

FORVALTNINGSREVISJON

INTERNKONTROLL

Med fokus på helse- og velferdsområdet



Levanger kommune

April 2019

FR1047

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA er Norges største interkommunale revisjonsselskap, og leverer revisjonstjenester innen regnskap, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll til 44 kommuner og en fylkeskommune.

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Levanger kommunes kontrollutvalg i perioden juni 2018 til april 2019.

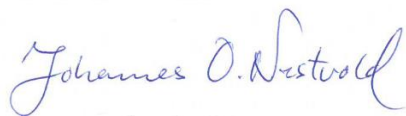
Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder/oppdragsansvarlig Johannes O. Nestvold, prosjektmedarbeider Merete M. Montero, og kvalitetssikrere Unni Romstad og Anna Ølnes. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Levanger kommune, jf. kommuneloven § 79 og forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner kapittel 6.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisionmidt norge.no

Steinkjer, 11.04.19



Oppdragsansvarlig revisor

¹ Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. § 7

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Bakgrunnen for prosjektet er at «*implementering av regler og rutiner, herunder internkontroll*» ble utpekt som et relevant tema ved gjennomføring av overordnet analyse for plan for forvaltningsrevisjon. Analysen påpeker blant annet at kommunen har satt fokus på internkontrollen, men at det finnes områder med forbedring. Temaet er vedtatt som siste prioritet i plan for forvaltningsrevisjon³, dette i henhold til kommunestyrets vedtak av 21.09.16, sak PS 45/16.

Hovedproblemstillingen som belyses i denne rapporten er om Levanger kommune har etablert et internkontrollsystem som ivaretar kommunelovens krav om betryggende kontroll.

Fremgangsmåter for datainnsamling til rapporten har vært intervjuer med nøkkelpersoner i ledelsen, gjennomgang av kommunens dokumentasjon av internkontrollen og spørreundersøkelse til ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten. Revisors oppfatning er at det er etablert et bredt og omfattende datagrunnlag som har vært tilstrekkelig for å kunne svare på hovedproblemstillingen.

Gjennomgangen viser at revisor har fått svar på samtlige kriterier som er oppstilt, men at det i tråd med overordnet analyse for plan for forvaltningsrevisjon finnes områder innenfor internkontrollen med forbedringspotensial. Revisor har konkludert med at delegasjonsrekken for administrativt nivå fremstår som ufullstendig og utydelig, noe som igjen kan skape uklarhet i forhold til hvilken myndighet personer i ledelsen er tillagt. Opplæringen av ansatte og ledere, samt fokuset på lederutvikling bør styrkes for å sikre et godt fundament for internkontrollen. Videre har revisor konkludert med at rammene for risiko- og vesentlighetsarbeidet (ROS-analyse) er for snevert til å kunne fange opp det totale risikobildet, noe som igjen har innvirkningen på hvilke risikoer som faktisk følges opp. Når det gjelder flyten av informasjon i virksomheten er det enkelte temaer som vurderes mer negativt enn andre av de ansatte. Til slutt har revisor påpekt at planstyringen legger opp til en mer detaljert rapportering opp mot planverket enn det som gjennomføres i dag.

Revisors hovedkonklusjon er at Levanger kommune ikke fullt ut har etablert et internkontrollsystem som ivaretar kommunelovens krav om betryggende kontroll, dette ut fra ovenfornevnte forbedringsområder.

³ Plan for forvaltningsrevisjon datert 23.06.2016 sak 018/16

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling	8
1.2 Problemstillinger	9
1.3 Metode	9
1.4 Bakgrunn.....	10
1.4.1 Hva er internkontroll?	10
1.4.2 Rammeverket for internkontroll	11
1.4.3 Risikoforhold innen sektorer.....	11
1.4.4 Kommunens organisering	12
2 KONTROLLMILJØET	13
2.1 Problemstilling	13
2.2 Revisjonskriterier	13
2.3 Datagrunnlag.....	13
2.3.1 Ledelsens holdning til internkontrollen	13
2.3.2 Fordeling av ansvar og myndighet	15
2.3.3 Fokus på opplæring, kompetanse og etikk	18
2.4 Vurdering.....	20
2.4.1 Ledelsens holdning til internkontrollen	20
2.4.2 Fordeling av ansvar og myndighet	21
2.4.3 Fokus på opplæring, kompetanse og etikk	21
2.5 Delkonklusjon	22
3 RISIKOVURDERING	23
3.1 Problemstilling	23
3.2 Revisjonskriterier	23
3.3 Datagrunnlag.....	23
3.3.1 System for identifisering og analyse av risiko	23
3.3.2 System for håndtering av risiko	25
3.4 Vurdering.....	26
3.4.1 System for identifisering og analyse av risiko	26
3.4.2 System for håndtering av risiko	26
3.5 Delkonklusjon	27
4 KONTROLLAKTIVITETER	28
4.1 Problemstilling	28
4.2 Revisjonskriterier	28
4.3 Datagrunnlag.....	28
4.3.1 Dokumenterte rutiner	29
4.3.2 Rutiner for melding av avvik	32
4.3.3 Rutiner for rapportering på måloppnåelse	33

4.3.4	Oversikt over sentrale kontrollhandlinger	35
4.4	Vurdering.....	36
4.4.1	Dokumenterte rutiner	36
4.4.2	Rutiner for melding av avvik.....	36
4.4.3	Rutiner for rapportering på måloppnåelse	36
4.4.4	Oversikt over sentrale kontrollhandlinger	37
4.5	Delkonklusjon.....	38
5	INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON.....	39
5.1	Problemstilling	39
5.2	Revisjonskriterier.....	39
5.3	Datagrunnlag.....	39
5.3.1	Rutiner og system for informasjonsdeling	39
5.3.2	Rutiner og system for årshjul- og planarbeid.....	41
5.4	Vurdering.....	48
5.4.1	Rutiner og system for informasjonsdeling	48
5.4.2	Rutiner og system for årshjul- og planarbeid.....	50
5.5	Delkonklusjon.....	50
6	OVERVÅKING.....	51
6.1	Problemstilling	51
6.2	Revisjonskriterier.....	51
6.3	Datagrunnlag.....	51
6.3.1	Rutiner for etterlevelse	51
6.3.2	Rutiner for oppfølging av avvik.....	52
6.3.3	Rutiner for iverksetting av korrigerende tiltak	53
6.4	Vurdering.....	53
6.4.1	Rutiner for etterlevelse	53
6.4.2	Rutiner for oppfølging av avvik.....	53
6.4.3	Rutiner for iverksetting av korrigerende tiltak	53
6.5	Delkonklusjon.....	54
7	Høring	55
8	Hovedkonklusjon og anbefalinger.....	56
8.1	Hovedkonklusjon:	56
8.2	Anbefalinger:	57
	Kilder.....	58
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	59
	Vedlegg 2 – Høringssvar	66
	Vedlegg 3 – Data fra spørreundersøkelsen	67

Figurer

Figur 1, Organisasjonskart Levanger kommune	12
Figur 2, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Ledelsen i kommunen er opptatt av å sørge for en god internkontroll innen helse og velferdssektoren</i> ». N= 148	14
Figur 3, Ansvar som definert i lederavtalen for enhetsledere	16
Figur 4, Ansvar som definert i stillingsbeskrivelse for avdelingsledere i hjemmetjenesten.....	16
Figur 5, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Jeg synes opplæringen jeg har fått for mine arbeidsoppgaver har vært god</i> ». N= 148	18
Figur 6, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Arbeidsgiver gir meg mulighet til å øke min kompetanse</i> ». N= 148	19
Figur 7, Utdrag fra Levanger kommune sin rutine om vernerunder hentet fra Compilo	24
Figur 8, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Mitt inntrykk er at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse</i> ». N = 92	34
Figur 9, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Mitt inntrykk er at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse</i> », N = 56	35
Figur 10, Årshjul for Levanger kommune	41
Figur 11, Oversikt av prosessen i Levanger kommune sitt plan- og styringssystem.....	42
Figur 12, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter</i> ». N = 92	45
Figur 13, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter</i> ». N=56	45
Figur 14, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass</i> ». N = 92	46
Figur 15, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass</i> ». N=56	46
Figur 16, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Mitt inntrykk er at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god</i> ». N = 92	47
Figur 17, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Mitt inntrykk er at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god</i> ». N = 92	48
Figur 18, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: « <i>Jeg har inntrykk av at avvik for min enhet følge opp</i> ».....	52

Tabell

Tabell 1, Oversikt over sentrale rutiner	29
--	----

1 INNLEDNING

I dette kapittelet gjennomgår vi bestillingen, hovedproblemstilling og delproblemstillinger, samt bakgrunn og metode for prosjektet. I *vedlegg 1* er revisjonskriteriene som danner grunnlaget for vurderingene utarbeidet. Revisor legger til grunn følgende revisjonskriterier for rapporten:

Kontrollmiljøet

- *Ledelsen skal ha en aktiv holdning til internkontroll*
- *Kommunen skal ha en tydelig fordeling av ansvar og myndighet*
- *Kommunen skal ha fokus på opplæring, kompetanse og etikk*

Risikovurdering

- *Det skal etableres et system for å identifisere og analysere risiko*
- *Det skal etableres et system for å håndtere identifisert risiko*

Kontrollaktiviteter

- *Sentrale rutiner skal være dokumentert*
- *Det skal foreligge rutiner for melding av avvik*
- *Det bør foreligge rutiner for rapportering på måloppnåelse*
- *Kommunen skal ha oversikt over sine kontrollhandlinger*

Informasjon og kommunikasjon

- *Det bør foreligge rutiner og systemer for identifisering og formidling av forventninger, krav og øvrig informasjon i organisasjonen*
- *Det bør foreligge rutiner og systemer for årshjul- og planarbeid*

Overvåkning

- *Det bør være etablert rutiner for etterlevelse av besluttede tiltak, regler, krav*
- *Det bør være etablert rutiner for oppfølging av avvik*
- *Det bør være etablert rutiner for iverksetting av korrigerende tiltak*

Rådmannens høringssvar fremgår av *vedlegg 2*, mens spørreundersøkelsen brutt ned på enhetsnivå og på ledernivå fremgår av *vedlegg 3*.

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget (KU) sluttet seg til plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 den 23.06.2016, sak 018/16, som oppstiller «*internkontroll*» som et aktuelt område for forvaltningsrevisjon. Bestillingen kommer dermed opp som følge av denne, samt påpekte forbedringspunkter fra tidligere revisjoner. Prosjektet ble bestilt 19.06.18, sak 23/18 og det ble av KU fattet vedtak om at prosjektet skulle ha «*fokus på implementeringen av internkontroll på helse og velferdsområdet*», herunder «*hjemme- og institusjonstjenester*».

1.2 Problemstillinger

Følgende hovedproblemstilling vil bli besvart i rapporten:

Har Levanger kommune etablert et internkontrollsystem som ivaretar kommunelovens krav om betryggende kontroll?

Følgende delproblemstillinger er lagt til grunn for bedre å kunne svar på hovedproblemstillingen:

- *Har rådmannen etablert et tilfredsstillende kontrollmiljø i kommunen?*
- *Blir det gjennomført risikokartlegginger og vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler?*
- *Er det etablert rutiner, kontroll og rapportering som del av internkontrollen i helsetjenesten i kommunen?*
- *Har rådmannen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet?*
- *Er det etablert rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer?*

Revisjonen har i samråd med kontrollutvalget avklart avgrensningen av prosjektet, jf. vedtatt prosjektplan den 19.06.18, sak 23/18

Det ble vedtatt at revisor skal undersøke i hvilken grad kommunen har etablert et overordnet system for internkontroll, men spesielt se på internkontroll innen helse- og velferdsområdet, herunder institusjons- og hjemmetjenesten. Fokuset vil være å se på hvilke system, rutiner og praksis som er etablert, og om dette samsvarer med god praksis for internkontroll. Det er bestemt at kvalitets- og avvikssystemet skal gjøres til del av gjennomgangen. Prosjektet avgrenses mot internkontroll innen økonomi, lønn og regnskap.

1.3 Metode

Intervju av nøkkelpersoner i ledelsen har vært en viktig del av datainnsamling i denne undersøkelsen. Vi har blant annet intervjuet rådmannen, kommunalsjef helse og velferd, enhetslederne inne hjemmetjenesten og institusjonstjenesten og to av avdelingslederne (e-postintervju) dette for å få innblikk i systemet for internkontrollen, bruken av det og for å fange eventuelle ulikheter for nivåene.

Vi har foretatt en dokumentanalyse for å undersøke om rutiner, prosedyrer og øvrige styringsdokumenter er i tråd med systemet for internkontroll som er etablert. Vi har blant annet sett på dokumentasjon i forbindelse med planstyringen, dokumentasjon tilknyttet fordeling av ansvar og myndighet, sentrale rutinebeskrivelser, ROS-analyser, tertial og årsberetninger mv.

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten, dette for å se om det foreligger forskjeller i oppfatningen av internkontrollsystemet blant ledelsen og de øvrige ansatte. Undersøkelsen ble sendt ut til 475 ansatte, både ledere og øvrige ansatte. Svarprosenten ble til slutt 31 % og kan med dette sies å være lav. Det ble gitt påminnelse om undersøkelsen til de som i første omgang ikke hadde deltatt. Vurderinger basert på spørreundersøkelsen må derfor tolkes med varsomhet og ses i sammenheng med de øvrige dataene.

Revisjonen har vurdert relevans, pålitelighet og gyldighet for dataene vi har innhentet og legger til grunn at dette er tilfredsstillende. Metode og kildetilgang i denne forvaltningsrevisjonen har gitt tilstrekkelig grunnlag til å gi svar på de problemstillinger kontrollutvalget har vedtatt.

1.4 Bakgrunn

1.4.1 Hva er internkontroll?

Kravet om internkontroll i Norges kommuner er forankret i kommunelovens § 23. 2 ledd, som peker på at *«administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt»*. Administrasjonssjefen skal videre sørge for at *«administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instrukser, og at den er gjenstand for «betryggende kontroll»*.

Internkontroll er gjerne definert som systematiske tiltak som skal sikre kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen, at lover og regler etterleves og at uønskede hendelser unngås – altså *«betryggende kontroll»*. Hva som er *«betryggende kontroll»* avhenger av hvilke utfordringer kommunen har, hvilken risiko man er villig til å akseptere, de ansattes kompetanse, mm. Det er i stor grad et kommunalt valg å avgjøre hva det vil si å ha betryggende kontroll, men det bør være et bevisst valg.

I rapporten **«85 tilrådinger for styrket egenkontroll i kommunene»** blir det pekt på at det er viktig at internkontrollen tilpasses den enkelte kommune, ettersom kommunene har ulik organisering, utvikling, ansvarsdeling og kompetanse. Internkontrollforskriften peker også på at det er viktig at internkontrollen i en virksomhet står i forhold til virksomhetens egenart og størrelse. I denne rapporten blir internkontroll definert som:

«Prosedyrer systemer og rutiner som utformes og gjennomføres av de som har overordnet ansvar for styring og kontroll og av andre medarbeidere, for å gi rimelig sikkerhet for at enhetene når sine mål med hensyn til pålitelig økonomisk rapportering, effektiv drift, samt overholdelse av gjeldende lover og forskrifter.

Administrasjonssjefens internkontroll brukes for å beskrive det ansvaret og de oppgavene som ligger til administrasjonssjefen etter kommunelovens § 23 nr. 2⁴»

Internkontrollarbeidet i kommunen er videre regulert av en rekke lover og forskrifter som enten er sektorovergripende eller som definerer krav til internkontroll innenfor avgrensede områder av virksomheten. Sektorovergripende regelverk for internkontroll finner man for eksempel innenfor arbeidsmiljøloven, internkontrollforskriften, samt regelverk knyttet til informasjonssikkerhet⁵. Mer sektorspesifikke krav til internkontroll finner man i for eksempel i opplæringsloven, Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, innenfor barnevern, barnehager, mm.

1.4.2 Rammeverket for internkontroll

Det er ingen formelle form- eller innholds krav til internkontroll, og det foreligger i dag flere ulike metodiske rammeverk som kan brukes som grunnlag i arbeidet med internkontroll. Utvikling, implementering og praktisering av internkontroll vil derfor kunne ha mange ulike tilnærminger. De mest brukte modellene (rammeverkene) er COSO og ISO 9001 og i noen grad Balansert målstyring (BMS)⁶.

COSO og ISO 9001 fremstår som likeverdige når det gjelder egenskaper og funksjonalitet, men har enkelte svakheter på strategisk styring og kvalitetsutvikling, hvor nettopp BMS har sin styrke. Vi vil i vår vurdering av kommunens forståelse og praktisering av internkontrollarbeidet benytte COSO-modellen. Dette fordi COSO er et rammeverk spesielt utviklet for internkontroll, fremstår som nøytralt, og kan i prinsippet benyttes i alle organisasjoner som ønsker et helhetlig styringsverktøy.

For å kunne sette inn målrettede, forebyggende tiltak må bedriften kjenne sin egen risiko. Sammen med avvikshåndtering, utgjør risikovurdering og risikostyring kjernen i det systematiske internkontrollarbeidet. COSO og ISO 9001 fremstår som likeverdige når det gjelder egenskaper og funksjonalitet, men har enkelte svakheter på strategisk styring og kvalitetsutvikling, hvor nettopp BMS har sin styrke.

1.4.3 Risikoforhold innen sektorer

Hver kommune må dimensjonere sin internkontroll ut fra rådmannens vurdering av vesentlighet og risiko i lys av lokale behov og prioriteringer. Kommunestørrelse, kompetanse i organisasjonen, mm. påvirker behovet for formalisert internkontroll. Vedlikehold er vesentlig

⁴ Sml. 85 tilrådninger for styrket egenkontroll i kommunene, KRD, 2009a, s 21.

⁵ Personopplysningsforskriften kapittel 3.

⁶ PWC: Internkontroll i kommuner, kapittel 6.4, s 25

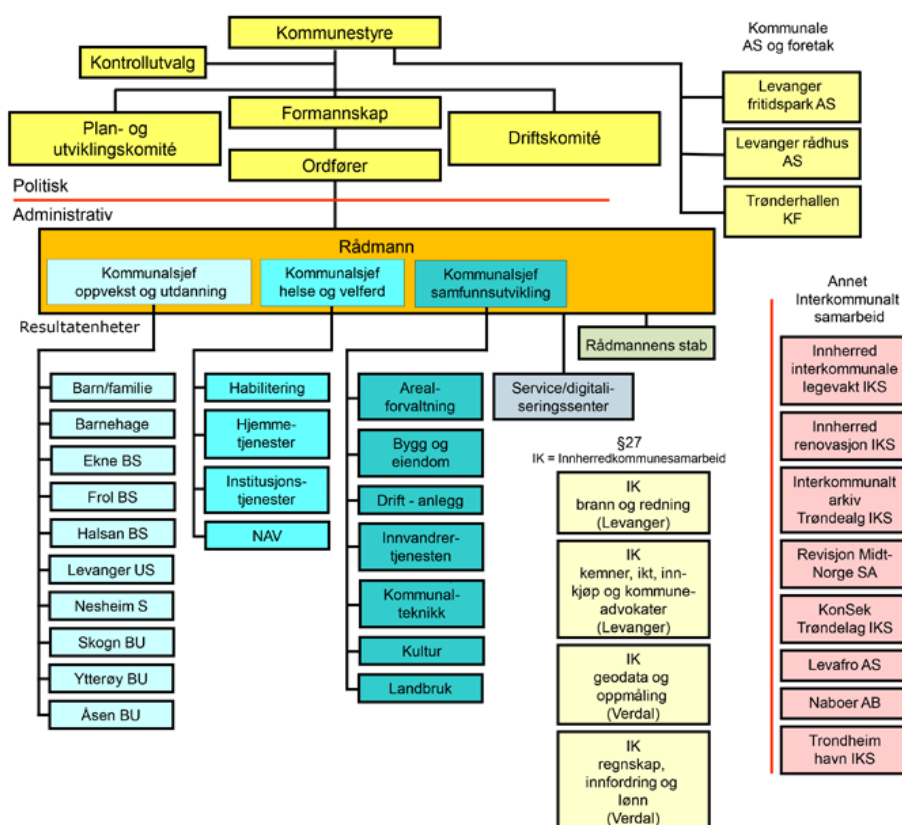
for all systematisk virksomhetsstyring. Dokumentasjon som ikke har nødvendig kvalitet, har begrenset verdi. Det er ikke tilstrekkelig å ha et velutviklet internkontrollsystem, man må også sikre at systemet brukes. Ved etableringen av internkontroll er det viktig å etablere og gjennomføre systematiske prosesser for å sikre etterlevelse⁷.

HVORDAN KOMMUNEN ORGANISERER DE AKTUELLE OPPGAVENE SOM ER TEMA FOR PROSJEKTET

1.4.4 Kommunens organisering

Helse- og velferdssektoren i Levanger består av NAV, institusjonstjenester, hjemmetjenester og habilitering. Tjenesteområde ble for en tid tilbake omorganisert. Per november 2018 var det, ifølge kommunalsjefen 691 faste ansatte ved helse- og omsorgstjenestene i Levanger kommune.

Figur 1, Organisasjonskart Levanger kommune



Kilde: Levanger kommune sin hjemmeside⁸

⁷ PWC: Internkontroll i kommuner, kapittel 7, s 27

⁸ Url: <https://www.levanger.kommune.no/Organisasjon/>

2 KONTROLLMILJØET

Kontrollmiljøet setter standarden for holdning til kontroll og styring. Kontrollmiljøet omfatter integritet, etiske verdier, ansattes kompetanse, ledelsens filosofi og driftsform, fordeling av ansvar og myndighet, organisering og utvikling av de menneskelige ressursene.

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende delproblemstilling for temaet kontrollmiljø:

- ***Har rådmannen etablert et tilfredsstillende kontrollmiljø i kommunen, herunder innenfor helse- og velferdsområdet?***

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- *Ledelsen skal ha en aktiv holdning til internkontroll*
- *Kommunen skal ha en tydelig fordeling av ansvar og myndighet*
- *Kommunen skal ha fokus på opplæring, kompetanse og etikk*

2.3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne problemstillingen er hentet fra intervju med ledelsen, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse til ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten.. Fra ledelsen er rådmannen, kommunalsjef, enhetsledere for institusjons- og hjemmetjenesten, samt to av avdelingslederne intervjuet.

2.3.1 Ledelsens holdning til internkontrollen

I revisors møte med rådmannen ble det stilt spørsmål om de sentrale områdene innenfor internkontrollen. Referatet viser at rådmannen har gitt utfyllende svar på de temaer revisor har stilt spørsmål om, dette i tillegg til å gi en innføring i Levanger kommune sitt overordnede system for internkontrollen. Rådmannen løfter både opp de aspekter ved internkontrollen han mener fungerer godt og det som fungerer mindre godt. Det vises til at rådmannen ser utfordringer innen ledelsesutviklingen og har tatt grep for å starte et arbeid med utredning av denne. Av andre utfordringer nevnes det å foreta raske endringer og enkelte habilitetsvurderinger.

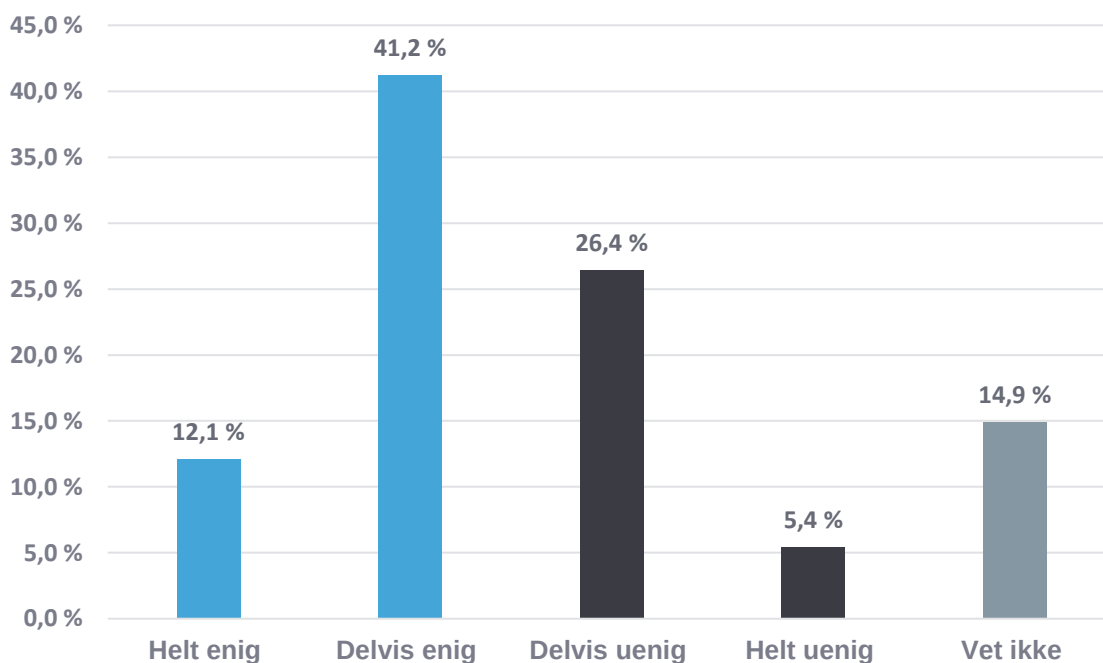
Kommunalsjef for helse- og velferd fremstår i samtale med revisor som oppdatert på sentrale områder innenfor internkontrollen. Både områder hvor man føler man har god kontroll og områder hvor man har forbedringspotensial trekkes frem. Av utfordring pekes det på tydelighet i delegasjonsreglement, informasjonsdeling, mål- og økonomistyring, og oppfatning av et for passivt forhold til «risiko og sårbarhetsanalyser» (ROS-analyser).

Enhetslederen gir i intervju også en innføring i internkontrollsystemet som samsvarer med rådmannens presentasjon. Revisor har fått utfyllende svar på de fleste temaene som er oppstilt innenfor internkontrollen. Enhetslederne gir tilbakemelding om at enkelte temaet er mindre kjent og begrunner dette med at ansettelsesforholdet er relativt nytt. Begge enhetsledere løfter frem områder som fungerer godt og områder hvor det foreligger forbedringspunkter. Eksempelvis er oppfatningen av ledelsesutvikling lik rådmannen sin beskrivelse. Av andre utfordringer trekkes opplæring av ledelse og målstyring frem. Både enhetslederne og avdelingslederne gir uttrykk for at internkontrollen er løftet frem som et viktig tema.

Fra spørreundersøkelsen til ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten

Revisor har i spørreundersøkelsen til de ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten spurt om *ledelsens holdning til internkontrollen*. Det er i selve spørsmålet til de ansatte vist til kommuneloven § 23 nr. 2 med følgende ordlyd "*administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll*".

Figur 2, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Ledelsen i kommunen er opptatt av å sørge for en god internkontroll innen helse og velferdssektoren». N= 148



Figuren viser at et lite flertall av de ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten er enig at ledelsen er opptatt av god internkontroll. Av vedlegg 3 ser vi at det ikke er store forskjeller mellom institusjonstjenesten og hjemmetjenesten for dette spørsmålet, men at det store

flertallet av ledere på 91 % er enig i at deres overordnede ledelse er opptatt av å sørge for en god internkontroll.

2.3.2 Fordeling av ansvar og myndighet

- **Ansvarsfordeling**

Rådmannen uttaler at hans overordnede oppgaver er å ha «*betryggende kontroll*» med virksomheten, noe som ikke er ensbetydende med en total kontroll. Rådmannen støtter seg derfor på lederteamet, som består av rådmannen, de tre kommunalsjefene, økonomisjef, personalsjef og utviklingsleder. Sammen foretar ledergruppen analyser på overordnet nivå. Denne strukturen har man hatt i Levanger siden 2006.

Kommunalsjef helse og velferd sine oppgaver består ifølge rådmannen av å koordinere og ha kontroll på sine enheter. Kommunalsjefstillingen vil derfor være et overordnet nivå i forhold til enhetslederne.

Enhetslederne i institusjon- og hjemmetjenesten er ifølge rådmannen delegert samme myndighet som han selv, dette når det gjelder fag, økonomi og personal. Kommunalsjefen uttaler at enhetslederstillingen i tillegg har ansvar for kvalitets- og avvikssystem, ved at avvik skal følges opp og tiltak iverksettes. Enhetslederne uttaler at ivaretagelse av permisjonsreglementet og behandling av permisjonssøknader er dette løftet opp til enhetsleder for få en enhetlig praksis. Det samme gjelder for lønn og regninger.

Lederavtalen ble ifølge rådmannen oppgradert i 2017. Det er startet en grundigere gjennomgang av lederavtalene for å forenkle disse. Enhetslederne innen institusjon- og hjemmetjenesten uttaler at hensikten med denne gjennomgangen er å tydeliggjøre lederansvaret og beskrive hvordan enhetslederne skal følges opp. Levanger kommune har vært på besøk hos Trondheim kommune for å få inspirasjon til det videre arbeidet. Tema er også mål og resultatstyring. I Trondheim kommune har man innført sertifisering av ledere på økonomi, ledelse og personal, noe også Levanger kommune anser som en mulighet.

Ansaret som oppstilles i *lederavtalen* datert 03.10.19 er for enhetsleder beskrevet på følgende måte:

«Innenfor sin enhet har enhetslederen

a) øverste administrative og faglige ansvar.

b) overordnet personalansvar for alle ansatte.

- c) ansvar for en effektiv organisasjon med godt arbeidsmiljø.*
 - d) ansvar for at arbeidsoppgaver gjennomføres med forventet kvalitet etter aktuelt lovverk, og i samsvar med kommunens plan- og styringsdokumenter.*
 - e) ansvar for effektiv forvaltning av økonomiske ressurser i henhold til budsjett og økonomiplan.*
 - f) ansvar for en bruker- og serviceorientert utvikling av enhetens tjenester.*
- Disse punktene gjelder også så langt de er relevante for avdelingsledere og andre selvstendige leder-/spesifikke fagstillinger uten enhets- eller avdelingstilhørighet»*

Figur 3, Ansvar som definert i lederavtalen for enhetsledere

Avdelingsledere i hjemmetjenesten har fått sitt ansvar definert i stillingsbeskrivelse av 09.11.2015, mens ansvar for **avdelingsledere i institusjonstjenesten** er definert i stillingsbeskrivelse av 02.05.2016. Stillingsbeskrivelsene er i det alt vesentlige likelydende for både hjemme- og institusjonstjenesten.

«Avdelingsleder leder, organiserer og koordinerer aktiviteten på avdelingen med mål om at den opptre samordnet, innenfor faglige og økonomiske rammer.

Avdelingsleder utarbeider i samarbeid med enhetsleder budsjett for avdelingen/tjenestene.

Avdelingsleder har ansvar for utarbeiding og evaluering av planverk for avdelingen/tjenestene (herunder HMS-plan, kompetanseplan, prosjektplaner o.s.v.)

Avdelingsleder er ansvarlig for utvikling og evaluering av tjenesteytingen i avdelingen, og er resultatansvarlig ovenfor enhetsleder og skal kunne dokumentere avvik og ressursbehov.

Avdelingsleder er ansvarlig for å lede og administrere de oppgaver som er delegert, på en måte som ligger innenfor de økonomiske og faglige rammer som er lagt, slik at enhetens mål er mulig å oppnå.

Avdelingsleder rapporterer avvik til enhetsleder i henhold til gjeldende rutiner.»

Figur 4, Ansvar som definert i stillingsbeskrivelse for avdelingsledere i hjemmetjenesten

Stillingsbeskrivelser på **ansattnivå** er ikke forelagt revisor og er ikke funnet i revisors gjennomgang av kvalitetssystemet, Compilo. Rådmannen uttaler at det variere hva som foreligger av stillingsbeskrivelser i kommunen.

- **Myndighet**

Revisor har på kommunens hjemmeside funnet frem til et administrativt delegeringsreglement for Levanger kommune, siste gang revidert 12.12.18, PS 79/18. Av reglementet fremgår det blant annet at helse- og omsorgstjenesteloven er delegert til driftskomiteen, og at det ut over dette vises til øvrig delegasjon til rådmannen. Andre lover og forskrifter innen helse- og velferdsområde er delegert til rådmannen dersom det ligger innenfor formannskapetets ansvarsområde og ikke er av prinsipiell betydning, samt heller ikke vil være i strid med lov eller forskrift. Rådmannen har også vist til en lenke for et annet administrativt delegeringsreglement, dette fra fornyingsprosjektet på 2000-tallet. Kommunalsjefen helse og velferd uttaler at innholdet i delegasjonsreglementet kunne vært tydeligere når det gjelder økonomi og hva man faktisk har myndighet til. En av avdelingslederne vi har spurt uttaler at man er delegert myndighet gjennom delegasjonsreglementet, men at mye av myndigheten også delegeres muntlig og skriftlig fra enhetsleder.

Fra spørreundersøkelsen til ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten

Revisor har i spørreundersøkelsen til institusjons- og hjemmetjenesten spurt de ansatte om de *synes sitt ansvarsområde er tydelig definert og om de vet hva arbeidsgiver forventer av de i jobben.*

Majoriteten av de ansatte på 83 % svarer at de enten er enig i at *deres ansvarsområde er tydelig definert*. Dersom vi i vedlegg 3 ser på forskjellene i svarene mellom institusjonstjenesten og hjemmetjenesten, svarer 77 % ved institusjonstjenesten at de enten er enig i denne påstanden mot 87 % i hjemmetjenesten. Ser vi på forskjeller mellom ledere og andre ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten er det 73 % av lederne som er enig i denne påstanden.

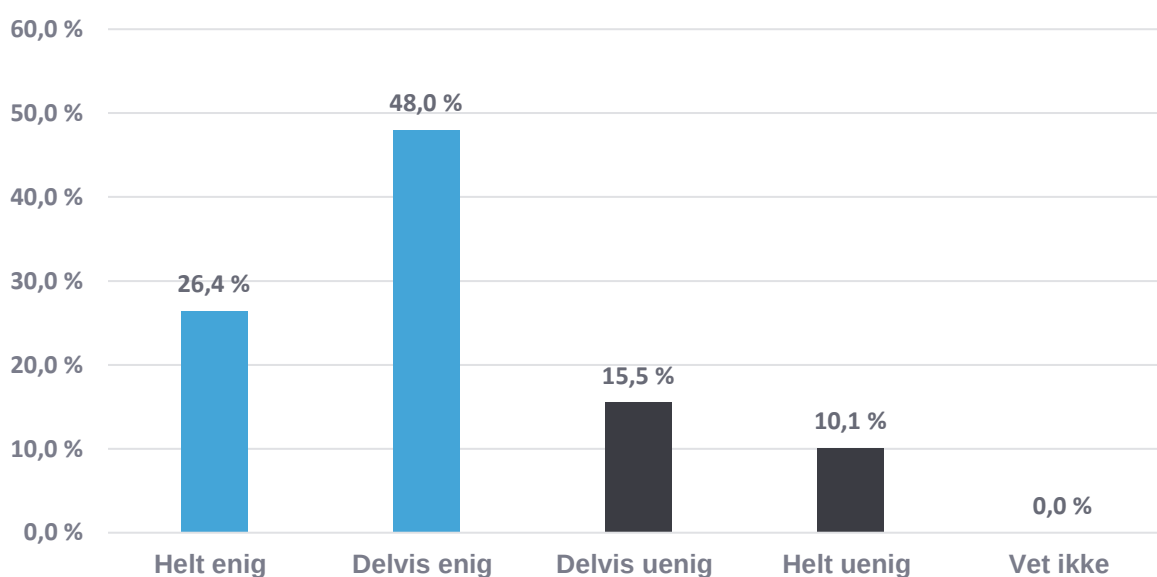
Når det gjelder spørsmålet om ansatte *vet hva arbeidsgiver forventer av seg selv i jobben* svarer majoriteten også her på 85 % at de er enige i denne påstanden. Ser vi igjen på forskjellene mellom institusjonstjenesten og hjemmetjenesten, svarer 73 % ved institusjonstjenesten at de er enige, mot 93 % i hjemmetjenesten. Ser vi på forskjeller mellom ledere og andre ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten er det også her 73 % av lederne som sier at de er enig i denne påstanden.

2.3.3 Fokus på opplæring, kompetanse og etikk

• Opplæring

Kommunalsjef helse uttaler at man har et introduksjonsprogram for nyansatte, dette bekreftes også av enhetslederne for institusjon- og hjemmetjenesten. Rådmannen påpeker på at opplæringen av nyansatte er en eldre prosedyre. Det er utarbeidet en sjekkliste som skal gjennomføres over en periode på 14 dager. I sjekklisten inngår rutiner for avdelingen. De ansatte gis nettbasert opplæring om blant annet bruk av tvang og makt, samt legemiddelhåndtering. Avdelingslederne har muligheten til å kontrollere at eksamen er gjennomført. Ifølge enhetslederne på institusjon- og hjemmetjenesten gis det ikke opplæring i ting som de forventer at ansatte har kunnskap om. Dette gjelder blant annet profesjonskunnskap. Revisor har mottatt to kopier av introduksjonshefter for institusjon og hjemmetjenesten, dette for Staup helsehus og hjemmetjenesten. I heftene er det gitt en del informasjon om overordnede målsettinger, opplysninger om taushetsplikt, og kontaktpersoner knyttet opp til enkelte temaer mv.

Figur 5, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Jeg synes opplæringen jeg har fått for mine arbeidsoppgaver har vært god». N= 148



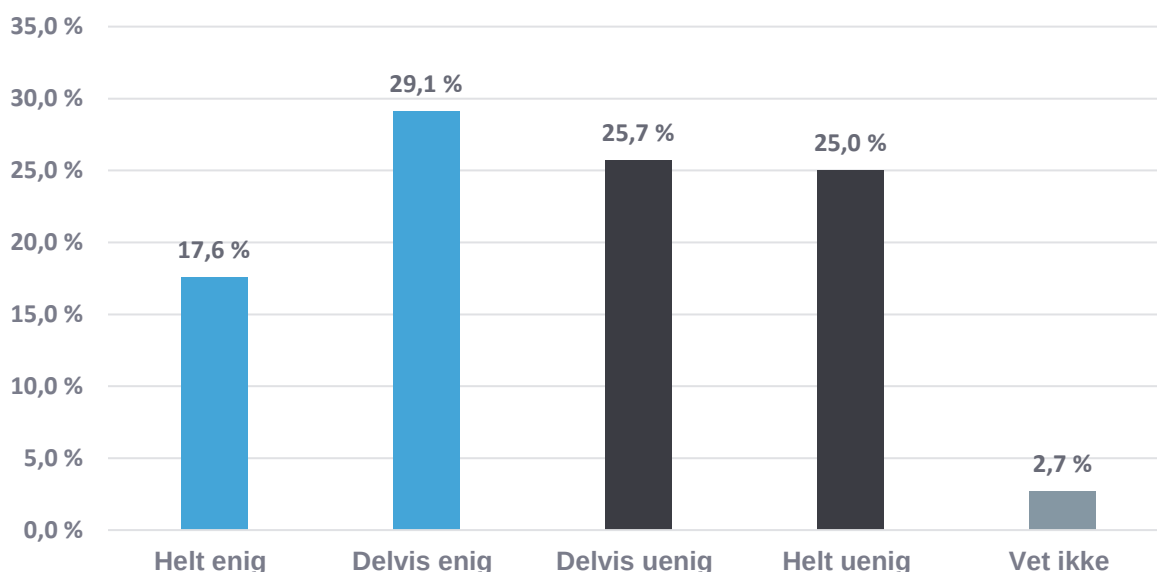
I figuren ovenfor ser vi at majoriteten av de ansatte på 74 % sier seg enig i at de har fått god opplæring i sine arbeidsoppgaver. I vedlegg 3 ser vi at det er forskjeller mellom institusjonstjenesten hvor 68 % gir inntrykk av at opplæringen har vært god, mot 78 % i hjemmetjenesten. Når det gjelder ledelsen er det ingen som har svart at de er helt enig i at de har fått god opplæring i sine arbeidsoppgaver, men 55 % svarer at de er delvis enig i dette. Revisor ønsker her å tilføye at det i intervjuet med enhetslederne uttales at lederavtalene, som oppstiller ansvaret og forventninger til enhetsleders stilling, ikke er gjort kjent eller undertegnet

av dem, samt at avdelingslederne vi har spurt gir ulike tilbakemeldinger hvorvidt de har fått opplæring i avdelingslederrollen.

- **Kompetanse**

Kompetansen er ifølge rådmannen kartlagt i Visma personal, hvor alle ansatte har ansvar for å oppdatere CV-en sin. Det er satt stort fokus på kompetanseheving innen helsesektoren, men det er likevel bevissthet knyttet til at Levanger kommune mangler opplæring når det gjelder systemer og oppfølging av ledelsen, noe det nå er startet et arbeid med å forbedre. Kommunalsjef helse uttaler at kommunen er i gang med en strategisk kompetanseplan, som både omfatter kompetanseheving og rekruttering. Kompetansekartlegging internt på helse er imidlertid ikke gjennomført det siste året. Avdelingslederne vi har spurt uttaler at de har god oversikt over kompetansen de besitter på avdelingene og at spørsmålet om kompetanseheving ofte et ressursspørsmål. Det er ifølge rådmannen bra søknadsmengde på alle typer stillinger, noe et stort arbeidsmarked er med å bidra til. Det at man i tillegg har lærer- og sykepleierutdanning i Levanger gjør enklere å få tak i denne typen kompetanse.

Figur 6, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Arbeidsgiver gir meg mulighet til å øke min kompetanse». N= 148



Revisor har også stilt spørsmål til de ansatte om inntrykket av muligheten til å gjennomføre kompetanseheving. Svarene som vist ovenfor viser at de ansatte er delt i denne oppfatningen. Resultatene viser ingen tydelige forskjeller mellom enhetene når det gjelder dette spørsmålet, men lederne gir et mer positivt inntrykk, men med enkelte unntak.

- **Etikk**

Levanger kommune har gjennom Kommunedelplanens samfunnsdel 2015-2030 etablert en visjon som skal sette fokus på livskvalitet og vekst. I samfunnsdelen oppstilles også verdigrunnlaget som er lojalitet, ærlighet og respekt. Disse verdiene tas igjen og konkretiseres i kommunens etiske retningslinjer. Det ble vedtatt nye etiske retningslinjer i 2018, som har betegnelsen «*etisk plattform*». Plattformen ble vedtatt i kommunestyret i juni-møtet i år, og har fått et mer overordnet preg. Rutinen gjelder for alle ansatte og folkevalgte. Det er besluttet at rutinen skal følges opp på hver enhet, men rådmannen tror ikke at det er så mange som har startet med gjennomgangen. Rådmannen tok det opp som tema på ledermøte. Enhetslederne har fokus på hva som er endringer i forhold til gammelt etikkreglement. Det er sendt ut informasjon til ansatte om at det er vedtatt en ny plattform, men de har ikke jobbet med plattformen. På grunn av kommunens økonomiske situasjon og mulige konsekvenser for arbeidsforholdet som følge av denne, har ikke etikk vært i fokus. Det er satt frist til mars 2019 for gjennomgang av ny etisk plattform. I tillegg gjennomfører verneombudet gjennomfører 40 timers kurs i helse, miljø og sikkerhet (HMS).

I spørreundersøkelsen har vi også stilt spørsmål til de ansatte om de er *kjent med ansvaret som er pålagt dem i dokumentet «etisk plattform»*. Majoriteten på 67 % svarer at de er gjort kjent med dette ansvaret. Samtlige av lederne ved institusjons- og hjemmetjenesten svare at de er enten helt eller delvis enig i denne påstanden, se *vedlegg 3*. Vi har også stilt spørsmål til de ansatte om hvordan de er gjort kjent med dette ansvaret. Her gis det flere ulike svar, blant annet som informasjon gjennom Compilo, personalmøte, eller gjennom leder, men en overvekt svarer at de selv har funnet frem til denne informasjonen.

2.4 Vurdering

2.4.1 Ledelsens holdning til internkontrollen

Revisors vurdering er at ledernivået i det vesentlige gir utfyllende informasjon om kommunens overordnede system for internkontroll og hvilke elementer dette består av. For enhetslederne er enkelte av svarene preget av en kort ansettelsestid og manglende opplæring i funksjonen som leder. Det pekes i alle ledd både på områder hvor man føler at man har god kontroll og områder hvor man har dårligere kontroll. Ledelsesutvikling fremheves kollektivt som et område hvor det har vært behov for tiltak og hvor prosesser nå er satt i gang. Revisors vurdering er derfor at ledelsen på enkelte områder har en aktiv holdning til internkontrollen, mens man for andre områder som fremheves som utfordrende ikke viser til konkrete tiltak for forbedring. Ser vi på svarene fra spørreundersøkelsen ser vi at den store forskjellen foreligger mellom synet

ledelsen og de øvrige ansatte har på internkontrollen. Svarene kan tyde på at internkontrollen ikke er like godt synliggjort blant ansatte som hos ledelsen.

2.4.2 Fordeling av ansvar og myndighet

Revisors vurdering er at rådmannen på enkelte områder viser til en tydelig ansvarsfordeling. Gjennom lederavtalen og stillingsbeskrivelser for avdelingslederne har man trukket opp en ansvarsfordeling når det gjelder enhets- og avdelingsleders stilling. Rådmannens beskrivelse av enhetsleders ansvar samsvarer også med innholdet i lederavtalen. Revisor registrerer imidlertid at ansvarsforholdet til kommunalsjefen ikke er skriftliggjort og heller ikke utdypes gjennom den muntlige beskrivelsen av funksjonen. Gjennom spørreundersøkelsen gir enkelte ledere innen institusjons- og hjemmetjenesten tilbakemelding om at deres ansvarsområde og ledelsenes forventninger til deres stilling fremstår som noe uklart. Dette kan tyde på et behov for større grad av tydeliggjøring og avklaring når det gjelder ansvarsforholdene på ledernivået. Øvrige ansatte innen enhetene fremstår i det store og hele å ha kunnskap om hvilket ansvar og forventninger som er pålagt dem i jobben.

Revisor ønsker å knytte noen kommentarer til administrativt delegeringsreglement. Det er noe uklart for revisor hva som er å regne for det gjeldende delegeringsreglementet i kommune, dette da det vises til et reglement fra begynnelsen av 2000-tallet og det foreligger et vedtak fra kommunestyremøte i desember 2018. Revisor oppfatning er at delegeringsreglementet, siste gang revidert i høsten 2018, har et begrenset antall lov og forskrifthenvisninger, samt gir ikke en fullstendig beskrivelse av delegasjonsrekken i selve reglementet. Dersom delegering i tillegg også skjer muntlig kan dette være med å danne grunnlaget for den utydelig myndighetsfordeling.

2.4.3 Fokus på opplæring, kompetanse og etikk

Revisors vurdering er at det foreligger en forventning hos den ansatte ved tilsetting i en kommune om å få en innføring i de daglige arbeidsoppgavene som pålegges. Revisor registrerer at kommunen foretar opplæring av nytilsatte gjennom eget program for dette, men at en relativt stor andel av de ansatte gir inntrykk av at de burde fått bedre opplæring. At rådmannen peker på at denne prosedyren er av eldre årgang kan tale for at den burde ha blitt tatt opp til revidering, blant annet for å utrede hva behovet for grunnleggende opplæring i stillingen skal omfatte. Et samlet datagrunnlag taler også i retning av at opplæringen i og oppfølgingen av lederrollen er et forbedringsområde.

Til tross for at rådmannen gir uttrykk for at det settes fokus på kompetanseheving innen helse- og velferdssektoren viser spørreundersøkelsen at ansatte er delt i synet på dette. Rådmannen uttaler at systemer for oversikt over kompetanse er etablert dette blant annet ved ajourføring

av CV-er i Compilo og for kompetansekartlegging. Kompetansekartlegging har imidlertid ikke blitt gjennomført innen helse- og velferdsrådet det siste året. At enhetene i den seneste tid har vært presset økonomisk vil også kunne spille inn på kompetanseheving av personalet, men må igjen ses opp mot den kompetansen som er nødvendig for å gjennomføre de lovpålagte oppgavene.

Kommunen har hatt fokus på etikk gjennom sitt arbeide med utarbeidelse av de nye etiske retningslinjer, «*etisk plattform*». At spørreundersøkelsen viser at kunnskapen om plattformen blant de ansatte variere er naturlig da rådmannen har satt frist med å implementere denne på enhetene til mars og spørreundersøkelsen ble sendt ut i starten av februar. At en god del av de ansatte uttaler at de selv har gått inn for å oppdatere seg på denne kan tyde på at dette er et tema de ansatte er opptatt av.

2.5 Delkonklusjon

Revisor har konkludert med at Levanger kommune ikke fullt ut har et tilfredsstillende kontrollmiljø. Dette begrunnes ut fra en noe utydelig delegasjon av myndighet, samt forbedringspunkter når det gjelder opplæring av ansatte og ledere i de daglige arbeidsoppgaver og i stillingen. Det kan påpekes at en grundig innføring i lederrollen og et økt fokus på ledelsesutvikling vil kunne ha stor betydning for utøvelsen av internkontrollen.

3 RISIKOVURDERING

Risikovurderingen skal sikre at de arbeidsprosessene som har høyest sannsynlighet for, og konsekvens av, svikt, feil eller mangler blir identifisert. Ledelsen må hensynta risikovurderingen i utformingen av internkontroll ved at man fokuserer og avgrenser internkontrollen til de arbeidsprosessene som har høyest risiko. Her bør kommunen også se på styring og håndtering av sammenhengen mellom overordnede mål og daglige operasjonelle aktiviteter.

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet risikovurdering:

- ***Blir det gjennomført risikokartlegginger og vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler?***

3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- *Det skal etableres et system for å identifisere og analysere risiko*
- *Det skal etableres et system for å håndtere identifisert risiko*

3.3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne problemstillingen er hentet fra intervju med ledelsen, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse til ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten.

3.3.1 System for identifisering og analyse av risiko

Ifølge rådmannen skal hver enhet ha gjennomført en ROS-analyse som skal dokumenteres skriftlig. Det er etablert en mal for ROS-analyse i kvalitetssystemet. Rådmannen uttaler at det er opp til hver enkelt leder hvor ofte disse analysene blir gjennomført, noe som blant annet avhengig av hvor mye som endrer seg fra år til år. For prosjekter er det etablert et eget system for risikovurderinger. Rådmannen blir orientert om arbeidet som gjøres med ROS-analyser via ordinær rapportering. Det er ikke systematisk bestemte perioder der det blir rapportert og det er ikke et fast punkt på sakslisten.

Kommunalsjef helse- og velferd bekrefter at det utføres skriftlige ROS-analyse på overordnet nivå. I arbeidet med ROS-analysene deltar ansatte, verneombud og ledere. Alle nye aktiviteter/tiltak skal ROS-analyses, men dette fremstår ifølge kommunalsjefen som tilfeldig om det gjennomføres. Dersom det iverksettes nye planer, får ikke de ansatte informasjon om risikoområdene knyttet til disse.

Enhetslederne ved institusjon- og hjemmetjenesten uttaler at dersom det opprettes en ny enhet starter de med å gjennomføre en overordnet analyse med de største risikoene. Enheten arbeider med dette selv og etter hvert gjennomføres det ROS-analyse på enkelte områder. Når enheten har jobbet med dette over flere år har de ROS-analyser på de fleste områder. Oppfatningen hos enhetslederne er at de ikke en enhetlig metodikk i kommunen. Dette arbeides det med i prosjektet om ny ledelsesplattform.

I svarene fra avdelingslederne vi har spurt fremgår det at det er noe ulike hvem som deltar og involveres på de enkelte vernerundene med tilhørende ROS-analyse.

Revisor har funnet «*Helhetlig ROS-analyse for levanger kommune 2014*». Analysen er overordnet og kartlegger blant annet svikt i infrastruktur, naturkatastrofer, andre ulykker og kriser. Planen har en *kartleggingsdel*, en *risikovurderingsdel* og en *handling-/tiltaksdel 2014-2017*. Ifølge dokumentet selv, skal analysen jevnlig revideres og justeres.

Revisor har gått inn i kvalitetssystemet Compilo for å se hvilken dokumentasjon som foreligger tilknyttet ROS-arbeidet. Revisor har funnet rutiner for vernerunder med tilhørende risikovurderinger, rutinen er etablert i 12.9.2011 og siste gang endret 8.10.18. Av rutinene oppsummeres ROS-arbeidet på følgende måte:

Figur 7, Utdrag fra Levanger kommune sin rutine om vernerunder hentet fra Compilo

Risikovurdering er enklere enn du tror. Kjernen er å stille seg tre enkle spørsmål:

- **Hva kan gå galt?**
- **Hva kan gjøres for å hindre dette?**
- **Hva kan vi gjøre for å redusere konsekvensene dersom det skjer?**

I tilknytning til rutinene er det etablert en mal for risikovurderinger ved vernerundene. Kartleggingsskjemaet er tredelt med en *kartleggingsdel*, en *risikovurderingsdel* og en *handling-/tiltaksdel*. Risikoområdene som ifølge skjemaet skal vurderes er blant annet psykososialt arbeidsmiljø, vold og trusler, lokaler, orden og renhold, samt fysisk arbeidsmiljø etc.

Revisor har gått inn i Compilo og har sett på gjennomføringen av risikovurderinger tilknyttet fire enheter, disse er: *Staup helsehus 2018*, *Stokkbakkmoen omsorgssenter 2018*, *Hjemmetjenesten avdeling Nord 2017* og *Hjemmetjenesten avdeling Sentrum 2017*.

- **Staup helsehus 2018:** For Staup helsehus er det foretatt kartlegging med tilhørende risikoanalyse. Det er avdekket risikoer på mange områder med ulik grad av risiko. Det er gitt utfyllende og detaljert informasjon i kommentardelen.
- **Stokkbakken omsorgssenter 2018:** I likhet med Staup har Stokkbakken foretatt kartlegging med tilhørende risikoanalyse. Det er avdekket risikoer på mange områder med ulik grad av risiko. Det er gitt enkelte utfyllinger i kommentardelen.
- **Hjemmetjenesten avdeling Nord 2017:**
Det er foretatt kartlegging med tilhørende risikoanalyse. Det er avdekket risikoer på mange områder med ulik grad av risiko. Det er gitt enkelte utfyllinger i kommentardelen for de første punktene. Det er imidlertid ikke gitt kommentarer til det ergonomiske arbeidsmiljøet.
- **Hjemmetjenesten avdelingen Sentrum 2017:** Det er foretatt kartlegging med tilhørende risikoanalyse. Det er avdekket risikoer på mange områder med ulik grad av risiko. Enkelte kommentarer er gitt i forbindelse med analysen.

3.3.2 System for håndtering av risiko

Revisor registrerer at det i skjemaet for risikovurdering som er vedlagt vernerundene er etablert en «*Handlingsplan etter «Vernerunder med risikovurdering» og evt lokal sjekkliste*». Revisor har sett på bruken av denne i risikovurderingen.

- **Staup helsehus 2018:**
Det er angitt områder hvor det i risikovurderingen er påpekt konkret risiko. Det kun for et av disse punktene ført inn forslag til tiltak og ansvarlige.
- **Stokkbakken omsorgssenter 2018:**
Det er angitt områder hvor det i risikovurderingen er påpekt konkret risiko. Det er for disse punktene fylt inn forslag til tiltak og ansvarlige.
- **Hjemmetjenesten avdeling Nord 2017:**
Det er angitt områder hvor det i risikovurderingen er påpekt konkret risiko. Det er ikke lagt inn forslag til tiltak og ansvarlige i den konkrete handlingsplanen.
- **Hjemmetjenesten avdelingen Sentrum 2017:**
Det er angitt områder hvor det i risikovurderingen er påpekt konkret risiko. Det er for disse punktene fylt inn forslag til tiltak og ansvarlige.

Enhetslederne ved institusjon- og hjemmetjenesten bekrefter at det settes i verk tiltak etter risikovurderinger. Tiltakene er avhengig av hvilke typer risikoer som avdekkes og blir evaluert

i vernerunder og ved ny risikovurdering. Ved ny risikovurdering ser man om risikoen fremdeles er aktuell.

Revisor har stilt spørsmål til ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten om de har fått informasjon om hvilke risikoer som kan oppstå i forbindelse med jobben, om de ansatte vet hvordan risikoer skal håndteres om de oppstår, og om de har inntrykk av at deres enhet har god kontroll på risikoer. For disse spørsmålene er den overveiende majoriteten av ansatte enig i disse påstanden. Andelen delvis enig er imidlertid jevnt over større enn andelen helt enig. Her er det ikke vesentlige forskjeller i svarene som fremkommer mellom institusjons- og hjemmetjenesten, se vedlegg 4.

3.4 Vurdering

3.4.1 System for identifisering og analyse av risiko

Revisor registrerer at Levanger kommune har gjennomført overordnet helhetlig ROS-analyse for hele kommunen. Revisor kan imidlertid ikke se at denne er revidert eller justert etter 2014.

Revisor ønsker å knytte noen kommentarer til kommunen arbeid med ROS-analyse. Inntrykket er at risikovurderingen når den er knyttet til vernerunder blir «ansattfokusert». Dersom det blir et ensidig fokus på risikoer opp mot den ansatte er det mulig at andre perspektiver kan bli oversett i analysearbeidet. Her kan det tenkes at «tjenestemottaker-perspektivet» blir avglemt. Revisor anser at det også vil være naturlig å omfatte hvorvidt det foreligger en risiko for at tjenestemottaker ikke får sine rettigheter oppfylt. Eksempelvis er det i risikovurderingsskjemaet for vernerunder i Levanger kommune angitt vurdering av «medisin håndtering». I hjelpespørsmålene som er oppstilt i skjemaet, som imidlertid ikke ser ut til å være ment uttømmende, er det kun oppstilt spørsmål om medisin håndteringen sin innvirkning på den ansatte. Det er eksempelvis ikke stilt spørsmål ved feilmedisinering knyttet til tjenestemottakere. Et annet eksempel er at det er stilt spørsmål ved vold og trusler mot ansatte, men ikke stilt spørsmål ved ulovlig bruk av tvang mot tjenestemottakere. Nærliggende kan det også stilles spørsmål om hvorvidt risikoer i forbindelse med taushetsplikt og habilitet burde vært med. Revisor registrerer også at det er noe ulik metodisk tilnærming til analysene på avdelingsnivå, herunder hvem som deltar og hva som utfylles.

3.4.2 System for håndtering av risiko

Systemet for håndtering av risiko vil, i lys av det som er skrevet ovenfor, kunne sies å være mangelfullt ut fra at man ikke tar hensyn til forhold knyttet til tjenestemottakeren. Gjennomgangen viser at samtlige enheter har vurdert graden av risiko som foreligger på de enkelte temaområdene. Det variere imidlertid i hvilken grad kommentarer og selve analysen

benyttes, samt om det oppstilles tiltak og ansvarlige. Revisor er av den oppfatning at dersom det påpekes konkrete risikoer er det også naturlig å se hvorvidt det kan oppstilles tiltak for å avbøte disse. Revisor legger vekt på at tiltak som settes i verk evalueres ved ny risikovurdering, dette for å se om tiltak har fungert etter sin hensikt. En slik evaluering vil være en viktig del av internkontrollarbeidet.

3.5 Delkonklusjon

Revisors konklusjon er at det gjennomføres risikokartlegginger både på overordnet- og avdelingsnivå. Revisor stiller imidlertid spørsmål ved innfallsvinkelen og de innholdsmessige rammene for kartleggingen, samt oppfølgingen dersom risiko først avdekkes.

4 KONTROLLAKTIVITETER

Kontrollaktivitetene er de tiltakene som blir iverksatt for å sikre etterlevelse av regelverk, retningslinjer og krav til tjenesteutførelse, og for håndtere risiko avdekket i risikovurderingen. Formålet med kontrollaktivitetene er å bidra til at rutiner og system skal fungere slik som bestemt. Aktivitetene skal skje på alle nivå i organisasjonen, og kan bestå av blant annet godkjenninger, anvisninger, verifikasjoner, avstemminger, gjennomgåelse av driften, sikring av ressurser og ansvarsfordeling. Vår oppfatning er at det innenfor alle operasjonelle aktiviteter der eventuelle svakheter i internkontrollen vil ha høy konsekvens, så må det være etablert et kontrollsystem.

4.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet kontrollaktiviteter:

- ***Er det etablert rutiner, kontroll og rapportering som del av internkontrollen i helsetjenesten i kommunen?***

4.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- *Sentrale rutiner skal være dokumentert*
- *Det skal foreligge rutiner for melding av avvik*
- *Det bør være foreligge rutiner for rapportering på måloppnåelse*
- *Kommunen skal ha oversikt over sine kontrollhandlinger*

4.3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne problemstillingen er hentet fra intervju med ledelsen, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse til ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten. Revisor har også foretatt en overfladisk gjennomgang av årsmeldinger og tertialrapporter fra 2015-2017 opp mot kommuneplanens samfunnsdel 2015-2030, kommunedelplan helse- og omsorg 2015-2030 og økonomiplanen for 2015-2017 opp mot rapporteringsdokumenter som årsmeldinger 2015-2017 og tertialrapporter 2015-2017. Dette for å se om det foreligger sammenhenger mellom målsettingene og rapporteringene.

4.3.1 Dokumenterte rutiner

Revisor har foretatt en gjennomgang av hvorvidt sentrale rutiner er på plass. Vi har delt opp rutinene i kategoriene *personal og administrasjon*, *saksbehandling* og *informasjonsdeling*. Revisor har sett alle rutiner bortsett fra rutiner for tilgangsstyring og informasjonssikkerhet:

Tabell 1, Oversikt over sentrale rutiner

Rutine	Skriftlig	Datert/oppdatert	Kommentar
Personal og administrasjon			
Arkivplan	Ja	Under revidering	Lenke i Compilo. Revisor klarte ikke å komme inn i dokumentet, men har fått en versjon tilsendt av rådmannen
Avvikshåndtering	Ja	Datert 12.9.11, revidert 16.10.18	Tilgjengelig i Compilo. Rutiner for skillet mellom avvik og varsling, samt egne avviksrutiner
Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger	Delvis	Personvernerklæring, datert 06.07.18	Ligger i Compilo Enkelte rutiner tilknyttet mottak, brann og redning. Personvernerklæring
Delegeringsreglement	Ja	Delegeringsreglement av 18.10.17 vedtatt i sak PS 49/17. Og reglement av 2011 tilsendt av rådmannen	Ikke tilgjengelig i Compilo, men ved søk på internett
Etiske retningslinjer (Etisk plattform)	Ja	Vedtatt i kommunestyret 20.6.18	Tilgjengelig i compilo
Finansreglement (Reglement og fullmakt for finans- og gjeldsforvaltning)	Ja	Vedtatt i kommunestyret 13.12.17, sak 78/17	Informasjon lagt i Compilo, men ikke lagt lenke til selve dokumentet. Tilgjengelig på internett

HMS-reglement (prosedyre for utarbeidelse av toårig overordnet og lokal HMS/IA plan)	Ja	-	Tilgjengelig i Compilo. Ligger også dokumentasjon på årlige HMS-kurs – 40 timer
Krise- og beredskapsplaner	Ja	Revidert siste gang 28.05.18	Ikke tilgjengelig på Compilo
Lederavtaler	Ja	Datert 03.10.18	Tilgjengelig i Compilo
Personalreglement (personal politisk handlingsplan)	Ja	Vedtatt 07.04.05 av administrasjonsutvalget	Tilgjengelig i Compilo
Stillingsbeskrivelser	Delvis	-	Ifølge rådmannen variere det hvorvidt stillingsbeskrivelser foreligger. Revisor registrerer også at det varierer hva som ligger inn av stillingsbeskrivelser i Compilo.
Varslingsrutiner (Varslingsrutine i Levanger kommune)	Ja	Datert 28.4.16, oppdatert siste gang 16.10.18	Tilgjengelig i Compilo
Økonomireglement	Ja	Vedtatt i kommunestyret den 17.10.18, sak 62/18	Lenke fra Compilo til reglementet

Kilde: Dokumentgjennomgang bearbeidet av Revisjon Midt-Norge SA

Rutine	Skriftlig	Datert/oppdatert	Kommentar
Saksbehandling			
Anskaffelsesreglement (Kommunale retningslinjer og veileder for offentlige anskaffelser versjon 22.06.11)	Ja	Datert 22.06.11	I Compilo er det en egen overordnet rutine for «Anbudskonkurranse – utlysning og saksbehandling». Det er ikke lenket til de kommunale retningslinjer og veileder i Compilo.
Rutiner for iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak	Nei	-	Rådmannen uttaler at man ikke har noe slikt reglement på generelt grunnlag, men at man en slik oppfølging av benkeforslag.
Rutiner for saksbehandling	Nei	-	Rådmannen uttaler at man ikke har rutiner for saksbehandling på overordnet nivå. Rådmannen er imidlertid av den oppfatning at man kunne forbedret dette område.

Kilde: Dokumentgjennomgang bearbeidet av Revisjon Midt-Norge SA

Rutine	Skriftlig	Datert/oppdatert	Kommentar
Informasjonsdeling			
Internrapportering på enheter/avdelinger	Ikke på overordnet nivå	-	Ifølge rådmannen er det opp til enhetene om man etablerer slike rutiner.
Månedss- og tertial/kvartalsrapportering fra enheter/avdelinger (prosedyre – arbeid med kvalitetsrapporter og årsmelding)	Ja	Siste gang endret 4.10.18	Finner tertial- og kvartalsrapporter på hjemmesiden til kommunen fra perioden 2008 og frem til i dag.
Rutiner for tilgangsstyring/informasjonsikkerhet	Bekreftet av rådmannen		Ifølge rådmannen har man et strengt regime på dette. Det er enhet for IT og lønn som håndterer disse temaene. Ikke tilgjengelig på Compilo

Kilde: Dokumentgjennomgang bearbeidet av Revisjon Midt-Norge SA

4.3.2 Rutiner for melding av avvik

Ifølge rådmannen benytter kommunen Compilo som både avvik- og varslingssystem. Det er HMS-rådgiver som har opplæring med ansatte når det gjelder avvikssystemet. Kommunens avvikssystem er et nettbasert avvikssystem, hvor det registrerte avviket går til nærmeste leder som vurderer det. Dersom nærmeste leder ikke tar tak i avviket går dette videre til neste ledernivå. Siste instans er rådmannen.

Kommunalsjefen har inntrykk av at helsesektoren har en god avvikskultur. Det ble registrert ca 500 avvik i 2018 noe som han mener gir klart uttrykk for at systemet blir benyttet. Kommunalsjefen opplever avvikskulturen som preget av åpenhet og at ansatte blir tatt på alvor. Enhetene driver opplæring selv på hvordan man skal melde avvik, dette da det ikke er gitt retningslinjer for hva som skal anses for å være et avvik. Det er ifølge kommunalsjefen opp til hver enkelt ansatt å vurdere hva som er et avvik. Dersom en opplever noe som et avvik, så skal dette rapporteres som et avvik. Alle kan rapportere avvik, både ansatte og tjenestemottakere mv.

Enhetslederne ved institusjon- og hjemmetjenesten har inntrykk av at de fleste ansatte vet hva et avvik er, men at det kan oppstå problemer med å skille et avvik fra et varsel.

Hovedverneombud kan inviteres inn til personalmøter for å informere om avvik og oppdateringer. Oppfatningen blant enhetslederne er at man har en god avvikskultur og at de rapporterte avvikene viser hvilke forbedringsområder man har. Avvik er ikke en del av kvartalsrapporteringen og det rapporteres ikke avvik til kommunalsjefen på generell basis. Avvik var imidlertid tema på et av de siste ledermøtene, hvor antall avvik i tilknytning til område ble tatt opp.

Revisor har gjennom sin tilgang til kvalitetssystemet Compilo fått innblikk i kommunens avvikssystem. Det er utarbeidet egen «*prosedyre for avviksmelding og avvikshåndtering*» datert 12.9.11, siste gang revidert 16.10.18. Prosedyren gir informasjon om saksgangen for et avvik, samt ansvarsfordelingen til både ansatte og ledernivået. Videre gis det i prosedyren en definisjon og eksempler på avvik.

Revisor har stilt spørsmål til ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten om rutiner for avviksmeldinger. Den første påstanden vi har oppstilt er at man som ansatt har fått opplæring i *hvordan* avvikssystemet fungerer. Her svarer ca 82 % at de er enig i denne påstanden. Det er imidlertid en relativt høy andel på 35 %, av de som har en annen funksjon enn helsefagarbeidet som er uenig i at de har fått opplæring i avvikssystemet. Det er ikke vesentlige forskjeller mellom ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten, men undersøkelsen avdekker at det finnes eksempler på at ledere ikke har fått opplæringen i avvikssystemet, se *vedlegg 3*.

Revisor har også bedt ansatte innen institusjons- og hjemmetjenesten om å ta stilling til påstandene om at *de har fått informasjon om hva som anses for å være et avvik, at de synes det er enkelt å vurdere om de skal melde avvik og om de synes det er enkelt å melde selve avviket i avvikssystemet*. Det store flertallet av de som har svart gir uttrykk for at de har god kunnskap om hvordan og når de skal meldes avvik, men det finnes også her unntak, se *vedlegg 3*.

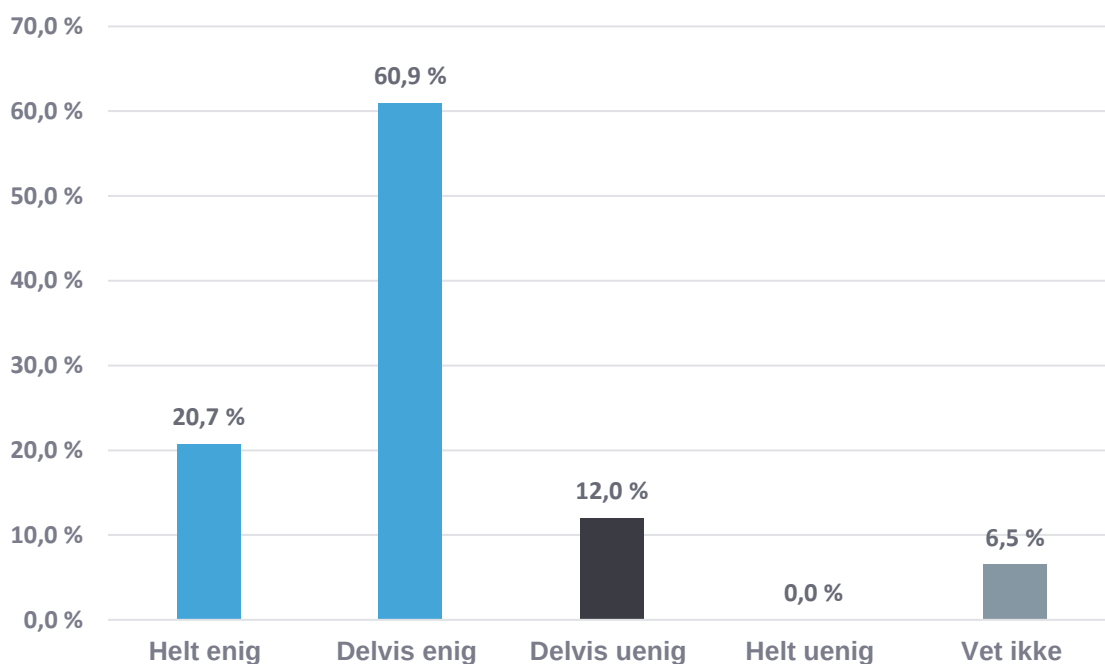
4.3.3 Rutiner for rapportering på måloppnåelse

Ifølge kommunalsjef helse og velferd er det øverste plannivået, kommuneplanens areal og samfunnsdelen. Under dette nivået etableres temaplaner. Målsettingene i disse planene skal tas igjen i økonomiplan og budsjettet. De skal ideelt sett styres etter planverket, men det er generelt sett forbedringspotensiale og kommunalsjefens oppfatning er at det i dag ikke styres etter disse planene. Det er månedlige rapporteringer på økonomi hvor prognoser blir stipulert og det blir angitt tiltak om man ser at man går over budsjett. I tertialrapportene blir det rapportert om sykefravær og avvikshåndtering. I tertialrapportene rapporteres det blant annet på økonomiplanen og budsjett.

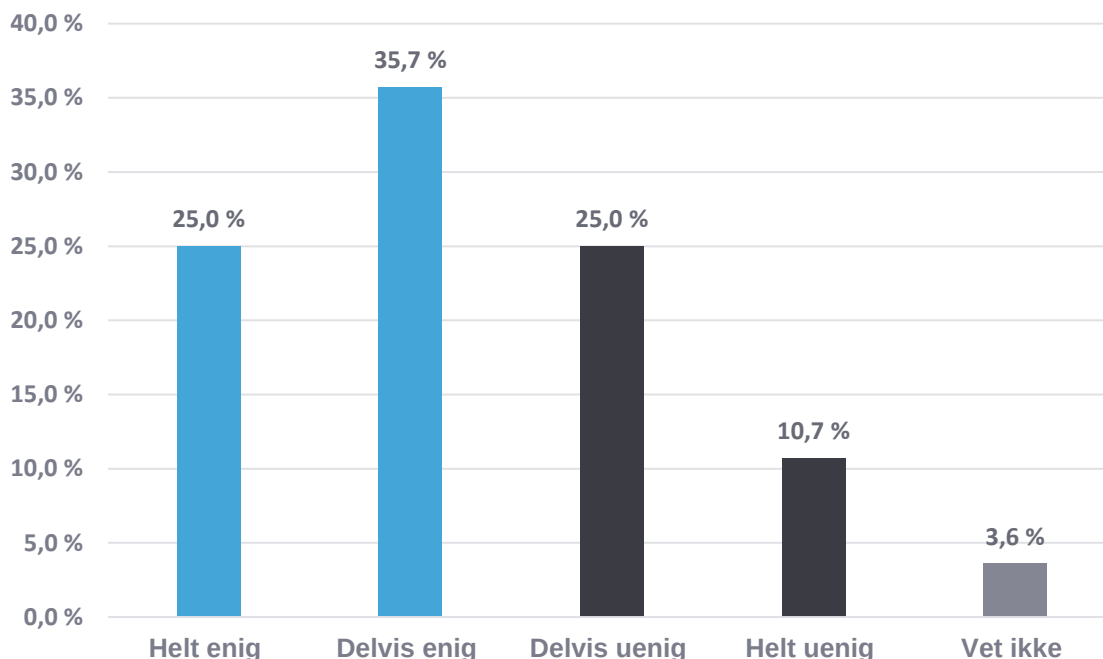
Enhetslederne innen institusjon- og hjemmetjenesten synes det er vanskelige målindikatorer i kommunedelplanen. Oppfatningen er at styringssystemet må moderniseres og at man må ned på detaljnivå. Det er derfor ønskelig med et helt nytt styringssystem som er mer effektivt og kontinuerlig. Også en av avdelingslederne som vi har snakket med understreker at det er viktig at planverket er gjort enkelt, dynamisk og konkret for at man skal få optimal effekt av dette.

I spørreundersøkelsen har vi stilt spørsmål til de ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten om de har inntrykk av at deres enhet i all hovedsak oppnår god måloppnåelse. Her svarer majoriteten av de ansatte på 73 % at de er enig i denne påstanden. Her er det imidlertid forskjeller mellom enhetene, se figurene nedenfor. 82 % av ledelsen er enig i dette utsagnet.

Figur 8, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Mitt inntrykk er at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse». N = 92



Figur 9, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Mitt inntrykk er at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse», N = 56



4.3.4 Oversikt over sentrale kontrollhandlinger

Rådmannen uttaler at kommunen ikke har leselister med krav om at de ansatte leser gjennom dokumenter. Enhetslederne ved institusjons- og hjemmetjenesten uttaler imidlertid at man har mulighet til å sjekke om ansatte har gjennomført e-læringskurs, eksempelvis innen samtykkekompetanse og ernæring. Når det gjelder lov og regeletterlevelse uttaler enhetslederne at man forventer av den enkelte sin profesjon bidrar til oppfyllelse av dette.

Lederavtalene er utformet med et vedlegg for «årlig resultat og utviklingsplan». Dette er det ifølge avtalen rådmannen som har ansvaret for. Hensikten er å si noe om resultatoppnåelse ut fra mål. Enhetslederne har kjennskap til at det foreligger en slik avtale i kommunen men har ikke blitt introdusert for denne.

Enhetsleder hjemmetjenesten uttaler at det for hjemmetjenesten er opprettet pårørendecontakter som følger opp den enkelte pasient. Det er også pårørendegrupper som har dialog med avdelingslederne. Enhetsleder får tilbakemelding når ting ikke fungerer, både fra pårørende, brukere og ansatte.

Som eksempel fra en av avdelingslederne har man til eget bruk utarbeidet egne sjekklister over ansatte, blant annet i forhold til politiattester, autorisasjoner, gjennomførte medikamentkurs og hvem som har deltatt på ulike opplæringer og kurs.

Når det gjelder tilganger i informasjonssystemene uttaler rådmannen at det er lederne som bestiller tilganger til ansatte. Det er flere fagenheter som gir tilgangene, og man må bestille hos hver enkelt.

4.4 Vurdering

4.4.1 Dokumenterte rutiner

Revisor har oppstilt et kriterie om at kommunen skal kunne dokumentere rutiner som er påkrevet gjennom lovverket eller er ansett som nødvendige for etableringen av en fungerende internkontroll. Revisor har gjennom intervju, egen dokumentgjennomgang og tilgang til Compilo fått en oversikt over de rutiner som foreligger. Revisors vurdering er at de aller fleste av disse rutinene må anses tilstrekkelig dokumentert. Unntak gjelder stillingsbeskrivelser utover ledernivået, som det i likhet med rådmannens egen uttalelse er lite å spore av i kommunens kvalitetssystem, Compilo. Når det gjelder rutinebeskrivelser for offentlige anskaffelser⁹ er disse felles for Verdal og Levanger kommune. Rutinene er imidlertid ikke oppdatert etter lovendringene som trådte i kraft fra 1.1.2017. Når det gjelder oppfølging av politiske vedtak er disse rutinen begrenset til oppfølging av benkeforslag, og i tillegg er det ikke etablert overordnede rutiner for saksbehandling. Ut fra dette foreligger det enkelte forbedringspunkter når det gjelder dokumentasjon av sentrale rutiner.

4.4.2 Rutiner for melding av avvik

Revisors vurdering er at kommunen har etablert rutiner for avviksmeldinger, dette både når det gjelder saksgangen for avvik, ansvarsfordelingen og hva som ligger i begrepet avvik. Disse rutinene er gjort tilgjengelig for ansatte gjennom kvalitetssystemet Compilo. Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen viser at kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder opplæring av ansatte i avvikssystemet med tilhørende rutiner, og dette spesielt i forhold til ansatte som ikke har helsefaglig bakgrunn, eksempelvis kjøkkenpersonale, men også andre som ikke kommer inn under definisjonen av helsefagarbeider.

4.4.3 Rutiner for rapportering på måloppnåelse

Datagrunnlaget for denne vurderingen er som tidligere nevnt basert på intervju, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse. Samtlige kilder peker i retning av at rutiner for måloppnåelse finnes, men at rutinene ikke har oppnådd sitt fulle potensiale. Ledelsens inntrykk

⁹ Jf. Revisjon Midt-Norge SA sin rapport, Teknisk drift: Offentlige anskaffelser, august 2018.

er at det foreligger et forbedringspotensial i forenkling og reell styring mot målsettingene i planverket.

Revisor har foretatt en overfladisk gjennomgang av hvorvidt målsettingene i styringsdokumentene er fulgt opp gjennom rapporteringer i årsrapporter og tertialrapporter. Målsettingene er brutt ned i mindre komponenter som delmål, strategier, målindikatorer, tiltak mv. Revisors vurdering er at rutiner for oppfølging av målsettinger følger plan og styringssystemet til kommunen. Kommuneplanens samfunnsdel er overordnet og målsettinger her tas igjen i kommunedelplan helse og omsorg¹⁰. I kommunedelplanen er det også satt opp målsettinger som da kan sies å være delmålsettinger av kommunedelplanenes samfunnsdel. I tillegg er det oppstilt strategier og målindikatorer.

På bakgrunn av revisors gjennomgang av årsrapportene for 2015-2017 er vurderingen at det rapporteres på målsettinger og delmålsettinger i styringsdokumentene/planene. Det variere imidlertid i hvilken grad man omtaler enkelte målsettinger eller henviser til samtlige målsettinger innenfor en plan. Da man velger å ikke rapportere på målsettinger enkeltvis kan dette støtte opp under enhetsledernes oppfatning om at målsettingene oppfattes for detaljerte. Kommunen har også etablert målindikatorer for å bedre svare ut delmålsettingene. Revisor kan imidlertid ikke se at noen av årsberetningene rapporterer på disse. Når det gjelder handlingsdelen, som er delt opp i ulike virkemidler for å oppnå delmålene, gis det i det vesentlige detaljerte tilbakemeldinger på denne gjennom årsberetningene.

Revisor oppfatning er at tertialrapportene i det vesentlige rapporterer på økonomiplanene og budsjettet, samt kommuneplanens samfunnsdel. Fra første tertial 2018 er samfunnsdelen tatt ut av rapporteringen. Dette kan ha bakgrunn i den økonomiske situasjonen for helse og omsorgsområdet, og ønske om prioritering av tiltak innen dette. Økonomi og sykefravær er gjennomgående temaer i rapporteringene. Rapporteringene omtaler enkelte målsettinger som forutsettes å være fra planverket, dette uten å videre spesifisere fra hvilken plan de er hentet. I tillegg rapporteres det på handlingsdelen fra kommunedelplan helse- og omsorg, og da opp mot økonomiplan og budsjett for drift og investeringssiden.

4.4.4 Oversikt over sentrale kontrollhandlinger

Gjennomgangen viser at kommunen innenfor helse- og velferd utfører enkelte kontrollhandlinger på overordnet nivå, dette for eksempel innen e-læring, brukertilfredshet og tilgangsstyring. For andre områder kan det, som det fremgår i intervju, tyde på at lov og regeletterlevelse er overlatt til den ansatte sin profesjon og utdanning. På avdelingsnivå tyder

¹⁰ Dette kommer tydelig fram ved at handlingsplanene i kommunedelplan helse- og omsorg henviser til mål i samfunnsdelen.

dataene på at det vil være opp til den enkelte leder om kontrollhandlinger iverksette og i hvilket omfang dette gjøres. Revisor vurdering er på denne bakgrunn at bruken av kontrollhandlinger innen helse og velferdsområde fremstår som tilfeldig og usystematisk og at kommune derfor ikke kan vise til en fullstendig oversikt over de kontrollhandlinger som gjennomføres for å sørge for lov og regeletterlevelse.

4.5 Delkonklusjon

Revisors konklusjon er at det er etablert rutiner for de fleste områder av kommunens virksomhet, men at det finnes eksempler på at enkelte rutiner kan anses å mangle, mens andre ikke er oppdatert i henhold regelverket. Rutiner for avvikssystemet er på plass i Compilo, men spørreundersøkelsen viser at enkelte ansatte, spesielt ansatte uten helsefaglig bakgrunn, opplyser å ikke å ha fått opplæring i systemet. Rutiner for rapportering på måloppnåelse er etablert og er i stor grad i tråd med intensjonene i planstyringen. Unntaket er at planstyringen i prinsippet legger opp til en mer detaljert rapportering, eksempelvis på målindikatorer, som ikke fullt ut gjennomføres. Kommunens bruk av kontrollhandlinger, for å påse lov og regeletterlevelse, fremstår som tilfeldig og usystematisk.

5 INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON

For å oppnå god internkontroll er det ifølge COSO-modellen viktig med effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Dette er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre det ansvaret de er tildelt.

5.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet informasjon og kommunikasjon:

- ***Har rådmannen hensiktsmessige systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet?***

5.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- *Det bør foreligge rutiner og systemer for identifisering og formidling av forventninger, krav og øvrig informasjon i organisasjonen*
- *Det bør foreligge rutiner og systemer for årshjul- og planarbeid*

5.3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne problemstillingen er hentet fra intervju med ledelsen, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse til ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten.

5.3.1 Rutiner og system for informasjonsdeling

Ifølge kommunalsjefen blir forventninger, krav, målsettinger og planer tatt opp i møter. Kommunalsjefen informerer enhetsleder, som igjen informerer avdelingsleder. Det gjennomføres ikke allmøter, men alt av informasjon ligger tilgjengelig for gjennomlesing. Kommunalsjefen tror ikke mange benytter seg av denne informasjonen. Det som lederne ønsker å formidle er det som blir tatt opp i møtefora. Det skrives referat fra alle møter som sendes ut til møtedeltakerne. Møtereferatene legges ikke ut så ansatte får se disse.

Kommunalsjef helse og velferd uttaler at når det gjelder medvirkning for ansatte er det lagt opp til dette gjennom personalmøter. Her tas det opp tematikk som er relevant for de enkelte avdelingene. Videre benyttes tillitsvalgte og verneombud for å utøve medvirkning på arbeidsplassen, det er ca 40 tillitsvalgte og verneombud innen helse- og velferdsområdet. Hovedtillitsvalgte har ifølge kommunalsjefen tidligere hatt møter med enhetsleder og kommunalsjef, men slike møter fortas ikke lengre. Utover dette har man også drøftingsmøter og forhandlingsmøter som finner sted etter behov. Det er lenge siden siste brukerundersøkelse. Ifølge kommunalsjefen er dette noe man skulle hatt mer av.

Kommunen har blant annet etablert følgende møterarena som ledd i informasjonsdelingen i kommunen:

- Rådmannen gjennomfører stabsmøter hver uke. Her diskuteres utvikling- og driftsoppgaver på områder som personal og økonomi. I lederteammøtene blir det skrevet møtereferat. Referatet blir sendt på omgang og endelig versjon sendt ut til deltakerne, men ikke lagt ut offentlig til ansatte. Referatene lagres i en mappe på datamaskinen til rådmannen. Det er ikke faste poster på møtene. Det er avhengig av hva som er aktuelt tema. Det kan for eksempel være en gjennomgang av GDPR, som blir lagt frem av den som har fagfeltet.
- Kommunalsjefen har ukentlig møte med sine enhetsledere. Enhetsledergruppen innen helse og velferd består av kommunalsjef, tre enhetsledere og NAV-leder som fungerer som et kvalitetsutvalg. Her diskuteres utvikling- og driftsoppgaver på områder som fag, personal og økonomi. Det hentes også ut avvik og man ser på om det er noe som er interessant for hele gruppen.
- Enhetsledere har ukentlige møter med sine avdelingsledere. Her diskuteres også utvikling- og driftsoppgaver på områder som fag, personal og økonomi. Ifølge enhetslederne kan man også diskutere sykefravær, økonomi, omstillinger og øvrige orienteringer.
- I *hjemmetjenesten* avholdes avdelingsmøter/personalmøter ifølge enhetsleder cirka en gang i måneden. Disse møtene avholdes hyppigere ved omstillingsprosesser. Alle ansatte som har mulighet deltar ifølge enhetslederne på disse.
- Enhetsleder for *institusjonstjenesten* forteller at hun på grunn av den økonomiske situasjonen i det siste har hatt personalmøter noe oftere hver måned. Endringer og informasjon diskuteres her blant de ansatte.
- Forum for verneombud avholder årlige møter.

Også lederavtalen, stillingsbeskrivelser og etisk plattform vil her være noen av dokumentene som er førende for de krav og forventninger som er pålagt den enkelte ansatte. Compilo som kommunens kvalitetssystem utgjør også en sentral del av informasjonsdelingen i

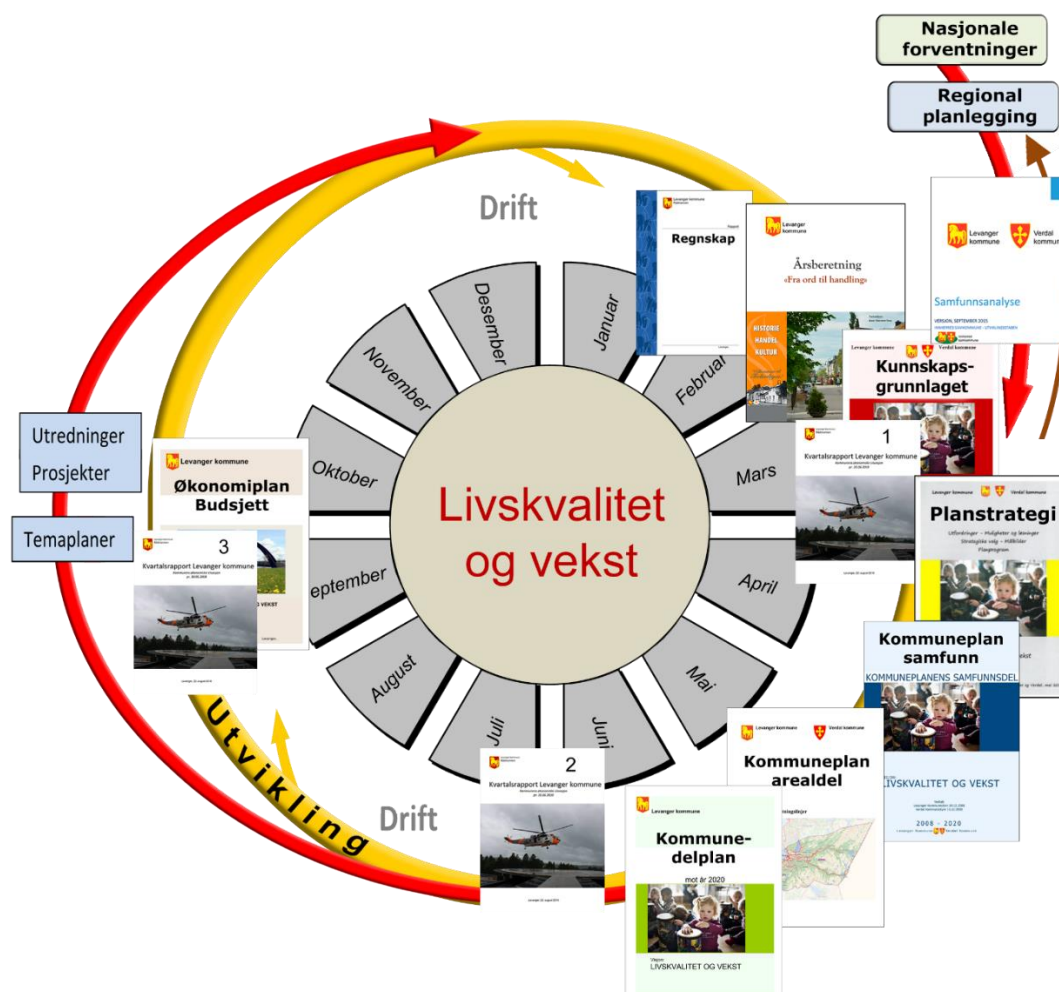
virksomheten. Det kan også tilføyes at rådmannen fra november 2018 har sendt ut elektroniske nyhetsbrev om kommunens virksomhet til alle ansatte den første mandagen i hver måned.

5.3.2 Ruiner og system for årshjul- og planarbeid

Når det gjelder overordnet system for internkontrollen uttaler rådmannen at organisasjonen i 2002 ble flatet ut til to formelle nivå. Gjennom det såkalte fornyingsprosjektet ble det innført *balansert målstyring* (BMS) og styringskort. Kommunen fikk bistand fra Fylkesmannen, samt revisjon- og rådgivningsselskapet Klynvold Peat Marwick Goerdeler (KPMG). Målsettingen med fornyingsprosjektet var å fremskaffe et bedre økonomisk styringsverktøy. Rådmannens oppfatning er at prosjektet førte til bedre økonomiske resultater de påfølgende årene.

Rådmannen viser til at kommunen på overordnet nivå benytter «*plan og styringssystemet*», som sist ble oppdatert i 2017. Det uttales videre at man fortsatt har med seg tankesettet når det gjelder BMS. Ifølge rådmannen er styringskortene stort sett ikke lenger i bruk, dette da ikke lenger finner disse relevant.

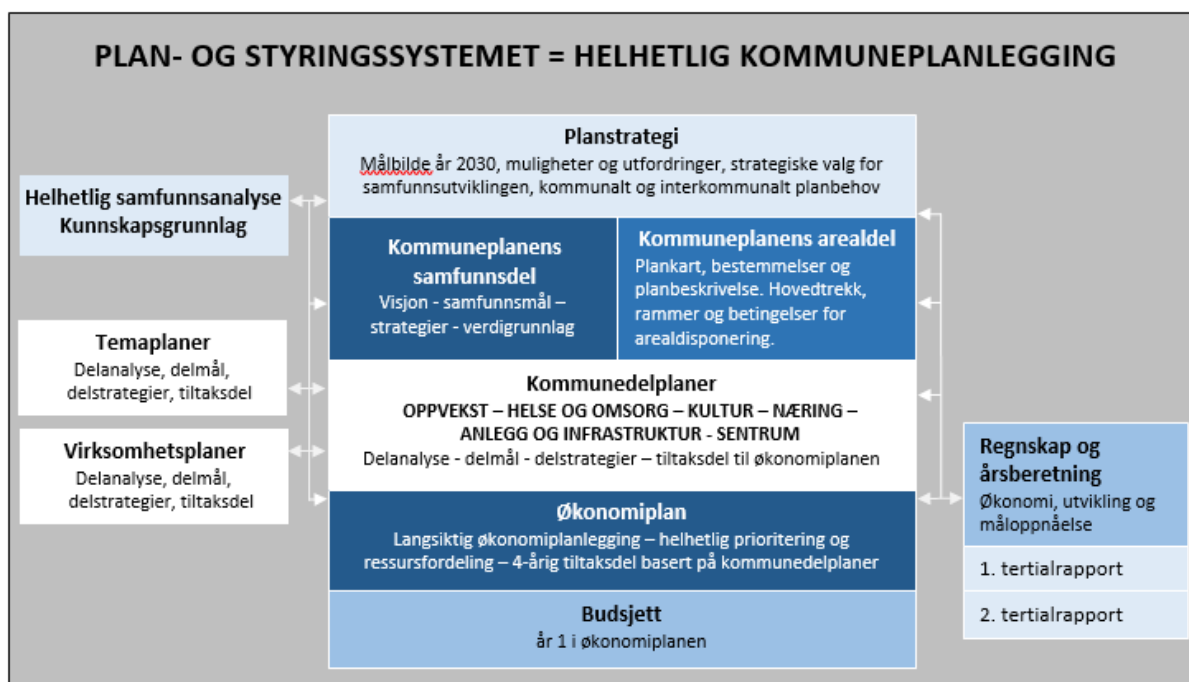
Figur 10, Årshjul for Levanger kommune.



I revisors møte med enhetslederne innen institusjon- og hjemmetjenesten bekreftes det at bruken av styringskort er forlatt, men at man forholder seg til planverket som styringsverktøy. Det benyttes ikke virksomhetsplaner. Det blir kvartalsvis rapportert på økonomi, sykefravær og målbar aktivitet. På grunn av den økonomiske situasjonen får økonomi et stort fokus ved rapportering. Enhetslederne mener at rådmannen har kommunisert at internkontroll er et viktig tema.

Revisor registrerer at det i hovedsak er to dokumenter som regulerer arbeidet med årshjul- og planarbeid på overordnet nivå. Dette er dokumentet for «plan- og styringssystem» som er felles for Verdal og Levanger kommune, samt planstrategien for 2017-2020. Dokumentene legger vekt på de lovkrav som oppstilles til den kommunale planprosessen. Det er også lagt vekt på åpenhet ved at kommunale planer skal legges inn i kommunens årshjul, slik at disse blir tilgjengelige for allmennheten.

Figur 11, Oversikt av prosessen i Levanger kommune sitt plan- og styringssystem



Ifølge plan og styringssystemet er planprosessen deles opp i to deler som gjelder for det første *planlegging* og for det andre *kontroll og rapportering*. Styringsdokumentene er planstrategi, kommunedelplanen med samfunnsdel, arealdel og kommuneplaner, økonomiplan, budsjett og regnskap, samt årsberetning. Innholdet i den enkelte plan kan blant annet bestå i ulike mål, strategier, målindikatorer og tiltak mv. Styringsdokumentenes funksjon vil her være å gi politisk og administrativ ledelse et godt beslutningsgrunnlag for å kunne sikre langsiktige og helhetlig utvikling innenfor hovedområdene, slik at innbyggernes fremtidige behov kan ivaretas innenfor disponible rammer. Ovenfor ser vi hvordan planleggingen som er basert på en helhetlig

samfunnsanalyse utgjør kunnskapsgrunnlaget for planarbeidet. Den enkelte plan henger sammen med budsjett og økonomiplan som danner grunnlaget for rapporteringene i tertial og årsrapporter.

Ifølge kommunalsjefen er det avdelingsledere, enhetsleder og kommunalsjef som sammenfatter tertialrapportene, samt årsberetningen. Årsberetningen står for seg selv og kan ikke direkte knyttes til kvartalsrapporteringene. Innholdet skal være gjenkjennbart, men det er ikke klipt og limt. Ifølge enhetslederne ved institusjon- og hjemmetjenesten er det avdelingslederne som rapporterer på egne budsjett. Enhetsleder sammenstiller rapport med tiltak og sender denne videre til økonomiavdeling/kommunalsjef for sammenstilling.

Fra spørreundersøkelsen til ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten

I spørreundersøkelsen har vi stilt ulike spørsmål som går på informasjonsutvekslingen i enhetene. Vi har delt spørsmålene opp i kategoriene:

- *Informasjon om målsettinger, rutiner og endringer*
- *Kjennskap til tillitsvalgt og verneombud*
- *Ansattes medvirkning og medinnflytelse*
- *Inntrykket av brukermedvirkning*
- *Dialog blant ledelsen*

• *Informasjon om målsettinger, rutiner og endringer*

I spørreundersøkelsen har vi stilt spørsmål til de ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten om de vet *hvilke målsettinger som gjelder for deres arbeid*, samt *hvordan man kan finne frem til disse målsettingene*. Vi i spørreundersøkelsen definert målsettinger som; «*mål for arbeidet og virksomheten som er fremsatt i planer (Kommunedelplan helse, handlingsplaner mv) stillingsbeskrivelser, muntlige målsettinger fra ledelsen etc*».

For påstanden om at *de ansatte kjenner til hvilke målsettinger som gjelder for sitt arbeid* svare majoriteten av de ansatte på 78 % at de er enig i denne påstanden. Ser vi resultatene på enhetsnivå¹¹ ser vi at 81 % av de ansatte i hjemmetjenesten er enig i denne påstanden mot 71 % av de ansatte i institusjonstjenesten. 82 % av lederne svarer at de er enig i påstanden, men enkelte av lederne er også delvis uenige.

¹¹ Se vedlegg 3

Likeledes svarer 68 % av de ansatte at de er enige i at de vet *hvor de skal finne frem til målsettinger for sitt arbeid*. Det er en større prosentandel fra hjemmetjenesten som er enig i denne påstanden enn andelen fra institusjonstjenesten. 73 % av lederne sier seg enig i at de vet hvordan de finner frem til målsettingene. Enkelte av lederne er imidlertid delvis uenige i dette.

For påstanden om at ansatt *kjenner til de rutiner som gjelder for sitt arbeid* svarer 93 % av de ansatte at de er enig i dette. Dersom vi ser i *vedlegg 3*, ser vi at det er en større prosentandel av de ansatte innen hjemmetjenesten som er enig i denne påstanden enn for institusjonstjenesten. Også majoriteten av lederne på 73 % er enige i denne påstanden mens enkelte er delvis uenige¹².

Vi har også spurt de ansatte om de synes ledelsen gir god informasjon om *endringer innen regelverk, målsettinger, rutiner*. Ser vi på de ansatte sine svar er det 51 % som er enig i at god informasjon gis om endringer innen regelverket, 57 % er enige i at god informasjon gis om endringer i målsettinger og rutiner 69 % er enig at god informasjon gis om endringer i rutiner. Andelen ansatte som sier seg uenig er dermed ikke ubetydelig. Ser vi på forskjellene mellom institusjons- og hjemmetjenesten, er resultatet at institusjonstjenesten jevnt over er mindre fornøyd med den informasjonen de får, enn informasjonen som ansatte i hjemmetjenesten får. Enkelte av lederne er også i uenig i at informasjonen de mottar knyttet til endringer i regelverket og målsettinger fra sin overordnede ledelse er god¹³.

- **Kjennskap til tillitsvalgt og verneombud**

Vi har også stilt spørsmål til de ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten om kjennskapen til hvem som er deres nærmeste tillitsvalg og verneombud. Spørsmålet har betydning for om ansattes har mulighet til å kunne utøve medvirkning og medinnflytelse på arbeidsplassen. Resultatene viser at de aller fleste av de ansatte ved hvem deres nærmeste tillitsvalgte og verneombud er. En andel på 4 % har svart at de er uenig eller vet ikke på dette spørsmålet for tillitsvalgt, og 12 % har svart at de er uenig eller vet ikke på spørsmålet om verneombud.

- **Medvirkning og medinnflytelse**

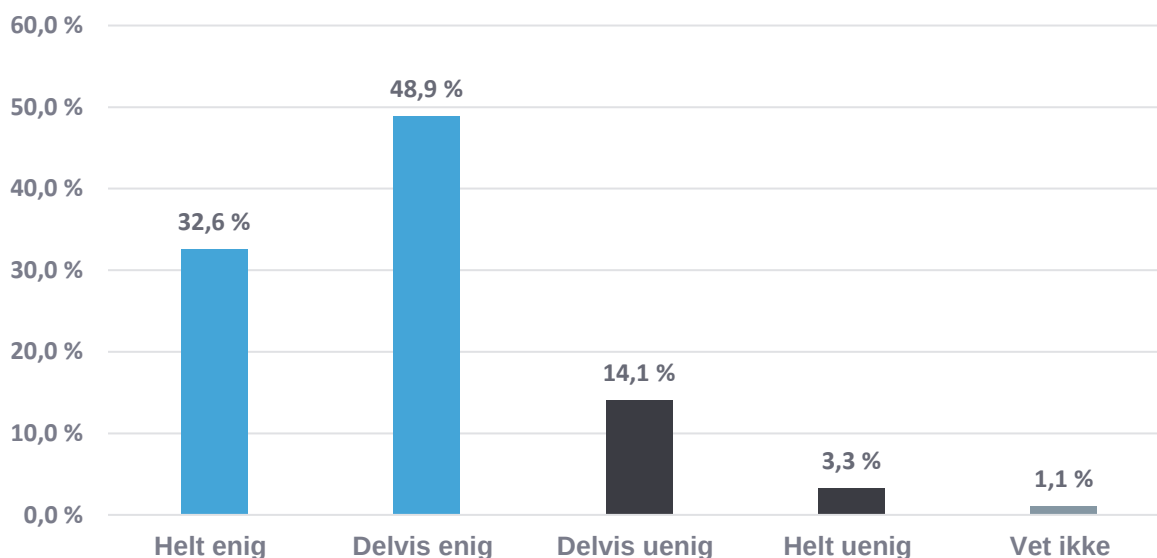
Vi har også spurt de ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten om *hvorvidt de involveres i avgjørelse som har betydning for deres arbeidsplass* og om de *føler at arbeidsgiver lytter til deres synspunkter*. 61 % av de ansatte er enig i at de involveres i avgjørelse, mens 69 % av

¹² Se *vedlegg 3*

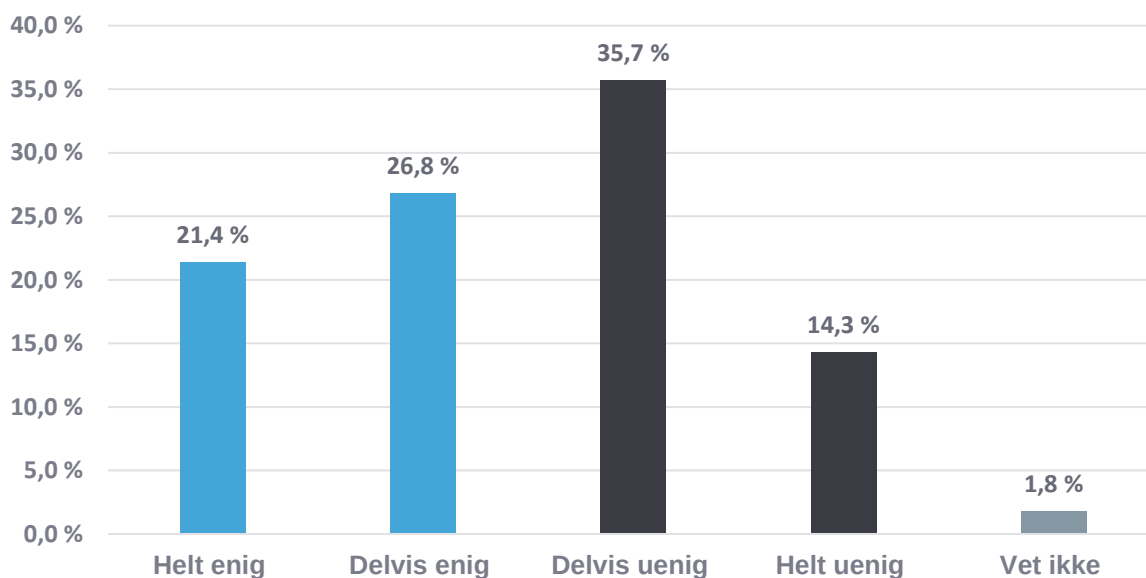
¹³ Se *vedlegg 3*

de ansatte er enige at arbeidsgiver lytter til deres synspunkter. Forskjeller mellom enhetene er presentert nedenfor.

Figur 12, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter». N = 92

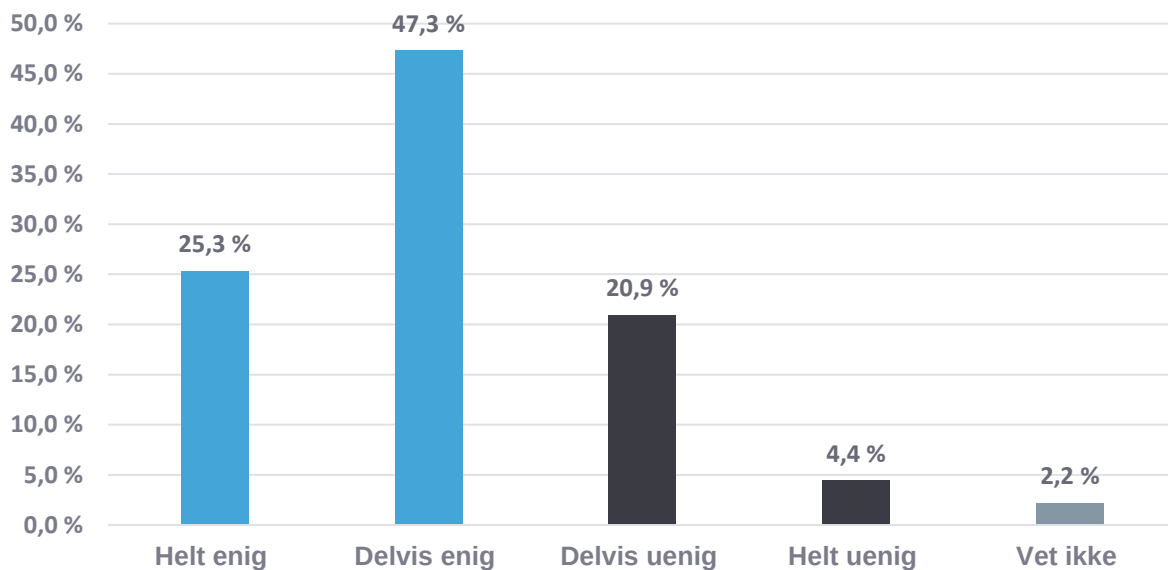


Figur 13, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter». N=56

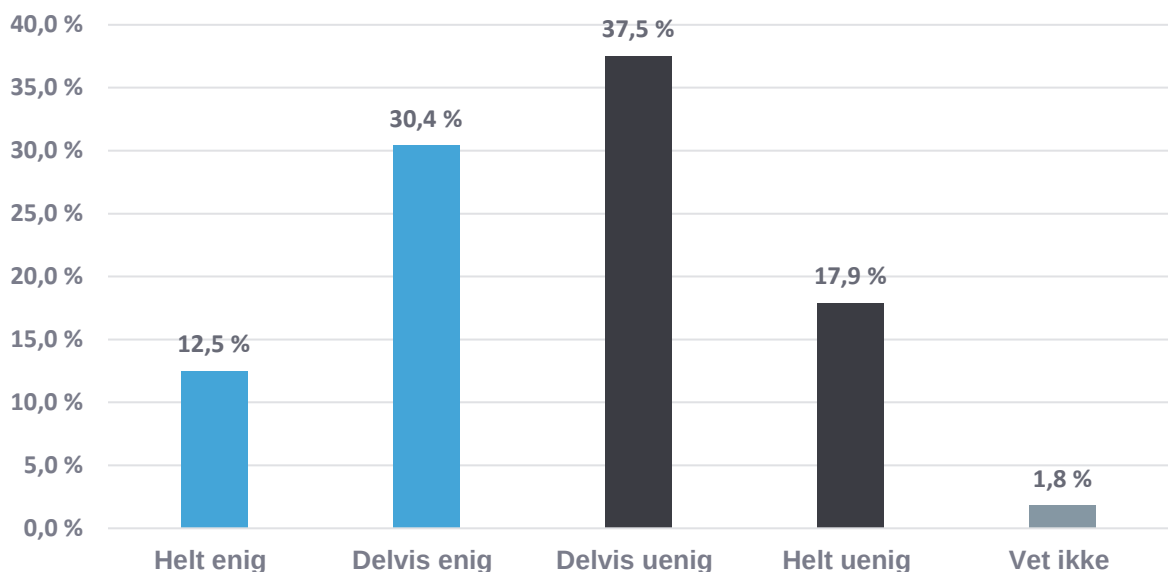


Her ser vi at ansatte i hjemmetjenesten i større grad er enig i påstanden at arbeidsgiver lytter til deres synspunkter, enn ansatte på institusjonstjenesten.

Figur 14, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass». N = 92



Figur 15, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass». N=56



Her ser vi også at ansatte på hjemmetjenesten i større grad er enige i at de involveres i avgjørelser som har betydning for deres arbeidsplass, enn ansatte på institusjonstjenesten.

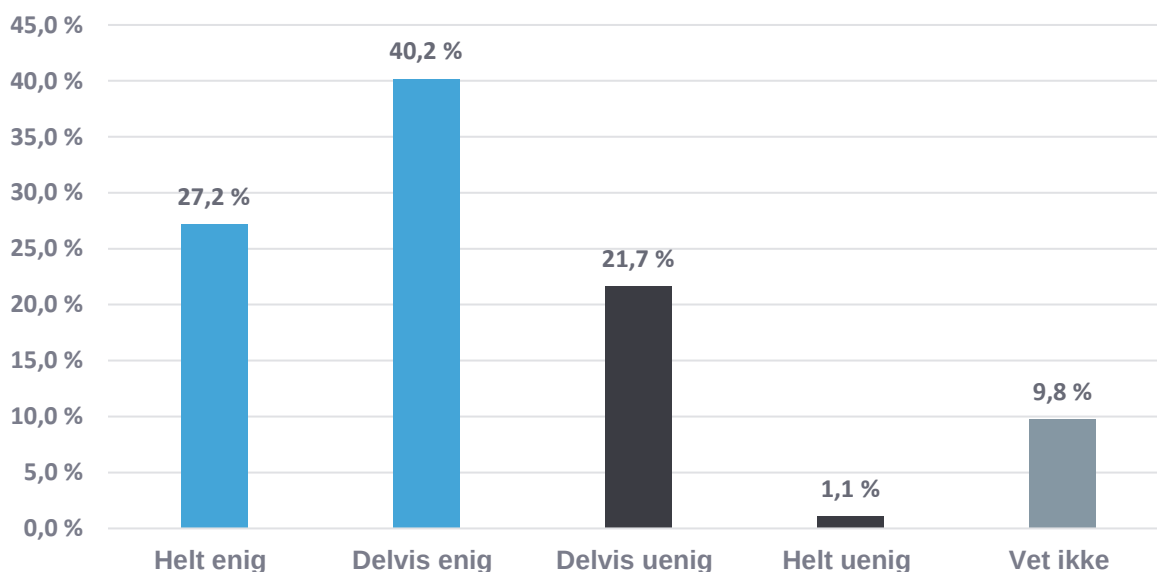
- **Inntrykket av brukervedvirkning**

Vi har stilt spørsmål til de ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten om deres inntrykk av brukervedvirkning. Blant annet har vi stilt spørsmål ved om man ved enhetene er flinke til å lytte til brukeres ønsker og behov og innspill fra pårørende. 89 % er enig i at man er flink til å lytte til brukernes behov, 88 % er enig i at man lytter til brukernes ønsker, mens 87 % sier seg enig i at man lytter til innspill fra pårørende. Her er det ikke vesentlige forskjeller mellom institusjons- og hjemmetjenesten. Forholdet til brukere og pårørende er også noe som trekkes frem i et åpent spørsmål i spørreundersøkelsen til de ansatte om *hva de føler enheten er god nok på*.

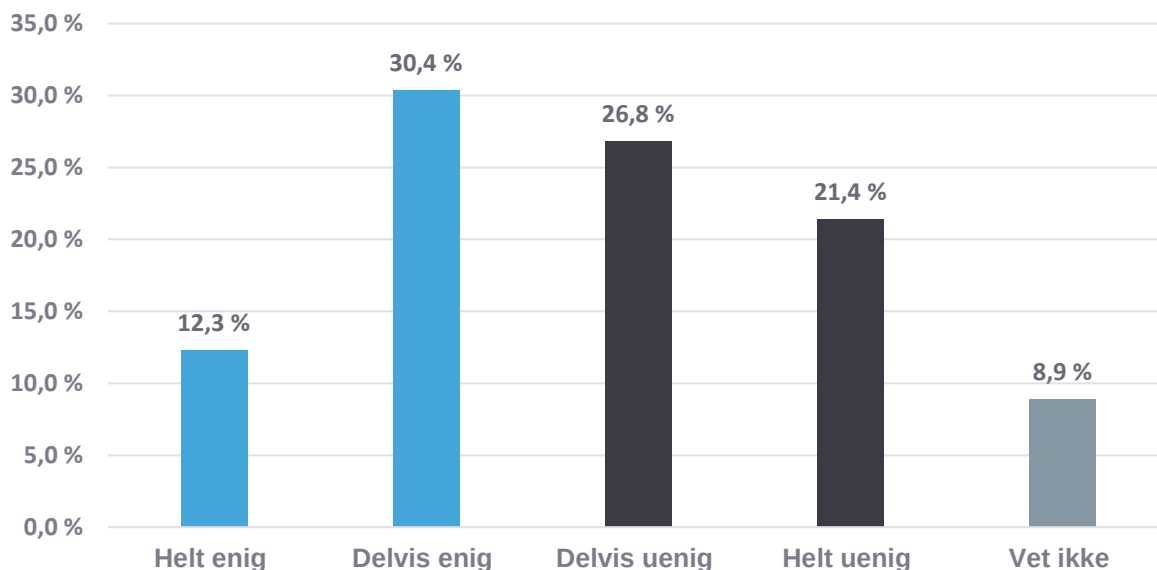
- **Dialogen mellom ledelsen**

Vi har også stilt spørsmål til de ansatte på institusjons- og hjemmetjenesten om de har inntrykk av at dialogen mellom lederne ved sin enhet er tilstrekkelig god. Av samtlige ansatte som har svart er det 58 % som er enig i denne påstanden. Nedenfor er forskjellene mellom enhetene presentert.

Figur 16, Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Mitt inntrykk er at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god». N = 92



Figur 17, Ansatte i institusjonstjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Mitt inntrykk er at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god». N = 92



Her ser vi også at det foreligger forskjeller mellom enhetene. Forskjellene gjenspeiler seg også i svarene fra ledelsen hvor 27 % er uenig i denne påstanden, se *vedlegg 3*.

5.4 Vurdering

5.4.1 Rutiner og system for informasjonsdeling

Revisors oppfatning er at informasjonsdelingen i kommunen i stor grad er basert på møtevirksomhet. Informasjon som utveksles på stabsnivå, enhet og avdelingsnivå forutsettes distribuert av den respektive leder nedover i hierarkiet. Medbestemmelse og medinnflytelse opplyses å være tema på personalmøter og i forum for verneombud. Revisors oppfatning er at kommunen har noe å gå på i forhold til å gjøre møtereferater tilgjengelig for de ansatte. En forutsetning vil her være at informasjon både går oppover og nedover i hierarkiet. Rådmannen trenger informasjon fra ansatte på enhet og avdelingsnivået for å kunne utføre en betryggende kontroll med kommunens virksomhet, mens ansatte vil ha behov for informasjon om hvilke føringer som legges til grunn for arbeidet av ledelsen. En forutsetning for internkontrollen vil derfor være at målsettinger, rutiner og endringer kommer de ansatte til kunnskap.

Gjennom spørreundersøkelse til ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten har revisor testet om informasjonsdelingen fungerer som forutsatt. En tolkning av svarene på spørreundersøkelsen kan tilsa at majoriteten av de ansatte som har avgitt svar innen institusjons- og hjemmetjenesten, har kjennskap til de *målsettinger og rutiner* som gjelder for deres arbeid. De aller fleste opplyser også å ha kunnskap om *hvordan de finner frem* til disse. Det er verd å merke seg at enkelte ledere er delvis uenig i disse påstandene, noe som er med

på å underbygge behovet for opplæring men også en mer systematisk ledelsesutvikling. Når det gjelder målsettinger, rutiner og regelverk er ansatte i mindre grad fornøyd med informasjonen de får om *endringer* knyttet til disse punktene. Her vil det være viktig å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for å formidle endringer, hvordan man får tilgang til endringene og hvorvidt det den enkelte selv som er ment å ajourføre seg på denne aktuelle kunnskapen.

Når det gjelder kunnskapen om hvem som er nærmeste *tillitsvalgt og verneombud* viser spørreundersøkelsen at de aller fleste har kunnskap om hvem dette er. Her kan det være verdt å merke seg at prosentandelen som opplyser å ikke ha kunnskap om verneombud er større enn andelen som har kunnskap om sin nærmeste tillitsvalgt. En årsak til at enkelte ikke har kunnskap om sin nærmeste tillitsvalgt kan være fordi man ikke er medlem av en fagforening, men dette kan ikke på samme måte forklare manglende kunnskap om er verneombud. Det er derfor viktig å sørge for at denne informasjonen når ut til alle ansatte.

For spørsmålene knyttet til *medbestemmelse og innflytelse*, ser vi at ansatte i hjemmetjenesten i større grad enn ansatte i institusjonstjenesten er fornøyd med dette. En feilkilde kan imidlertid være at det «å lytte» og det å bli «involvert» tolkes som det å få gjennomslag for sine argumenter, men uansett er det viktig å ikke undergrave at en stor andel av de ansatte har et negativt inntrykk av sin medbestemmelse og innflytelse. Et førsteinntrykk kan være at institusjonstjenesten har noe å lære av hjemmetjenesten når det gjelder oppfyllelse av medbestemmelse og innflytelse på arbeidsplassen.

Ifølge spørreundersøkelsen viser spørsmålene knyttet til *brukermedvirkning* at ansatte føler man på enhetene lytter til brukernes ønsker og behov og de pårørendes innspill. Dette er fremgår i flere omganger også i åpent spørsmål til de ansatte om hva enhetene er *gode nok på*. En feilkilde her vil kunne være at ansatte i evalueringen av seg selv vil kunne rangere brukermedvirkningen høyere enn brukerne selv. Sett opp mot informasjonsdelingen i kommunen er det derfor en svakhet at man ikke har gjennomført brukerundersøkelser i den siste tiden, dette for å sammenholde dette med informasjonen om brukermedvirkning som ledelsen og ansatte rapporterer.

Når det gjelder *dialogen mellom lederne* ser vi at det foreligger forskjeller mellom enhetene og at denne forskjellen gjenspeiler seg både i svarene til ansatte og for ledelsen selv. Det kan på nytt derfor være hensiktsmessig å tenke igjennom hvilken informasjon den enkelte leder har ansvaret for å tilegne seg og dele, hvem informasjonen skal deles med, når og på hvilken måte denne skal deles. Et ytterligere moment er at dialogen mellom ledelsen ved enhetene bør være tilstrekkelig god, dette trekkes også frem av ansatte i spørreundersøkelsen som et

forbedringspotensial. Bedre samordning på tvers av enhetene kan både bidra til læring og bedre koordinering av tjenestetilbudet.

5.4.2 Rutiner og system for årshjul- og planarbeid

Etter at kommunen konkluderte med at innføringen av nytt system på 2000-tallet ikke fungerte etter hensikten, er revisors oppfatning at kommunen ikke lengre har et fast styringssystem når det gjelder internkontrollen. Internkontrollen er i dag derfor basert på elementer både fra balansert målstyring og alminnelig planstyring. Revisors vurdering er at dette kan by på utfordringer når internkontrollen per definisjon er å sette kontrollmekanismer i et fast system.

Revisor registrerer at Levanger kommune har rutiner for sitt årshjul og planarbeid. Revisors oppfatning er at dette systemet i all hovedsak danner grunnlaget for rådmannens styring med internkontrollen, dette etter at systemet med balansert målstyring og styringskort ble forlatt. Systemet viser til prosessen hvor planlegging og kartlegging av samfunnsforholdene danner grunnlaget for planprosessen. Styringsdokumentene vil gjennom sitt innhold med målsettinger, strategier, målindikatorer og tiltak mv, stille krav til den informasjonsdeling og rapportering som finner sted, herunder tertialrapporter, årsrapporter/årsberetninger. Styringsmekanismene vil til enhver tid måtte ses på bakgrunn av de økonomiske rammene av budsjett og økonomiplanen.

5.5 Delkonklusjon

Revisors konklusjon er at rådmannen ikke kan vise til et fast system for internkontrollen, men et system bygd på elementer fra både balansert mål- og planstyring. Informasjonsflyten sikres i stor grad gjennom møtevirksomheten som finner sted. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at dialogen når det gjelder medbestemmelse og innflytelse, informasjon om endringer, samt oppfatningen av dialogen lederne imellom gis en lav score av de ansatte.

6 OVERVÅKING

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

For rådmannen/rådmannsnivået vil det ikke være mulig – eller ønskelig – å ha detaljert kunnskap hverken om hvilke oppgaver som utføres eller risikoer som finnes. Her må kommunen ha vurdert og avklart hva som skal aggregeres fra tjenestenivå og oppover/videre i organisasjonen.

6.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet overvåking:

- **Er det etablert rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt?**

6.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- *Det bør være etablert rutiner for etterlevelse av besluttede tiltak, regler, krav*
- *Det bør være etablert rutiner for oppfølging av avvik*
- *Det bør være etablert rutiner for iverksetting av korrigerende tiltak*

6.3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne problemstillingen er hentet fra intervju med ledelsen, dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse til ansatte ved institusjons- og hjemmetjenesten.

6.3.1 Rutiner for etterlevelse

For få et fullstendig bilde av etterlevelsen i kommunen i vid forstand er det viktig å ta med seg tidligere drøftelser knyttet til eksempelvis opplæring, skriftlige rutiner, oppfølging av avvik, risikovurderinger og informasjonsdeling, vil alle ha en påvirkning på etterlevelsen. Spørsmålet vil være hvilke øvrige tiltak man har for å påse etterlevelsen.

Kommunalsjefen uttaler at man mer konkret utfører evalueringer av etterlevelse når det gjelder HMS-planer og oppfølgingen av sykemeldingsprosenten (IA-avtalen). Videre er det evalueringer tilknyttet vernerundene, men ikke for prosedyrer og stillingsbeskrivelser. Det er foretas heller ingen overordnet evaluering av ROS-analysene i ifølge kommunalsjefen. Når det kommer til etterlevelse av regelverket er dette en oppgave som tilligger den enkelte leder ifølge

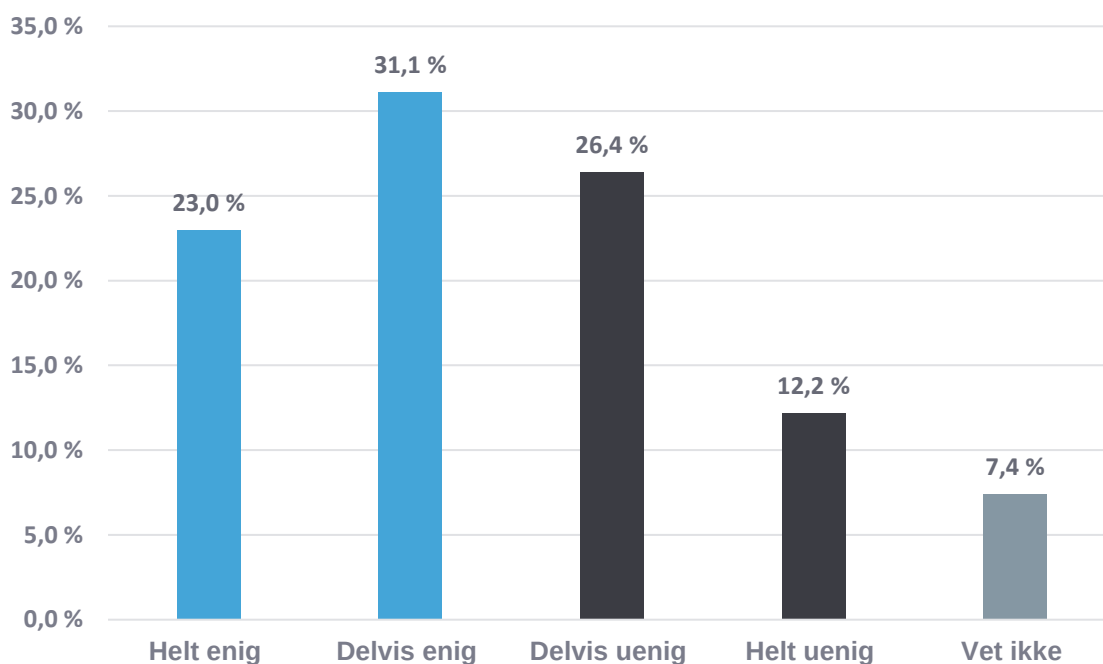
kommunalsjefen. Enhetslederne ved institusjon og hjemmetjenesten forventer at de ansattes profesjon sørger for at lover og regler følges, mens avdelingslederne også peker på at etterlevelse sikres gjennom personalmøter, medarbeidersamtaler.

6.3.2 Ruiner for oppfølging av avvik

Som nevnt tidligere i avsnitt 4.3.2 har kommunen etablert en egen «*prosedyre for avviksmelding og avvikshåndtering*». Prosedyren viser en oversikt over ansvarsfordeling mellom ansatte, som melder og leder som ansvarlig for oppfølgingen. Ifølge rådmannen lukkes avvik på laveste nivå. Dersom avviket ikke blir lukket, blir det sendt oppover, og havner til slutt hos rådmannen. Det er enhetsleder som er laveste nivå. Fristen for lukking er én måned.

Tilbakemeldingene fra de avdelingslederne vi har vært i kontakt er at avvik gjennomgås blant annet i personalmøtene, dette for å finne gode løsninger på utfordringene. Avvik kan blant føre til at man må sette inn tiltak som blant annet går ut på å endre rutiner og utarbeide nye prosedyrer.

Figur 18, Ansatte i institusjons- og hjemmetjenesten ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Jeg har inntrykk av at avvik for min enhet følge opp»



Ser vi på forskjellene mellom institusjons- og hjemmetjenesten er det for hjemmetjenesten 60 % som opplyser at de er enig i denne påstanden, mens for institusjonstjenesten er det 45 % som er enig i denne påstanden. For lederne er 64 % enige i at avvik følge opp, mens 36 % er delvis uenig i dette.

6.3.3 Ruiner for iverksetting av korrigerende tiltak

Når det gjelder iverksetting av korrigerende tiltak er det gitt eksempel på at tiltak settes inn i forbindelse med avdekkede forhold på grunnlag av ROS-analysene. Et annet eksempel på dette vil være tiltak som settes inn i forbindelse med håndteringen av avvik fra avvikssystemet. Av andre eksempler påpekes det av en avdelingsleder at man også enkelte ganger vil ha behov for samtaler med ansatte for å evaluere tjenestene og behovene som foreligger, og da vurdere å sette inn tiltak som følge av dette.

6.4 Vurdering

6.4.1 Rutiner for etterlevelse

Vurderingene av etterlevelse må ses på bakgrunn de aktiviteter og handlinger som ligger til internkontrollsystemet under ett, dette da internkontrollen per definisjon er et system for å sørge for etterlevelse, jf. § 23. 2 ledd. Det vises spesielt her til avsnitt 4.3.4 og 4.4.4 ovenfor, om *kontrollhandlinger*.

6.4.2 Rutiner for oppfølging av avvik

Revisors inntrykk er at systemet og rutinene for å håndtere avvik er på plass, men at ansatte allikevel er delt i oppfatningen av hvor god kommunen er når det gjelder oppfølgingen. Avviket følger hierarkiet i kommunen og lukkes først når det behandles av riktig person i ledelsen. Med bakgrunn i at ansatte er delt i sin oppfatning av hvorvidt kommunen foretar oppfølging av avvik vil det måtte stilles noen oppfølgingsspørsmål for å komme til bunns i dette. En oppfatning kan være at avvik blir lukket uten at forholdene har bedret seg, noe som vil ha sammenheng med manglende iverksetting av tiltak og evaluering. Dersom problemet er at avvik sendes tilbake fra overordnet leder til underordnet leder uten å bli behandlet, kan det stilles spørsmål om manglende kunnskap om underordnet leder sitt ansvarsområde. Er det ulikheter i måten ledelsen og ansatte oppfatter avvik på tilsier dette en manglende avklaring av avviksbegrepet og hvilke avvik som krever en oppfølging. Ut fra slike spørsmål og svar kan man komme til bunns i hva de ansattes sin misnøye er tuftet på.

6.4.3 Ruiner for iverksetting av korrigerende tiltak

De mest klare eksemplene på at tiltak settes inn for å korrigere virksomheten er i forbindelse med ROS-analyser og avvikshåndtering, men i likhet med avsnittet om kontrollmekanismer og etterlevelse vil dette være noe som variere fra hvilket område og nivå man befinner seg på.

6.5 Delkonklusjon

Revisors konklusjon er at rådmannen har etablert rutiner for oppfølging av internkontrollen. Både etterlevelse og korrigerende tiltak må ses i sammenheng med andre sider av internkontrollen som ROS-analysene og avvikssystemet, men for begge disse er det stilt spørsmål om oppfølgingen er tilstrekkelig.

7 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Levanger kommune den 26.03.19. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar fra rådmannen den 10.04.19. Høringsbrevet er vedlagt rapporten i *vedlegg 2*. Revisor har lagt til en kommentar fra rådmannen angående elektroniske nyhetsbrev i rapportens datadel, men kommentaren har ikke hatt innvirkning på rapportens vurderinger eller konklusjon. Høringssvaret har ut over dette ikke medført endringer i rapporten.

8 HOVEDKONKLUSJON OG ANBEFALINGER

8.1 Hovedkonklusjon:

Levanger kommune har ikke fullt ut etablert et internkontrollsystem som ivaretar kommunelovens krav om betryggende kontroll. Dette begrunnet ut fra følgende delkonklusjoner:

Kontrollmiljøet:

Revisor har konkludert med at Levanger kommune ikke fullt ut har et tilfredsstillende kontrollmiljø. Dette begrunnes ut fra en noe utydelig delegasjon av myndighet, samt forbedringspunkter når det gjelder opplæring av ansatte og ledere i de daglige arbeidsoppgaver og i stillingen. Det kan påpekes at en grundig innføring i lederrollen og et økt fokus på ledelsesutvikling vil kunne ha stor betydning for utøvelsen av internkontrollen.

Risikovurdering:

Revisors konklusjon er at det gjennomføres risikokartlegginger både på overordnet- og avdelingsnivå. Revisor stiller imidlertid spørsmål ved innfallsvinkelen og de innholdsmessige rammene for kartleggingen, samt oppfølgingen dersom risiko først avdekkes.

Kontrollaktiviteter:

Revisors konklusjon er at det er etablert rutiner for de fleste områder av kommunens virksomhet, men at det finnes eksempler på at enkelte rutiner kan anses å mangle, mens andre ikke er oppdatert i henhold regelverket. Rutiner for avvikssystemet er på plass i Compilo, men spørreundersøkelsen viser at enkelte ansatte, spesielt ansatte uten helsefaglig bakgrunn, opplyser å ikke å ha fått opplæring i systemet. Rutiner for rapportering på måloppnåelse er etablert og er i stor grad i tråd med intensjonene i planstyringen. Unntaket er at planstyringen i prinsippet legger opp til en mer detaljert rapportering, eksempelvis på målindikatorer, som ikke fullt ut gjennomføres. Kommunens bruk av kontrollhandlinger, for å påse lov og regeletterlevelse, fremstår som tilfeldig og usystematisk.

Informasjon og kommunikasjon:

Revisors konklusjon er at rådmannen ikke kan vise til et fast system for internkontrollen, men et system bygd på elementer fra både balansert mål- og planstyring. Informasjonsflyten sikres i stor grad gjennom møtevirksomheten som finner sted. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at dialogen når det gjelder medbestemmelse og innflytelse, informasjon om endringer, samt oppfatningen av dialogen lederne imellom gis en lav score av de ansatte.

Overvåking:

Revisors konklusjon er at rådmannen har etablert rutiner for oppfølging av internkontrollen. Både etterlevelse og korrigerende tiltak må ses i sammenheng med andre sider av internkontrollen som ROS-analysene og avvikssystemet, men for begge disse er det stilt spørsmål om oppfølgingen er tilstrekkelig.

8.2 Anbefalinger:

Revisors anbefalinger til det videre arbeidet er:

- Den fullstendige delegasjonsrekken for administrativt nivå fremstår som ufullstendig og utydelig og bør klarlegges nærmere, eksempelvis direkte i delegasjonsreglementet.
- Større fokus på grunnleggende opplæring, av ledere og øvrige ansatte i stillingen og arbeidsoppgavene
- Hensynet til ivaretagelse av rettigheter for brukerne bør vurderes som tema i ROS-analyser
- Det bør gjennomgås hvorfor tillitten til avviksoppfølgingen er lav blant ansatte, samt hvorfor synet på informasjonsdeling og kommunikasjon oppfattes ulikt ved enhetene
- Når det gjelder målsettinger og operasjonaliseringen av disse i planverket, bør det i større grad etableres en sammenheng mellom de operasjonaliserte mål og den faktiske rapporteringen.
- Det bør vurderes hvilke kontrollhandlinger utover avvikshåndtering og ROS-analyse som bør settes i verk for å påse lov og regeletterlevelse innen helse og velferdsområde. Her vil det kunne være hensiktsmessig å etablere en «beste praksis» og en bedre samordning mellom enhetene

KILDER

Lov og forskrift:

- KommuneLOven
- Personopplysningsforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Rapporter, veiledere, føringer:

- 85 tilrådninger for styrket egenkontroll i kommunen. Kommunal og regionaldepartementet
- Internkontroll i kommuner. Rapport til Kommunal- og regionaldepartementet. PWC
- Rådmannens internkontroll. Hvordan får orden i eget hus? KS
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Kommunale dokumenter:

- Levanger kommune sine vedtak, retningslinjer og dokumenter

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner §7 skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Kommuneloven § 23 andre ledd.
- F28.10.2016 nr. 1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten.
- IS-2620 Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- COSO-rammeverket
- Vedtak og retningslinjer for Levanger kommune

8.2.1 Lov og forskrift

- *Kommuneloven*

Det fremgår av kommunelovens § 23, 2 ledd at rådmannen *skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll*. Kommunelovens § 23, 2 ledd gir imidlertid ingen operasjonalisering av betryggende kontroll.

- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

I utarbeidelsen av revisjonskriterier har revisor også lagt vekt på bestemmelser i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften tydeliggjør kravene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter.

§ 6 Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.

Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7 Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8 Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9 Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

8.2.2 Veiledere

- *85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane*

Kommunal- og regionaldepartementet har utgitt en rapport med tittelen «85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane» om rådmannens ansvar i henhold til kommuneloven. Rapporten foreslår tiltak for å styrke egenkontrollen i kommuner og fylkeskommuner.

- *Rådmannens internkontroll, hvordan få orden i eget hus?*

KS har utarbeidet et hefte om internkontrollen for å gi oversikt og praktisk støtte til kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med å styrke den administrative internkontrollen.

- *Internkontroll i kommuner*

PWC har utarbeidet en rapport på internkontroll i kommuner til Kommunal- og regionaldepartementet. Rapporten gir tilrådingar

8.2.3 Rammeverket for internkontroll

Det er opp til kommunen selv å utvikle et system som sikrer at kommunelovens krav om ”betryggende kontroll” blir imøtekommet. Revisjonens vurderinger tar derfor ikke utgangspunkt i konkrete krav til kommunene, men baseres på hva som anses som ”beste praksis”.

Arbeid med internkontroll skiller seg ikke fra annen ledelse. Dette innebærer at ansvarsdeling for internkontroll bør følge kommunens oppbygging og tilpasses den helhetlige virksomhetsstyringen.

En måte å beskrive rolle og ansvar innenfor administrasjonen på er: på avdelingsnivå bør fokuset være tiltak, risiko- og kontrollmatriser samt prosessbeskrivelser. På sektornivå bør fokuset være på forbedringsarbeid, revidere risikoanalyse og sikre tiltak, samt etterlevelse, oppfølging, måling og rapportering. På rådmannsnivå bør fokuset være på å sikre måloppnåelse, aggregere risiko og helhet.

I COSO-rammeverket pekes det på 5 innbyrdes sammenhengende komponenter:

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

Komponentene er gjensidig avhengige av hverandre, og likeverdige deler av et internkontrollsystem. De fem komponentene er sammenfattet i en figur, som antyder forholdet mellom dem:

Figur 1: Illustrasjon av COSO-modellen.



1. Kontrollmiljøet:

Kontrollmiljøet setter standarden for holdning til kontroll og styring. Kontrollmiljøet omfatter integritet, etiske verdier, ansattes kompetanse, ledelsens filosofi og driftsform, fordeling av ansvar og myndighet, organisering og utvikling av de menneskelige ressursene.

Revisor vil her se på om kommunen har rutiner og system som dekker:

- Ledelsens holdning til internkontroll
- Fordeling av ansvar og myndighet
- Opplæring/kompetanse
- Etikk

2. Risikovurdering:

Risikovurderingen skal sikre at de arbeidsprosessene som har høyest sannsynlighet for, og konsekvens av, svikt, feil eller mangler blir identifisert. Ledelsen må hensynta risikovurderingen i utformingen av internkontroll ved at man fokuserer og avgrenser internkontrollen til de arbeidsprosessene som har høyest risiko. Her bør kommunen også se på styring og håndtering av sammenhengen mellom overordnede mål og daglige operasjonelle aktiviteter.

- Det strategiske perspektivet - vurdere risikoen for at kommunen ikke når sine overordnede mål, herunder å kvalitetssikre at virksomheten tar de riktige valgene i sine mål- og strategiprosesser.
- Det operasjonelle perspektivet: vurdere risikoene for at virksomheten gjennomfører sine aktiviteter og arbeidsprosesser på en utilstrekkelig måte.

Revisor vil her se på om kommunen har:

- Etablert en struktur for hvilke mål den skal styre mot
- Et system for å identifisere og analysere risiko
- Et system for å håndtere identifisert risiko

3. Kontrollaktiviteter:

Kontrollaktivitetene er de tiltakene som blir iverksatt for å sikre etterlevelse av regelverk, retningslinjer og krav til tjenesteutførelse, og for håndtere risiko avdekket i risikovurderingen. Formålet med kontrollaktivitetene er å bidra til at rutiner og system skal fungere slik som bestemt. Aktivitetene skal skje på alle nivå i organisasjonen, og kan bestå av blant annet

godkjennelser, anvisninger, verifikasjoner, avstemminger, gjennomgåelse av driften, sikring av ressurser og ansvarsfordeling. Vår oppfatning er at det innenfor alle operasjonelle aktiviteter der eventuelle svakheter i internkontrollen vil ha høy konsekvens, så må det være etablert et kontrollsystem.

Revisor vil her se på om kommunen har:

- Dokumentasjon av sentrale rutiner
- Klar organisering av roller og oppgaver
- Rutiner for avviksmeldinger
- Oversikt over gjennomføring/status på sentrale kontroller

4. Informasjon og kommunikasjon:

For å oppnå god internkontroll er det ifølge COSO-modellen viktig med effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Dette er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre det ansvaret de er tildelt.

Kommunen bør ha rutiner og system for:

- Å formidle forventninger og krav
- Identifisering og formidling av viktig informasjon
- Årshjul/planarbeid

5. Overvåking:

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

For rådmannen/rådmannsnivået vil det ikke være mulig – eller ønskelig – å ha detaljert kunnskap hverken om hvilke oppgaver som utføres eller risikoer som finnes. Her må kommunen ha vurdert og avklart hva som skal aggregeres fra tjenestenivå og oppover/videre i organisasjonen.

Kommunen bør ha rutiner for:

- Etterlevelse av besluttede tiltak, regler, krav
- Rapportering på måloppnåelse
- Oppfølging av avvik
- Iverksetting av korrigerende tiltak

8.2.4 Kommunale vedtak og retningslinjer

Kommunale vedtak og føringer er viktig i vurderingen av kommunens oppgaver, hvordan ansvar og myndighet er delegert samt hvordan arbeidsoppgaver skal gjennomføres.

- Kommunens vedtak/føringer for internkontroll.
- Kommunens egne handlings- og strategiplaner.
- Rutiner og reglement
- Etisk regelverk

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

«Hei!

Beklager oversittelse av høringsfristen. Jeg har gjennomgått rapporten og har ingen merknader til revisjonens gjennomgang. En del av det revisjonen peker på som forbedringsområder er også funnet i sak om organisasjonsgjennomgang som skal behandles i kommunestyret 24. april.

Jeg har en tilleggsopplysning når det gjelder informasjon. Det framgår av rapporten at informasjonsoverføring i stor grad er knyttet til møter, men jeg vil nevne at fra november 2018 har rådmannen sendt et elektronisk nyhetsbrev til alle ansatte den 1. mandag i hver måned. Jeg legger ved disse.»

VEDLEGG 3 – DATA FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

- Filtrert på ansatte ved hjemmetjenesten (både ledere og øvrige ansatte)

1. Ledelsen i kommunen er opptatt av å sørge for en god internkontroll innen helse og velferdssektoren?

Helt enig 15,2%

Delvis enig 40,2%

Delvis uenig 21,7%

Helt uenig 4,3%

Vet ikke 18,5%

N 92

2. Jeg vet hvilke målsettinger som gjelder for mitt arbeid

Helt enig 39,1%

Delvis enig 42,4%

Delvis uenig 13,0%

Helt uenig 2,2%

Vet ikke 3,3%

N 92

3. Jeg vet hvor jeg finner frem til målsettinger for mitt arbeid

Helt enig 25,6%

Delvis enig 45,6%

Delvis uenig 21,1%

Helt uenig 4,4%

Vet ikke 3,3%

N 90

4. Mitt ansvarsområde er tydelig definert

Helt enig 40,2%

Delvis enig 46,7%

Delvis uenig 8,7%

Helt uenig 3,3%

Vet ikke 1,1%

N 92

5. Jeg vet hva arbeidsgiver forventer av meg i jobben

Helt enig 57,6%

Delvis enig 34,8%

Delvis uenig 6,5%

Helt uenig 1,1%

Vet ikke 0,0%

N 92

6. Jeg kjenner til de rutiner som gjelder for mitt arbeid

Helt enig 54,3%

Delvis enig 42,4%

Delvis uenig 2,2%

Helt uenig 1,1%

Vet ikke 0,0%

N 92

7. Jeg synes opplæringen jeg har fått for mine arbeidsoppgaver har vært god

Helt enig 27,2%

Delvis enig 51,1%

Delvis uenig 16,3%

Helt uenig 5,4%

Vet ikke 0,0%

N 92

8. Arbeidsgiver gir meg mulighet til å øke min kompetanse

Helt enig 23,9%

Delvis enig 26,1%

Delvis uenig 23,9%

Helt uenig 22,8%

Vet ikke 3,3%

N 92

9. Jeg er gjort kjent med ansvaret som er pålagt meg i dokumentet "etisk plattform"

Helt enig 35,9%

Delvis enig 31,5%

Delvis uenig 10,9%

Helt uenig 13,0%

Vet ikke 8,7%

N 92

10. Jeg har fått opplæring i HVORDAN avvikssystemet fungerer

Helt enig 54,3%

Delvis enig 30,4%

Delvis uenig 8,7%

Helt uenig 6,5%

Vet ikke 0,0%

N 92

11. Jeg har fått informasjon om HVA som anses for å være et avvik

Helt enig 44,6%

Delvis enig 37,0%

Delvis uenig 16,3%

Helt uenig 2,2%

Vet ikke 0,0%

N 92

12. Jeg synes det er enkelt å vurdere OM jeg skal melde avvik

Helt enig 27,2%

Delvis enig 47,8%

Delvis uenig 20,7%

Helt uenig 3,3%

Vet ikke 1,1%

N 92

13. Jeg synes det er enkelt Å MELDE avvik i avvikssystemet

Helt enig 38,0%

Delvis enig 32,6%

Delvis uenig 15,2%

Helt uenig 8,7%

Vet ikke 5,4%

N 92

14. Jeg har inntrykk av at avvik for min enhet FØLGES OPP

Helt enig 29,3%

Delvis enig 30,4%

Delvis uenig 22,8%

Helt uenig 6,5%

Vet ikke 10,9%

N 92

15. Jeg har fått informasjon om hvilke risikoer som kan oppstå i forbindelse med min jobb

Helt enig 28,3%

Delvis enig 46,7%

Delvis uenig 17,4%

Helt uenig 5,4%

Vet ikke 2,2%

N 92

16. Jeg vet hvordan risikoer skal håndteres hvis de oppstår

Helt enig 22,8%

Delvis enig 56,5%

Delvis uenig 16,3%

Helt uenig 2,2%

Vet ikke 2,2%

N 92

17. Jeg har inntrykk av at min enhet har god kontroll på risikoer

Helt enig 19,6%

Delvis enig 51,1%

Delvis uenig 18,5%

Helt uenig 5,4%

Vet ikke 5,4%

N 92

18. Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass

Helt enig 25,3%

Delvis enig 47,3%

Delvis uenig 20,9%

Helt uenig 4,4%

Vet ikke 2,2%

N 91

19. Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter

Helt enig 32,6%

Delvis enig 48,9%

Delvis uenig 14,1%

Helt uenig 3,3%

Vet ikke 1,1%

N 92

20. Jeg vet hvem som er min nærmeste tillitsvalgte

Helt enig 89,1%

Delvis enig 7,6%

Delvis uenig 1,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 2,2%

N 92

21. Jeg vet hvem som er mitt verneombud på min arbeidsplass (enhet)

Helt enig 84,8%

Delvis enig 5,4%

Delvis uenig 2,2%

Helt uenig 2,2%

Vet ikke 5,4%

N 92

22. Ved min enhet er vi flinke til å lytte til:

Brukernes behov

Helt enig	53,3%
Delvis enig	39,1%
Delvis uenig	6,5%
Helt uenig	0,0%
Vet ikke	1,1%

N 92

Brukernes ønsker

Helt enig	50,5%
Delvis enig	38,5%
Delvis uenig	8,8%
Helt uenig	0,0%
Vet ikke	2,2%

N 91

Innspill fra pårørende

Helt enig	48,9%
Delvis enig	41,3%
Delvis uenig	6,5%
Helt uenig	1,1%
Vet ikke	2,2%

N 92

Innspill fra ansatte

Helt enig	39,1%
Delvis enig	50,0%
Delvis uenig	9,8%
Helt uenig	0,0%
Vet ikke	1,1%
N	92

23. Jeg opplever at ledelsen gir meg god informasjon om:

målsettinger for arbeidet

Helt enig	20,7%
Delvis enig	51,1%
Delvis uenig	18,5%
Helt uenig	5,4%
Vet ikke	4,3%
N	92

endringer i regelverket

Helt enig	18,5%
Delvis enig	40,2%
Delvis uenig	27,2%
Helt uenig	8,7%
Vet ikke	5,4%
N	92

endringer i målsettinger

Helt enig 16,5%

Delvis enig 42,9%

Delvis uenig 33,0%

Helt uenig 2,2%

Vet ikke 5,5%

N 91

endringer i rutiner

Helt enig 23,9%

Delvis enig 48,9%

Delvis uenig 17,4%

Helt uenig 4,3%

Vet ikke 5,4%

N 92

24. Mitt inntrykk er:

at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse

Helt enig 20,7%

Delvis enig 60,9%

Delvis uenig 12,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 6,5%

N 92

at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god

Helt enig 27,2%

Delvis enig 40,2%

Delvis uenig 21,7%

Helt uenig 1,1%

Vet ikke 9,8%

N 92

at innbyggerne i kommunen mottar gode tjenester innen helse- og velferdsområdet fra min enhet

Helt enig 29,3%

Delvis enig 57,6%

Delvis uenig 7,6%

Helt uenig 4,3%

Vet ikke 1,1%

N 92

- Filtrert på ansatte ved institusjonstjenesten (både ledere og øvrige ansatte)

1. Ledelsen i kommunen er opptatt av å sørge for en god internkontroll innen helse og velferdssektoren?

Helt enig	8,8%
Delvis enig	42,1%
Delvis uenig	33,3%
Helt uenig	7,0%
Vet ikke	8,8%
N	57

2. Jeg vet hvilke målsettinger som gjelder for mitt arbeid

Helt enig	31,6%
Delvis enig	40,4%
Delvis uenig	21,1%
Helt uenig	7,0%
Vet ikke	0,0%
N	57

3. Jeg vet hvor jeg finner frem til målsettinger for mitt arbeid

Helt enig	24,6%
Delvis enig	38,6%
Delvis uenig	19,3%
Helt uenig	14,0%
Vet ikke	3,5%
N	57

4. Mitt ansvarsområde er tydelig definert

Helt enig 25,0%

Delvis enig 51,8%

Delvis uenig 14,3%

Helt uenig 8,9%

Vet ikke 0,0%

N 56

5. Jeg vet hva arbeidsgiver forventer av meg i jobben

Helt enig 43,9%

Delvis enig 29,8%

Delvis uenig 21,1%

Helt uenig 5,3%

Vet ikke 0,0%

N 57

6. Jeg kjenner til de rutiner som gjelder for mitt arbeid

Helt enig 38,6%

Delvis enig 49,1%

Delvis uenig 10,5%

Helt uenig 1,8%

Vet ikke 0,0%

N 57

7. Jeg synes opplæringen jeg har fått for mine arbeidsoppgaver har vært god

Helt enig 26,3%

Delvis enig 42,1%

Delvis uenig 14,0%

Helt uenig 17,5%

Vet ikke 0,0%

N 57

8. Arbeidsgiver gir meg mulighet til å øke min kompetanse

Helt enig 8,8%

Delvis enig 33,3%

Delvis uenig 28,1%

Helt uenig 28,1%

Vet ikke 1,8%

N 57

9. Jeg er gjort kjent med ansvaret som er pålagt meg i dokumentet "etisk plattform"

Helt enig 22,8%

Delvis enig 45,6%

Delvis uenig 14,0%

Helt uenig 15,8%

Vet ikke 1,8%

N 57

10. Jeg har fått opplæring i HVORDAN avvikssystemet fungerer

Helt enig 43,9%

Delvis enig 35,1%

Delvis uenig 12,3%

Helt uenig 8,8%

Vet ikke 0,0%

N 57

11. Jeg har fått informasjon om HVA som anses for å være et avvik

Helt enig 35,1%

Delvis enig 40,4%

Delvis uenig 12,3%

Helt uenig 10,5%

Vet ikke 1,8%

N 57

12. Jeg synes det er enkelt å vurdere OM jeg skal melde avvik

Helt enig 21,1%

Delvis enig 59,6%

Delvis uenig 15,8%

Helt uenig 1,8%

Vet ikke 1,8%

N 57

13. Jeg synes det er enkelt Å MELDE avvik i avvikssystemet

Helt enig 33,3%

Delvis enig 38,6%

Delvis uenig 19,3%

Helt uenig 5,3%

Vet ikke 3,5%

N 57

14. Jeg har inntrykk av at avvik for min enhet FØLGES OPP

Helt enig 14,0%

Delvis enig 31,6%

Delvis uenig 31,6%

Helt uenig 21,1%

Vet ikke 1,8%

N 57

15. Jeg har fått informasjon om hvilke risikoer som kan oppstå i forbindelse med min jobb

Helt enig 26,3%

Delvis enig 38,6%

Delvis uenig 28,1%

Helt uenig 7,0%

Vet ikke 0,0%

N 57

16. Jeg vet hvordan risikoer skal håndteres hvis de oppstår

Helt enig 24,6%

Delvis enig 47,4%

Delvis uenig 22,8%

Helt uenig 5,3%

Vet ikke 0,0%

N 57

17. Jeg har inntrykk av at min enhet har god kontroll på risikoer

Helt enig 14,0%

Delvis enig 45,6%

Delvis uenig 22,8%

Helt uenig 10,5%

Vet ikke 7,0%

N 57

18. Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass

Helt enig 14,0%

Delvis enig 29,8%

Delvis uenig 36,8%

Helt uenig 17,5%

Vet ikke 1,8%

N 57

19. Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter

Helt enig 22,8%

Delvis enig 26,3%

Delvis uenig 35,1%

Helt uenig 14,0%

Vet ikke 1,8%

N 57

20. Jeg vet hvem som er min nærmeste tillitsvalgte

Helt enig 82,5%

Delvis enig 12,3%

Delvis uenig 1,8%

Helt uenig 3,5%

Vet ikke 0,0%

N 57

21. Jeg vet hvem som er mitt verneombud på min arbeidsplass (enhet)

Helt enig 77,2%

Delvis enig 7,0%

Delvis uenig 5,3%

Helt uenig 7,0%

Vet ikke 3,5%

N 57

22. Ved min enhet er vi flinke til å lytte til:

Brukernes behov

Helt enig 49,1%

Delvis enig 35,1%

Delvis uenig 8,8%

Helt uenig 1,8%

Vet ikke 5,3%

N 57

Brukernes ønsker

Helt enig 42,1%

Delvis enig 43,9%

Delvis uenig 7,0%

Helt uenig 1,8%

Vet ikke 5,3%

N 57

Innspill fra pårørende

Helt enig 45,6%

Delvis enig 36,8%

Delvis uenig 8,8%

Helt uenig 1,8%

Vet ikke 7,0%

N 57

Innspill fra ansatte

Helt enig 26,3%

Delvis enig 45,6%

Delvis uenig 21,1%

Helt uenig 5,3%

Vet ikke 1,8%

N 57

23. Jeg opplever at ledelsen gir meg god informasjon om:

målsettinger for arbeidet

Helt enig 19,6%

Delvis enig 35,7%

Delvis uenig 32,1%

Helt uenig 12,5%

Vet ikke 0,0%

N 56

endringer i regelverket

Helt enig 10,5%

Delvis enig 29,8%

Delvis uenig 35,1%

Helt uenig 21,1%

Vet ikke 3,5%

N 57

endringer i målsettinger

Helt enig 14,0%

Delvis enig 40,4%

Delvis uenig 24,6%

Helt uenig 19,3%

Vet ikke 1,8%

N 57

endringer i rutiner

Helt enig 19,3%

Delvis enig 43,9%

Delvis uenig 21,1%

Helt uenig 15,8%

Vet ikke 0,0%

N 57

24. Mitt inntrykk er:

at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse

Helt enig 26,3%

Delvis enig 35,1%

Delvis uenig 24,6%

Helt uenig 10,5%

Vet ikke 3,5%

N 57

at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god

Helt enig 14,0%

Delvis enig 29,8%

Delvis uenig 26,3%

Helt uenig 21,1%

Vet ikke 8,8%

N 57

at innbyggerne i kommunen mottar gode tjenester innen helse- og velferdsområdet fra min enhet

Helt enig 36,8%

Delvis enig 40,4%

Delvis uenig 12,3%

Helt uenig 3,5%

Vet ikke 7,0%

N 57

- Filtrert på ledere for institusjon og hjemmetjenesten (både enhetsledere og avdelingsledere)

1. Ledelsen i kommunen er opptatt av å sørge for en god internkontroll innen helse og velferdssektoren?

Helt enig 36,4%

Delvis enig 54,5%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

2. Jeg vet hvilke målsettinger som gjelder for mitt arbeid

Helt enig 36,4%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 18,2%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

3. Jeg vet hvor jeg finner frem til målsettinger for mitt arbeid

Helt enig 27,3%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 27,3%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

4. Mitt ansvarsområde er tydelig definert

Helt enig 27,3%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 27,3%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

5. Jeg vet hva arbeidsgiver forventer av meg i jobben

Helt enig 27,3%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 27,3%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

6. Jeg kjenner til de rutiner som gjelder for mitt arbeid

Helt enig 9,1%

Delvis enig 63,6%

Delvis uenig 27,3%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

7. Jeg synes opplæringen jeg har fått for mine arbeidsoppgaver har vært god

Helt enig	0,0%
Delvis enig	54,5%
Delvis uenig	18,2%
Helt uenig	27,3%
Vet ikke	0,0%
N	11

8. Arbeidsgiver gir meg mulighet til å øke min kompetanse

Helt enig	18,2%
Delvis enig	72,7%
Delvis uenig	0,0%
Helt uenig	9,1%
Vet ikke	0,0%
N	11

9. Jeg er gjort kjent med ansvaret som er pålagt meg i dokumentet "etisk plattform"

Helt enig	54,5%
Delvis enig	45,5%
Delvis uenig	0,0%
Helt uenig	0,0%
Vet ikke	0,0%
N	11

10. Jeg har fått opplæring i HVORDAN avvikssystemet fungerer

Helt enig 63,6%

Delvis enig 27,3%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 9,1%

Vet ikke 0,0%

N 11

11. Jeg har fått informasjon om HVA som anses for å være et avvik

Helt enig 63,6%

Delvis enig 27,3%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 9,1%

Vet ikke 0,0%

N 11

12. Jeg synes det er enkelt å vurdere OM jeg skal melde avvik

Helt enig 36,4%

Delvis enig 54,5%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

13. Jeg synes det er enkelt Å MELDE avvik i avvikssystemet

Helt enig 54,5%

Delvis enig 36,4%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

14. Jeg har inntrykk av at avvik for min enhet FØLGES OPP

Helt enig 45,5%

Delvis enig 18,2%

Delvis uenig 36,4%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

15. Jeg har fått informasjon om hvilke risikoer som kan oppstå i forbindelse med min jobb

Helt enig 9,1%

Delvis enig 54,5%

Delvis uenig 36,4%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

16. Jeg vet hvordan risikoer skal håndteres hvis de oppstår

Helt enig 27,3%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 27,3%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

17. Jeg har inntrykk av at min enhet har god kontroll på risikoer

Helt enig 9,1%

Delvis enig 72,7%

Delvis uenig 18,2%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

18. Jeg involveres i avgjørelser som har betydning for meg på min arbeidsplass

Helt enig 54,5%

Delvis enig 36,4%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

19. Jeg føler at arbeidsgiver lytter til mine synspunkter

Helt enig 72,7%

Delvis enig 18,2%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

20. Jeg vet hvem som er min nærmeste tillitsvalgte

Helt enig 100,0%

Delvis enig 0,0%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

21. Jeg vet hvem som er mitt verneombud på min arbeidsplass (enhet)

Helt enig 100,0%

Delvis enig 0,0%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

22. Ved min enhet er vi flinke til å lytte til:

Brukernes behov

Helt enig 72,7%

Delvis enig 27,3%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

Brukernes ønsker

Helt enig 54,5%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

Innspill fra pårørende

Helt enig 72,7%

Delvis enig 27,3%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

Innspill fra ansatte

Helt enig 45,5%

Delvis enig 45,5%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

23. Jeg opplever at ledelsen gir meg god informasjon om:

målsettinger for arbeidet

Helt enig 36,4%

Delvis enig 27,3%

Delvis uenig 36,4%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

endringer i regelverket

Helt enig 18,2%

Delvis enig 54,5%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 18,2%

Vet ikke 0,0%

N 11

endringer i målsettinger

Helt enig 18,2%

Delvis enig 54,5%

Delvis uenig 18,2%

Helt uenig 9,1%

Vet ikke 0,0%

N 11

endringer i rutiner

Helt enig 27,3%

Delvis enig 63,6%

Delvis uenig 9,1%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

24. Mitt inntrykk er:

at enheten jeg jobber ved i all hovedsak oppnår god måloppnåelse

Helt enig 27,3%

Delvis enig 54,5%

Delvis uenig 18,2%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

at dialogen mellom lederne ved min enhet er tilstrekkelig god

Helt enig 45,5%

Delvis enig 27,3%

Delvis uenig 27,3%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11

at innbyggerne i kommunen mottar gode tjenester innen helse- og velferdsområdet fra min enhet

Helt enig 63,6%

Delvis enig 36,4%

Delvis uenig 0,0%

Helt uenig 0,0%

Vet ikke 0,0%

N 11



Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

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