kommunen å betale ut disse kostnadene enn om de ansatte selv førte opp faktiske utgifter. Hvem som har besluttet dette er usikkert, men dette er praksis. Det er ingen sjekk på avvik når det kommer til dette.

Kommunen har kjøpt inn egne biler, og gjort det pålagt å bruke disse så langt det lar seg gjøre. Vi pålegger også de ansatte å samkjøre mest mulig for å redusere transportkostnader. Bruken av disse har redusert bruken av reiseregninger, og registrering av disse. Kommunens ansatte skal legge ved billag for kursutgifter, og fagleder lønn informerte om at alle handlinger som nødvendiggjør reiseregninger skal gjøres slik at betalingene gjøres billigst mulig.

Dersom vi ser at noe gjøres tungvint ser vi på muligheter for å forbedre det. Implementeringen gjøres ved kurs og opplæring, alle ansatte må få samme info, så opplæringsressurser legges derfor ut på intranettet.

7.2.12 Revisors vurdering: reiseregninger – teknisk avdeling

Det første revisjonskriteriet for problemstilling 2, dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering. Reiseregningene for hele kommunen registreres i Visma Expense, som inngår i kommunens øvrige økonomistyringsprogramvare. Det er revisors vurdering at dette kriteriet kan sies å være oppfylt.

Neste revisjonskriterie dreier seg om at ansvaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning. Kontroll av reiseregninger er ikke et like vidtrekkende område som den overordnede internkontrollen i andre enheter, og må dermed bedømmes deretter. Det kan likevel nevnes at kontroll av reiseregninger bistår kommunens

¹¹ Et lovbasert informasjonssystem utviklet for norske kommuner. Denne infoserien består av det regelverket som gjelder for kommunesektoren. Til regelverket legger Kommuneforlaget inn tolkninger og rettspraksis. Hvert fagområde har i tillegg sitt eget veiledningsmateriale i form av en lovkommentar, en håndbok eller praktiske eksempler (<http://nis3.kf-infoserie.no/>)

høyt prioriterte arbeid med budsjettdisiplin og økonomisk internkontroll. Dette revisjonskriteriet kan sies å være oppfylt.

Videre heter det at internkontrollsystemet skal være basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler). En av kommunens målsetninger er å komme i budsjettbalanse, og dette påvirker prioriteringene i de fleste avdelinger. For å nå dette målet pålegges kommunens ansatte å bruke kommunens leasingbiler, dette har ført til en merkbar nedgang i kostnader knyttet til reiseregninger. I tillegg informerte leder for lønnsavdelingen om at de ansatte pålegges å gjøre alle handlinger som nødvendiggjør reiseregninger billigst mulig. Videre oppfordres de ansatte til å føre opp faktiske utgifter for mat og overnatting framfor å bruke statens satser, noe som er besparende og nyttig for å nå kommunens mål om reduksjon i kostnadene.

Når det kommer til aktuelle rutiner for å sikre omdømme og legitimitet, er bruk av statens satser ved registrering av reiser noe som kontrolleres, og det er ikke funnet avvik her. Det er revisors vurdering at lønnskontoet jobber med å få gjennomført kontroll av reiseregninger for å imøtekomme målet om budsjettbalanse ved å gjennomføre besparende tiltak.

Angående hvorvidt det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger ble vi informert om at lønnskontoet gjennomfører den kontrollen de har kapasitet til. Risikofaktorer for lønnskontoet vil dreie seg om mislighold og stor bruk av reiseregninger. Begge disse potensielle risikofaktorene reduseres til et minimum med de nevnte tiltakene. Det er revisors vurdering at dette revisjonskriteriet er oppfylt.

Det neste kriteriet dreier seg om hvorvidt internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen. Både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. Under intervjuene ble revisjonen gjort oppmerksom på at avdelingen har daglige informasjonsmøter, og internkontroll diskuteres på disse møtene. Det er revisors vurdering at avdelingen gjør en tilfredsstillende jobb med å gjøre alle stemmer hørt med tanke på utforming av nye tiltak.

Videre skal også internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og inkluderer også avvikshåndtering. Endringer i lover og forskrifter som angår de ansatte sendes dem automatisk fra KFs infoserie. I tillegg distribueres ideer til effektivisering på intranettet, tilgjengelig for alle. Det er revisors vurdering at dette revisjonskriteriet møtes.

Siste revisjonskriterie for problemstilling 2, går ut på at det skal finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene). Under

intervjuene ble de jevnligte møtene trukket frem som en arena for å diskutere internkontroll, revisjonen vurderer dette kriteriet for å være oppfylt.

8 Problemstilling 3: Etablerte rutiner og internkontroll i enhetene

Problemstilling 3: Hvilke rutiner er etablert for å sikre god intern kontroll i den enkelte enhet og hvordan fungerer de i praksis?

For å få en formening om hvilke rutiner som er etablert for å sikre god internkontroll, og hvordan rutinene fungerer i praksis har vi samlet inn opplysninger om rutiner fra fire av kommunens enheter. Disse er økonomikontoret, sykehjemmet, sykehjemmets kjøkken og teknisk avdeling.

Gjennomgangen i den enkelte enhet er ved økonomikontoret begrenset til økonomisk internkontroll, medisinhåndtering ved sykehjemmet, kjøkkendrift ved sykehjemmets kjøkken og innkjøp og reiseregninger ved teknisk avdeling. Reiseregninger blir håndtert av lønnskontoret, så det er også gjennomført intervjuer med fagansvarlig ved lønnskontoret.

9.1 Revisjonskriterier

Dette kapittelet tar for seg internkontroll på områdene innkjøp, medisinhåndtering og kjøkkendrift. Revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier gjelder for problemstilling 3:

Revisjonskriterier for den delen av undersøkelsen som gjelder økonomisk intern kontroll:

9. Rådmann skal i løpet av regnskapsåret rapportere på status for budsjett og regnskap. Ved avvik skal forslag til tiltak legges frem
10. Rådmann fører oppsyn over den økonomiske internkontrollen i kommunen
11. Økonomiavdelingen skal foreta endringer i årsbudsjettet når dette anses påkrevd, noe som vil gjøre seg gjeldende ved omdisponeringer eller endrede forutsetninger. Dette for å sikre at budsjettet er mest mulig realistisk
12. Kommunen skal løpende registrere alle inntekter og innbetalinger, utgifter og utbetalinger. Dette vil si at regnskapet til enhver tid er á jour. Dette har også betydning i forhold til regnskapsrapportering.
13. Kommunen skal gjennomføre en rapportering av balanse- og resultatregnskapet til tertial- og årsrapport som er fullstendig og ajourholdt.
14. Enheten har skriftlige prosedyrer for å klargjøre de ansattes arbeidsoppgaver. Prosedyrene skal også ivareta tilstrekkelig arbeidsdeling.
15. Enhetene har skriftlige rutiner for attestasjon og anvisning, og at disse fungerer i praksis.

Revisjonskriterier for den delen av undersøkelsen som gjelder medisinhandling

16. Enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for medisinhandling
17. Kommunen har en klar rolle-, og ansvarsfordeling i forhold til rekvirering av legemidler
18. Kommunen tilfredsstiller kompetansekravet i forhold til å kunne ordinere legemidler gjennom virksomhetens egne prosedyrer
19. Kommunen har skriftlige rutiner for å sikre ansatte sin kompetanse i forhold til legemiddelhandling og sørger for at helsepersonell som håndterer legemidler til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse
20. Kommunen har ajourholdte skriftlige prosedyrer for legemiddelhandling som blant annet omfatter prosedyre for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering
21. Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende
22. Kommunen har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppen A og B
23. Lagerbeholdningen av narkotiske stoffer holdes så lavt som mulig, og en har til enhver tid kontroll med lager og lagerbevegelser på et slikt detaljnivå at kravene i forskrift og kravene til rapportering overholdes
24. Kommunen har rutiner som kvalitetssikrer informasjon om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse, utskrivning og overføring internt i virksomheten
25. Kommunen har rutiner som sikrer at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte
26. Kommunen har rutiner og lokaler som sikrer at legemidler tilberedes på forsvarlig måte

Revisjonskriterier for den delen av undersøkelsen som gjelder kjøkkendrift:

27. Enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for kjøkkendriften
28. Kommunen har rutiner for menyplanlegging, bestilling, varemottak og oppbevaring som sikrer best mulig utnytting av matvarene og at man unngår svinn
29. Kommunen har interne kontrollrutiner og gjennomfører risikovurderinger i henhold til bransjestandard
30. Kommunen sørger for at det gis opplæring av alle ansatte som håndterer matvarer/mat med hensyn til å unngå svinn og å sikre at brukerne får nok, trygg og næringsrik mat
31. Det er klart hvilke prinsipper som skal ligge til grunn ved prisfastsetting når kommunen selger mat
32. Kommunen har rutiner som sikrer at prisfastsettelsen blir riktig

Revisjonskriterier for den delen av undersøkelsen som gjelder teknisk avdelings innkjøpsrutiner:

33. Enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for innkjøp.
34. Kommunen har klare regler for delegasjon av myndighet og roller i forhold til innkjøp og kontraktsoppfølging, og en hensiktsmessig arbeidsfordeling på området.
35. Det finnes formaliserte rutiner for innkjøp som skiller mellom rammeavtaler, direkteanskaffelser og avrop på rammeavtaler.
36. Rutinene er kjent av de som skal benytte dem, og sikrer at anskaffelser skjer i henhold til anskaffelsesregelverket.
37. Kommunen har rutiner som sikrer at dokumentasjon i forbindelse med innkjøpene oppbevares på en hensiktsmessig måte.
38. Kommunen har et system for oppbevaring av rammeavtaler, og gyldige avtaler er tilgjengelige for de som skal benytte dem
39. Før anskaffelsen gjennomføres, gjøres et forsvarlig anslag over det samlede beløp som kommunen kan komme til å betale eks. mva. for kontrakter som utgjør anskaffelsen.
40. Kommunen har formaliserte rutiner for oppfølging av innkjøpskontrakter, herav mottak av varer og tjenester samt attestasjon. Rutinene er kjent av de som skal benytte dem og følges av disse.

Revisjonskriterier for den delen av undersøkelsen som gjelder teknisk avdelings reiseregninger:

41. Kommunen bør ha en hensiktsmessig organisering av området reisegodtgjørelse og elektronisk kjørebok, som ivaretar risiko og vesentlighet.
42. Roller og ansvar for utbetaling av reisegodtgjørelse og bruk av og kontroll med elektronisk kjørebok bør være utvetydig definert og nedfelt.
43. Kommunen bør etablere kontrollaktiviteter som bidrar til at risiko for ikke å nå målsettinger reduseres til akseptable nivåer, herunder etablere rutiner for attestasjon og anvisning for utbetaling av reisegodtgjørelse.
44. Kommunen bør informere internt om når det skal fylles ut reiseregning og hvordan, samt hvordan elektronisk kjørebok brukes.
45. Retningslinjer og rutiner bør være lett tilgjengelige for de ansatte.

8.1 Innsamlet data: Økonomikontoret - økonomisk intern kontroll

Tertialrapportene inneholder en oppsummering av driftsregnskapet for den gjeldende perioden. De respektive tertialrapportene sammenliknes med samme periode året før, og prognosen for inneværende år sidestilles med det justerte budsjettet for samme år. Ved avvik mellom budsjett og resultatregnskap iverksettes tiltak for å dekke inn avvikene for de avdelingene dette gjelder.

I økonomireglementet står det at investeringsbudsjett skal rapporteres tertialvis. Det skal foretas en grundig gjennomgang av regnskapet i forhold til budsjett. Ved gjennomgang av disse tertialrapportene, ser vi at rapportering av status for investeringsbudsjettet første tertial 2015 (pr. 30. april 2015) mangler. Investeringsbudsjettet ble kun viet et avsnitt i denne rapporten. For andre tertial (pr. 31. august 2015), ble status for investeringsbudsjettet rapportert. Rapporten inneholder revidert investeringsbudsjett slik det foreligger når denne forvaltningsrevisjonsrapporten avsluttes. Investeringsregnskapet for samme periode rapporteres i en egen kolonne, og forventet årsforbruk rapporteres i neste kolonne. Hver investeringspost får også en kort kommentar, som klargjør tiltak for investeringsposten ved rapportfremleggelse.

I høst har kommunen hatt innkjøpsstopp ut over det helt nødvendige. Det er også gjennomført en ansettelsesstopp. Dette er tiltak for å redusere avvik, men økonomisjefen mente samtidig at ikke alle avvik går an å tette. Rådmannen har myndighet til å flytte beløp under 500 000 for å «tette» avvikene. Formannskapet har myndighet om å dekke opp til 1 million. Informasjon om slike justeringer skjer oftest i investeringsregnskapet. Denne informasjonen rapporteres i månedsrapportene.

Rådmann rapporterer i årsmelding og regnskap for 2015 at kommunestyret vedtok omstillingsvedtak tilsvarende 40 årsverk. Videre rapporterte rådmannen at Åsnes fortsatt er en ROBEEK-kommune, med akkumulert underskudd på 14,4 millioner. Dette er planlagt nedbetalt i løpet av 2016 og 2017. Netto driftsresultat for 2015 er kr -6 712 438. Netto driftsresultat i prosent av driftsinntekter er her – 1,1 %, og ifølge Rådmann er dette langt under måltallet for en sunn kommuneøkonomi, som er på 1,75 %. Videre bebuder rådmannen fortsatt fokus på kontinuerlig tilpasning av tjenestetilbudet til inntektsrammene for å oppnå framtidig økonomisk balanse.

Rådmann uttalte under intervju at han ønsker at alle budsjettendringer skal rapporteres i tertialrapporten. Administrasjonen foreslår budsjettendringer på bakgrunn av rapporter pr. tertial. Kommunestyret vedtar budsjetttrammene på nettorammenivå, og virksomhetsleder og økonomisjefen foretar justeringer innenfor disse rammene gitt av kommunestyret.

Rådmann informerte om at budsjettet er et styringsverktøy og budsjettendringer på tvers av virksomhetsområder må gjøres ved kommunestyrevedtak. Protokollen fra kommunestyremøtet 14.

desember 2015 viser at saken har vært opp til behandling, og kommunestyret vedtok, i samsvar med saksfremlegget, en reduksjon av forventet forbruk i investeringsbudsjettet til 20 392 000. Det er mulig å omprioritere mellom ulike virksomheter, men enkeltsaker som påvirker budsjettet skal informeres om i tertialrapporten. Økonomisjefen tar deretter endringsvedtaket videre og formidler dette til avdelingene som berøres.

Økonomisjefen informerte om at det ofte brukes feil koder når det gjelder registrering av merverdiavgift. De som registrerer dette i regnskapet glemmer å sjekke reglene for merverdiavgift godt nok. Regnskapsrevisor er også oppmerksom på disse avvikene, og i interrimrapporten av 17. desember 2015, påpekes det at det finnes et forbedringspotensiale når det gjelder dokumentasjon av kompensasjonsretten knyttet til delt virksomhet og fast eiendom.

Økonomisjefen fortalte videre at avdelingen prøver å utøve en slags oppdragerfunksjon, men de opplever likevel flere ganger årlig at teknisk avdeling overskrider frister for innsending av dokumentasjon, noe som får kommunen til å tape penger fra merverdiavgifts-kompensasjon. Økonomisjefen registrerer at teknisk avdelings uenigheter med sine leverandører hva angår investering og prosjektgjennomføring tar lang tid. Dette medfører at dokumentasjon ikke foreligger til det tidspunkt som er innenfor fristene. Momskompensasjon oppleves som utfordrende med tanke på bygg med delt funksjon. Eksempelvis vil bygg med både tekniske tjenester og utleie bli utfordrende, da det ikke er grunnlag for momskompensasjon på deler av bygget. På grunn av gjentatte avvik retter økonomiavdelingen momskompensasjonen selv. Problemet er imidlertid at da lærer ikke avdelingene å gjøre det på riktig måte, fordi de aldri trenger å jobbe med det selv. Økonomisjefen avtaler møter for å forsøke å rette opp dette, men det er vanskelig å dekke alle elementene på disse møtene.

Ved fakturering kjører kommunen ut lister, og har disse listene liggende i ti år. Alle manuelle bilag ligger i safe, og oppbevares i ti år. Lønningsbilag oppbevares på samme måte, og lister ved hver lønnskjøring arkiveres. Økonomisjefen gjorde oss oppmerksomme på at mye av dette arbeidet nå gjøres elektronisk. Manuelt mottatte fakturaer skannes inn, men flere leverandører benytter seg av elektronisk faktura. Begge disse typene av fakturaer er tilgjengelig elektronisk i systemet. I tillegg legges alt regnskapsmaterieil i safe og oppbevares i minimum 10 år.

Vi ble informert om at driftsregnskap og finansregnskap rapporteres hvert tertial til den politiske delen av kommunen. Siden Åsnes er en ROBEK- kommune må spørsmål vedrørende låneopptak opp til Fylkesmannen for behandling før det kan godkjennes. Pr. desember 2015 har kommunen 14,5 millioner i ROBEK-underskudd. Avdelingene har fått beskjed om å redusere kostnadene, og denne omstillingsprosessen pågår etter kommunestyrets vedtak i mai 2015. For 2017 har Åsnes en plan om et regnskap som gjør at de går ut av ROBEK. Økonomikontoret informerte om at det foreligger en plan

om å redusere gjelden med 9 millioner i 2016, og med ytterligere reduksjon i 2017. Avdelingen sliter med årsregnskapet, og økonomisjefen påpekte at grunnen til dette var lav bemanning. I 2014 var også de lønnsansvarlige og balanseansvarlige sykemeldte.

Det utarbeides årlig informasjonsbrev med frister og oppgaver som skal gjennomføres i forhold til årsavslutningen, men det mangler ofte tilbakemeldinger innenfor disse fristene. Virksomhetene må levere dokumentasjon i tide, så års avstemningen skal bli korrekt. Hvis det oppstår differanser i avstemmingen av kretsløpene kan tiden bli knapp i forhold til fristen for regnskapsavleggelsen. Da benyttes det mye ressurser på å finne og eliminere disse differansene. Økonomisjefen gjorde oss oppmerksomme på at årsavslutningen blir enklere og enklere med bedre IKT-systemer, som nå er i ferd med å implementeres.

Ved økonomikontoret er de ansattes arbeidsoppgaver klargjort i arbeidsbeskrivelsene. Alle ansatte, så nær som en økonomikonsulent, har skriftlige arbeidsbeskrivelser. Revisjonen ble tilsendt disse av økonomisjefen. De ansattes arbeidsoppgaver ble i disse beskrivelsene delt opp i ulike ansvarsområder for å sørge for tilstrekkelig arbeidsdeling. Økonomisjefens arbeidsbeskrivelse ble tilsendt revisjonen fra rådmannen, da dette dokumentet lå på rådmannens kontor. Dette var imidlertid en arbeidsbeskrivelse for stilling som kommunekasserer, ikke økonomisjefen. I tillegg til de formaliserte arbeidsoppgavene som kommunekasserer har økonomisjefen nå også rapportering og oppfølging av budsjett og regnskap.

Rutiner for attestasjon og anvisning finnes i økonomireglementet. Her fastsettes anvisningsmyndighet for kommunens ansatte, fra rådmann og videre til hver enkelt enhet. Den som er delegert fullmakt til anvisning må skrive under skjema som er å finne på intranettet. Skjemaet skal sendes rådmannen, personalavdelingen, økonomiavdelingen og revisjonen. Det klargjøres at anvisningsmyndigheten ikke er gjeldende for egne regninger, eller andre områder hvor spørsmål om inhabilitet kan bli gjort gjeldende. Dersom dette er tilfellet skal anvisningen foretas av en overordnet med anvisningsmyndighet. Videre klargjør økonomireglementet at anvisning og regnskaps-/ lønnsregistrering ikke skal foretas av samme person. Ei heller skal faktura/ timeliste attesteres og anvises av samme person. Dokumentet fastsetter også en steg for steg rutinegjennomgang av hvilke handlinger som skal gjennomføres ved attestasjon og anvisning.

Vi ble gjort oppmerksomme på at mye av arbeidet med registrering i regnskapssystemet nå gjøres manuelt. Det nye programmet, Visma.net Expense, vil gjøre det mulig å avstemme de ulike regnskapspostene elektronisk. Dette er knyttet til kommunens øvrige økonomistyringssystem, Visma Enterprise. For at regnskapet skal godkjennes av dette programmet kreves at en person klargjør avstemmingene, og en annen person godkjenner disse.

Økonomisjefen opplyste oss om at attestering og anvisning skal gjøres av to forskjellige personer. Økonomiseksjonen prøver også å bruke minst mulig manuelle leverandørbilag, disse skal inn i datasystemet for å forenkle informasjonsflyten. Det vil også bli enklere å kontrollere og etterleve attestasjon og anvisningsrutiner med et elektronisk system, da dette inneholder en blokkeringsfunksjon som gjør det vanskelig for samme person å attestere og anviser bilag.

På spørsmålet om rutinene rundt regnskapsføringen fungerer i praksis, støtter vi oss til regnskapsrevisors interimsrapport av 17. desember 2015. På grunnlag av utvalgsbasert testing har regnskapsrevisor gjennomført undersøkelser av regnskapsområder hvor hun mener kommunens rutiner er svake. Det ble konkludert med at rutiner for manuelle variable lønnsbilag ikke fungerte tilfredsstillende. Avvik ble funnet i forhold til manuelle variable lønnsbilag. Herunder manglende attestasjon av reiseregninger og timelister. Attestasjon og anvisningsrutinene for det elektroniske reiseregningssystemet Visma Travel og Visma Enterprise Timelønn avdekket derimot ingen avvik. Regnskapsrevisor konkluderte med at arbeidsdelingen mellom attestasjon og anvisning fungerer tilfredsstillende her. Samme tendens gjelder for attestasjon og anvisning av fakturaer for varekjøp. Det ligger en sperre som forhindrer at en og samme person kan attestere og anviser elektronisk håndterte fakturaer. For manuelle fakturaer ble det også her funnet avvik.

8.2 Revisors vurdering: Økonomisk internkontroll

Denne delen av vurderingene starter med kriteriet som påpeker at rådmann i løpet av regnskapsåret skal rapportere på status for budsjett og regnskap, og ved avvik skal forslag til tiltak legges frem. I følge vårt datagrunnlag kan vi notere et avvik på framleggelse av investeringsbudsjettet første tertial. Administrasjonen meldte at de forsøkte å gjennomføre tiltak for å dekke avvik i de avdelingene det gjelder. Referater fra lederforums møter tilsier også at budsjettdisiplin har hatt høy prioritet. Revisjonen påpeker at kommunen, i takt med sitt mål om å nå budsjettbalanse har hatt innkjøpsstopp ut over det nødvendige, så vel som ansettelsesstopp. Selv om det er avvik på budsjett rapportering, har kommunen prioritet på tiltak for å komme i budsjettbalanse, som er et overordnet mål for kommunen.

Videre skal rådmannen føre oppsyn over den økonomiske internkontrollen i kommunen. Dette gjennomføres i lederforumet, hvor økonomispmål som nevnt prioriteres. I tillegg innleder rådmannen årsmeldningen og regnskapet 2015 med en gjennomgang av omstillingstiltak som må til for å nå de overordnede målene, samt en fortsatt tilpasning av tjenestetilbudet til rammevilkårene. Dette revisjonskriteriet anses å være oppfylt.

I det neste revisjonskriteriet heter det at økonomiavdelingen skal foreta endringer i årsbudsjettet når dette anses påkrevd, noe som vil gjøre seg gjeldende ved omdisponeringer eller endrede forutsetninger. Dette for å sikre at budsjettet er mest mulig realistisk. I følge de intervjudata vi har

innsamlet ser vi at økonomikontoret har en formidlingsfunksjon i å kommunisere økonomiske vilkår mellom enhetene, rådmann og kommunestyret. Økonomikontoret formidler endrede rammebetingelser som omprioriteringer mellom virksomhetene, og informerer om dette i tertialrapporten. I tillegg informerer økonomisjefen enhetene om disse endringene. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

I tillegg skal kommunen løpende registrere alle inntekter og innbetalinger, utgifter og utbetalinger. Dette vil si at regnskapet til enhver tid er á jour. Dette har også betydning i forhold til regnskapsrapportering. Fra intervjudataene finner revisjonen, på dette kriteriet, flere avvik. For det første brukes det feil koder for registrering av merverdiavgift. For det andre opplever økonomiavdelingen at teknisk avdeling overskrider fristen for dokumentasjon vedrørende merverdiavgiftskompensasjon. Dette fører til at kommunen taper penger som følge av tapte kompensasjonsmidler. Det er revisors vurdering at dette kriteriet ikke er oppfylt. Det bør iverksettes tiltak slik at teknisk avdeling overholder sine frister for innsendelse av dokumentasjon som vil være gjeldende for merverdiavgiftskompensasjon. Revisjonen ble gjort oppmerksom på at dette blant annet dreide seg om bygg med delt funksjon. Til nå har økonomikontoret gjort noe av jobben for å korrigere disse avvikene, men siden det framgår at økonomikontoret er presset på kapasitet, vil det være en fordel om de øvrige enhetene bistår i korrekt dokumentasjon, slik at den økonomiske kontrollen og rapporteringen kan forbedres.

Det neste kriteriet handler om hvorvidt kommunen gjennomfører en rapportering av balanse- og resultatregnskapet til tertial- og årsrapport som er fullstendig og ajourholdt. Økonomisjefen gir uttrykk for at avdelingene er for sent ute med å levere dokumentasjon, noe som fører til at det blir lite tid til å korrigere regnskapet før regnskapsframleggelsen, videre brukes det mye tid på å finne og eliminere differansene som dette medfører.

Vi ble under intervju med økonomisjefen gjort oppmerksomme på at alle fakturaer og regnskapsdokumentasjon lagres i ti år. Noe som går ut over bokføringslovens § 13 hvor det heter at «Regnskapsmateriale som nevnt i første ledd nr. 1 til 4¹² skal oppbevares i Norge i fem år etter

¹² Som oppbevaringspliktig regnskapsmateriale regnes:

1. årsregnskap og annen pliktig regnskapsrapportering, årsberetning og revisjonsberetning,
2. spesifikasjoner av pliktig regnskapsrapportering som nevnt i § 5, eller bokførte opplysninger som er nødvendig for å kunne utarbeide slike spesifikasjoner av pliktig regnskapsrapportering,
3. dokumentasjon av bokførte opplysninger og slettede opplysninger, dokumentasjon av kontrollsporet mv. og dokumentasjon av balansen,
4. nummererte brev fra revisor,

regnskapsårets slutt.» Kommunen vil ha en del regnskapsdokumentasjon fra tidligere år med en oppbevaringsplikt på 10 år. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Det er revisors vurdering at avdelingene har et forbedringspotensiale når det kommer til innrapportering av dokumentasjon. Ved å forbedre prosedyrene i kommunens avdelinger som angår rapportering av styringsdata, vil arbeidspresset på økonomikontoret tenkes å bli mer stabilt. Slik dette fungerer i dag foreligger det etter revisors oppfatning risiko for at rapporteringen ikke er fullstendig og ajourholdt. Selv om det foreligger risiko for feil har vi ikke grunnlag til å fastslå at rapportene inneholder feil. Kriteriet må anses oppfylt, men da med muligheter til forbedring.

Revisjonen skal også kontrollere om enheten har skriftlige prosedyrer for å klargjøre de ansattes arbeidsoppgaver. Prosedyrene skal også ivareta tilstrekkelig arbeidsdeling. Det finnes skriftlige arbeidsbeskrivelser for alle ansatte ved økonomikontoret så nær som for en økonomikonsulent. I tillegg er økonomisjefens arbeidsbeskrivelse utdatert idet at den innehar stillingsinstruks for tittelen kommunekasserer. Denne inkluderer ikke oppgaver som dekker dennes funksjon som rapportering og oppfølging av budsjett og regnskap. Det er revisors vurdering at revisjonskriteriet ikke er fullstendig oppfylt. Det er revisors vurdering at revisjonskriteriet ikke er fullstendig oppfylt. Det bør etter revisors vurdering utformes skriftlig stillingsinstruks for økonomikonsulenten, samt en oppdatert stillingsinstruks for økonomisjefen.

Avslutningsvis for denne delen av revisjonen skal det undersøkes om enheten har skriftlige rutiner for attestasjon og anvisning, og at disse fungerer i praksis. Ved dokumentgjennomgang konkluderer revisor med at det finnes skriftlige rutiner for attestasjon og anvisning. Ved intervju med økonomisjefen ble revisjonen gjort oppmerksom på at attestasjon og anvisning i større grad skal gjøres elektronisk framover, noe som vil forenkle kontroll og etterlevelse av rutiner. Dette kan tenkes å redusere tilfellene av avvik som ble avdekket av regnskapsrevisor i interrimskontrollen desember 2015, hvor reiseregninger og timelister manglet attestasjon. I samme rapport ble det derimot ikke avdekket avvik med tanke på elektronisk attestasjon og anvisning. Det er revisors vurdering at dette kriteriet ikke oppfylles før kommunen har implementert et fullelektronisk system, som kan tenkes å eliminere avvik på dette punktet.

8.3 Innsamlet data: Sykehjem – medisinhandling

Enhetene innen pleie og omsorg har tilgang til rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet gjennom en avvikssystem som finnes i intranettløsningen IKKS. Virksomhetens ansatte har tilgang til disse nettverkene, og med dette også mulighet til å melde avvik på grunnlag av internkontrolltiltakene. Avvik og klager rapporteres elektronisk, og systemet skal sikre at den som har meldt inn avvik får tilbakemelding om hvordan hendelsen er fulgt opp. Disse avvikene samordnes så av

virksomhetslederne til bruk for forbedringsarbeid, risiko og sårbarhetsanalyser mm. Dette faller sammen med en av sykehjemmets overordnede målsetninger med at helse- og omsorgstjenestene i Åsnes kommune skal sikre at den faktiske tjenesteyting er i samsvar med lov og forskriftskrav og behovsvurderinger som er gjort, slik at dette sikrer kvalitet og sikkerhet i tjenestetilbudet.

IKKS-systemet gir også kommunens ansatte tilgang til prosedyre for avviksmelding. Ved avvik, eller uønskede hendelser, skilles det mellom brukerrettede avvik og avvik som ikke har konsekvens for brukerne. Førstnevnte avvik dokumenteres også i avviksregistreringssystemet i Visma Omsorg Profil¹³. I dette dokumentet oppretter man tiltak for å kategorisere hvilket avvik det er snakk om. Herunder registreres også uønskede hendelser i forbindelse med medikamenthåndtering. Avviket begrunnes deretter med årsak og klassifiseres etter alvorlighetsgrad. Begge typene avvik meldes og behandles i IKKS.

9.3.1 Anskaffelse av medisiner

Åsnes kommune har rammeavtale med NOR Engros Dahle Medical AS for kjøp av medisinsk forbruksmateriell, og Apotek 1 AS for kjøp av medisiner. Sykehjemmet mener de har et godt samarbeid med Apotek 1, som er medisinleverandør. I tillegg påpeker avdelingslederne at det er lettere å bestille varer fra Kirkenær enn Flisa. Dale Medical er rammeavtaleleverandør for medisinsk forbruksmateriell. Tidligere hadde kommunen rammeavtale med Mediq Norge, men sykehjemmets avdelingsledere forklarte under intervju at Dahle Medical oppleves som gode og fleksible. Sykehjemmet hadde jevnlig møter med innkjøpsansvarlige i Kongsvinger kommune for å avklare kommunens rammeavtaler innenfor RIIG¹⁴, hvor sykehjemmet kommer med innspill og utveksler erfaringer.

Sykehjemmets avdelingsledere forklarte at de nesten aldri har så store innkjøp at det trengs å legges ut på anbud. Dersom det skulle forekomme større innkjøp er det en støtteforening av familie og pårørende som dekker dette. Disse dekket blant annet innkjøpet av et orgel til sykehjemmet.

Avdelingslederne har tro på at internkontrollarbeidet skal bli enklere når kommunen får innført Compilos kvalitetssystem. En avdelingssykepleier ved sykehjemmet er i ferd med å gjennomføre opplæring for å bli superbruker, sykehjemmet skal også ha en systemansvarlig.

¹³ Visma Omsorg Profil er en elektronisk pasientjournal for pleie og omsorgssektoren. Systemet er et dokumentasjons og oppfølgingssystem knyttet til de fleste faggrupper, herunder ledere, leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysio- og ergoterapeuter og merkantilt ansatte. Løsningen skal bistå med å understøtte de gjeldende lover og forskrifter.

¹⁴ Regionalt innkjøp i Glåmdal.

Gjennom intervjuer ble revisjonen fortalt at det ved sykehjemmet i Åsnes er avdelingslederne som har myndighet til å bestille legemidler, og disse tar ansvaret for dette. Bestilling gjøres på en fast dag i uka. I kommunens prosedyredokumenter står det også at virksomhetsleder har delegert denne myndigheten til avdelingssykepleierne i et eget skriv til apoteket. I prosedyredokumentet som ligger i IKKS-systemet står det å lese at bestillinger skal fakses til apoteket tirsdager før 14.30. Dersom det skulle trenge, kan det også foretas etterbestilling. Avdelingslederne tar også imot medisiner og rydder på medisinerrommet. Apotek 1 i Kirkenær er leverandør av medisiner, og disse etter leverer samme dag som avdelingene ringer. I de formelle prosedyredokumentene står det at virksomhetsleder kan delegere myndighet til avdelingssykepleierne i et eget skriv.

Av prosedyredokumentene framgår at sykehjemslegen godkjenner medikamentoversikten som benyttes til rekvirering. Virksomhetslederen delegerer rekvisisjonsrett til avdelingslederne, og avdelingssykepleiere kan få delegert rekvisisjonsrett av legemidler fra apotek. For å avklare hvilke sykehjems ansatte som er kvalifisert for de ulike medisinbehandlingsoppgavene, finnes det i IKKS-systemet oversikter over alle ansatte etter utdanningsbakgrunn. Det må imidlertid bemerkes at oversikten over sykepleiere/hjelpepleiere er utløpt og må fornyes.

Under intervju ble vi fortalt at apoteket mottar en liste fra virksomhetsleder, signert av lege, på hvilke preparater avdelingslederne har myndighet til å bestille. Det finnes en rekvireringsliste pr. avdelingsleder med oversikt over hva virksomhetsleder kan bestille. Alle medisiner blir rekvirert av lege i pasientjournalssystemet Visma Omsorg Profil. Ved telefonkontakt med lege kan sykepleier føre forordningen i Profil på vegne av lege. Dette tas da opp på førstkommende visitt med lege hvor forordningen signeres.

Ordinasjon av legemidler er legens ansvar. Prosedyrene som er tilgjengelige i IKKS-systemet beskriver en rekke tilfeller hvor legens medisinske overoppsyn er førende for beslutninger vedrørende ordinasjon og forordning av medisiner. Ved innskrivning av ny pasient gjennomgås dokumentasjon fra sykehus, fastlege eller hjemmetjeneste av ansvarlig sykepleier for å få oversikt over ordinerte medikamenter. Disse medikamentene føres inn i EPJ (elektronisk postjournal) og gjennomgås av lege ved første besøk. Videre skal alle medikamenter ved sykehjemmet forordnes av lege. Sykehjemslegen utarbeider også liste over medikamenter sykepleierne kan gi som eventuell medikasjon uten nærmere kontakt med lege. Begrunnelser for endring i medikamentforordningene føres umiddelbart inn i pasientjournalen. Legen dokumenterer også alle forordninger (styrke, mengde, administrasjonsform og klokkeslett for det enkelte medikament) i pasientens journal. Medikamentarket skrives ut og signeres av lege. Ved endring i medikasjon, skrives nytt medikamentark ut, forrige ark makuleres og

gjeldende medikamentark kontrolleres og signeres av lege så snart som mulig. Likeledes skal alle medikamenter som seponeres¹⁵ være vurdert og bestemt av lege.

I intervju framgikk det at bestillingslisten må underskrives av lege for å godkjenne hvilke preparater avdelingslederne har myndighet til å bestille. Det ble også fortalt at sykepleiere kan føre forordninger i pasientjournalssystemet. Forordningen signeres deretter av lege ved førstkommande visitt. En stikkprøve av et legemiddelkort for en vilkårlig, anonym bruker, demonstrerte at denne rutinen opprettholdes.

9.3.2 Oppbevaring medisiner

I IKKS-systemet har alle sykehjems ansatte tilgang på skriftlige rutiner. Dokumentene er lett tilgjengelige gjennom datamaskiner på sykehjemmet. I disse rutinene framgår det at legemiddelhåndtering defineres som enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt. I disse rutinene finner vi også ansvarsfordelingen ved medikamenthåndtering.

Sykehjemslegen har ansvaret som medisinsk faglig rådgiver. Legen gir råd og veiledning om retningslinjene. Virksomhetsleder er administrativt og faglig ansvarlig for legemiddelhåndteringen. Denne godkjenner retningslinjene, og godkjenner personell til legemiddelhåndtering. Avdelingssykepleierne i sin tur har ansvar for at retningslinjene følges opp i den daglige driften ved sykehjemmet og at disse er kjent for medarbeiderne, samt at opplæringen følges opp. Autorisert helsepersonell har individuelt ansvar for å gjøre seg kjent med retningslinjene.

Hva angår skriftlige rutiner angående sikring av ansattes kompetanse heter det at det forutsettes at autoriserte sykepleiere eller vernepleiere har grunnkompetanse i legemiddelhåndtering gjennom sin utdanning. Nyansatte får teoretisk og praktisk opplæring i sykehjemmets retningslinjer for legemiddelhåndtering av godkjent sykepleier eller avdelingssykepleier. Ved gjennomførelse skal den som gir opplæringen skriftlig melding til virksomhetsleder om at opplæringen er gjennomført.

Autoriserte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagsarbeideres kompetanse på utdeling av ferdig istandgjorte legemidler sikres også ved et rutinedokument. Ansatte må passere flere kriterier for godkjenning, disse er oppgitt i rutinedokumentet og er som følger:

- Minimum 6 måneders praksis ved Åsnes sykehjem etter autorisasjon, gjelder nyutdannede
- Praktisk opplæring av godkjent sykepleier (bl.a.): identifisering av pasient, dokumentere at medikamentet er gitt.
- Evt. internkurs i legemiddelhåndtering med bestått prøve og kursbevis.

¹⁵ Seponere: Avslutte, holde opp med (en behandling).

Videre gir virksomhetsleder godkjenning når avdelingssykepleier har gitt skriftlig tilbakemelding om at de ansatte har nok realkompetanse til å bli godkjent. Rutinedokumentet spesifiserer hva slags prosedyrer denne godkjenningen omfatter og ikke omfatter. Dette kurset gir blant annet ikke fullmakt til å utskrive medikamenter fra medisinnrom. Godkjent personell har heller ikke myndighet til og videre-delegere oppgaver til ikke godkjent personell. Rutinedokumentet berører også studenters myndighet, denne er noe mer innskrenket, og er i mange tilfeller avhengige av at en praksisveileder er til stede.

En ajourført liste over godkjent personell er tilgjengelig i IKKS, så de ansatte lett kan holde oversikt over hvem som har autorisasjon. Det holdes en liste over helsefagsarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som også inneholder en oversikt over sykepleierstudenter, samt hvilket årskull de tilhører. Godkjente sykepleiere og vernepleiere holdes i en liste for seg.

I IKKS-systemet finnes et skjema for intern og ekstern kontroll av medikamenter, hvor kontroll av A og B preparater, kontroll av akuttbrett, samt temperatur i medisinsk kjøleskap formaliseres. Kommunens skriftlige prosedyrer fastsetter at det føres et skjema for hvert medikament, og disse oppbevares i en egen perm. Ved mottak av A-preparater skal anskaffelsene kontrolleres og føres inn i skjemaet av to personer, minimum 1 sykepleier. Pasientens private A og B preparater føres inn i narkotikaregnskapet. Restmengden i regnskapet skal kontrolleres ukentlig ved rekvirering av legemidler fra apotek. Kontroll utføres i tillegg ved årsskifte. Preparater i den låste medisintrallen føres også inn i egen perm på avdelingen når de hentes og gis til pasientene. Avdelingssykepleier utfører ukentlig kontroll av avdelingens lager. Avvik meldes umiddelbart når uregelmessigheter oppdages.

Under intervju med avdelingslederne ble vi informert om hvordan disse prosedyrene virker i praksis. Holdbarhet mm. kontrolleres av nattevakten hver andre måned, og det signeres for kontroll på en egen liste. Medikamentet skrives opp i en kladdebok for bestilling når holdbarhetsdato nærmer seg. Internkontrollprosedyrene omfatter også temperaturkontroll i det medisinske kjøleskapet. Temperaturen avleses hver natt til mandag av nattevakten som fyller ut og signerer et eget skjema for dette. Ved avvik som er over +/- 3 grader meldes dette til virksomhetsleder, eller vaktmester så snart som mulig. Alternativ oppbevaring av medikamentene kan gjøres i kjøleskap på laboratoriet i avdeling 2. Ekstern kontroll kan gjennomføres når risikoanalyser viser behov for ekstern kontroll. Denne hentes da utenfor sykehjemmet, for eksempel fra apotek, sykehusapotek, legetjeneste eller liknende.

Under omvisning på sykehjemmet ble vi vist at A og B preparater oppbevares på et låst medisinnrom. Dette rommet er det kun sykepleiere som har tilgang til. Det foreligger to nøkler til dette rommet. Den ene sirkulerer blant sykepleierne, den andre oppbevares i en låst safe. Det er kun sykepleierne som kan koden til safen. På medisinnrommet står A preparater inne i et låst skap.

Internkontrolldokumentene dekker de nevnte prosedyrene, og formaliserer videre at alle godkjente sykepleiere/vernepleiere har ansvar for å holde orden på medisinerrommet.

Når legemidlene transporteres ut av medisinerrommet skal medisinene være innelåst i medisintralle. Disse trallene kan åpnes av ansatte som er autorisert til å være «nøkkelbærere». Virksomhetsleder godkjenner «nøkkelbærere» etter interne prosedyrer og dokumentasjon fra utdanningsinstitusjon om at eksamen i medikamenthåndtering er utført. Sykepleiere blir automatisk nøkkelbærere, men ansatte som ikke har godkjent autorisasjon i henhold til helsepersonell loven kan få dispensasjon fra loven til å være nøkkelbærere. Dette er sykepleierstudenter som leverer bekreftelse på bestått medikament opplæring og elever som har bestått helsefagteorien og leverer bekreftelse på det. Disse får da ekstra opplæring og oppfølging.

Sykehjemmets krav til nyansatte er at de har helsefaglig utdanning, og de nevnte kravene for nøkkelbærere. Det er imidlertid kommet en ny forskrift hvor det tillates at kompetansen vurderes av virksomhetsleder basert på skjønn, og de formelle kompetansekravene lempes på. Sykehjemmet har likevel valgt å beholde den gamle rutinen.

9.3.3 System for håndtering av legemidler i reseptgruppe A og B

De formaliserte rutinene beskriver at medisinerrommet skal holdes låst også når medisinsk personell arbeider der, og medikamentene skal oppbevares som anført på pakningene. På medisinerrommet står det en PC med tilgang til elektroniske pasientjournaler hvor personalet får tilgang til informasjon vedrørende medisinerbehovet. Ukesdosetter tilberedes direkte fra medikamentark, eller elektronisk pasientjournal i Profil, som er sykehjemmets medisinnettverkssystem. Når det skal ilegges dosetter er det to personer som gjør dette, hvorav minst en er sykepleier. Det signeres for at dosett er lagt og kontrollert.

Sykepleiere, som regel avdelingssykepleiere, fører regnskap for A og B preparater. Når det tas imot A og B preparater er det to ansatte som signerer, for å godkjenne at korrekt mengde er mottatt. Alle bestillingslistene lagres og tilbakemelding på innlevering lagres i permer på medisinerrom.

Preparatene på medisinerrommet er sortert etter felleskatalogen, og varer som var gått ut på dato, evt. var overflødige pga. endrede behov legges i en blå kasse for retur av legemidler til apoteket. Registrering og regnskap på A og B preparater føres i separate permer. Legemidler som trenger nedkjøling står i et kjøleskap på medisinerrommet.

Det er faste rutiner på rydding av medisinerrom, lager og kjøleskap skal rengjøres minimum 2 ganger per år. A- og B-preparater som ikke er i bruk blir telt/kontrollert månedlig. Da sammenliknes regnskapet med beholdningen, og varer som ikke er brukt, eller har gått ut på dato, sendes tilbake til apoteket i

egne lukkede kasser. Avdelingslederne bytter på dette ansvaret annenhver uke. Medisinene er i jevnlig bruk, og underlegges hyppig kontroll. Under intervju meldte sykehjemmets ledelse at det var flere år siden sykehjemmet har opplevd svinn fra medisinrommet. Revisor har fått omvisning ved sykehjemmet i forbindelse med oppbevaring av medisiner.

9.3.4 Bruk (uttak) av legemidler

Når det kommer til legemiddelbruk føres det en ukes oversikt over medisiner, og det er denne som brukes som grunnlag for å bestille legemidler. Medisinbehovet til pasientene føres opp i en kladdebok, og sykepleierne gir beskjed til lege.

Ved innskrivelse av ny pasient går ansvarlig sykepleier gjennom dokumentasjon fra sykehus, fastlege eller hjemmetjeneste, eller andre for å få oversikt over ordinerte medikamenter. Medikamentene gjennomgår med sykehjemslege ved første besøk.

Revisjonen gjennomførte en stikkprøve på dokumentene for kontroll av legemiddelbruk. Åsnes kommunes sykehjem benytter skjema for narkotikakontroll. Dette skjemaet skal gi sykehjemmet oversikt over beholdningen av type A preparater, klassifisert som narkotika. Beholdning etter uttak kontrolleres og signeres av to ansatte med attestasjonsmyndighet. Ved stikkprøve av sykehjemmets skjema for narkotikakontroll fant revisjonen at dette dokumentet var tilstrekkelig ajourholdt og attestert.

En ukes-liste på medisiner ajourholdes, dette er tidkrevende, og hele medisinlisten gjennomgås hvert kvartal. Dette fører til at man bestiller det som trengs. Dette er en rutine som sykehjemmet har pålagt seg selv, og disse skal revurderes siden dette arbeidet ikke gjøres så ofte som det trengs. De nyansatte får opplæring i disse rutinene, og får sertifisert gjennomført opplæring av virksomhetsleder med underskrift. Ved utdeling av multidoser leveres medisinen i 1 rull per pasient. På pakningsvedlegget på rullen med doseringer står det beskrevet klokkeslettene som pasienten skal ha utdelt medisiner.

Revisjonen gjennomførte en stikkprøve av skjema som skal sikre at riktige medisiner ble gitt til pasientene. Ved kontroll av legemiddelkort så revisjonen at medisiner som skulle gis med dosett ble ført opp i en egen kategori med oversikt over når medisinene skulle gis. Fast medisin utenom multidose, samt medisin som skal gis ved behov, havner i en annen kategori. Hvert legemiddelkort signeres av ordinerende lege. Medikamenter som gis utenom legemiddelkortet skal signeres for av utdelende sykepleier. Stikkprøve viste at disse signeringslistene var ajourholdte.

Ved hjemmebaserte tjenester, henter man også ut medisiner fra sykehjemmets medisinrom. Rutinene for utdeling av medisiner ved hjemmetjenesten er formalisert i et rutinedokument som sier at hjemmetjenesten skal følge de samme rutinene ved medisinbehandling som ved sykehjemmet.

Medisinene skal forordnes av lege i Visma Profil. Ukesdosetter legges fra legemiddelliste i dette programmet, og settes av 2 personer der minst en er sykepleier/vernepleier. Multidoser klargjøres ved at en legemiddelliste sendes til apoteket, med signatur fra lege. Multidoser oppbevares på medisinrom inntil den hentes av bruker selv eller leveres til brukers hjem. Ansatte må ha fått godkjenning av virksomhetsleder for å dele ut medisiner. Rutinene beskriver at dette gjelder for alle medisiner, multidoser, ukesdosetter, A-, B preparater og behovsmedisiner.

Ved intervju med avdelingsleder for hjemmetjenesten ble vi informert om at disse får medisiner levert hver 14 dag, og kjører disse medisinene ut til brukerne. Teamsykepleiere melder inn problemstillinger, og de ansatte i har møte med fastlegen hver måned. Hjemmetjenesten bruker også en elektronisk meldingsutveksling med et legekantor i Åsnes, og avdelingsleder mener dette har ført til en enklere kommunikasjon med lege, om hjemmetjenesten trenger råd, har de et direktenummer til lege.

Helsefagarbeidere har delegert myndighet til medisinhandling. Disse får et 12 timers kurs i bunn. Dette kurset består av en teoribolk, og en del praktisk opplæring med innleide kursholdere. Kurs gis av kommunen eller apoteket, og nå er i økende grad e-opplæring et alternativ som tilbys som oppfølging. I tillegg får hjemmetjenesten råd og besøk fra apoteket i forbindelse med ernæring for pasientene. Det gis også spesielle kurs i dette.

8.4 Revisors vurdering: Etablerte rutiner og internkontroll ved sykehjemmet

For etablerte rutiner og internkontroll ved sykehjemmet dreier første revisjonskriterier seg om hvorvidt enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for medisinhandling. For de sykehjems ansatte gjennomføres internkontrollarbeidet gjennom intranettløsningen IKKS. Avviksmeldinger og oppfølging på disse gjøres elektronisk, og sikrer forskriftsmessig drift.

Sykehjemmet har nedsatt et kvalitetsutvalg, som er ansvarlig for å revidere og evaluere skriftlige rutiner. Sykehjemmet har også implementert et årshjul, for jevnlig revisjon og rutinisering av internkontrollarbeidet. Dette arbeidet begrenser seg likevel kun til sykehjemmets personell. HMS arbeidet har sin arena i arbeidsmiljøutvalget, og i lederforum skal ideelt sett arbeidet med intern kontroll kommuniseres til rådmannen. Til tross for at sistnevnte forum har internkontroll som punkt i sine møteplaner, diskuteres dette emnet lite. Det er revisors vurdering at internkontrollarbeidet, med tanke på risikovurderinger, regeletterlevelse og arbeid med rutiner i større grad bør kommuniseres opp mot rådmann for å sikre oversikt over tilstanden i kommunen. Denne oversikten vil videre være

viktig for å rapportere internkontrollarbeidet i årsberetningen. Det er revisors vurdering at dette kriteriet bare delvis er oppfylt.

I neste kriterie spør vi om kommunen har en klar rolle-, og ansvarsfordeling i forhold til rekvirering av legemidler. Analyse av prosedyredokumenter i IKKS systemet viser at kommunen oppfyller dette kravet. Kommunikasjon mellom sykehjem og apotek kvalitetssikres ved at rekvireringsmyndighet er delegert fra lege. Det registreres imidlertid et avvik ved at listen over ansattes utdanningsbakgrunn var utdatert ved revisjonens kontroll. Dette kan henge sammen med kommunens arbeid for å få internkontrollsystemet over i Compilos kvalitetssystem. Når sykehjemmet har implementert dette tilstrekkelig, må det sørges for at denne listen oppdateres, slik at alle involverte enkelt kan få oversikt over sykehjemmets kompetanse.

Videre har vi samlet inn data for å se om kommunen tilfredsstiller kompetansekravet i forhold til å kunne ordinere legemidler gjennom virksomhetens egne prosedyrer. Kommunens prosedyrer pålegger sykehjemmet at legen skal ordinere legemidler. Det finnes prosedyrebeskrivelser også for endring i doseringer, og legen skal forordne også dette. Under intervjuer kom det også fram at dette var prosedyre, og ved stikkprøve av legemiddelkort så revisjonen at dette var underskrevet av lege. Det er revisors vurdering at dette revisjonskriteriet oppfylles.

I tillegg har revisjonen utledet et kriterie for å undersøke om at kommunen har skriftlige rutiner for å sikre ansatte sin kompetanse i forhold til legemiddelhåndtering, og sørger for at helsepersonell som håndterer legemidler til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse. Revisor har gjennomgått rutinene i kommunen, og finner at sykehjemmet har gode rutiner for å sikre sin kompetanse. Det er revisors vurdering at dette revisjonskriteriet oppfylles.

Kommunen skal også ha ajourholdte skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering som blant annet omfatter prosedyre for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Ved gjennomgang av dokumentene i sykehjemmets IKKS system fant revisor at kommunens rutinebeskrivelser på dette punktet er tilfredsstillende. Avdelingslederne forklarte revisjonen utførlig hvordan risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering fungerte i praksis, og hvordan rutinene ble fulgt i praksis. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Ved omvisning ble revisjonen vist at dette kriteriet oppfylles. Preparater oppbevares i et eget rom, og ved transport derfra oppbevares disse også i en låst tralle. Sykehjemmet har prosedyrer for å sikre at kun ansatte med riktig kompetanse har tilgang til dette rommet. Det er revisors vurdering at dette revisjonskriteriet er oppfylt.

Neste revisjonskriterie dreier seg om å kontrollere at kommunen har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppen A og B. Ved omvisning på sykehjemmet observerte revisjonen at A og B preparater ble håndtert forskriftsmessig på eget rom, med låst skap for A preparater. Mottak av preparater ble anvist og attestert av kvalifisert personell, bestillingslistene ble lagret, og overflødige varer returnert i egen kasse. Det ble ført eget regnskap for preparater. Narkotikakontroll ble gjennomført med tilfredsstillende grundighet. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Lagerbeholdningen av narkotiske stoffer skal holdes så lavt som mulig, og en har til enhver tid kontroll med lager og lagerbevegelser på et slikt detaljnivå at kravene i forskrift og kravene til rapportering overholdes. Som demonstrert i forrige kriterie, fører sykehjemmet grundig kontroll over narkotiske stoffer (A-preparater), revisjonen ble vist disse rutinene i praksis, og dokumentasjonsarbeidet med lagerkontroll. Det gjennomføres i tillegg månedlig kontroll, hvor A og B preparater som ikke er i bruk kontrolleres, og regnskap sammenliknes med beholdningen. Varer som ikke er brukt, eller har gått ut på dato, sendes da tilbake til apoteket i de nevnte lukkede kassene. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Kommunen har rutiner for å kvalitetssikre informasjon om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse, utskrivning og overføring internt i virksomheten. Pasientlistene ved ankomst må godkjennes av lege for forordning av medisiner. Denne informasjonen ligger på pasientenes oppføring i Visma Omsorg Profil, og følger pasientene. Ved endringer kontrolleres dette av lege. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

På spørsmålet om kommunen har rutiner som sikrer at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte, har vi i datamaterialet nevnt legens rutiner ved endrede forhold i medisinbruken. Lege må godkjenne disse med underskrift. I tillegg gjør multidoser dette arbeidet enklere. Videre revideres ukelisten over medisiner jevnlig, og hele medisinlisten hvert kvartal. Stikkprøver viste at signeringslistene var ajourholdte. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Siste revisjonskriterie for dette delkapittelet spør om kommunen har rutiner og lokaler som sikrer at legemidler tilberedes på forsvarlig måte. I de foregående revisjonskriteriene har vi drøftet dette spørsmålet i detalj, revisjonen finner ingen avvik i Åsnes kommunes medisin håndtering, og rutinene og lokalene sørger for forsvarlig tilberedning av medisiner. Man har tilstrekkelig med plass, og de er mulig å være uforstyrret når man fordeler og fyller i dosettene. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

8.5 Innsamlet data: Sykehjem – kjøkkendrift

Revisjonen gjennomførte intervju med kjøkkensjef ved Åsnes sykehjem. Her ble vi informert om at avvik registreres på intranettløsningen Risk Manager. Kjøkkenansatte har tilgang på rutinebeskrivelser og skjema for opprettholdelse av internkontrollprosedyrer i kommunens IKKS-system. I dette systemet ligger også prosedyrer for avviksrapportering. Disse inkluderer temperaturkontroll på kjøleskap, og oppvarming av mat. Det skal også føres stikkprøvekontroller for å undersøke at temperaturkontrollene opprettholdes. Avvikene meldes virksomhetsleder. Kjøkkensjef meldte at ved registrering av avvik har denne ansvaret for å lukke disse, eller avgjøre om avviket skal sendes videre. Man har på overordnet nivå diskutert implementeringen av HACCP rutineene, og mange av elementene som angår risikoforhold, fanges opp her.

Hva angår renhold av kjøkkenet, så er de ukentlige renholdsrutinene står beskrevet i IKKS-systemet. Kvitteringsliste for ukentlig renhold skal holdes a jour av postkjøkkenansvarlig. I en meny ved siden av rutinebeskrivelsene er aktuelle lovhjemler oppført, prosedyrene kan med det spores til sine begrunnelser i lover og forskrifter. Av kjøkkensjef fikk vi også utdelt en plansje over aktuelle lover og forskrifter som gjelder for Åsnes sykehjems kjøkken.

Rutinebeskrivelsene, samt prosedyrer for avviksrapportering finnes i IKKS-systemet. Avviksrapporteringen foregår imidlertid på Risk Manager, som er en intranettbasert avviksmodul. Dette foregår på to ulike deler av intranettet. Kjøkkensjef informerte oss om at dette etter hvert vil samles inn under Compilos kvalitetssystem, som i kommunen for øvrig.

9.3.5 Innkjøp

Kjøkkenet bruker 6 ukers menyer hvor maten blir tilpasset etter årstidene. Dette gjør det mulig å forutse og planlegge de økonomiske forholdene hva angår kostnader. Øvrige menytilpasninger dreier seg om hvorvidt maten skal moses, om det skal inneholde Gluten, Laktose mv. Vi ble gjort oppmerksomme på at kjøkkenet også tok høyde for eventuelle endringer i framtiden, da det vil kunne komme beboere som tilhører andre religioner, med andre krav vedrørende tilberedning av mat.

Rammeavtaleleverandøren ASKO har utarbeidet en programvare som bistår i mengdeberegning av mat og hvor mye matvarer enheten trenger. Kommunen benytter denne i sine bestillingsrutiner. Næringsinnholdet i maten vil også stå oppført i denne programvaren. Asko i Brumunddal leverer for Bama. Kjøkkensjefen mente at Bama på Hamar ga gode priser og god service. Åsnes kommune valgte å gå ut av rammeavtalen de hadde med Knutstad og Holen gjennom RIIG. I denne avtalen var det mye sprik, prisene var ustabile, ofte dyrere enn rammeavtalegrunnlaget, og leveringene ustabile. Flere kommuner i Glåmdalen har valgt å avslutte avtalen de har med Knutstad og Holen. Kommunen har

rammeavtale med Tine, Ringnes, eller brusformidlingen og Gilde Nortura. Kjelstad på Toten leverer brød daglig. Kjøkkenet har egen avtale med Baltebøl, som leverer poteter, disse er lokale og gir kjøkkenet til konkurransedyktige markedspriser. Revisjonen har også gjennomført stikkprøver på et utvalg innkjøp fra et utvalg leverandører, og finner at disse er mottatt og attestert av kjøkkensjef.

9.3.6 Oppbevaring

Ved besøk på sykehjemmets kjøkken ble revisjonen vist rundt på kjøkkenet. Først i tørrvarelageret nede i kjelleren. Varene sto adskilt etter typer, og fulgte en rulleringsordning hvor de nyeste varene sto bakerst, og de eldre varene sto fremst for rask utskiftning og rullering. Kjølerommet ble organisert på samme måte, etter først inn først ut-prinsippet. Melkeprodukter ble plassert på egen tralle slik at de eldste varene blir brukt først. Renholdsrutinene blir dokumentert med kvitteringslistene for gjennomført renhold. Disse henger i synlige i plastmapper på kjøkkenet. Renholdet underlegges et internt kontrollsystem ved at de har kontrollark på at renhold gjennomføres. Det samme gjelder for temperaturmålinger, at temperaturen holdes stabil. Det er utarbeidet en 12 ukers renholdsplan, her rengjøres 1 vegg hver uke. Slik får kjøkkenet gjennomført «rundvasken» på løpende basis ved å dele den inn i mindre biter. Slik unngår også kjøkkenet å måtte flytte på alt utstyret under en stor rengjøring. Ved kontroll i 2015 meldte Mattilsynet ingen avvik. Mattilsynet ble også positivt overrasket over nyvinningen med inndeling av veggene i 12 soner.

Vi ble fortalt at det har vært mye fokus på svinn, og med tiden har dette fokuset ført til reduksjon i mengden kastet mat. Vi ble fortalt at kjøkkenet legger matavfallet i en dunk, og før var denne full av mat, men nå har de ikke mer enn 3-5 porsjoner daglig i overskudd. Forbruket er relativt lett å beregne siden brukerne er en forutsigbar gruppe hva matkonsum angår. Kantinen kan også selge overskuddsmat, noe som ytterligere muliggjør reduksjon av svinn. Ansatte har også muligheten for kjøp av en såkalt «snoklekopp», hvor de kan kjøpe en liten del av middagen for 20 kr.

I IKKS-systemet ligger kommunens kontrollskjema for varemottak. Her står rammeavtaleleverandørene i en kolonne, med leveringsdager, og muligheter for merknader i kjøle- og fryserutiner, samt mangler. Kjøkkensjef signerer ved mottatte varer i dette skjemaet. I varemottakets rutinebeskrivelser står det beskrevet en sjekkliste med krav som må oppfylles for at rutinene skal oppfylle næringsmiddelforskriftens § 4 for internkontroll. I mottaksprosedyren beskrives det at stikkprøver bør tas 2 ganger pr måned i sommerhalvåret (1.mai til 31.august), ellers 1 gang i måneden.

Bestilling gjøres av kjøkkensjef med en applikasjon fra ASKO, og en strekkodeleser. Dette gjør det enklere å bestille varer. Lite variasjon i etterspørselen etter mat gjør det enklere å bestemme hvor mye mat som skal bestilles. Under intervjuet sa også kjøkkensjef at arbeidet med å redusere svinn hadde

ført til en drastisk nedgang av mat som måtte kastes. I kjøkkensjefens fravær skal kokk med lederansvar ta seg av dennes oppgaver.

Mattilsynets veiledning for internkontroll og HACCP, beskrevet i publikasjonen «rutiner for trygg mat» setter bransjestandard for risikovurderinger og internkontroll. Med grunnlag i internkontrollforskriften, næringsmiddelhygieneforskriften og matloven, fastsetter dette dokumentet at internkontrollsystemet må omfatte en samling rutiner for at regelverket skal etterleves og maten skal være trygg. HACCP metoden er et kartleggingssystem for faremomenter rundt tilberedning av mat. Sykehjemmets kjøkken har kartlagt faremomentene og listet dem opp i en HACCP plan med prosessstrinn som korresponderer med trinnene i flytskjemaet. Totalt 22 faremomenter ble listet opp i forbindelse med produksjon av mat. Disse risikomomentene kan føre til at maten ikke opprettholder hygieneforskriften, og kan inntreffe ved de forskjellige stadiene i matproduksjonen. Den HACCP-baserte internkontrollen ble underlagt revisjon av Mattilsynet 26.05.2015. Mattilsynets rapport ble framlagt til Hedmark Revisjon 15.1.2016. Rapporten konkluderer med at internkontrollsystemet er godt implementert i driften, og at det ikke var definert noen kritiske styringspunkter. Mattilsynet avdekket ikke forhold som førte til varsel om vedtak.

Kontrollrutinene for oppbevaring av mat og renhold av kjøkkenet finnes i IKKS-systemet. Rutinene for storkjøkkenet følger en liste over kritiske styringspunkter, med totalt 21 punkter for å drifte kjøkkenet ihht. Hygieneforskrifter. De kritiske punktene omfatter temperaturkontroller på matens oppbevaringslokaler og rengjøring av lokalene hvor tilberedning forekommer. Listen over kritiske styringspunkter inkluderer også avviksbehandling med korrigerende tiltak, internrevisjon, samt ytterligere punkter som dreier seg om kontroll av næringsinnhold og kvalitet av maten og sporbarhet av bedrevet mat.

Kvitteringslisten for kjøkkenets kjølerom inngår i kommunens internkontrollsystem, her skal alle fryse og kjøleområder temperatur kontrolleres hver 3 måned. Dette er også beskrevet i et eget prosedyredokument som kan lastes ned fra internkontrollsystemet. Temperaturkontroll skjer hver dag klokken 07.00. Ved avvik varsles vaktmester og dette meldes i avviksskjema. Varmholding og utkjøring av mat har også egen prosedyrebeskrivelse, for å sikre at maten serveres i hht. Næringsmiddelhygieneforskriftene. Dette dokumentet kommer med en link til skjema for temperaturkontroll. Kokk med lederansvar er ansvarlig for å kontrollere at temperatur ved utkjøring og temperatur ved siste servering ikke avviker fra hygieneforskriftene¹⁶. Internkontrollsystemet har også

¹⁶ Link til lovhome, næringsmiddelforskriften §13, særskilte bestemmelser om varmebehandling og varmholding, finnes i menyen ved siden av dokumentet. «Næringsmidler som omsettes varme, skal gis en varmebehandling som er tilstrekkelig for å hindre mikrobiell vekst, og deretter holdes ved 60 °C eller høyere.

prosedyrer som omfatter hygiene, personlig og på kjøkkenet. Storkjøkkenets renholds prosedyrer kommer både som rutinebeskrivelse med avviksskjema, og som tabell, med en oppstilling av ansvarsfelter samt oppføring av renholds frekvens i egne kolonner.

Kommunen har en egen IKKS-mappe for internkontroll av postkjøkken, eller avdelingskjøkken som det også kalles. Som på hoved kjøkkenet er kvalitetsmålet å unngå oppvekst og spredning av bakterier. Prosedyreoversikten beskriver vaskerutinene, og det linkes til eget dokument for prosedyrer utarbeidet for kontroll av temperatur og renhold av kjøleskapene. Temperaturkontrollen fungerer som i storkjøkkenet, og avvik meldes i avvikssystemet. Det tas ukentlig og kvartalsvis temperaturkontroll, og avviksskjema leveres avdelingsleder. Ved avvik på den kvartals vise temperaturkontrollen skal kopi av avviksskjema også leveres virksomhetsleder. Renholdsarbeidet skal demonstreres utført ved signering. Det ligger ved signeringslister for ukentlig renhold og en annen for månedlig renhold.

I kjøkkensjefens fravær skal kokk med lederansvar ta seg av dennes oppgaver. Stillingsbeskrivelsen for kokker med/ uten fagbrev fastslår at disse er kjøkkensjefens nærmeste underordnede. I tillegg til kravet om å følge relevante forskrifter formaliserer også stillingsbeskrivelsen at kokkene skal anvende sine diettiske kunnskaper slik at diettene blir velsmakende og fullverdig sammensatt, samt sørge for et variert kosthold innenfor de gitte økonomiske rammene. Videre skal kokkene ha en funksjon som veileder for lærlinger, elever og medarbeidere.

Kommunen har prosedyredokumenter som fastsetter rutiner vedrørende matservering i avdelingene. Dette er prosedyrer som skal sikre renslighet i håndtering av matvarer – før, under og etter måltider. Postkjøkkenansvarlig skal gjennomføre oppgaver som sikrer renslig mattilberedning, at brukerne får det nødvendige til å innta måltidet, riktig rotasjon av ferskvarer, kontrollere datomerking, renhold og bestilling. Sjekklisten signeres og lagres i ett år etter bruk. Det finnes egen rutinebeskrivelse for oppvask av servise for å formalisere renhold av kjøkkenutstyr.

9.3.7 Bruk/betaling

Revisjonen ble presentert med en oversikt over prisfastsetting. Denne gir en oversikt over hvordan prisen for servering av middag til eldre og uføre skal fastsettes. Prisoversikten fastslår priser for middag med dessert til hjemmeboende, og middag med dessert kjøpt i kantine/ institusjon på hverdager og søndager. Vi ser at prisen for de hjemmeboende blir belastet med 5 kroner ekstra for transportkostnadene. I tillegg angir oversikten den faste kostnaden for helpensjon per måned. Prisendringen fra år til år er knyttet til Statistisk Sentralbyrås konsumprisindeks, som er 2,5 % p.a.

Med sikte på levering til sluttforbruker kan temperaturen ved transport og servering være lavere enn 60 °C, dersom dette ikke innebærer noen helserisiko.»

Oversikten over prisutviklingen slik den framgikk av de tilsendte dokumentene så slik ut:

BETALING FOR SERVERING AV MIDDAG				
Prisen for servering av middag til eldre og uføre fastsettes slik	2016	2015		
Middag med dessert til hjemmeboende	76,00	74,00	2,50 %	76,00
Middag med dessert kjøpt i kantine/institusjon – hverdag	71,00	69,00	2,50 %	71,00
Middag med dessert kjøpt i kantine/institusjon – søndag	75,00	73,00	2,50 %	75,00
Fast kost helpensjon	3610,00	3520	2,50 %	3610,00

Prisene slik de nå settes bygger på en kost mal som ble beregnet i 2010. Her ble de totale kostnadene knyttet til matproduksjonen av middager og frokost og aftens delt på antallet serverte middager og aftensmåltider. Disse prisene ble videre multiplisert med antallet serverte middager og aftensmåltider ved Åsnes sykehjem. Den samme kalkylen ble gjennomført for Sønsterud bofellesskap, Flisa bo omsorgsbolig, og matombringelsen. Leveranser til matombringelsen er imidlertid avsluttet i den nåværende ordningen, men sykehjemmet leverer per 2016 fortsatt mat til Sønsterud og Flisa bo.

8.6 Revisors vurdering, etablerte rutiner og internkontroll ved kjøkkenet

Det første revisjonskriteriet for denne delen av forvaltningsrevisjonen går ut på å kontrollere om enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for kjøkkendriften. Kjøkkenets implementering av HACCP-rutiner dekker kartlegging av risikoforhold på en god måte. Avvik som likevel merkes, meldes inn i Risk Manager, rutiner, og skjema for opprettholdelse finnes i kommunens IKKS system. Denne todelingen av internkontrollsystemet framstår som fragmentert, men ved implementering av Compilos kvalitetssystem vil dette nok strømlinjeformes. Det virker også her som at dette arbeidet i overveiende grad involverer sykehjemmets ledelse, og at kommunikasjonen med rådmann kunne bedres på dette feltet. En potensiell kanal for dette er lederforumet, dersom internkontroll i større grad hadde blitt prioritert der. Det er revisors vurdering at dette kriteriet bare delvis oppfylles, da kommunikasjon oppover i organisasjonen kan bedres. Vi bemerker også at arbeidet med Compilos kvalitetssystem må ta med alle elementer fra den nåværende fungerende internkontrollen ved kjøkkenet, samtidig som at kommunen nyter godt av forbedringene kvalitetssystemet vil gi.

Neste revisjonskriterie dreier seg om hvorvidt Kommunen har rutiner for menyplanlegging, bestilling, varemottak og oppbevaring som sikrer best mulig utnytting av matvarene og at man unngår svinn. Kjøkkenet planlegger menyen etter årstidene, og med lite variasjoner er det lett å forutse behovet. Revisjonen bemerker at kjøkkenet valgte å avslutte rammeavtalen de hadde med Knutstad og Holen grunnet utilstrekkelig levering. Både priser og leveringsfrekvens varierte for mye til at kjøkkenet kunne regne med stabil levering.

Kjøkkenet gjør en god jobb med å sørge for at vareflyten gjennom lagerlokalene rulleres. Dette gir lite svinn, og kjøkkensjef har også sett en merkbar endring i kastet mat. Det gjennomføres, som tidligere bemerket, godt renhold, noe mattilsynet også har bemerket. Når det kommer til varemottak har kommunen også rutiner på dette. Ved stikkprøver finner revisjonen at kjøkkensjef øver tilstrekkelig kontroll med varemottaket.

Videre skal kommunen ha interne kontrollrutiner og gjennomfører risikovurderinger i henhold til bransjestandard. Revisjonen har på overordnet plan kommentert kjøkkenets HACCP rutiner, disse er også etablerte i den daglige driften av kjøkkenet da det ikke ble bemerket avvik fra mattilsynet. For opprettholdelse av disse standardene har også kjøkkenet sine rutiner i IKKS systemet, disse inkluderer også internkontroll og internrevisjon. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

I tillegg skal kommunen sørge for at det gis opplæring av alle ansatte som håndterer matvarer/mat med hensyn til å unngå svinn og å sikre at brukerne får nok, trygg og næringsrik mat. IKKS systemet har rutiner som sikrer ansvarsfordeling for å sikre at brukerne får tilstrekkelig med næringsrik mat. Revisjonen bemerker imidlertid også her at kjøkkenet må se på muligheten for å få alle sine ansatte på kurs for HACCP rutiner. Det er revisors vurdering at det er et avvik på dette feltet, men at dette ikke er alvorlig.

Hva angår prisfastsettelse, skal kommunen sørge for at det er klart hvilke prinsipper som skal ligge til grunn ved prisfastsetting når kommunen selger mat. Oversikten over prisutviklingen ved sykehjemmets kjøkken tilsa at konsumprisindeksen ble benyttet for å regulere prisene. I følge revisjonens gjennomgang av prisene slik de ble endret fra 2015 til 2016 stemte prisutviklingen på kjøkkenet overens med de fastsatte prinsippene. En gjennomgang av kommunens dokumenter for prisfastsettelse tilsier at prisen reguleres etter Statistisk Sentralbyrås konsumprisindeks. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Avslutningsvis for denne delen skal revisjonen se på om kommunen har rutiner som sikrer at prisfastsettelsen blir riktig. Denne rutinen bygger på en kostnadskalkyle fra 2010. Som nevnt i forrige kriterie regulerer kjøkkenet prisene etter konsumprisindeksen. SSBs matvareindeks avviker imidlertid fra denne, og vil kanskje føre til at prisfastsettelse utelukkende ved bruk av KPI vil tenkes å avvike fra

den riktige prisen. For denne kalkylen kan det være en ide å knytte matvarenes prisøkning opp imot matvareindeksen framfor konsumprisindeksen for å få mer riktig pris. Det er imidlertid revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles, men at det finnes et forbedrings potensiale for prissettingsrutiner.

8.7 Innsamlet data: Teknisk – innkjøp

I følge leder av teknisk avdeling er lov om offentlige anskaffelser førende for tekniske tjenesters innkjøpsrutiner. Likevel manglet avdelingen et overordnet helhetlig styringssystem, noe som vil bli innført når Compilos kvalitetssystem er implementert i kommunen. Dette er kjøpt inn på bestilling fra Rådmannen, og teknisk avdeling har samlet en prosjektgruppe for å gjennomføre dette arbeidet. Avdelingen vil gi opplæring til superbrukere for så å gi de ansatte kunnskap om systemet. Dokumentmodulen i kvalitetssystemet er viktigst, og denne innføres i løpet av 2016. Kommunen har nylig ansatt en prosjektleder som skal arbeide med implementeringen. Dette er en omfattende jobb, siden all informasjon skal inn i dette systemet: rutiner, retningslinjer samt system for internkontroll.

9.3.8 Innkjøp

Økonomireglementet er en fremstilling av kommunens retningslinjer som er sentrale for økonomistyringen i Åsnes kommune. Dokumentet beskriver plikter og rettigheter som gjelder forbruk, endringer og oppfølging av kommunens budsjett, samt klargjør det ansvar politiske fora og administrasjonen har gjennom delegasjon av myndighet. Det fastslås i økonomireglementet at rådmann er ansvarlig for å etablere tilfredsstillende rutiner, systemer og intern kontroll slik at lover, forskrifter og økonomireglement følges. Reglementet klargjør skillet mellom investeringer og vedlikehold, og viser til reglement for behandling av byggeprosjekter når det kommer til prosjekter som havner i kategorien investeringer. Videre formaliserer dokumentet rutiner som bestemmer hvilke elementer som skal innlemmes i forprosjektet for en bestilling, samt prosedyrene for politisk vedtak før igangsetting av prosjekt. Investeringsprosjekter skal følges opp, for å sørge for at byggearbeidet blir utført gjennom gjeldende regelverk og budsjetttramme, samt at budsjettregnskapet skal sørge for oversikt. Dokumentet inneholder også en punktvis liste for føring av prosjektrekskap.

Økonomireglementets bestemmelser angående innkjøp påpeker at rådmannen har ansvaret for at medarbeiderne som foretar anskaffelser gjøres kjent med og følger reglementet, og at det er rutiner i kommunen som ivaretar disse reglementene. I reglementets kapittel 6 gis en gjennomgang av rutiner for investeringsprosjekter. Fra prosjektets behovsutredning, gjennom prosjektets prosjektrinn og avslutningsvis sluttregnskapets fremleggelse. I kapittel 7 beskrives kommunens rutiner for innkjøp av

varer og tjenester. Lov om offentlig anskaffelser dedikeres plass i dette kapittelet, med gjennomgang av krav til anskaffelser innenfor de ulike kjøpstypene.

I kommunens reglement for behandling av byggeprosjekter formaliseres krav og hvilke oppgaver som inngår i driftssjefens myndighetsområde. Dette gjelder for planlegging, under oppføringsprosessen, samt oppfølging av bygget under garantitiden. Økonomireglementet i Åsnes formaliserer også denne ansvarsdelegeringen. Her blir også forprosjekteringsinnhold spesifisert i sin helhet.

I intervju med virksomhetsleder ble vi fortalt at den administrativt ansatte som er ansvarlig for drift, eiendom og veg, har kompetanse på Doffin. Ifølge virksomhetsleder skal de underansvarlige ha kompetanse på den nasjonale plattformen for anbudsannonsering, Doffin.

Virksomhetsleder påpekte også at større byggeprosjekter og rehabiliteringer følges opp med jevnlig byggemøter. Status på disse prosjektene følges også opp av en politisk byggekomite. Teknisk avdeling innkaller og administrerer disse møtene. Innkjøp som gjøres gjennom rammeavtaler følges opp via RIIG. Disse gir også råd for kommunens innkjøpsrutiner. For byggeprosjekter benytter teknisk avdeling seg i all hovedsak av norsk standard for kontrakter gjeldende byggeprosjekter. På vann og avløp benytter kommunen også delvis sine egne kontrakter.

For å se hvordan et investeringsprosjekt dokumenteres fikk revisjonen tilsendt dokumentasjon av forarbeidet, med kontrakts grunnlag, for arbeidet knyttet til utbygging av telemaster i kommunen, signert av ordfører og representanter fra Telenor. Konkurranses grunnlaget fastsatte anbudet i tråd med lov om offentlige anskaffelser. Anskaffelsesprotokollen viste at anbudet befant seg i området for konkurranseutsettelse, og anskaffelsesprotokollen ble attestert av kommunens administrasjon. Teknisk avdeling gjennomførte imidlertid ikke byggemøter for dette prosjektet. Oppfølging ble gjort via e-post og telefon.

I intervjuene fortalte virksomhetsleder at de plikter ifølge reglementet å attestere og anviser, men at det ikke er kjent dokumentasjon på beløpsgrenser for hvor mye som kan attesteres og anvises på ulike ledelsesnivåer i kommunen. Det økonomiske budsjettansvaret delegeres til nivået under virksomhetsleder. Virksomhetsleder har ikke sett noe skriv med oversikt over delegasjonsmyndighet og fullmakter på ulike prisnivåer som gjelder for bestilling av varer og tjenester. Henvendelser om vesentlige beløp på innkjøp går til virksomhetsleder for å avklares, og større innkjøp henvendes oppover til rådmannsnivå eller formannskap.

Åsnes kommunes økonomireglement kapittel 7 omhandler, som tidligere nevnt, rutiner for innkjøp. Det formaliseres innledningsvis krav til innkjøpsarbeidet, herunder sikkerhetsmessige, juridiske, etiske og økonomiske. Videre dedikeres en del av dette kapittelet til inndeling av ulike kjøpstyper med definisjon av disse: Mindre engangskjøp, med verdi mindre enn 100 000 NOK eks. mva. og

mellomstore engangskjøp, med verdi mellom 100 000 NOK eks. mva. og den nasjonale grenseverdien, store engangskjøp over nasjonal grenseverdi, regelmessige leveranser og rammeavtaler.

Under intervju tilkjennega virksomhetsleder for tekniske tjenester at kommunen har dokumenterte rutiner for innkjøp, og at teknisk avdeling følger allmenn praksis. Retningslinjene ifm. Doffin er ikke nedtegnet, men kommer i løpet av 2016.

Virksomhetsleder gjorde oss oppmerksomme på at avdelingen konkurranseutsetter anskaffelser over 100 000. Ved større prosjekter som finansieres over investeringsbudsjettet, blir valg av leverandør vedtatt av politisk byggekomite. Kommunen har som hovedregel at de innhenter pris fra to-tre leverandører.

8.7.1 Stikkprøver, innkjøp

For å kontrollere om teknisk avdeling etterlever kravene som stilles i Lov- og Forskrift om offentlige anskaffelser, har revisjonen foretatt stikkprøver av et utvalg anskaffelser kommunen har gjennomført i løpet av det siste året. Disse fem anskaffelsene er av ulik art og størrelse. I denne sammenheng ble revisjonen informert om at man ikke har skriftlige rutiner for innkjøp. Man har heller ingen formell opplæringsplan for offentlige innkjøp.

Kommunen har ingen rutiner for å avklare hvor store sprekker som kan tolereres med hensyn til pris, men regner alltid med en uforutsigbarhet på 20-25 % på anbud. Teknisk leder informerte oss imidlertid om at dette prisanslaget også kunne sprekke.

Keiserud alleen

Det første utplukket revisjonen har valgt ut er anskaffelsesprosessen rundt prosjekt 61660: Keiserud alleen. Dette var et fjernvarmeprosjekt, hvor innkjøpet ble lyst ut i anbudsrunde. Tre entreprenører ble invitert til å gi pristilbud på anskaffelsen. To av dem valgte å gi tilbud, og Sandbæk maskin vant denne anbudsrunden. Mtp. plan og budsjettgrunnlaget innebar dette en budsjettendring, og teknisk avdeling forespurte rådmann om denne kunne foreta en budsjettendring siden denne har fullmakt inntil 500 000 på innkjøp. Konkurransen ble lyst ut på e-post, og leverandørene kom deretter med sine anbud.

Ved kontroll av anbudsdokumentene, kommer det fram at Sandbæk maskin leverte det rimeligste prisanslaget, på 178 409 NOK eks. mva¹⁷. Ved gjennomføring av jobben kom det derimot fram at jobben ble noe dyrere. Oppgjørsskjema kom på 189 715,- og etterarbeidene belastet prosjektet med

¹⁷ Alle priser videre for dette delkapittelet er ekskludert mva.

ytterligere 68 385,-. Kostnaden ved prosjektet ble til slutt 79 691,- dyrere enn først antatt, altså på 258 100 NOK.

Sulzer Pumps

Revisjonens andre utplukk dreier seg om en anskaffelse fra Sulzer Pumps Wastewater NO knyttet til prosjekt 6132 Rehabilitering av pumpestasjon PA25 ved Østsiden skole. Dette prosjektet ble vurdert til å koste 95.250,- og ble ikke offentlig utlyst siden kostnadsrammen var under 100 000. Tilleggsarbeidene kom imidlertid på 24.150,- og den totale kostnaden ble med det 119 400,- og prosjektet gikk med det over terskelen for hva avdelingen vanligvis har offentlig utlysning på. Teknisk avdeling forespurte mer penger fra samlepotten, og fikk innvilget dette av rådmannen.

Elverum Sport: Bilkjøp

Tredje utplukk er en anskaffelse fra Elverum Sport AS. Her skulle teknisk avdeling anskaffe en ny røykdykkerbil, og bytte inn den gamle til en nettokostnad som i utgangspunkter skulle bli på 0, og endte opp med å koste netto kr. 5000,- etter den gamle røykdykkerbilen hadde blitt innløst i en ny anskaffelse. Verdien på den nye bilen var 409 246 NOK eks. mva. og administrasjonen i teknisk avdeling påpeker at de i henhold til sine interne rutiner skulle lagt dette ut på anbud.

Energima Elverum

Fjerde anskaffelse revisjonen gjennomgår for denne forvaltningsrevisjonen omhandler en anskaffelse av serviceoppgaver fra Energima. En garderobe ved en av kommunens ungdomsskoler var blitt angrepet av muggsopp. Grunnet tidspress ble Energima kontaktet, siden kommunen hadde en serviceavtale med disse. Det ble ikke innhentet flere tilbud. Rengjøring og maling av garderobene ble gjennomført av denne leverandøren. Det ble gitt et prisanslag på 96 955 NOK og administrasjonen hevder at dette ga dem grunn til å anta at anskaffelsen ville bli lavere enn 100 000 NOK. Sluttprisen ble på 112 059 NOK eks. mva., som plasserer anskaffelsen i kategorien hvor avdelingen vanligvis skal foreta en offentlig utlysning. Virksomhetsleder sier at dersom han hadde visst alle elementene på forhånd, så ville de ha konkurranseutsatt denne anskaffelsen.

Ifølge virksomhetsleder teknisk avdeling, tar kommunen vare på all dokumentasjon fra handlingsforløpet i anskaffelsesprosesser, så de kan vise til skriftlig dokumentasjon for å forklare utviklingen dersom en budsjettsprekke forekommer. «Acos Web sak» blir i dag benyttet som lagringsverktøy. Problemet med dette er imidlertid at kommunens samarbeidspartnere ikke får tilgang til dokumentene. Informasjon over utvalgte større prosjekter lagres på «Interaxo», et dokumenthotell for prosjekter. En av grunnene til at vi kjøpte dette systemet var ut fra et ønske om å dele med samarbeidspartnere. Målet er å implementere bruk av Interaxo på samtlige igangsatte prosjekter i

løpet av 2016. Leder for teknisk avdeling hevder arbeidet med å samle informasjonen vil gi kommunen bedre dokumentasjon av anskaffelsesprosesser. I reglement for behandling av byggeprosjekt formaliseres denne rutinen, og det spesifiseres at driftsenheten systematiserer erfaringsmaterialet fra byggeprosjektet for senere bruk.

Rammeavtaler som benyttes av kommunen generelt, herunder også teknisk avdeling, finnes i Acos Websak. Disse vil imidlertid etterhvert legges ut i en dokumentmodul i Compilos kvalitetssystem. Denne informasjonen må samles slik at alle kommunens ansatte får info. Virksomhetsleder påpeker at det er problematisk at ikke alle vet hvor man kan finne disse. Under intervju ble revisjonen gjort oppmerksom på at teknisk avdeling nå har rammeavtaler på vintervedlikehold av veier, men har planer om å legge ut håndverkertjenester for anbud på Doffin. Arkitekt- og gravemaskin-avtaler skal være klare i løpet av 2016.

Vi har i intervju fått opplyst at kommunen ikke alltid får kostnadsestimater som stemmer overens med prosjektenes endelige resultater. Eksempel på dette er et prosjekt hvor kommunen hadde en intensjonsavtale med Telenor, og der Telenors budsjettpriser var vel optimistiske. Teknisk avdeling konkurranseutsatte et prosjekt, for å tilby infrastruktur til den nevnte intensjonsavtalen med Telenor, til tre entreprenører. Det endelige tilbudet beløp seg under 500 000 kr., og teknisk avdeling fulgte forskrifter deretter, men resultatet kom på over 500 000. Leder for teknisk avdeling opplyste at kommunen da kan gjøre tilsvarende prosjekter annerledes med bakgrunn i lærdom fra disse prosjektene.

Byggekomiteen har regelmessige møter. Når byggeprosjekter skal konkurranseutsettes innstiller kommunen til valg av leverandør, og dette vedtas av byggekomiteen. Denne komiteen besto før valget av politikere med byggerfaring. Langmoen håper at nyvalgte komitemedlemmer også vil inneha byggerfaring.

Økonomireglementets kapittel 5 formaliserer rutinene for mottak av varer, attestasjon og anvisning. I Åsnes kommune skal det foreligge anvisning før utbetaling skjer. Dette innebærer kontroll av faktura/timeliste fra den som har anvisningsmyndighet. Den som er delegert anvisningsmyndighet skal utpeke personer som skal attestere. Rådmann delegeres anvisningsmyndighet på alle områder. Denne fullmakten kan også videre delegeres. Den som er delegert myndighet må fylle ut et skjema i fire eksemplarer og fylle ut i eksemplarer som sendes rådmannen, personalavdelingen, økonomiavdelingen og revisjonen. Anvisningsmyndigheten er først gyldig når økonomiavdelingen har mottatt skjema.

Dokumentet gir en punktvis rutine for attestering, som i korte trekk går ut på å kontrollere at bestilling, levering pris og betalingsbetingelser er i henhold til avtale. Reglementet inneholder også

rutine for anvisning. Den som anviser skal påse at disponering av budsjettmidlene er formelt, reelt og økonomisk i orden. Videre skal det kontrolleres at attestasjon er foretatt av personer som er tillagt denne oppgaven. I tillegg skal det foreligge fullstendig oversikt over hvilke kontrakter som legger bindinger på bevilgninger over budsjettet i driftsåret.

Økonomireglementet nevner oppfølging av prosjekt i byggetiden, og påpeker at det skal påses at byggearbeidet blir utført innenfor gjeldende regelverk og budsjetttramme. I tillegg skal byggregnskapet innrettes slik at man til enhver tid har full oversikt over kostnadene. Reglement for behandling av byggeprosjekt har derimot en videre gjennomgang av oppfølging av disse, med en detaljert oversikt over driftssjefens og byggekomiteens oppfølgingsansvar i byggeprosessen, herunder kontroll av entreprenørens ansvarsområder. Driftssjefen/ byggeleder skal kalle inn til regelmessige byggemøter med entreprenøren. Reglementet formaliserer også at feil og mangler som oppdages i garantitiden skal rapporteres fra brukerne av bygget til driftssjefen, og denne skal sende skriftlig avviksrapport til entreprenøren. Ved garantitidens utløp skal det avholdes befaring hvor feil og mangler noteres i en rapport. Garantien skal ikke frigis før påpekte feil og mangler er rettet.

8.7.2 E-handel

Revisjonen ble presentert med dokumentet «Innkjøpsstrategi for Regionalt Innkjøp i Glåmdal 2010-2014». Selv om dokument-tittelen bærer et noe utdatert årstall, har det ikke kommet noen oppdatert oversikt over regionale innkjøpsstrategier, og det er dette dokumentet Åsnes kommune retter seg etter også ved årsskiftet 2015-2016. I dokumentet heter det at *helhetsprinsippet* skal være styrende for arbeid med innkjøp i Glåmdals-kommunene. Det går ut på at kommunenes innkjøp skal samordnes mest mulig for å optimalisere bruken av ressursene. Anskaffelser med årlige kjøp over kr 500 000 eks. mva. pr. vareslag som er felles for flere av kommunene, foretas sentralt ved Regionalt innkjøp. Regelverkets hovedprinsipper om likebehandling, forutberegnelighet, gjennomsiktighet, etterprøvnbarhet og konkurranse skal være grunnleggende for alle anskaffelser. Ifølge innkjøpsstrategi for regionalt innkjøp i Glåmdal kan disse prinsippene enklere praktiseres ved bruk av e-handelsløsninger. Det blir også påpekt at en av fordelene med e-handel er at det blir enklere å ta vare på dokumentasjon og at e-handel er en viktig forutsetning for god internkontroll. E-innkjøp vil kunne bidra til økt lojalitet til rammeavtaler, og redusere antall feil knyttet til bestillinger.

Fra intervju med rådmannen ble vi informert om at Åsnes kommune ikke benytter E-handel. Vi ble fortalt at selv om det er blitt opprettet en E-handelsløsning i Kongsvinger, og at denne løsningen skulle tilfalle andre kommuner tilknyttet RIIG, har ikke de andre kommunene tatt det i bruk. Årsaken er at implementeringen i Kongsvinger ble kostbar. Selv om det ikke er et fullkomment e-handelssystem, så bruker kommunen netthandel for anskaffelser gjennom rammeavtalene som de benytter seg av.

8.8 Revisors vurdering: Teknisk avdeling

Første kriterie i denne delen av forvaltningsrevisjonen spør om enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivarettatt for innkjøp. Det finnes rutinedokumenter i kommunen, som fastsetter bestemmelser for innkjøp, og oppfølging av byggeprosjekter. Etter vår oppfatning er rutinedokumentene ikke godt nok kjent i avdelingen. Rådmannen har ansvaret for at disse reglementene er bekjentgjort. Revisors vurdering er at dette kriteriet delvis oppfylles. Teknisk avdeling bør sørge for bedre kontroll av sine innkjøpsrutiner. Dette arbeidet bør også kommuniseres til rådmannen. Når det viser seg at internkontroll er et fraværende tema på lederforums møter, mener vi at det bør ryddes plass til disse spørsmålene, all den tid avvikene i stikkprøvene viser at innkjøpene ikke gjennomføres i henhold til lov og forskrift. Når kommunen nå implementerer Compilos kvalitetssystem, bør teknisk avdeling også sørge for å implementere et årshjul, med opplæring og revisjon av disse rutinene på periodisk basis.

Under neste kriterie skal revisjonen kontrollere at kommunen har klare regler for delegasjon av myndighet og roller i forhold til innkjøp og kontraktsoppfølging, og en hensiktsmessig arbeidsfordeling på området. Større byggeprosjekter følges opp av en politisk byggekomite. Innkjøp som gjøres gjennom rammeavtaler følges opp via RIIG. Virksomhetsleder delegerer innkjøpsmyndighet til mellomledere med sine spesialområder. Virksomhetsleder organiserer også oppfølging av anskaffelser, selv om det i prosjektet knyttet til utbygging av telemaster ble gjennomført oppfølging ved e-post og telefonsamtaler. Det er viktig at de som har attestasjons og anvisningsmyndighet har god kjennskap til økonomireglementet, og bestemmelsene rundt dette. Revisors vurdering er at dette kriteriet oppfylles.

Videre skal det finnes formaliserte rutiner for innkjøp som skiller mellom rammeavtaler, direkteanskaffelser og avrop på rammeavtaler. Ved gjennomgang av dokumenter tilsendt fra kommunen kunne vi lese at disse rutinene finnes i økonomireglementet. Teknisk avdeling er også i ferd med å innføre flere rammeavtaler i samarbeid med RIIG. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles, men vi anmoder rådmann om å sørge for at reglement og rutiner for innkjøp gjøres kjent i alle kommunens enheter/ avdelinger

Videre skal rutinene være kjent av de som skal benytte dem, og sikrer at anskaffelser skjer i henhold til anskaffelsesregelverket. Leder for teknisk avdeling fortalte under intervju at de konkurranseutsatte alle anskaffelser over 100 000. Vi har inntrykk av at det ofte er få tilbydere, og at det ofte er de samme leverandørene som deltar i konkurransen. Revisjonen har gjennomført stikkprøver for å se om anskaffelsesprosessene var i tråd med dette utsagnet. Kontrollen har tatt utgangspunkt i

framgangsmåten under de ulike terskelverdiene fra lov- og forskrift om offentlige anskaffelser, som også er formalisert i økonomireglementet.

Vi noterer at for anskaffelsen knyttet til Keiserudalleen utfører anbudsrundene i henhold til lov om offentlige anskaffelser. Revisjonen bemerker imidlertid at denne anskaffelsen ble noe dyrere enn først antatt. I tillegg ble vi heller ikke presentert noen anskaffelsesprotokoll for dette prosjektet.

Anskaffelsen fra Sulzer Pumps Wastewater NO ble ikke underlagt konkurranse med begrunnelse i at det ble vurdert til å koste kr. 95 000. Det heter likevel i kommunens økonomireglement at ved det som klassifiseres som mindre engangskjøp, med verdi mindre enn 100 000,- NOK eks mva. skal det uansett legges vekt på konkurranseprinsippet. Når dette ikke gjøres, er dette et avvik i forhold til kommunens interne reglement¹⁸. I tillegg bemerker revisjonen at prosjektet likevel endte opp med å koste 119 400,- NOK og skulle med det i følge Forskrift om offentlige anskaffelser ha fått innhentet tilbud fra minst tre forskjellige leverandører, så sant det var praktisk mulig, og det skulle også vært ført anskaffelsesprotokoll fra prosessen. Denne anskaffelsen ble ikke gjort i henhold til lov om offentlige anskaffelser.

Neste anskaffelse er et bilkjøp fra Elverum Sport. Dette var en anskaffelse på 409 246,- NOK eks mva. Denne ble ikke underlagt konkurranse med begrunnelse i at bilen skulle løses inn i en gammel bil, og med det få en nettokostnad som ble 0. Hva nettokostnaden kommer på i dette tilfellet er ikke viktig hva gjelder etterfølgelse av lov om offentlige anskaffelser, det er prisen på nyanskaffelsen som skal danne grunnlaget for hvordan avdelingen skal innrette innkjøpet etter regelverket. Det noteres et avvik også for denne anskaffelsen.

Siste anskaffelse vi har sett på, behandling av en ungdomsskolegarderobe med leveranse fra Energima Elverum, har til felles med de andre anskaffelsene at tilbudsprisen ble satt for lavt. Prisanslaget kom på 96 955,- NOK eks mva. Endelig pris ble imidlertid 112 059,- NOK eks mva. Til tross for at dette var et hastearbeid, mener revisjonen at kommunen burde gjennomføre et grundigere arbeid med å hente inn tilbud fra flere tilbydere, eventuelt dele oppdraget slik at man skilte mellom serviceoppdraget og rengjøring/maling. Dette også fordi budsjettsprekken plasserte anskaffelsen i en annen størrelseskategori etter økonomireglementet og lov om offentlige anskaffelser. Det må også legges vekt på uttalelsen fra Virksomhetsleder Tekniske tjenester om at det originale anbudet for denne anskaffelsen ga avdelingen grunn til å anta at anskaffelsen ville blitt lavere enn først antatt. 3000 kroner, på et prosjekt av denne arten er ikke å betegne som vesentlig, noe sluttresultatet også viser,

¹⁸ Vi henviser til kommunens økonomireglement s. 29, hvor det står om mindre engangskjøp: «Mindre engangskjøp med verdi mindre enn 100 000,- NOK eks. mva. Hensikten med denne bestemmelsen er at det ved kjøp av denne størrelsesorden ikke skal iverksettes mer omfattende prosedyrer enn det som er kostnadsmessig forsvarlig. Det skal likevel legges vekt på konkurranseprinsippet».

da det opprinnelige budsjettet ble oversteget med 15 100,- NOK. Konkurransesprinsippet skal imidlertid også legges vekt på ved anskaffelser under 100 000.

Revisjonens inntrykk av disse anskaffelsene totalt sett, er at det bør gjennomføres noen endringer ved gjennomføring av anskaffelser i teknisk avdeling. Utplukkene viser at anbudene har blitt utarbeidet med for lave kostnadsanslag. Anbudene plasserer seg også rett under terskelverdiene fastsatt i lov om offentlige anskaffelser. Vi mener det vil være uheldig dersom man fastsetter verdien lavere enn hva som er realistisk for å slippe å gjennomføre en mer omfattende konkurranse, i en høyere terskelverdi (iht. regelverket i LOA/FOA). Revisjonen ble informert om at administrasjonen alltid opererer med en uforutsigbarhet på 20-25 % på anbud, og dersom kommunen skal gjennomføre sine anbudsvurderinger ut ifra dette slingsringsmonnet, bør anbud som har prisanslag rett under disse verdiene vurderes som potensielt mer kostbare, og dermed plasseres i en annen kjøpskategori, eller kjøpstype som det står i økonomireglementet.

Det er revisjonens vurdering at det for dette kriteriet ikke gjøres en god nok jobb i kommunen. Internkontroll for innkjøp bør følges opp fra sentralt hold, og rådmann bør prioritere dette i sine lederforums-møter. For å kontrollere at disse rutinene fungerer godt nok, kan det gjennomføres stikkprøver og internrevisjon. Vi minner om formuleringen i økonomireglementet om at «rådmann har ansvaret for både at alle medarbeidere som deltar i anskaffelser gjøres kjent med og følger økonomireglementet, og at det er rutiner innenfor kommuneområdene som ivaretar reglementet».

I datamaterialet nevner vi e-handel som en løsning som kan forenkle disse problemstillingene, dette ble imidlertid sett på som for dyrt for Åsnes kommune.

Neste revisjonskriterie skal brukes for å kontrollere at kommunen har rutiner som sikrer at dokumentasjon i forbindelse med innkjøpene oppbevares på en hensiktsmessig måte. Ifølge intervjuer lagres disse nå i «Acos Web sak». Informasjon over utvalgte større prosjekter skal lagres på «Interaxo», og målet er å bruke sistnevnte på samtlige prosjekter. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles, og med tanke på vurderingen av anskaffelser i denne rapporten, kan en forbedring av dokumentasjonen være nyttig for forbedring av internkontrollsystemet hva innkjøp angår.

Revisjonen har i tillegg et kriterie om at kommunen skal ha et system for oppbevaring av rammeavtaler, og gyldige avtaler skal være tilgjengelige for de som skal benytte dem. Rammeavtalene finnes i Acos Web sak, men disse skal også inn i Compilos kvalitetssystem når denne er implementert. Virksomhetsleder påpeker at det er problematisk at ikke alle ansatte vet hvor man finner disse. Det er revisors vurdering at dette kriteriet ikke oppfylles, og at kommunen må jobbe med å gjøre disse kjent i alle ledd av organisasjonen som har med innkjøp å gjøre.

Før anskaffelsen gjennomføres, gjøres et forsvarlig anslag over det samlede beløp som kommunen kan komme til å betale eks mva. for kontrakter som utgjør anskaffelsen. Vi har tidligere kommentert anslag over beløp for anskaffelser, og revisjonen mener at disse bør gjøres grundigere. Det vil derfor være revisors vurdering at også dette kriteriet ikke oppfylles.

I siste revisjonskriterie er det spørsmål om kommunen har formaliserte rutiner for oppfølging av innkjøpskontrakter, herav mottak av varer og tjenester samt attestasjon. Rutinene skal være kjent av de som skal benytte dem og følges. Vi har tidligere påpekt at rutiner for mottak av varer og tjenester samt attestasjon finnes, både i reglement for behandling av byggeprosjekter, og i økonomireglementet. Etter intervjuene å dømme virker det imidlertid som om kjennskapen til disse dokumentene har et forbedringspotensiale for teknisk avdeling. Det er revisors vurdering at dette kriteriet bare delvis oppfylles. Vi mener kommunen bør arbeide for å forbedre internkontrollen av innkjøp for teknisk avdeling, og herunder sørge for at de formaliserte dokumentene også er kjent for de ansatte, og at disse følges i avdelingens praksis. Revisjonen er av den oppfatning at det også bør jobbes med å få på plass rammeavtaler, på flere områder, og at teknisk avdeling bør følge opp disse.

8.9 Innsamlet data: Teknisk – reiseregninger

Lønnsavdelingen er i startgropa med bruk av Visma.net Expense, en web basert registreringsportal for reiseregninger, og dette brukes fra og med lønnsutkjøringen i mars 2016. Dette systemet er uavhengig av Compilos kvalitetssystem. Innføringen vil ikke innebære endringer for den ansatte. Vi ble gjort oppmerksomme på at de ikke trenger å legge ved bilag, men for utgifter tilknyttet kurs, er dette nødvendig. Kommunen legger ved billag for kursutgifter. Alle reiseregninger skal gjøres slik at utbetalingene blir billigst mulig.

I intervju med virksomhetsleder tekniske tjenester ble vi gjort oppmerksomme på at teknisk avdeling registrerer reiseregninger i Visma.net Espenes. Vedlegg på utlegg over 100 kroner legges ved denne registreringen. Virksomhetsleder Tekniske tjenester, samt leder for vaktmestertjenesten har anvisningsmyndighet, og avdelingslederne anviser.

Hvem som har myndighet til å anwise reiseregninger ligger inne i Visma HRM. Fagleder lønn er systemansvarlig, og hun og programmet holder rede på hvem som er tildelt rettigheter i systemet. Alle kan se hvem som har hvilke fullmakter. Virksomhetslederne har et skjema over hvem som har fullmakt for attestasjon og anvisning. Alle ansatte har oversikt over denne informasjonen i egen ansatt-profil. En hurtigveiledning på reiseregninger ligger på intranettet. Her finner de ansatte informasjon som gjelder vanlig kjøregodtgjørelse. I tillegg er det også tilleggs poster for passasjerer, hotell, kost, overnatting o.l.

Større utlegg må leveres på papir, og utlegg godkjennes ikke før dokumentasjon framvises. Dokumentasjon av kjøregodtgjørelse kommer fra datasystemet. Kjøregodtgjørelser utbetales med satser fra den forutgående måneden som utgiften påløper. Dersom lønnsavdelingen mottar flere bilag må alle dokumenteres på papir, ettersom datasystemet bare tåler 1 bilag. Fagleder for lønnsavdelingen sier at de må finne ut hvordan reiseregninger som har flere bilag skal dokumenteres etter at de har gjort seg kjente med Expense.

I rutinebeskrivelsen «Rutine for saksbehandlere» på intranettet, beskrives leders oppgaver for registrering av reiseregninger. Herunder rutiner for attestasjon og anvisning. Når det kommer en oppgave som skal håndteres, får saksbehandlere, i dette tilfellet lederne, en e-post om oppgaver. Derneft kommer instruks for attesting, hvor reiseregningen kan godkjennes dersom den er korrekt utfylt med konto og at bilag er vedlagt. Ellers må reiseregningen returneres. Vi gjøres også oppmerksomme på at attesterer og anviser kan følge med på arbeidsprosessene, for å sjekke hvem som har gjort hva.

På kommunens intranett finnes det en manual for Visma.net Expense. Her gis det instruks til de ansatte på hvordan man fyller ut disse. Det gis instruksjoner på hva registrering av reiseregninger skal omfatte, herunder registrering av reiser, -kjøring, utlegg i forbindelse med reiser og overnatting. Utlegg registreres elektronisk, men dersom kvittering for utgifter ikke er skannet, må papirregning leveres. Ansatte kan også ta bilde av kvitteringer gjennom appen Visma Attach. Ved kontroll av elektroniske attestasjoner og anvisninger, kunne regnskapsrevisor ikke avdekke noen avvik, og det viser seg at dette systemet fungerer bedre enn det manuelle, hvor det ble funnet avvik.

Åsnes kommune har også et reglement for bruk av felles leasing biler. Dette dokumentet formaliserer hensikt og omfang, målgruppe, og sjekkpunkter for reservasjon av felles biler ved rådhuset. Dette dokumentet spesifiserer også fremgangsmåte ved skade eller uhell. Gjennom intervjuer ble revisjonen gjort oppmerksom på at bruk av disse leasing bilene har redusert kostnadene knyttet til reiseregninger i kommunen. Videre finnes det også et dokument som spesifiserer bruk av kort til tjenesteutlegg og reiser som skal refunderes i etterkant.

Kommunens rutiner for reiseregninger er tilgjengelig for alle ansatte via kommunens intranett. Rutinebeskrivelsen kan lastes ned fra en meny på startsidan. Her får de ansatte opplysninger om registrering av reiseregninger på Visma Expense, hvor kjøring og utlegg i forbindelse med arbeidsreiser registreres. Rutinebeskrivelsen inneholder en steg for steg gjennomgang med tekst og skjermbilder av framgangsmåten. Denne guiden gir også en beskrivelse av bruk av elektronisk kjørebook. Den samme menyen på intranettet inneholder også en rutinebeskrivelse for saksbehandlere i Visma Expense. Her finner ansatte som er ansvarlig for attesting og anvisning sine rutinebeskrivelser.

8.10 Revisors vurderinger: Teknisk avdelings reiseregninger

Første revisjonskriterie for dette delkapittelet påpeker at Kommunen bør ha en hensiktsmessig organisering av området reisegodtgjørelse og elektronisk kjørebok, som ivaretar risiko og vesentlighet. Lønningskontoret har igangsatt arbeid med det nettbaserte reiseregningssystemet Visma Expense.net, dette har forbedret attestasjonsrutinene i kommunen. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Neste kriterie dreier seg om at roller og ansvar for utbetaling av reisegodtgjørelse og bruk av og kontroll med elektronisk kjørebok bør være utvetydig definert og nedfelt. I Visma HRM har de ansatte oversikt over hvem som har hvilke fullmakter. Dokumenter som formaliserer bruk av kjørebok finnes også på intranettet. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Videre bør kommunen etablere kontrollaktiviteter som bidrar til at risiko for ikke å nå målsettinger reduseres til akseptable nivåer, herunder etablere rutiner for attestasjon og anvisning for utbetaling av reisegodtgjørelse. Disse rutinene finnes på intranettet i dokumentet «Rutine for saksbehandlere». Her formaliseres instruksjoner for bruk av disse, også rutiner for attestasjon og anvisning for utbetaling av reisegodtgjørelse. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Dernest heter det at kommunen bør informere internt om når det skal fylles ut reiseregning og hvordan, samt hvordan elektronisk kjørebok brukes. Rutiner for utfylling av reiseregninger. Når det ved gjennomgang av attestasjon og anvisninger i dette systemet ikke ble avdekket avvik, er dette en forbedring av systemet for attestasjon og anvisning. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Det siste revisjonskriteriet påpeker viktigheten av at retningslinjer og rutiner bør være lett tilgjengelige for de ansatte. Disse rutinene er tilgjengelig for alle ansatte via kommunens intranett. Rutinebeskrivelsen gir også en steg for steg gjennomgang av framgangsmåten for bruk av Visma Expense.net. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

9 Konklusjon

9.1 Har kommunen et helhetlig system for intern kontroll?

Når det gjelder hvorvidt kommunen har et helhetlig system for internkontroll konkluderer revisjonen med at internkontrollen framstår som fragmentert og noe mangelfull. Kommunen er i ferd med å samle informasjonsarbeidet til en felles plattform, og dette er et steg i riktig retning for å gjøre internkontrollen helhetlig. Dette arbeidet bør imidlertid også suppleres med informasjons- og oppfølgingsarbeid i fora hvor rådmannen har kontakt med avdelingslederne. Slik det nå ser ut, kan vi konkludere med at kommunen foreløpig ikke har et helhetlig system for internkontroll. Hovedkonklusjonen er basert på hvordan kommunen oppfyller de enkelte revisjonskriteriene for problemstillingen, og kan oppsummeres slik:

- Kommunens internkontrollsystem fram til nå har hatt preg av å være lite helhetlig, med det mener vi at internkontrollsystemet har vært delt inn i flere plattformer. Kommunen er nå i gang med å implementere et samlende system for den intranettbaserte delen av internkontrollen, og denne delen vil i så måte knyttes til et mer helhetlig styringssystem: Compilos kvalitetssystem. Revisjonen mener at internkontroll, herunder planlegging gjennomføring og rapportering, bør få økt prioritet i rådmannens kommunikasjon og møtepunkter med enhets-/virksomhetsledere.
- En anmerkning i forbindelse med internkontrollens tilknytning til andre lederoppgaver, er oppfølging av rapporterte avvik. Risk manager hadde en dårlig oppfølgingsmodul for avvik, og dette bør gis prioritet i arbeidet med innføring av Compilos kvalitetssystem. I tillegg kan rådmannens rapportering om internkontroll i årsrapporten, i større grad baseres på rapportering om internkontrollarbeid i enhetene.
- Internkontrollsystemet bør baseres på kommunens målsetninger med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, kvalitet og etterlevelse av lover og regler. Et element som eksempelvis bør følges opp i denne sammenheng er informasjon om HMS reglement. Dette var fraværende på den gamle intranettløsningen, og kommunen må sørge for at dette inkluderes i Compilos kvalitetssystem. Revisjonen mener at arbeidsmiljøutvalget bør utforme et slikt reglement, og sørge for at det er lett tilgjengelig i det nye kvalitetssystemet. Det virker som om avdelingene kan lære av hverandre, da det fantes god informasjon om dette på IKKS systemet som sykehjemmet benytter seg av. I tillegg vil det være formålstjenlig i dette henseende å utforme et helhetlig strategidokument for intern kontroll.
- Risikovurderinger kan gjennomføres som en risiko og sårbarhetsanalyse, noe kommunen er kjent med på enkelte områder. Det vil kunne være fordelaktig å gjennomføre en slik

kartlegging, for å forbedre kommunens kontrollsystem. Likevel bør et kost-nytte perspektiv brukes som grunnlag for hvor grundig en slik analyse bør være. Dette bør etter hvert også integreres i et årshjul.

- Revisjonen påpeker også at informasjonsflyten vertikalt i kommunen bør strømlinjeformes i større grad. Med dette mener vi at informasjonsflyten bør gjøres likt for alle avdelingene, slik vil det være enklere for rådmann å identifisere avvikende avdelinger med tanke på internkontrollarbeidet. Dette bør være et arbeid som går parallelt med implementering av Compilos kvalitetssystem, og som er et steg på veien til å standardisere informasjonsarbeidet. Det bør utformes en mal for dokumentskriving, innrapportering og tilbakemelding i dette systemet.
- Dersom internkontrollsystemet skal benyttes til læring og utvikling, påpeker rådmann at kommunen ennå har mye å lære når det gjelder å benytte internkontrollsystemet i forbedringsarbeidet. Nevnte strategidokument for internkontroll bør inkludere en prosedyre for avviksrutiner, og dette må følges opp av de ansatte.
- Når det kommer til evaluering av tiltak og effekten av disse, bør kommunen ved implementering av Compilos kvalitetssystem arbeide med evaluering av tiltak, for å sikre kontinuerlig forbedring av kommunens drift. Dette vil da bøte på fraværet av en såkalt «læringssløyfe».
- Revisjonen anser rådmannens i liten grad følger opp internkontrollsystemet, og det arbeidet som gjøres i hele dens virkeområde. Åsnes kommune har en jobb å gjøre med å forbedre dette arbeidet. Det er også behov for forbedring når det gjelder rapportering til rådmann om dette arbeidet. Internkontroll bør videre i større grad bli et tema på møter mellom rådmann og avdelingslederne, i de fora dette ses på som aktuelt. Interne kontroller i form av stikkprøver på, for eksempel de avvikene som denne revisjonsrapporten har avdekket vil kunne forbedre rådmannens kontroll med etterlevelse av lover og forskrifter.

9.2 Hvordan systemet for internkontroll er integrert i kommunens organisasjon

Når det gjelder hvordan systemet for internkontroll er integrert i kommunens organisasjon, ser vi at internkontrollens grundighet er ujevnt fordelt over de reviderte enhetene. Revisjonen konkluderer med at internkontrollen bør integreres bedre i kommunens organisasjon. Dette bør gjennomføres med økt kommunikasjon om dette arbeidet til rådmannen, men også en skjerping av dette arbeidet i de enkelte enhetene, så vel som gjennom sektorovergrepene i kommunikasjonsarbeid. Det er vår

oppfatning enhetene har mye å lære av hverandre i dette henseende. Hovedkonklusjonen er basert på følgende:

- På spørsmålet om hvorvidt internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering, konkluderer revisjonen med at det gis et gjennomgående inntrykk av at internkontrollsystemet er fragmentert, og at det består av flere informasjons og rapporteringskanaler. Kommunen er i startgropa for implementering av Compilos kvalitetssystem, og de fleste avdelingene vil benytte denne løsningen for internkontroll. De reviderte enhetene har utnevnt superbrukere for å lede an i dette arbeidet i de enkelte enhetene. Når implementeringen av Compilos kvalitetssystem nå kommer til å hjelpe til med å strømlinjeforme den databaserte delen av internkontrollen, bør kommunen også sørge for å implementere internkontroll i sin møtestruktur i alle ledd, slik at internkontroll også integreres i kommunen. Det er vår konklusjon at internkontrollsystemet, slik det nå ser ut, ikke er knyttet opp til kommunens øvrige styringssystem.
- Når det kommer til viktigheten av at ansvaret for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning, konkluderer revisjonen med at lederoppgavene knyttes til internkontrollansvaret i ulik grad, og på ulike måter. Det er viktig at man i stillingsbeskrivelser vektlegger oppfølging av internkontroll, og knytter dette arbeidet opp mot de andre lederoppgavene. Det fragmenterte internkontrollsystemet gjør det vanskelig å gi en klar konklusjon på dette spørsmålet, men i tillegg til samling av datasystemene for internkontroll, bør internkontroll også inngå i møtestrukturen i lederforum og arbeidsmiljøutvalget. For sykehjemmets vedkommende bør man fortsatt arbeide med internkontroll i kvalitetsutvalget. Det er revisjonens konklusjon at dette arbeidet kan struktureres i større grad.
- På spørsmålet om hvorvidt internkontrollsystemet er basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler), kan vi også her konkludere med at dette arbeidet gjennomføres med varierende grundighet. Det framstår som et sektorovergripende mål for kommunen å komme i varig økonomisk balanse, og de reviderte enhetene peiler sitt internkontrollarbeid mot dette målet. Det kan imidlertid bemerkes at arbeidet med regeletterlevelse for innkjøp bør forbedres, da manglende internkontroll for innkjøp kan føre til dyre anskaffelser, som virker mot målet om budsjettbalanse. Det er revisjonens konklusjon at det på dette punktet finnes forbedringspotensiale i kommunen.

- Angående hvorvidt det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger. Sektorovergripende, på det enkelte tjenesteområde og for kommunens støttefunksjoner, konkluderer revisjonen med at kommunen bør gjennomføre en overordnet risikovurdering. Dette arbeidet bør etter revisors oppfatning prioriteres i lederforums agenda hvor økonomiske spørsmål får høy prioritet, noe som er naturlig grunnet kommunens situasjon. For sykehjemmets vedkommende blir det gjennomført risikoanalyser i henhold til forskrift, det samme gjelder kjøkkenet, selv om internkontrolldokumentene må oppdateres ved implementering av Compilos kvalitetssystem. Det er revisors konklusjon at det også på dette punktet finnes forbedringspotensiale.
- For å gi god effekt er det viktig at internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, og at både ledere og medarbeidere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder. Revisor konkluderer med at dette arbeidet også varierer på tvers av sektorene. Det gjennomføres en del kommunikasjon om forslag og forbedringsarbeid på uformell basis ved økonomikontoret og på kjøkkenet. Dette arbeidet bør dokumenteres i Compilos kvalitetssystem, så kommunen ikke blir sårbar for personellutskiftning. For sykehjemmets vedkommende er det blitt opprettet en ny stilling for en fagutviklingssykepleier, for utvikling av nye løsninger og prosedyrer. Revisjonen påpeker at det for teknisk avdeling mangler et eget punkt om internkontroll på avdelingsmøtene. Dette arbeidet bør forbedres, revisjonen påpeker også viktigheten av at internkontrollarbeidet kommuniseres til rådmann både gjennom rapportering, men også i de fora hvor rådmannen har dialog med enhets-/ avdelingslederne.
- Videre bør det være en intensjon om at internkontrollsystemet også benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og inkludere avvikshåndtering. Også på dette området er praksis ulik fra enhet til enhet. Dette gjelder også i dette henseende. For økonomikontoret foregår kommunikasjon av forbedringsforslag på uformell basis med e-post og på telefon. Det ville vært en ide å implementere et årshjul med faste punkter for internkontroll for å systematisere forbedringsarbeidet. Revisjonen bemerker for sykehjemmet at til tross for innføringen av årshjul, ble arbeidet med forbedring av internkontrollen utsatt grunnet implementering av Compilos kvalitetssystem. For kjøkkenet brukes også avvikshåndtering til læring og utvikling, og internkontrollen revideres her en gang i året. For teknisk avdeling fungerer ikke avvikshåndteringen optimalt, avdelingen har heller ikke implementert et årshjul for systematisk forbedringsarbeid. Det er revisjonens konklusjon at det foreligger et forbedringspotensiale også for dette kriteriet, og at arbeidet er ulikt fremskredent ved de forskjellige avdelingene.

- Det heter også at det bør finnes gode informasjons og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd. Vi viser til de foregående vurderingene, og konkluderer med at det for de reviderte enhetene bør gjennomføres forbedringer i internkontrollsystemet. Rådmannen bør klargjøre hva slags internkontrollrutiner som bør være felles for hele kommunen, og på hvilke områder det er hensiktsmessig at enhetene har sine egne internkontrollrutiner. Videre bør det klargjøres hvordan internkontrolltiltakene kan følges opp og evalueres. Dette arbeidet kan forenkles med implementeringen av årshjul i de aktuelle avdelingene.

9.3 Etablerte rutiner for å sikre en god intern kontroll, og hvordan rutinene fungerer i praksis

Den interne kontrollen er kartlagt, vurdert og kontrollert i et begrenset antall av kommunens enheter for områdene økonomisk internkontroll, medisinbehandling og kjøkkendrift ved sykehjemmet, samt innkjøp og reiseregninger i teknisk avdeling. Konklusjonene presenteres avdelingsvis, grunnet problemstillingenes art, og de tilhørende ulike funnene knyttet til hver avdeling. En annen grunn til denne inndelingen er å enklere kommunisere rapportens innhold til de enhetene som omtales.

Vi kan trekke følgende punktvis konklusjon for etablerte rutiner for økonomisk internkontroll:

- Budsjett disiplin har høy prioritet i Åsnes kommune all den tid den er en ROBEK-kommune. Dette reflekteres også i referater fra lederforums møter. Budsjett disiplin gis forrang, men spørsmål vedrørende internkontroll nedprioriteres. Det er notert et avvik på framleggelse av investeringsbudsjett for første tertial 2015, men kommunen har prioritet på å komme i budsjettbalanse, og rådmannen informerer om dette i tertialrapporteringen.
- Revisjonen konkluderer med at det i økonomikontrollens sektorovergripende funksjon finnes forbedringspotensialer. Økonomikontoret opplever at de øvrige enhetene benytter feil koder ved registrering av merverdiavgift. I tillegg erfarer økonomikontoret at teknisk avdeling overskrider fristen for dokumentasjon for merverdikompensasjon. Det er vår konklusjon at det bør iverksettes tiltak slik at teknisk avdeling overholder sine frister for innsendelse av dokumentasjon som vil være gjeldende for merverdiavgiftskompensasjon. Revisjonen bemerker også viktigheten av dette for internkontrollhensyn: Økonomikontoret bruker tid og ressurser på å korrigere avvikene i rapporteringen av disse dataene. Siden økonomikontoret er presset på kapasitet, vil det være en fordel om de øvrige enhetene bistår med korrekt

dokumentasjon, slik at den økonomiske internkontrollen kan forbedres. Dette har betydning for ajourhold av regnskapet.

- Når avdelingene er sent ute med å levere dokumentasjon, blir det med det lite tid til å korrigere regnskapet før regnskapsframleggelsen. Økonomikontoret bruker mye tid på å finne og eliminere differansene dette medfører. Ved å forbedre prosedyrene i kommunens avdelinger som angår rapportering av styringsdata, vil arbeidspresset på økonomikontoret tenkes å bli mer stabilt.
- Det bør utformes en skriftlig stillingsinstruks for økonomikonsulentene på økonomikontoret. I tillegg bør stillingsinstruksen for økonomisjef oppdateres for å sørge for at jobbens faktiske arbeidsoppgaver inngår i dette dokumentet, da dette nå er utdatert.
- Arbeidet med i økende grad å innføre elektroniske attestasjons og anvisningsløsninger, vil forenkle kontroll og etterlevelse av rutiner. I interimsrapporteringen i desember 2015, ble det bemerkt avvik på manuell attestasjon av reiseregninger og timelister. Dette var imidlertid fraværende ved elektronisk attestasjon og anvisning. Revisjonen konkluderer med at dette arbeidet bør videreføres, i den hensikt å eliminere avvik på dette området.

Vi kan trekke følgende punktvis konklusjoner for sykehjemmets medisinhåndtering:

- Det er revisjonens konklusjon at internkontrollens rapportering av internkontrollarbeidet opp mot rådmannen kan forbedres i sykehjemmets tilfelle. Internt gjøres det mye bra arbeid på dette feltet, med nedsettelse av et kvalitetsutvalg og implementering av årshjul for jevnlig revisjon og vurdering av nye rutiner for internkontrollen. I tillegg får HMS arbeidet en arena i arbeidsmiljøutvalget. Lederforum kan ideelt sett være en arena for å formidle arbeidet med intern kontroll, men dette blir nedprioritert. Det er revisjonens konklusjon at internkontrollarbeidet, med tanke på risikovurderinger, regeletterlevelse og arbeid med rutiner i større grad bør kommuniseres opp mot rådmannen for å bedre oversikten over tilstanden i kommunen.
- Revisjonen fant ved dokumentgjennomgang at listene som angir de sykehjems ansattes kompetanse, er utdatert. Vi antar at dette henger sammen med at kommunen nå er i implementeringsfasen av Compilos kvalitetssystem.
- Sykehjemmet har tilfredsstillende rutiner for å sikre at kompetansekravet for ordinerer av legemidler opprettholdes. Likeledes er de skriftlige prosedyrene for legemiddelhåndtering ajour, og revisjonen konkluderer med at disse er tilstrekkelig kjent av de ansatte.

- Revisjonen konkluderer med at sykehjemmet har tilfredsstillende rutiner for varemottak, herunder attestasjon og anvisning. I tillegg benytter sykehjemmet seg av rammeavtaler ved bestilling.
- Revisjonen konkluderer med at legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Preparatene håndteres også i henhold til lover og forskrifter. Når det kommer til beholdningen av narkotiske stoffer har sykehjemmet også her tilfredsstillende rutiner, og sykehjemmet har et nøyte oppdatert medisinbehandlingssystem for å sikre at pasientene får riktig medisin. Ved innleggelse, utskrivning og intern overføring i virksomheten oppfatter vi også at informasjon om legemiddelbruk kvalitetssikres på en tilfredsstillende måte.

Vi kan trekke følgende punktvis konklusjoner for sykehjemmets kjøkkendrift:

- Når det kommer til rapportering av internkontrollarbeidet konkluderer revisjonen med at det for kjøkkenets vedkommende finnes et forbedringspotensiale. Kjøkkenet, så vel som de andre enhetene, bør sørge for å rapportere internkontrollarbeidet, og risikoforhold til administrasjonen Dette arbeidet kan forbedres.
- I tillegg noterer vi at internkontrollsystemet nå framstår som fragmentert, noe som muligens vil endres ved implementering av Compilos kvalitetssystem. Kjøkkenet må sørge for å holde fram med dette arbeidet, og arbeide for at dette systemet blir tilstrekkelig integrert i kjøkkenets rutiner. På kjøkkenet gjøres det mye bra arbeid på denne fronten, kjøkkensjefen må sørge for at arbeidet fortsetter også når kommunen skal begynne å benytte seg av det nye kvalitetssystemet.
- Vi bemerker at kjøkkenet måtte avslutte sin rammeavtale med Knutstad og Holen grunnet utilstrekkelig levering. Det er viktig at kommunen følger opp rammeavtalene fortløpende, og sikrer at leveringene foregår i henhold til avtale.
- Vi konkluderer med at rutinene for menyplanlegging, bestilling, varemottak og oppbevaring sørger for marginalt med svinn av matvarer. Kjøkkensjefen fører også tilstrekkelig kontroll med varemottaket.
- For risikovurderinger benytter kjøkkenet mattilsynets HACCP rutiner, det ble ikke avdekket avvik ved mattilsynets kontroll i 2015. Revisjonen bemerker imidlertid at kommunen bør kurse alle sine ansatte i dette systemet, og dokumentere bestått kursgjennomføring for de ansatte på en intranettløsning¹⁹.

¹⁹ Dette vil mest sannsynlig bli Compilos kvalitetssystem for det videre internkontrollarbeidet framover.

- Hva angår prisfastsettelse av matvarene, regulerer kommunen denne prisen etter SSBs konsumprisindeks. SSBs matvareindeks avviker imidlertid fra dette, og det kan være en ide å knytte den delen av salgsprisen som knyttes til faktiske matvareutgifter, mot denne indeksen.

Vi kan trekke følgende punktvis konklusjoner for teknisk avdelings innkjøpsrutiner og reiseregningshåndtering:

- Det finnes regelverk for delegasjon av innkjøpsmyndighet i kommunen, men dette er heller ikke kjent i administrasjonen i teknisk avdeling. Arbeidet med bevisstgjøring bør derfor også omfatte dette området.
- Teknisk avdeling bør i større grad prioritere sin kontroll av innkjøpsrutinene. Dette arbeidet bør videre kommuniseres til rådmannen. Ett av grepene som kan tas når det gjelder kommunikasjon innad i kommunen er, som vi tidligere har vært inne på, å gjøre plass til internkontroll i møtene til lederforum. Arbeidet med forbedret internkontroll for innkjøp er kanskje spesielt viktig for teknisk avdeling, all den tid avvik i stikkprøvene gjennomført av revisjonen avdekker at innkjøpene ikke alltid gjennomføres i henhold til lov og forskrift.
- Kommunen er i gang med implementering av Compilos kvalitetssystem. For teknisk avdeling bør dette arbeidet suppleres med innføring av et årshjul, for på denne måten å opprettholde bevissthet rundt internkontroll og rutiner på området. Opplæring og revisjon av rutinene kan forbedre kjennskapen til reglementet for innkjøp og oppfølging av dette.
- Det er revisjonens inntrykk at det bør foretas noen endringer ved gjennomføring av anskaffelser i teknisk avdeling. Stikkprøver av innkjøp viser at anbud, eller verdifastsettelse av anskaffelser utarbeides med for lave kostnadsanslag. Disse anslagene plasserer seg videre rett under terskelverdiene fastsatt i lov om offentlige anskaffelser. Det er vår vurdering at oppfølging av intern kontroll for innkjøp i kommunen bør prioriteres høyere, og dette bør følges opp fra sentralt hold.
- I økonomireglementet finnes en formalisert rutine for innkjøp som skiller mellom rammeavtaler, direkteanskaffelser og avrop på rammeavtaler. Stikkprøvene viser at selv om dette regelverket er formalisert i kommunens interne rutinedokumenter, er det ikke slik at det nødvendigvis praktiseres. Revisjonen mener at rådmannen bør sørge for at reglement og rutiner for innkjøp gjøres kjent i alle kommunens enheter. Det bør i dette arbeidet legges vekt på forsvarlig fastsettelse av kostnadsanslaget for kommunen. Rutinedokumenter som fastsetter bestemmelser for innkjøp og oppfølging av byggeprosjekt er ikke bekjent for virksomhetsleder i teknisk avdeling. Revisjonen konkluderer med at rådmannen bør jobbe med å gjøre disse dokumentene kjent for kommunens ulike avdelinger.

- Oppbevaring av dokumenter i forbindelse med innkjøp skal over i en forbedret løsning, og det skal tas høyde for at denne dokumentasjonen også skal integreres i Compilos kvalitetssystem. Kommunen må imidlertid bruke denne dokumentasjonen i arbeidet med å forbedre innkjøpsrutinene. Dokumentasjon av tidligere innkjøpsprosesser kan være nyttig informasjon i arbeidet med å bevisstgjøre de kommuneansatte om innkjøpsprosessene, og dette kan inngå i rådmannens opplæringsarbeid på innkjøpsområdet.
- Oppbevaring av rammeavtaler skal etter hvert også gjøres i Compilos kvalitetssystem. Det er revisjonens konklusjon at rammeavtalene også må bekjentgjøres i alle ledd av kommunen som har med innkjøp å gjøre. Det bør også jobbes for å få på plass fler rammeavtaler for teknisk avdeling.
Teknisk avdeling har planer om å legge ut håndtverkertjenester for anbud på Doffin. Arkitekt- og gravemaskin-avtaler skal være klare i løpet av 2016.
- I forbindelse med rutiner for oppfølging av innkjøpskontrakter, mottak av varer og tjenester samt attestasjon, har kommunen også en jobb å gjøre. Kjennskapen til disse dokumentene kan forbedres for teknisk avdeling sitt vedkommende. Som tidligere nevnt, er det viktig at kommunen sørger for at de formaliserte dokumentene bekjentgjøres i organisasjonen, slik at de kan etterleves i praksis.
- Hva angår teknisk avdelings reiseregninger, konkluderer revisjonen med at kommunen bør fortsette arbeidet med å innføre det elektroniske reiseregningssystemet Visma Expense.net. Dette vil redusere risikoen for avvik i denne sammenhengen.

10 Anbefalinger

Revisor gir sine anbefalinger med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort i revisjonsprosjektet. For å oppnå et helhetlig system for intern kontroll og integrere dette i kommuneorganisasjonen anbefaler vi at rådmannen vurderer følgende:

- Internkontroll bør få økt prioritet i rådmannens kommunikasjon med avdelingslederne. I lederforum bør man planlegge gjennomføringen av en overordnet risiko og sårbarhetsanalyse. I tillegg bør administrasjonen utforme et helhetlig dokument for internkontroll, blant annet med prosedyre for avvikshåndtering. Internkontrollen bør videre inngå i et årshjul for jevnlig repetisjon av rutiner, reglementer, samt en frekvent evaluering av tiltak.
- Sykehjemmet gjennomfører mye godt internkontrollarbeid blant annet ved hjelp av IKKS systemet og kvalitetsutvalget. Dette arbeidet bør i større grad kommuniseres til rådmannen,

så denne erfaringen kan deles med resten av kommunen. Lederforumet kan være en god arena å gjennomføre dette arbeidet i.

- Arbeidet med Compilos kvalitetssystem bør følges opp, herunder arbeidet med å forbedre oppfølgingen av avvik i kommunen. Informasjon om HMS rutiner bør også inngå i dette systemet. Sykehjemmets erfaringer fra innarbeidelse av rutiner i IKKS systemet kan bistå arbeidsmiljøutvalget i denne sammenheng.
- Rådmannen bør vurdere å, i større grad, basere sin rapportering om internkontroll i årsberetningen på det internkontrollarbeidet som gjennomføres i kommunens enheter
- Det bør vurderes hvordan man kan sikre at økonomikontoret når sine mål med hensyn til et a jour og pålitelig regnskap. Det vil i denne sammenheng være viktig at det leveres dokumentasjon og rapporteres innen fastsatte frister.
- For sykehjemmets kjøkken anbefales det at dokumentasjon av gjennomført kursdeltakelse legges ut på Compilos kvalitetssystem, når arbeidet med denne plattformen er på plass.
- Rådmannen bør sikre at regelverk for innkjøp er kjent for administrasjonen i teknisk avdeling, herunder økonomireglement, reglement for oppfølging av byggeprosjekter, samt delegasjonsreglement.
- Det bør vurderes hvordan man kan systematisere internkontrollarbeidet ved teknisk avdeling i større grad. Systemet for internkontroll bør omfatte risikovurderinger og avvikshåndtering.

Når det gjelder hvilke rutiner som finnes for å sikre en god internkontroll for økonomikontoret, medisinhåndtering, kjøkkendrift, samt innkjøpsrutiner og behandling av reiseregninger ved teknisk avdeling og hvordan rutineene fungerer i praksis, anbefaler vi at rådmannen vurderer:

- Det bør vurderes tiltak for å sikre at dokumentasjon vedrørende momskompensasjon blir oversendt økonomikontoret i tide, og med riktige mva. koder.
- Det bør jobbes med å innføre elektroniske attestasjons-, og anvisningsløsninger, da dette vil forenkle kontroll og etterlevelse av rutiner.
- Arbeidet med internkontroll i de reviderte enhetene bør i større grad kommuniseres til rådmannen for å bedre oversikten over tilstanden i kommunen. En standardisering av denne rapporteringen vil gi rådmann et bedre sammenlikningsgrunnlag for avdelingenes arbeid med internkontroll.
- Sykehjemmet bør sørge for å oppdatere sine lister over de ansattes kompetanse. I IKKS systemet skal det utføres jevnlig revisjon på alle dokumenter, og dette arbeidet bør gjenopptas når Compilos kvalitetssystem er tilstrekkelig implementert.
- Teknisk avdeling bør forbedre sin kontroll av innkjøpsrutinene, og verdifastsettelse av anskaffelsene. Dokumentasjon fra tidligere anskaffelser vil være nyttig informasjon i så måte.

Det bør videre tas høyde for et visst avvik ved verdifastsettelsen av anskaffelser slik at man unngår å benytte forenklede konkurranseregler.

- Arbeidet med implementeringen av Compilos kvalitetssystem bør for teknisk avdeling suppleres med innføring av et årshjul, for på denne måten å opprettholde bevissthet rundt internkontrollrutiner.

9 Rådmannens høringsuttalelse:



ÅSNES KOMMUNE

Rådhusgata 1, 2270 Flisa
post@asnes.kommune.no
62 95 66 00
asnes.kommune.no

Hedmark Revisjon IKS

Flisa 24.08.2016
Vår ref.: 14/689-
159/FRAHAU
Arkiv: K1 - 280, K3 - &01
Deres ref.:

Internkontroll i Åsnes kommune, foreløpig rapport

Rådmannen viser til brev av 6. juli 2016 med oversendelse av foreløpig rapport for forvaltningsrevisjonsprosjektet «Internkontroll i Åsnes kommune».

«Internkontroll i Åsnes kommune» er et omfattende forvaltningsrevisjonsprosjekt noe som kommer til uttrykk gjennom en grundig og omfangsrik rapport.

Generelt oppleves begrepsbruken i rapporten å være noe forvirrende. Eksempelvis benyttes virksomhetsledere og enhetsledere om hverandre både for Åsnes omsorgstjenester og Tekniske tjenester. Åsnes kommune er administrativt organisert i virksomhetsområder som ledes av en virksomhetsleder.

Det vises også til egne oversendinger med rettinger av faktaopplysninger i rapporten.

Rapporten avdekker flere forbedringsområder. Rapportens konklusjoner på problemstilling 1 «Har kommunen et helhetlig system for internkontroll?» og problemstilling 2 «Hvordan er systemet integrert i kommunens organisasjon?» gir en god beskrivelse og er godt dekkende for dagens status på internkontroll-området i Åsnes kommune og i tråd med rådmannens oppfatning.

Når det gjelder problemstilling 3 «Etablerte rutiner for å sikre en god internkontroll og hvordan rutineene fungerer i praksis» synliggjøres det flere konkrete avvik i form av fravær av rutiner/prosedyrer eller manglende oppfølging og etterlevelse av etablerte rutiner og vedtatte retningslinjer og reglement.

Rådmannen stiller seg noe spørrende til enkelte av revisjonens konklusjoner. Spesielt gjelder dette for konklusjoner under Tekniske tjenesters innkjøpsrutiner. Det konkluderes bl.a. med at regelverk for delegasjon av innkjøpsmyndighet i kommunen ikke er kjent for virksomhetsleder og i administrasjonen i tekniske tjenester og at en i større grad må prioritere sin kontroll av innkjøpsrutinene. Tekniske tjenester håndterer en rekke større og mindre anskaffelser hvert år og har gjennomgående god kjennskap og innsikt i anskaffelsesregler, myndighet og økonomireglement.



Videre konkluderes det med at virksomheten i større grad må prioritere forbedring av internkontrollen på innkjøpsområdet. Konklusjonene bygger på gjennomførte stikkprøver som har avdekket at innkjøpene ikke alltid gjennomføres iht lov og forskrift. Rådmannen oppfatter at konklusjonen i hovedsak bygger på utplukk av fem anskaffelser hvorav 3 av anskaffelsene var rett i overkant av kr 100 000. Et slikt utvalg synes noe smalt til å kunne konkludere med at kommunen ofte utarbeider for lave kostnadsanslag for å unngå konkurranseutsetting. Åsnes kommune forholder seg til gjeldende lover og forskrifter og forsøker alltid å utarbeide et mest mulig korrekt kostnadsoverslag, men kostnadsoverslag er forbundet med betydelig usikkerhet.

Åsnes kommune er godt i gang med innføring av et nytt kvalitetssystem Compilo. Systemet inneholder både en dokument-/rutinemodul og en modul for avvikshåndtering og vil bidra til en styrking av det systematiske internkontrollarbeidet i hele organisasjonen.

Rådmannen tar rapporten til etterretning. Rapporten gir et godt grunnlag for videre arbeid med å følge opp avvikene og anbefalingene som gis.

Som omtalt gir rapporten mange anbefalinger til forbedring og styrking av internkontrollen. Anbefalingene går både på systemnivå (problemstilling 1 og 2) og helt konkret på rutiner og prosedyrer samt etterlevelse av regler og retningslinjer (problemstilling 3). Etter rådmannens vurdering vil oppfølging av rapporten utløse behov for ulik behandling og tidshorisont. Flere av anbefalingene kan følges opp gjennom mindre forbedringstiltak og gjennomføres innen korte frister. For å følge opp anbefalingene på systemnivå vil rådmannen igangsette et utviklingsprosjekt for å styrke og integrere internkontrollen i den helhetlige styringen av kommunen.

Med vennlig hilsen

Frank Steinar Hauge
Rådmann

Dette brevet er godkjent elektronisk og sendes uten signatur.

10 Referanser

Veileder forvaltningsrevisjon. Kari Merete Andersen, Bodil Laastad, Stein Ove Songstad, Anna Ølnes (2006) - Oslo: Norges kommunerevisorforbund.

Social research methods. 2. utgave. Bryman, Alan (2004) - Oxford: Oxford University Press.

At fremstille kvalitative data. Dahler-Larsen, Peter (2002) -Odense: Odense universitetsforlag

Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2. utgave. Jacobsen, Dag Ingvar (2005) - Kristiansand: Høyskoleforlaget.

En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. Larsen, Ann Kristin (2007) - Bergen: Fagbokforlaget

Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner. Veileder Kommunal og regionaldepartementet 2012

85 tilrådingar om styrkt eigenkontroll i kommunane. Kommunal og regionaldepartementet 2009

Styrking av administrasjonssjefens internkontroll og risikovurdering. Rapport fra KPMG 2011

Rådmannens internkontroll – Orden i eget hus! Kommunenes Sentralforbund 2012

Rådmannens internkontroll – Hvordan få orden i eget hus! Kommunenes sentralforbund 2013

Kommuneregnskapet. Øyvind Sunde – NKK Kommunaløkonomisk forlag

Intern kontroll – et integrert rammeverk (COSO-rapporten). Cappelen akademiske forlag 1996

Veileder for kontraktsoppfølging av offentlige anskaffelser. Direktoratet for forvaltning og IKT

Rutiner for trygg mat – En innføring i internkontroll og HACCP. Mattilsynet

11 Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier

Det er i det følgende utledet revisjonskriterier i forhold til overordnet system for internkontroll og i forhold til innkjøp, legemiddelhåndtering og kjøkkendrift

11.6 Overordnet system for intern kontroll

Utgangspunktet når det gjelder kriterier for denne revisjonen er rådmannens ansvar for intern kontroll slik det fremgår av KommuneLOVEN (KL) § 23. Det heter her at:

Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Hva «betryggende kontroll» innebærer er nærmere beskrevet i forarbeidene til bestemmelsen. 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), viser til at «....Selv om administrasjonssjefen etter kommuneLOVEN i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som bl.a. skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt....»

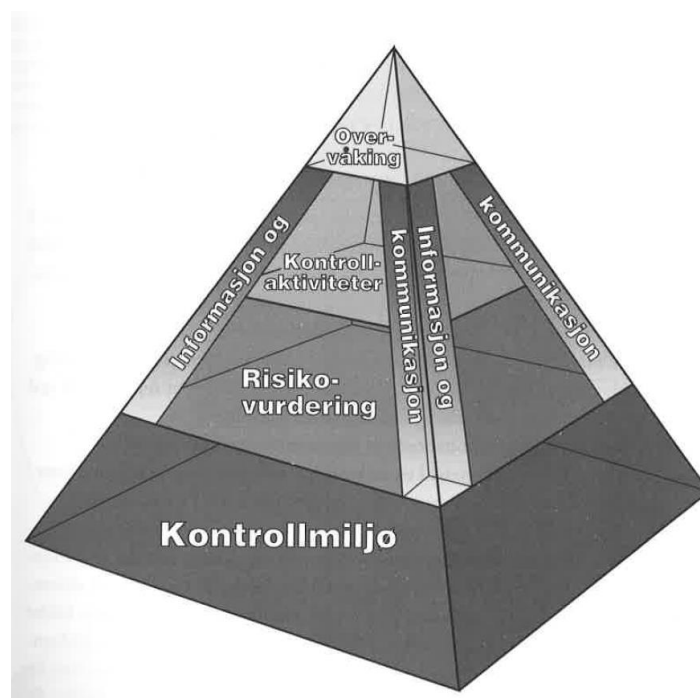
Intensjonen med lovteksten i § 23, 2 ledd var og i større grad presisere rådmannens ansvar på dette området. Dette, samt hva departementet har lagt i internkontrollbegrepet er videre omtalt i proposisjonens kapittel 4.3 om administrasjonssjefens ansvar for kontroll og tilsyn. Det heter her at:

«....Administrasjonssjefen har et selvstendig ansvar for å føre kontroll med kommunens virksomhet. Det er ledelsen i en organisasjon som har ansvaret for å etablere et tilfredsstillende internkontrollsystem. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regelverk....»

Det finnes en rekke tilpasninger til definisjonen ovenfor, men den danner likevel grunnlaget for forståelsen av begrepet internkontroll. I denne forvaltningsrevisjonen vil det også være naturlig å trekke inn pålitelig intern rapportering og overholdelse av interne retningslinjer og vedtak.

Arbeidsgruppa som sto bak rapporten «85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane» hadde blant annet som mandat å foreslå tiltak for at kommunene skulle utvikle en helhetlig internkontroll²⁰. Det finnes ulike innfallsvinkler i forhold til å beskrive et helhetlig internkontroll system. Et av de mest brukte rammeverkene for å beskrive et helhetlig internkontroll system er COSO modellen. Sentrale komponenter i modellen er styrings- og kontrollmiljø, risikokartlegging og vurdering, kontrollaktiviteter, kommunikasjon og informasjon og ledelsens oppfølging/overvåkning. De ulike komponentene er gjensidig avhengige av hverandre, og likeverdige deler av internkontrollsystemet. COCO modellen er fremstilt slik²¹:



Kontrollmiljøet henviser til menneskene som arbeider i virksomheten. De individuelle egenskaper de har og miljøet de arbeider i. Den enkeltes integritet, etiske verdier og kompetanse har betydning for kontrollmiljøet. Videre vil ledelsens filosofi og driftsform, måten ledelsen fordeler ansvar og myndighet på og hvordan den organiserer og utvikler de menneskelige ressursene på virke inn. Denne komponenten danner grunnlaget for de andre komponentene, og det er nødvendig å arbeide aktivt for å holde en høy standard på kontrollmiljøet.

Risikovurderinger omfatter måten virksomheten identifiserer, analyserer og håndterer risiko som kan påvirke virksomhetens måloppnåelse på. Det forutsettes at det er etablert internt forenelige

²⁰ Pkt. 7 i beskrivelsen av arbeidsgruppa sitt mandat

²¹ Figur hentet fra; Intern kontroll – et integrert rammeverk (COSO-rapporten). Cappelen akademiske forlag 1996

målsettinger knyttet til de ulike nivåer og avdelinger i virksomheten. Det må opprettes systemer og verktøy for risikovurdering.

Kontrollaktiviteter er de tiltak som virksomheten iverksetter for å møte/ redusere identifiserte risikoforhold med. Kontrollaktiviteter vil kunne foretas i hele organisasjonen, på alle nivåer og i alle funksjoner. Kontrollaktiviteter kan for eksempel være godkjenninger, anvisninger, verifikasjoner, avstemminger, sikring av ressurser, ansvarsfordeling etc. For å være sikker på at kontrollaktivitetene virkelig reduserer de risikoforhold de ment å redusere, kan det være hensiktsmessig å evaluere disse etter de har vært i bruk en stund.

Informasjon og kommunikasjon er sentralt i forbindelse med risikovurdering og kontrollaktivitetene. Organisasjonen er avhengig av gode systemer for informasjon og kommunikasjon for at de ansatte og ledelsen skal kunne fange opp og informere om risikoforhold, samtidig som aktuelle kontrolltiltak skal kommuniseres ut i organisasjonen.

Overvåkning av prosessene rundt intern kontroll er et lederansvar. Dette går ut på å teste og vurdere aktiviteten i de andre komponentene. Overvåkning er en forutsetning for at systemet skal kunne reagere dynamisk og endres når forholdene tilsier det. Det er også slik at risikovurderingssystemet må tilpasses den enkelte virksomhet.

I «85 tilrådingar om styrkt eigenkontroll i kommunane» heter det at administrasjonssjefens internkontrollansvar innebærer at denne skal etablere systemer for å sikre «betryggende kontroll» og teste at disse systemene fungerer. Rapporten gir videre tre sentrale råd når det gjelder intern kontroll. Disse er at:

- Risikoanalyser må danne grunnlaget for intern kontroll
- Internkontrollen må i større grad være en del av ordinær ledelse og virksomhetsstyring
- Det er nødvendig å formalisere mye av den internkontrollen som allerede gjøres

Når det gjelder risikoanalyser heter det i rapporten at kommunene i større grad bør benytte risikovurderinger i styring av virksomheten, og særlig når de skal definere innretningen og omfanget av kontrollaktiviteter. Kommunene oppfordres videre til å basere seg mindre på uformell kontroll. En formalisering av internkontrollen gjør kommunene mindre sårbar for skifte av personell, endring i omgivelsene og habilitetskritikk. Økt formalisering vil øke det organisatoriske minnet. Et av rådene som gis er at kommunene i forbindelse med formalisering av internkontrollen også gjør en innsats for økt grad av dokumentasjon på området.

I arbeidsheftet for KS sitt effektiviseringsnettverk²² fastslås det at COSO rammeverket er et godt utgangspunkt for styring av kommunenes internkontroll, men at rammeverket tross alt er utarbeidet for private virksomheter, og har et styringsmessig fokus på økonomiske målsettinger. For kommunene vil det være behov for et noe bredere perspektiv på styring. Altså vil et helhetlig internkontrollsystem måtte inneholde noe mer, eller ha et høyere presisjonsnivå, enn de faktorer som beskrives i dette rammeverket.

Intern kontroll er nært knyttet opp mot virksomhetsstyring, kvalitetssikring og overvåkning av prosesser og rutiner. KS anbefaler at ansvarsoppbyggingen av internkontrollen bør følge kommunens oppbygging og tilpasses kommunens helhetlige virksomhetsstyring. Tilsvarende bør ansvar for internkontroll kobles sammen med andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og for personalforvaltningen. Det anbefales også at medarbeidere og mellomledere ved virksomhetene er delaktige i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc.

KS sitt effektiviseringsnettverk har, med utgangspunkt i de signaler som KRD har gitt, utviklet en samlet modell for internkontroll som er presentert i arbeidsheftet (ibid). Modellen tar utgangspunkt i hensikten, eller formålet med internkontroll. Formålet er å sikre kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen og etterlevelse av lover og regler, samt sikre helhetlig og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet. Modellen viser videre til tre sentrale vilkår som bør være tilstede for å ha betryggende kontroll. Dette er risikovurdering, formalisering og kontrollaktiviteter. Modellen tar videre hensyn til at ulike deler av kommunens virksomhet er mangeartet og at risikobildet er sammensatt, og man har derfor delt internkontrollens virkeområde i tre kategorier. Sektorovergripende, tjenestespesifikk og støtteprosesser. I tillegg beskriver modellen rådmannens oppfølging av internkontrollen (overvåkning av internkontrollen i COSO modellen) som en prosess som berører alle de andre elementene i modellen. Den samlede modellen er presentert slik i arbeidsheftet (ibid):

²² Rådmannens internkontroll – Hvordan få orden i eget hus! – kommunenes sentralforbund 2013



Vi vurderer at COSO modellen i stor grad dekker de samme områder som KS sin modell, men at KS i større grad legger til grunn de føringer som er lagt fra statlige myndigheter sin side for kommunenes internkontrollarbeid.

Når det gjelder formålet med internkontrollen er dette noe utvidet i forhold til hva som er definert i COSO modellen. Etterlevelse av lover og regler er tilsvarende som i COSO modellen. I forhold til effektiv drift har man presisert at kvalitet er en viktig faktor i kommunens tjenester. Helhetlig styring og riktig utvikling vil kreve pålitelig rapportering, men denne målsettingen innebærer også å se internkontroll i sammenheng med øvrige styringssystem i kommunen. I kommunen vil videre omdømme og legitimitet være en viktig faktor å sikre ved hjelp av god internkontroll.

Det er et vilkår for god internkontroll at denne er basert på risikovurderinger. Risikovurderinger bør utgjøre grunnlaget for innretning av internkontrollen, og for tiltak og kontrollaktiviteter. Det vil gi mening å skille mellom strategisk nivå og operativt nivå når det gjelder risikovurderinger, og de bør gjennomføres systematisk for et område eller en arbeidsprosess. Sentrale spørsmål er «hva kan gå galt» og «hvor galt kan det gå». Det vil også være hensiktsmessig å vurdere risiko for avvik i forhold til kommunens målsettinger. Generelt og i forhold til formålet med internkontrollen.

Et annet vilkår for god internkontroll er at den er mest mulig formalisert. Organisering, ansvar og roller bør formaliseres. Delegasjonsreglementet vil være et viktig dokument og det bør tydelig fremgå hva slags oppgaver den enkelte leder har i forhold til internkontroll. Formalisering vil også handle om å dokumentere rutiner og prosedyrer. Om mulig bør det innføres felles metoder, maler og rapporteringer for hele kommunen. Risikovurderinger er nevnt spesielt som et område hvor man bør ha felles mal. Det er videre anbefalt at dokumentasjon i forhold til internkontroll struktureres, samles på et sted og gjøres tilgjengelig for kommunens ledere og ansatte. Det bør også dokumenteres hvordan rapportering skal foregå og hvordan man skal aggregere opplysninger til et håndterbart nivå.

Det siste vilkåret for god internkontroll som vektlegges i modellen er at det gjennomføres kontrollaktiviteter i kommunen. Dette gjennom daglig og faglig virksomhet. Kontrollaktiviteter gjennomføres for å håndtere risiko, Det vil si at man gjennomfører tiltak for å redusere avdekket risiko. Kontrollaktiviteter kan også være planlagte stikkprøver og faste kontroller og avvikshåndtering. I forhold til avvikshåndtering er det anbefalt å ha oppmerksomhet på læring og forbedring.

Når det gjelder internkontrollens virkeområde er intensjonen at rådmannen gjennom den sektorovergripende internkontrollen formidler sine forventninger til organisasjonen og tilrettelegger for etterlevelse, styring og oversikt. Forventningene synliggjøres gjennom styringsdokumenter, dialog og sektorovergripende reglementer. Her inngår også forventningen om risikobasert internkontroll og rammer for hvordan virksomhetene skal arbeide og rapportere. Internkontrollen på dette nivået kan vurderes i forhold til hvorvidt det finnes sektorovergripende reglementer, om delegering og rapportering fungerer. Videre hvorvidt internkontrollen i tjenester og støtteprosesser er risikobasert, og om det er etablert rutiner og dokumentasjon for internkontroll i tjenesteproduksjon og støtteprosesser.

For støtteprosessene skal internkontrollen være ensartet på tvers av enheter og ledernivå, mens internkontrollen innenfor tjenesteområdene vil være utformet på bakgrunn av de risikoer som er spesielle for det enkelte området. Prosedyrer, regler og normer vil da følgelig variere i ulike etater, avdelinger og virksomheter.

I forhold til rådmannens oppfølging av internkontroll skal denne, som tidligere nevnt, gjennom sektorovergripende internkontroll etableres og tilrettelegges for systematisk og god internkontroll. Internkontrollsystemet skal bidra til styring og kontroll på områder som etikk, korrupsjon og misligheter, organisering, ansvar, myndighet og kompetanse. Det er viktig at den standard som det er lagt opp til med hensyn til internkontroll blir fulgt opp. Dette innebærer blant annet en rapportering som kan gi rådmannen tilstrekkelig trygghet for at internkontrollsystemet fungerer. Rapporteringssystemet må omfatte hele internkontrollens virkeområde. Samtidig vil det være umulig å ha oversikt over alle detaljer innen kommunens tjenesteproduksjon og de støttefunksjoner som finnes.

Det er anbefalt at rapporteringen gir informasjon på et aggregert nivå slik at den blir mulig å forholde seg til. For eksempel hva som gjøres i den enkelte enhet/virksomhet/etat, og risikofaktorer som eventuelt ikke er tilstrekkelig redusert, avvik som ikke er lukket etc. Rådmannen/rådmannsstaben bør også gjennomføre egne kontroller, kartlegginger og gjennomganger. Når det gjelder tilbakemelding/rapportering til rådmannen er det ikke tilstrekkelig og bare henvise til hva som er gjort, men også hva slags effekt tiltakene har hatt. Oppfølging bør skje innen den rapporterings- og styringsdialogen som sannsynligvis allerede finnes i kommunen. Det er videre anbefalt å ha

internkontroll som tema på for eksempel ledermøter og i ledersamtaler. Den informasjonen som er innhentet i forbindelse med rådmannens oppfølging bør også kunne danne grunnlaget for lovpålagt rapportering om internkontrollarbeidet i kommunen, i årsmeldingen.

Ut fra dette kan vi oppsummere følgende revisjonskriterier for vår vurdering:

1. Internkontrollsystemet er knyttet opp til, og tilpasset kommunens øvrige styringssystem med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering.
2. Ansvar for internkontroll er knyttet opp til andre lederoppgaver som økonomi, ansvar for kvalitet/fag og personalforvaltning
3. Internkontrollsystemet er basert på kommunens målsettinger (med hensyn til helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet, kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen samt etterlevelse av lover og regler).
4. Det gjennomføres kontrollaktiviteter som er et resultat av risikovurderinger. Sektorovergripende, på det enkelte tjenesteområde og for kommunens støttefunksjoner.
5. Internkontrollsystemet omfatter hele organisasjonen, og medarbeidere og ledere på alle nivåer deltar i utforming av nye løsninger, prosedyrer, rutiner, samhandling, internkontrolltiltak, risikovurderinger etc. på sine områder.
6. Internkontrollsystemet benyttes til læring og utvikling (systematisk forbedringsarbeid) og inkluderer også avvikshåndtering
7. Det finnes gode informasjons- og rapporteringssystemer hvor det foretas en fortløpende evaluering av tiltak som er iverksatt, og hvor en rapporterer både på hva som er gjort og hva som er oppnådd (effekten av tiltakene).
8. Rådmannens oppfølging av internkontrollsystemet fanger opp det arbeidet som gjøres i hele internkontrollens virkeområde.

11.7 Økonomisk intern kontroll

De generelle målsettinger med kommunens internkontroll vil også gjelde for kommunens økonomiavdeling. Det vil blant annet si at man skal ivareta kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet samt etterlevelse av lover og regler. I forbindelse med vurdering av om kommunen har et helhetlig system for internkontroll må enheten også ha rutiner for å rapportere om internkontroll arbeidet og eventuelle risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt i forhold til økonomiavdelingen.

Økonomisk intern kontroll kan potensielt innebefatte en rekke problemstillinger. Kontrollutvalgets bestilling av forvaltningsrevisjon av kommunens internkontroll vil kretse rundt fem

underproblemstillinger, hvorav økonomisk internkontroll er en. Rapportens omfang, og antallet timer revisjonen har til rådighet fra kontrollutvalgets side, nødvendiggjør en avgrensning av antallet problemstillinger hva angår økonomisk internkontroll. Utvalget av revisjonskriterier vil derfor avgrenses til hva revisjonen anser som de mest vesentlige i denne sammenheng. Dette vil være kriterier, problemstillinger, som revisjonen vurderer at kan være en utfordring for kommunen.

For å utlede revisjonskriterier til økonomisk intern kontroll har revisjonen tatt utgangspunkt i forskrift om årsbudsjett, forskrift om årsregnskap og årsberetning, samt bokføringsloven. I tillegg har vi utledet kriterier fra KS sitt hefte «Rådmannens internkontroll, Hvordan få orden i eget hus», og Kommunal og Regionaldepartementets rapport «85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane».

I forskrift om årsbudsjett, heter det i § 1 at forskriften gjelder for kommuner og fylkeskommuner, og vil dermed legge føringer for de prosedyrene som vil undersøkes i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Forskriftens § 10 berører budsjettstyring, og det heter at administrasjonssjefen, eventuelt kommune-/fylkesrådet gjennom budsjettåret skal legge fram rapporter for kommunestyret eller fylkestinget som viser utviklingen i inntekter og innbetalinger og utgifter og utbetalinger i henhold til det vedtatte årsbudsjettet, samt forslag til tiltak dersom det har oppstått avvik. Revisjonens kriterie 9 utledes fra denne paragraf, som skal undersøke hvorvidt rådmann rapporterer budsjett og regnskap til kommunestyret.

Kommunesektorens Organisasjon skriver i sitt hefte «Rådmannens internkontroll, Hvordan få orden i eget hus», om rådmannens oppfølging og internkontroll av støtteprosesser, aktiviteter, tjenester og prosesser som utøves for å støtte opp under tjenesteproduksjon og annen kommunal virksomhet. For rådmannen er det viktig å føle trygghet for at han/hun får relevant informasjon til riktig tid. Dette gjelder oppdatering om enkelthendelser, eller avvik som har stor betydning, og det gjelder faste rapporteringer som også bør inkludere avklarte punkter om internkontroll. Fra dette utleder vi revisjonens kriterie 10.

Forskrift om årsbudsjett § 11 omhandler endringer i årsbudsjettet. I følge nevnte paragraf skal det foretas endringer i årsbudsjettet når dette må anses påkrevd. Kommunestyret eller fylkestinget skal selv foreta de nødvendige endringer i årsbudsjettet. Revisjonens kriterie 11 utledes fra denne paragrafen.

Lov om bokføring (bokføringsloven) § 4, om grunnleggende bokføringsprinsipper, lovfester bokføring, spesifikasjon, dokumentasjon og oppbevaring av regnskapsopplysninger. Ifølge denne hjemmelen skal det foreligge et ordentlig og oversiktlig regnskapssystem som muliggjør produksjon av pliktig regnskapsrapportering og spesifikasjoner, og som er innrettet slik at opplysningsplikten kan ivaretas. Alle transaksjoner og andre regnskapsmessige disposisjoner skal bokføres på en fullstendig måte i

regnskapssystemet. Videre skal bokførte opplysninger være resultat av faktisk inntrufne hendelser eller regnskapsmessige vurderinger og skal gjelde den bokføringspliktige virksomheten. Opplysninger skal bokføres og spesifiseres korrekt og nøyaktig og spesifiseres så ofte som opplysningens karakter og den bokføringspliktige virksomhetens art og omfang tilsier. Disse lovhjemler ligger bak kriterie 12. Videre har vi utledet revisjonskriterie 13 fra bokføringslovens paragraf 11, hvor det heter at det ved utarbeidelse av årsregnskap og næringsoppgave skal foreligge dokumentasjon for alle balanseposter med mindre de er ubetydelige.

Kommunal og regionaldepartementets rapport «85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane» finner vi formaliserte anmodninger om tiltak som kan styrke kommunens egenkontroll. Denne rapporten gir, som tittelen antyder, en samling tilrådninger til kommunestyret, administrasjonen, kontrollutvalgene og revisjonen, for å sette fokus på, og forbedre, kommunens interne kontroll.

I prinsippene for god internkontroll finner vi tilrådninger som i følge arbeidsgruppen kan være gode å bruke for administrasjonssjefene i kommunene. Tilråkning 16 heter det at kommunene bør basere seg mindre på uformell kontroll, en formalisering vil gjøre kommunen mindre sårbar for skifte av personell, endringer i omgivelsene og habilitetskritikk og vil øke det organisatoriske minnet. Denne tilråkningen er utgangspunktet for kriterie 15. Videre er også tilråkning 19 viktig for nevnte kriterie, at kommunene bør ha, bruke og holde ved like dokument som gjør greie for roller og ansvar og at kontrollansvaret bør inkluderes i disse dokumentene i større grad. Disse, så vel som tilråkning 20 er også bakgrunnen for revisjonskriterie 16. Sistnevnte tilråkning stipulerer at kommunene bør sikre arbeidsdelingen ved utforming og utføring av kontroller. Prinsippet om arbeidsdeling vil si at en og samme person ikke skal være ansvarlig for både aktiviteten og kontrollen.

9. Rådmann skal i løpet av regnskapsåret rapportere budsjett og regnskap. Ved avvik skal forslag til tiltak legges frem
10. Rådmann fører oppsyn over den økonomiske internkontrollen i kommunen
11. Økonomiavdelingen skal foreta endringer i årsbudsjettet når dette anses påkrevd, noe som vil gjøre seg gjeldende ved omdisponeringer eller endrede forutsetninger. Dette for å sikre at budsjettet er mest mulig realistisk
12. Kommunen skal løpende registrere alle inntekter og innbetalinger, utgifter og utbetalinger. Dette vil si at regnskapet til enhver tid er á jour. Dette har også betydning i forhold til regnskapsrapportering.
13. Kommunen skal gjennomføre en rapportering av balanse- og resultatregnskapet til tertial- og årsrapport som er fullstendig og ajourholdt.
14. Enheten har skriftlige prosedyrer for å klargjøre de ansattes arbeidsoppgaver. Prosedyrene skal også ivareta tilstrekkelig arbeidsdeling.

15. Enhetene har skriftlige rutiner for attestasjon og anvisning, og at disse fungerer i praksis.

11.8 Medisinhandling

De generelle målsettinger med kommunens internkontroll vil også gjelde for medisinhandling. Det vil blant annet si at medisinhandlingen skal ivareta kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet samt etterlevelse av lover og regler.

I forbindelse med vurdering av om kommunen har et helhetlig system for internkontroll må enheten også ha rutiner for å rapportere om internkontroll arbeidet og eventuelle risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for medisinhandlingen.

11.9 Om bestilling av medisiner:

Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek gir bestemmelser som skal sikre forsvarlig rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek til blant annet institusjoner. Forskriftens § 2-9 omhandler rekvirering til lokalt legemiddellager. Det heter her at virksomhetsleder kan rekvirere legemidler i henhold til liste godkjent av lege. Virksomhetsleder har imidlertid mulighet til å delegere rekvisisjonsfullmakten. Tilsvarende bestemmelse finnes i forskrift om legemiddelhandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Kommunen må ut fra dette ha rutiner for å utarbeide lister over legemidler og å få denne godkjent av lege. I henhold til helse og omsorgstjenesteloven § 5-5 skal kommunelegen være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

Ellers vil LOA/FOA gjelde også for denne typen anskaffelser, og det mest vanlige vil være at kommunen har inngått rammeavtale som dekker det meste av slike innkjøp.

11.10 Om oppbevaring og krav til rutiner:

Lov om helsepersonell mv. gir hjemmel for begrenset rekvireringsrett til reseptbelagte legemidler § 16 annet ledd åpner for ordinering av legemidler gjennom en virksomhets prosedyrer til erstatning for ordinering fra lege/tannlege. Departementet har gitt nærmere bestemmelser om dette i forskrift om legemiddelhandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

En aktuell bestemmelse her er § 4 som omhandler virksomhetsleders ansvar. Det heter her at når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning som kan bistå med medisinfaglige råd. Virksomhetsleder har videre ansvaret for å sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler har tilstrekkelig kompetanse, og at virksomheten har rutiner som kvalitetssikrer informasjon om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse og utskriving, og ved overføring innen virksomheten.

Virksomhetsleder er også ansvarlig for å sørge for internkontrollen ved virksomheten. I dette ligger at man må sørge for å etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer blant annet prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Det er understreket at prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten. Det skal også gis skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Det er understreket at disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten. Internkontrollen skal videre sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering og at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

§6 i Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp omhandler oppbevaring av legemidler, og utgangspunktet er at disse skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. For narkotiske stoffer stilles det ekstra strenge krav, og i forskrift om narkotika § 8 heter det at narkotika ikke skal lagerholdes i større mengder enn det som er nødvendig for virksomheten. Det er i § 12 presisert at virksomheter som har tillatelse til å håndtere narkotika skal ha nødvendig kontroll med lager og lagerbevegelser av narkotika. Virksomheten skal også kunne levere regnskap til departementet over siste års håndtering av narkotika (forskriftens § 14) og det er særskilt rapporteringsplikt for tap og svinn (forskriftens § 15). I følge forskrift om legemiddelhåndtering § 9 skal det for reseptgruppe A finnes oppdatert dokumentasjon på hvor mye den enkelte pasient har fått av denne typen legemidler. Mens det for reseptgruppe B er tilstrekkelig å ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler.

11.11 Medisinbruk:

§ 7 i forskrift om legemiddelhåndtering fastsetter krav til istandgjøring og utdeling av legemidler. Det heter her at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Det stilles krav til merking av forpakning av legemidler knyttet opp til den enkelte pasient, og internkontrollsystemet skal ha prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte mellom byttbare legemidler.

Forskriften oppgir i § 8 bestemmelser om tilberedning av legemidler. Tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte og i egne lokaler som er utformet og dimensjonert slik at risikoen for sammenblanding av produkter, for krysskontaminasjon og annen forurensning av produktene unngås. Hygieneinstrukser, arbeidsmetodikk og dokumentasjon skal videre være tilpasset art og omfang av tilberedningen og er en del av virksomhetens internkontrollsystem.

Revisjonskriteriene for medisinbehandling kan etter dette konkretiseres som følger:

16. Enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for medisinbehandling.
17. Kommunen har en klar rolle-, og ansvarsfordeling i forhold til rekvirering av legemidler
18. Kommunen tilfredsstiller kompetansekravet i forhold til å kunne ordinere legemidler gjennom virksomhetens egne prosedyrer
19. Kommunen har skriftlige rutiner for å sikre ansatte sin kompetanse i forhold til legemiddelbehandling og sørger for at helsepersonell som håndterer legemidler til enhver tid, har tilstrekkelig kompetanse
20. Kommunen har ajourholdte skriftlige prosedyrer for legemiddelbehandling som blant annet omfatter prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering.
21. Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende
22. Kommunen har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppe A og B
23. Lagerbeholdningen av narkotiske stoffer holdes så lavt som mulig, og en har til enhver tid kontroll med lager og lagerbevegelser på et slikt detaljnivå at kravene i forskrift og kravene til rapportering overholdes
24. Kommunen har rutiner som kvalitetssikrer informasjon om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse, utskriving og overføring internt i virksomheten
25. Kommunen har rutiner som sikrer at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.
26. Kommunen har rutiner og lokaler som sikrer at legemidler tilberedes på forsvarlig måte

11.12 Kjøkkendrift

De generelle målsettinger med kommunens internkontroll vil også gjelde for kommunens kjøkkendrift. Det vil blant annet si at man skal ivareta kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet samt etterlevelse av lover og regler. I forbindelse med vurdering av om kommunen har et helhetlig system for internkontroll må enheten også ha rutiner for å rapportere om internkontroll arbeidet og eventuelle risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt i forhold til kjøkkendriften.

Med effektiv tjenesteproduksjon med god kvalitet må man i denne sammenheng kunne legge til grunn at man tenker økonomi i menyplanlegging, bestilling, varemottak og oppbevaring. Det vil si best mulig utnytting av matvarene og at man unngår svinn. Videre at det ikke serveres mat som gjør brukerne syke, og at brukerne får nok, næringsrik og god mat.

Matsvinn er et omfattende problem i hele verden. I Norge kaster vi over 350 000 tonn mat som burde vært spist fra matindustrien, dagligvarehandelen og hos forbrukerne. Undersøkelser viser at «utgått på dato» er den viktigste årsaken til at matsvinn oppstår i hele verdikjeden, og at riktig temperatur og valg av emballasje har stor betydning for matens holdbarhet.²³

Matvett AS²⁴ har utarbeidet en guide til miljøvennlig og lønnsom kjøkkendrift som blant inneholder en rekke anbefalinger for storhusholdninger/storkjøkkener. I tillegg har Mattilsynet gitt noen retningslinjer i relasjon til varemottak og holdbarhet av mat som har spesifiserte punkter i forhold til menyplanlegging, innkjøp av matvarer og varemottak. Videre lagerkontroll, oppbevaring av matvarer, servering, restemat og opplæring av de ansatte. Kommunen bør ha rutiner som tar hensyn til denne typen forhold.

Matloven stiller blant annet krav til hygiene i forbindelse med bearbeiding av næringsmidler – ytterligere spesifisert i forskrift om næringsmiddelhygiene og EU forordning nr. 852/2004. Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen stiller krav til internkontroll ved oppbevaring og tilberedning av mat. Det er mattilsynet som er delegert myndighet til å følge opp at bestemmelsene i matloven med forskrifter følges.

Krav i lov og forskrift er fulgt opp av matvarebransjen som har man sin egen versjon av risiko vurderinger, beskrevet i Mattilsynet brosjyre – Rutiner for trygg mat, en innføring i internkontroll og HACCP²⁵. Det heter her at alle virksomheter skal ha styring med farene i egen virksomhet, men omfanget av internkontroll kan variere. Grunnforutsetninger som renhold, hygiene, temperatur, opplæring og innkjøps- og mottakskontroll må alltid være på plass. Trinn to vil være å gjennomføre enklere fareanalyser i forhold til den maten som man oppbevarer og bearbeider, og innføre kontrolltiltak i henhold til dette. Virksomheter som produserer mat til sårbare grupper, som for eksempel pasienter på sykehus eller sykehjem må man også vurdere om de har såkalte «kritiske styringspunkter» i sin virksomhet som må kontrolleres og styres. Mattilsynet presiserer videre at det er viktig med opplæring til alle ansatte, slik at de kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Det er ofte dette som svikter når det oppstår avvik.

Prissetting ved kjøkkenet blir mer eller mindre komplisert i den grad kjøkkenet leverer produkter til ulike målgrupper og med ulike formål. Mens maten til de som bor på sykehjem og utlevering til

²³ Kilde: ForMat (www.matsvinn.no). ForMat er næringslivets satsing for å redusere matsvinnet. Matsvinn fra primærnærings og storhusholdning måles foreløpig ikke de kartlegginger som foretas av ForMat.

²⁴ Matvett AS er næringslivets satsing for å redusere mengden mat som kastes. Matvett eies av NHO Mat og Drikke, NHO Mat og Landbruk, Dagligvarehandelens Miljøforum (DMF), Dagligvareleverandørenes forening (DLF) og samarbeider bl.a. med Klima- og miljødepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

²⁵ Hazard Analysis and Critical Control Point. Oversatt til norsk; fareanalyse og kritisk styringspunkt

hjemmeboende kan sies å være en direkte eller nært relatert tjeneste til kommunens lovpålagte tjenester, kan salg til andre (for eksempel catering-virksomhet og salg til besøkende og ansatte på sykehjemmet) ha karakter av næringsvirksomhet (avhengig av omfang og om det er egnet til å gi overskudd).

I den delen av forvaltningsrevisjonen som fokuserer på prissetting/betaling for kjøkkenets ytelser og produkter ønsker vi derfor å stille spørsmål ved hva det prinsipielle og tekniske grunnlaget er for beregningen av betaling for maten og tjenestene. Det prinsipielle handler om det finnes kommunestyrevedtak eller annet grunnlag som legger føringer for hvilket prissettingsprinsipp som kjøkkenet (og de ulike deler av kjøkkenets virksomhet) skal drives etter, mens det tekniske grunnlaget handler om hvordan kommunen/kjøkkenet rent konkret beregner prisene/betalingen for varer og tjenester.

Manglende føringer for hvilket prinsipp tjenesten/produktene skal prissettes i henhold til kan potensielt medføre et tap av inntekter, dersom kjøkkenets prissetting er for lav. Det kan videre føre til for dyre produkter for brukene/kundene og dermed at inntektsnivået er for høyt. For eksempel i forhold til eventuelle politiske eller administrative beslutninger om servicenivået ved sykehjemmene. Det vil også eksistere risiko i forhold til at utregningene som ligger til grunn for prissettingen enten er mangelfulle og feilaktige, og er dette medfører et eventuelt tap av inntekter, eller at man ikke forholder seg til riktig prinsipp-grunnlag (selvkost, fortjeneste eller subsidiering).

Ut fra dette kan vi oppsummere følgende revisjonskriterier for oppbevaring og bruk/betaling for mat/matvarer:

27. Enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivare tatt for kjøkkendriften.
28. Kommunen har rutiner for menyplanlegging, bestilling, varemottak og oppbevaring som sikrer best mulig utnytting av matvarene og at man unngår svinn
29. Kommunen har interne kontrollrutiner og gjennomfører risikovurderinger i henhold til bransjestandard
30. Kommunen sørger for at det gis opplæring av alle ansatte som håndterer matvarer/mat med hensyn til å unngå svinn og å sikre at brukerne får nok, trygg og næringsrik mat
31. Det er klart hvilke prinsipper som skal ligge til grunn ved prisfastsetting når kommunen selger mat
32. Kommunen har rutiner som sikrer at prisfastsettelsen blir riktig

11.13 Utvalgte områder innen innkjøp

De generelle målsettinger med kommunens internkontroll vil gjelde også for innkjøpsrutinene. Det vil blant annet si at innkjøpsrutinene skal ivareta kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet samt etterlevelse av lover og regler.

I forbindelse med vurdering av om kommunen har et helhetlig system for internkontroll må enheten videre ha rutiner for å rapportere om internkontroll arbeidet og eventuelle risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for innkjøp og oppfølging av innkjøpskontrakter

I forbindelse med rapporten «85 tilrådingar om eigenkontroll i kommunane» ble det fastslått at det var ganske vanlig med mangler med hensyn til oppfølging av grunnleggende krav i LOA/FOA og dokumentasjon rundt anskaffelser i kommunesektoren. Årsaken til dette var for det første manglende regelverkskompetanse, men også manglende forankring av anskaffelsesområdet i virksomhetsledelsen

Rapporten anbefalte derfor at kommunene bør ha tydelige retningslinjer for innkjøp som skiller mellom rammeavtaler, direkteanskaffelser og avrop på rammeavtaler. Retningslinjene bør også skille mellom anskaffelser etter de ulike beløpsgrenser i anskaffelsesregelverket. Det vil i denne sammenheng også være relevant å ha rutiner for verdifastsettelse av anskaffelsene før de gjennomføres. Det anbefales også at kommunen lager et system for oppbevaring av rammeavtaler, slik at disse er tilgjengelige for de som skal bruke dem. Også for rutiner for innkjøp er anbefalingen at man i større grad formaliserer disse.

Det er videre anbefalt å definere ansvar og roller i anskaffelsesprosessen. Dette kan være i forhold til hvilke anskaffelser som kan gjennomføres i kommunens enheter/virksomhet og hvilke anskaffelser rådmannen/rådmannens stab skal ta hånd om. Videre hvem som har ansvaret for innkjøpspolicy og rutiner samt kontroller for å sikre etterlevelse av prosesskrav og avtaler som kommunen har inngått.

Videre er det anbefalt at kommunen har kontrollaktiviteter i tilknytning til bestilling, varemottak og utbetaling som reduserer risikoen for korrupsjon, misligheter og budsjettoverskridelser. Som eksempel er nevnt rutiner for kontroll av faktura mot kontraktsvilkårene, bestilling og faktisk levering, og viktigheten av arbeidsdeling er understreket. Det er også anbefalt å ha spesielle kontrollaktiviteter for kontraktsoppfølging som blant annet kan håndtere endringer underveis. Som for andre internkontrollområder som er nevnt i rapporten gjelder at rutinene i større grad bør formaliseres. Dette stiller krav til organisering for fordeling av ansvar og roller, dokumentasjon og rapportering/oppfølging.

Offentlige innkjøp er underlagt et omfattende regelverk i lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

Lov om offentlige anskaffelser gjelder alle anskaffelser uavhengig av verdi. Forskrift om offentlige anskaffelser er imidlertid inndelt i tre hoveddeler, hvis anvendelsesområde hovedsakelig beror på den anslåtte verdien for den angjeldende kontrakten.

- Del I gjelder for alle anskaffelser som omfattes av forskriften, uavhengig av art og verdi, jfr. foa. § 2-1 første ledd.
- Del II kommer hovedsakelig til anvendelse for anskaffelser med en anslått verdi på mellom kr. 500.000,- og EØS-terskelverdiene²⁶, jfr. foa. § 2-1 annet ledd
- Del III kommer hovedsakelig til anvendelse for anskaffelser med en anslått verdi som overstiger EØS-terskelverdiene¹⁰, jfr. foa. § 2-1 fjerde ledd.

Generelt kan det bemerkes at forskriftens del I inneholder langt færre detaljerte krav til hvordan anskaffelsen skal gjennomføres enn forskriftens del II og III. Ved anskaffelser som gjennomføres kun etter del I, har oppdragsgiver dermed større fleksibilitet til selv å bestemme hvordan anskaffelsene skal gjennomføres. Det er viktig at kommunen har rutiner som sikrer at regelverket overholdes for anskaffelser som faller inn under de ulike kapitler i loven

Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) har utgitt en veileder om kontraktsoppfølging i forbindelse med offentlige anskaffelser. Det er i denne blant annet anbefalt at kontraktsbestemmelsene bør være angitt i konkurransegrunnlaget når konkurranse om en leveranse bekjentgjøres. For eksempel i form av en behovs-/kravspesifikasjon.

DIFI gir videre anbefalinger om innholdet i kontraktene. Det heter at disse, foruten å inneholde beskrivelse av ytelsen, pris, betaling, varighet, levering også bør inneholde klausul om lønns- og arbeidsvilkår, mislighold og oppsigelse. I forhold til de to siste punktene bør det også være klart hva som er konsekvensen dersom kontrakten ikke overholdes/sanksjoner. Det anbefales også at man har oppfølging av leverandører underveis for kontrakter som varer over noe tid. Dette vil være typisk for eksempelvis rammeavtaler.

I forbindelse med medisin håndtering og kjøkkendrift er det sannsynlig at innkjøpene i stor grad foregår via inngåtte rammeavtaler, og risikoen er forbundet med om disse benyttes eller ikke. Når det gjelder eiendomsavdelingen vil sannsynligvis mye av innkjøpene skje i forbindelse med byggeprosjekter og gjennom vedlikeholdsavtaler.

Vi vil i det følgende legge til grunn revisjonskriterier som retter seg mot utarbeidelse og bekjentgjøring av rutiner for innkjøp og oppfølging av innkjøpskontrakter. Disse kan konkretiseres på følgende måte:

²⁶ EØS-terskelverdiene: kr. 1,6 millioner eks. mva for vare- og tjenestekontrakter, kr. 40 millioner eks. mva. for bygge- og anleggskontrakter, jfr. foa. § 2-2 første ledd.

33. Enhetene har rutiner for rapportering av internkontrollarbeidet og risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt for innkjøp.
34. Kommunen har klare regler for delegasjon av myndighet og roller i forhold til innkjøp og kontraktsoppfølging, og en hensiktsmessig arbeidsfordeling på området.
35. Det finnes formaliserte rutiner for innkjøp som skiller mellom rammeavtaler, direkteanskaffelser og avrop på rammeavtaler
36. Rutinene er kjent av de som skal benytte de, og sikrer at anskaffelser skjer i henhold til anskaffelsesregelverket
37. Kommunen har rutiner som sikrer at dokumentasjon i forbindelse med innkjøpene oppbevares på en hensiktsmessig måte
38. Før anskaffelsen gjennomføres, gjøres et forsvarlig anslag over det samlede beløp som kommunen kan komme til å betale eks. mva. for kontrakter som utgjør anskaffelsen.
39. Kontraktsbestemmelser i forbindelse med kommunens anskaffelser er angitt i konkurransegrunnlaget
40. Kontraktene inneholder regler om mislighold, tvistebehandling og oppsigelse
41. Kommunen har formaliserte rutiner for oppfølging av innkjøpskontrakter, herav mottak av varer og tjenester samt attestasjon. Rutinene er kjent av de som skal benytte de og følges.
42. Kommunen har rutiner for oppfølging og evaluering av rammeavtaleleverandører og leverandører som har langtidskontrakter med kommunen.

11.14 Reiseregninger

De generelle målsettinger med kommunens internkontroll vil også gjelde for kommunens reiseregninger. Mer spesifikt for denne bestillingen, vil revisjonsprosjektet avgrenses til reiseregninger for teknisk avdeling. Det vil blant annet si at man skal ivareta kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, helhetlig styring og riktig utvikling, godt omdømme og legitimitet samt etterlevelse av lover og regler. I forbindelse med vurdering av om kommunen har et helhetlig system for internkontroll må enheten også ha rutiner for å rapportere om internkontroll arbeidet og eventuelle risikoforhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt i forhold til lønnsavdelingen.

Ifølge heftet «Rådmannens internkontroll, Orden i eget hus» skal internkontrollen være risikobasert. Risiko er å forstå som produktet av sannsynlighet og konsekvens for en hendelse. I arbeidet med internkontroll bør det være fokus på hendelser som kan ha negative konsekvenser for virksomheten. Uten en risikobasert tilnærming vil kommunen ikke ha kunnskap om hvorvidt etablerte tiltak/kontroller i tilstrekkelig grad faktisk reduserer risiko. Internkontrollens vesentlighet oppstår i

kombinasjonen av det potensielle risikoområdets mulige negative konsekvenser og deres alvorlighetsgrad. Dette legger grunnlaget for revisjonskriterie 45.

I den tidligere nevnte tilrådning 16 står det skrevet at kommunene bør basere seg mindre på uformell kontroll. En formalisering vil gjøre kommunen mindre sårbar for skifte av personell, endringer i omgivelsene og habilitetskritikk og vil øke det organisatoriske minnet. Formalisering av internkontrollen er en av de sentrale rådene som KS også gir for styrket internkontroll. De peker på tilstrekkelig formalisering som en forutsetning for intern kontroll. Oppfordringer om formalisering stykkes videre opp i underkategorier, hvorav organisering, ansvar og roller er viktigst for revisjonskriterie 46, som omhandler roller og ansvar for utbetaling av reisegodtgjørelse og bruk av og kontroll med elektronisk kjørebok, og at dette bør være utvetydig definert og nedfelt.

Kommunal og regionaldepartementets tilrådning 18, sier at kommunene i sammenheng med behovet for økt formalisering av internkontrollen, bør dokumentere internkontrollen i større grad. I dette legger vi blant annet at rutiner for attestasjon og anvisning for reisegodtgjørelser bør formaliseres i internkontrollsystemet, og settes ut i live. I tillegg er det viktig å ivareta rollefordelingen mellom attestasjon og anvisningsmyndighet. Dette plukkes også opp i tilrådning 19, om at kommunen bør ha, bruke og holde ved like dokumenter som gjør rede for roller og ansvar. I tillegg bør kommunene inkludere kontrollansvaret i disse dokumentene. Det nevnes videre i tilrådning 20 at kommunene bør sikre arbeidsdelingen ved utforming og utføring av kontroller. Prinsippet om arbeidsdeling vil si at en og samme person ikke skal være ansvarlig for både aktiviteten og kontrollen. Disse tilrådingene legger føringer for vår kontroll av attestasjon og anvisningsrutiner for utbetaling av reisegodtgjørelser i kriterie 50.

I tilrådning 21 leser vi at kommunene bør ha en systematisk tilnærming til kompetanseutvikling og sikring gjennom opplæringstiltak og informasjon og ved rekruttering. KS forklarer at det er de ansatte som i det daglige utfører mye av internkontrollen, og det er dermed viktig at de er aktive deltakere og får påvirke hvordan forbedringsarbeidet legges opp. Viktigheten av å distribuere informasjon til medarbeiderne poengteres også i tilrådning 23: Kommunene bør etablere tiltak som sikrer god løpende informasjon og kommunikasjon til ledere og medarbeidere, og som sørger for at de får nødvendig opplæring og kompetanse. Dette vil gjelde både tjenesteproduksjon og de mer interne gjøremål. Videre må administrasjonssjefen ta ansvaret for å følge opp internkontrollen systematisk og reagere ved avvik og brudd. Informasjonen som gis til medarbeiderne må med andre ord følges opp av tiltak fra rådmannen sin side for å forbedre situasjonen. For kriterie 51 er imidlertid det viktigste å kontrollere at kommunen informerer internt om når det skal fylles ut reiseregninger samt hvordan elektronisk kjørebok brukes. Dette er viktig i og med KS sin observasjon om at det meste av

internkontrollen og internkontrolltiltakene skjer på tjenestenivå og «avsluttes» der. Tilstrekkelig implementering av informasjonsdistribusjon vil dermed spare administrasjonen for mye arbeid.

KS skriver at systematisk internkontroll betyr oppfølging og vedlikehold av internkontrollen. Det er viktig at kommunen evaluerer om internkontrollen fungerer, at det tas stilling til om det som rapporteres fra medarbeiderne fører til forbedringer i den kommunale driften. Dette fanges opp i tilrådning 22: Kommunene bør i den løpende driften av internkontrollen prioritere nok ressurser og prioritere nødvendig vedlikehold høyere. Sentralt i et velfungerende vedlikeholdsregime er det at ansvaret for oppdatering/revidering av for eksempel risikovurderinger og dokumentasjon skjer regelmessig og i faste intervall, for eksempel i et internkontroll-årshjul.

45. Kommunen bør ha en hensiktsmessig organisering av området reisegodtgjørelse og elektronisk kjørebok, som ivaretar risiko og vesentlighet.
46. Roller og ansvar for utbetaling av reisegodtgjørelse og bruk av og kontroll med elektronisk kjørebok bør være utvetydig definert og nedfelt.
47. Kommunen bør etablere kontrollaktiviteter som bidrar til at risiko for ikke å nå målsettinger reduseres til akseptable nivåer, herunder etablere rutiner for attestasjon og anvisning for utbetaling av reisegodtgjørelse.
48. Kommunen bør informere internt om når det skal fylles ut reiseregning og hvordan, samt hvordan elektronisk kjørebok brukes.
49. Retningslinjer og rutiner bør være lett tilgjengelige for de ansatte.

Kriteriene vil presenteres i kortutgave (Pkt. 1 – 49) i rapporten under de problemstillinger hvor de hører hjemme.

Vedlegg B: Vurdering av reliabilitet og validitet i undersøkelsen

Denne forvaltningsrevisjonen er utarbeidet i henhold til RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon vedtatt av Norges kommunerevisorforbund 01.02.2011. I standardens punkt 27 er det presisert at revisor i valg av metode skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) i forhold til problemstillingene. Videre skal revisor sikre at datainnsamlingen gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet).

Reliabilitet vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle.²⁷ Betegnelsen sikter til *nøyaktigheten* i de ulike operasjonene i denne prosessen, herunder utformingen av undersøkelsesopplegget og hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført. Høy reliabilitet betyr at uavhengige målinger skal gi et tilnærmet identisk resultat om en gjennomfører en identisk undersøkelse flere ganger.

Reliabilitet har en noe annen betydning for innsamling av de mer kvalitative data. Her er troverdighet en mer hensiktsmessig betegnelse²⁸. De kvalitative data i undersøkelsen er innhentet ved en grundigere gjennomgang av dokumentasjonen og intervjuer av flere personer i kommunen. Etter vår oppfatning er dataenes troverdighet høy. Reliabiliteten er sikret ved at det ved alle intervjuer har deltatt to representanter fra revisjonen. Den ene har stått for utspørringen, mens den andre har hatt ansvaret for å ta notater. Det er skrevet referater som er kvalitetssikret internt ved revisjonen. Referat fra oppstartmøte, og øvrige intervjuer/ samtaler er verifisert av deltakerne. I tillegg er det i forbindelse med rådmannens høring av foreløpig rapport, bedt om tilbakemelding på fremstillingen av innhentede data (faktadel) i rapporten.

Validitet sier noe om hvor treffende eller *relevante* dataene er for det vi har tenkt å undersøke. For en forvaltningsrevisjon referer begrepet til datamaterialets gyldighet i forhold til de problemstillinger som skal belyses, og forutsetter at det er samsvar mellom problemstillinger, revisjonskriterier, data og dataanalyse. En enkel vurdering av validitet til Vedlegg B: Vurdering av reliabilitet og validitet i undersøkelsen.

Denne forvaltningsrevisjonen er utarbeidet i henhold til RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon vedtatt av Norges kommunerevisorforbund 01.02.2011. I standardens punkt 27 er det presisert at revisor i valg av metode skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) i forhold til problemstillingene. Videre skal revisor sikre at datainnsamlingen gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet).

²⁷ Veileder i forvaltningsrevisjon, 2006 s. 102

²⁸ Veileder i forvaltningsrevisjon, 2006 s. 102.

Reliabilitet vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle.²⁹ Betegnelsen sikter til *nøyaktigheten* i de ulike operasjonene i denne prosessen, herunder utformingen av undersøkelsesopplegget og hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført. Høy reliabilitet betyr at uavhengige målinger skal gi et tilnærmet identisk resultat om en gjennomfører en identisk undersøkelse flere ganger.

Reliabilitet har en noe annen betydning for innsamling av de mer kvalitative data. Her er troverdighet en mer hensiktsmessig betegnelse³⁰. De kvalitative data i undersøkelsen er innhentet ved en grundigere gjennomgang av dokumentasjonen og intervjuer av flere personer i kommunen. Etter vår oppfatning er dataenes troverdighet høy. Reliabiliteten er sikret ved at det ved alle intervjuer har deltatt to representanter fra revisjonen. Den ene har stått for utspørringen, mens den andre har hatt ansvaret for å ta notater. Det er skrevet referater som er kvalitetssikret internt ved revisjonen. Referat fra oppstartmøte, og øvrige intervjuer/ samtaler er verifisert av deltakerne. I tillegg er det i forbindelse med rådmannens høring av foreløpig rapport, bedt om tilbakemelding på fremstillingen av innhentede data (faktadel) i rapporten.

Validitet sier noe om hvor treffende eller *relevante* dataene er for det vi har tenkt å undersøke. For en forvaltningsrevisjon referer begrepet til datamaterialets gyldighet i forhold til de problemstillinger som skal belyses, og forutsetter at det er samsvar mellom problemstillinger, revisjonskriterier, data og dataanalyse. En enkel vurdering av validitet tilsier, at den er tilfredsstillende dersom det er åpenbart at de innsamlede data er gode og treffende i forhold til undersøkelsens intensjoner³¹.

Henvisningen til krav om samsvar mellom revisjonskriterier og data, viser til det man i samfunnsvitenskapelig metode betegner som *begrepsvaliditet* eller *definisjonsmessig validitet*. Denne formen for validitet er knyttet til hvorvidt undersøkelsen måler det den har til hensikt å måle. En forutsetning for dette er at begrepene man bruker er klarlagt.

En fordel med kvalitative intervjuundersøkelser er at de sikrer høy begrepsvaliditet. Det vil si at man faktisk måler det en søker å måle. I denne typen intervju er det nemlig intervjuobjektene som i stor grad definerer hva som er den «riktige» forståelsen av fenomenet (Jacobsen: 2005). Det kvalitative intervjuet påtvinger ikke respondentene faste svaralternativer som et kvantitativt spørreskjema. Ved å stille utdypende spørsmål kan man således styrke muligheten for å avklare eventuelle misforståelser (Larsen: 2007). For å forenkle analyse- og kategoriseringsarbeidet har det imidlertid blitt valgt å strukturere intervjuene noe.

²⁹ Veileder i forvaltningsrevisjon, 2006 s. 102

³⁰ Veileder i forvaltningsrevisjon, 2006 s. 102.

³¹ Veileder i forvaltningsrevisjon, 2006 s. 102

Intervjuene har tatt utgangspunkt i ledelsen og et utvalg av kommunens enheter. Det er valgt respondenter som har funksjoner/ansvar/arbeidsoppgaver i forhold til de områdene som vi skulle undersøke. En svakhet med undersøkelsesopplegget er at vi søker å gi et generelt svar på om kommunen har et helhetlig system for internkontroll ved kun å inkludere deler av kommunens virksomhet. Vi mener likevel at de områdene som er valgt ut til nærmere undersøkelse er sentrale funksjoner i en kommune, og at gjennomgangen er egnet til å gi en klar indikasjon på kommunens status i forhold til problemstillingene.

Den kvalitative metoden vektlegger detaljer, nyanserikdom og det unike ved hver enkelt respondent (Jacobsen: 2005). En styrke ved metoden er at den er egnet til å oppnå nærhet og dybde på et avgrenset område (Ryen: 2002). Metoden kan være egnet til å undersøke komplekse problemer (Dahler-Larsen: 2002). En svakhet med metoden er imidlertid at den kan være lite egnet til generalisering. Ofte deltar det kun et fåtall personer i kvalitative intervjuundersøkelser. Dette blant annet med bakgrunn i at gjennomføring av intervjuer er en omfattende og tidkrevende prosess. En konsekvens er at det kan bli problemer med representativiteten og dermed også muligheten til å generalisere (Bryman: 2004).

I tillegg til intervjudataene har vi supplert med informasjon fra dokumentanalysen og stikkprøvekontroller. Revisor anser den valgte metodetrianguleringen som velegnet til å kunne fremskaffe nyanserte data i relasjon til problemstillingen, hvilket igjen muliggjør at det kan reises aktuelle spørsmål med hensyn til internkontrollsystemet i kommunen. Det bemerkes at stikkprøvekontrollene er ment å skulle gi en indikasjon og/eller eksempel på hvordan rutinene fungerer i praksis. Omfanget er ikke av en slik art at man kan fastslå med 100 % sikkerhet at det er slik rutinene fungerer.

For å styrke undersøkelsens validitet har det videre blitt trukket inn regelverk og dokumenter fra statlig hold som berører forvaltningsrevisjonens problemområde. Dette har også dannet basis for utledningen av revisjonskriteriene og vil bidra til at det gis større visshet om at undersøkelsen og innhentet data er relevante.