

Internkontroll

Snåsa Kommune
Forvaltningsrevisjon

2025

FR-1336

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Snåsa kommunes kontrollutvalg (2023-27).

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

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

Verdal 15.10.2025

Marius Johnsborg

Oppdragsansvarlig revisor

Johannes Nestvold

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Snåsa kommune. Rapporten omhandler revisjon av internkontrollen i Snåsa kommune, med vekt på tre spørsmål: politisk og administrativ delegering, system for internkontroll på overordnet nivå og kommuneledelsens vurdering av egen internkontroll.

Undersøkelsen bygger på:

- Gjennomgang av styringsdokumenter, delegeringsreglement og kvalitetssystem.
- Intervjuer med ledere og hovedtillitsvalgte
- Resultater fra spørreundersøkelse blant ledere

Konklusjon

- Snåsa kommune har et politisk delegeringsreglement. Administrativ delegering er gjennomført i systemet KF-delegering, med foreløpige svakheter. Svakheterne knytter seg til at det varierer om delegering er lagt til en konkret rolle/stilling, eller til en enhet i organisasjonen.
- Deler av et overordnet system for internkontroll er etablert, men dokumentasjonen er ufullstendig, og implementeringen varierer mellom sektorer.
- Revisor finner ingen rapportering til kommunestyret om internkontroll jf kommuneloven § 25-2.
- Ledelsen i kommunen vurderer internkontrollen som delvis etablert, med forbedringsbehov innen risikovurderinger, rapportering og bruk av kvalitetssystem.

Anbefalinger:

- Kommunen må etablere rapportering om internkontrollen til kommunestyret minst én gang i året, i tråd med kravene i kommuneloven.
- Kommunedirektøren bør ta tilstrekkelig stilling til hvordan internkontrollen i kommunen skal være på et overordnet nivå, og kommunisere dette tydelig i organisasjonen.
- Kommunen bør lage en risikovurdering av egen internkontroll og gjennomføre risikodempende tiltak som følge av denne.
- Styrke rutiner og risikovurderinger gjennom systematisk gjennomføring, dokumentasjon og bruk i styring og forbedring.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Innledning.....	6
1.1 Bestilling.....	6
1.2 Problemstillinger.....	6
1.3 Metode	6
1.4 Avgrensninger	8
1.5 Uttalelse om rapport.....	8
2 Revisjonskriterier	9
2.1 Krav til internkontroll i henhold til kommuneloven	9
2.2 Veiledning fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)	10
2.3 Anbefalinger fra KS	10
2.4 Om delegering.....	11
2.5 Revisors valg av revisjonskriterier.....	12
3 Organisering, ansvar og Myndighet	13
3.1 Kommunens organisering	13
3.2 Revisors konklusjon	18
4 System for internkontroll.....	19
4.1 Kommunens mål	19
4.1.1 Revisors vurdering.....	23
4.2 Rutiner og prosedyrer	23
4.2.1 Revisors vurdering.....	25
4.3 Avvik og avviksbehandling	26
4.3.1 Revisors vurdering.....	30
4.4 Risikovurdering	31
4.4.1 Revisors vurdering.....	33
4.5 Rapportering	33
4.5.1 Revisors vurdering.....	34
4.6 Revisors konklusjon	34
5 Egenvurdering av internkontroll.....	36
5.1 Formål og metode	36
5.2 Deltagelse	37
5.3 Resultatene	37
5.3.1 Overordnet resultat.....	38
5.3.2 Mål, ansvar og organisering	39
5.3.3 Vurdering av kommunens bruk av rutiner.....	40

5.3.4	Avvik og avvikshåndtering	42
5.3.5	Risikovurderinger.....	43
5.3.6	Ledelsesforankring	45
5.3.7	Revisors kommentar til undersøkelsen	46
6	Konklusjon og anbefalinger	47
6.1	Konklusjon.....	47
6.2	Revisors anbefalinger	47
	Kilder	48
	Vedlegg 1 – Uttalelse	49

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Snåsa kommune bestilte 12.12.2024, sak 34/2024, en forvaltningsrevisjon med tema internkontroll. Revisjon Midt-Norge ble bedt om å utarbeide en prosjektplan med utgangspunkt i kontrollutvalgets behov for innsikt i kommunens system for internkontroll på overordnet nivå. Utvalget sluttet seg til revisors forslag til prosjektplan i sak 01/25, 12.02.25. Bestillingen bygger på kontrollutvalgets plan for forvaltningsrevisjon 2024–2028, og tar sikte på å bidra til læring og forbedring i kommunens styringssystem.

1.2 Problemstillinger

- Har Snåsa kommune delegeringsreglement, og fungerer dette i praksis?
- Har kommunen et system for internkontroll på overordnet nivå?
- Hva er kommuneledelsens vurdering av egen internkontroll?

1.3 Metode

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

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

En spørreundersøkelse er utført blant alle ledere i kommunen. Undersøkelsen inkluderer en innledende introduksjon og veiledning til kommunelovens internkontrollbestemmelser. Dette er gjort for å sikre at deltakerne har et felles grunnlag og forståelse av internkontrollens krav før besvarelsen. Læringselementet i spørreundersøkelsen har forhåpentligvis gitt lederne et

bedre utgangspunkt for å reflektere over og vurdere egen praksis. Resultatene fra undersøkelsen gir et helhetlig bilde av internkontrollens status og fungerer som en referanse for vurderingene i denne rapporten. Metoden som er brukt i undersøkelsen er nærmere beskrevet i kapittel 5.

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

Intervjuene med kommunedirektøren, 5 kommunale ledere og to tillitsvalgte gir en dypere forståelse av hvordan internkontrollen praktiseres. En svakhet ved denne metoden er at intervjuobjektene vil være påvirket av sin egen forståelse og oppfatning av internkontrollen, noe som kan resultere i subjektive vurderinger. Samtidig gir de et godt innblikk i praksis. Videre har vi kun gjennomført et begrenset antall intervjuer, hvilket kan påvirke generaliserbarheten av funnene. Et bredere utvalg av intervjuobjekter kunne gitt et mer nyansert bilde.

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

Revisor har brukt Chatgpt 4.0 som støtte til behandling av tekst i denne rapporten. Revisjon Midt-Norges policy for bruk av kunstig intelligens er fulgt.

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

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

1.4 Avgrensninger

Den første problemstillingen knyttes til delegering generelt i kommunen, både politisk og administrativt. Revisor har kun hentet ut data for å beskrive praksis i tilknytning til administrativ delegering.

Den andre problemstillingen i denne revisjonen er avgrenset til å omfatte internkontrollen på overordnet nivå i Snåsa kommune. Med dette menes internkontroll som treffer detaljnivået til kommunalsjefer og kommunedirektør. Den fokuserer på kommunens systemer og prosesser for internkontroll, og revisjonskriteriene er i hovedsak hentet fra kommuneloven. Internkontroll knyttet til spesifikke sektorer eller områder regulert av særlovverk er ikke inkludert i denne gjennomgangen.

1.5 Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Det ble gjennomført et høringsmøte om rapporten 09.09.2025. Det ble skrevet referat som ble godkjent av kommunedirektøren i Snåsa 07.10.25. Referatet er lagt i vedlegg 1. Med bakgrunn i referatet er det gjort en endring, da det er lagt inn en anbefaling om at arbeidet med internkontrollen i seg selv bør være risikobasert.

2 REVISJONSKRITERIER

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

2.1 Krav til internkontroll i henhold til kommuneloven

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

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

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

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

2.2 Veiledning fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)

Veilederen fra KDD (KDD2021) utdyper kravene i kommuneloven og gir praktiske råd for hvordan internkontrollen bør utformes. Veilederen vektlegger at internkontrollen skal være mer enn en formell prosedyre; den skal være en systematisk prosess integrert i kommunens styring og ledelse. Internkontrollen skal tilpasses kommunens egenart og aktiviteter gjennom risikovurderinger, slik at den fokuserer på områder med høyest risiko for avvik, og de mest alvorlige konsekvensene.

Veilederen presiserer også følgende krav:

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

2.3 Anbefalinger fra KS

KS sin veileder *Orden i eget hus* (KS2020) utdyper kravene til rapportering om internkontrollen. Ifølge KS er det opp til kommunen å bestemme hvordan rapporteringen til kommunestyret skal gjennomføres, men den bør være risikobasert. På hjemmesiden til KS ligger det eksempler på maler som kan brukes. Disse inneholder punkter som styring, aktiviteter, effekt, resultat og offentlig tilsyn.

2.4 Om delegering

Ifølge kommuneloven § 5-14 skal kommunestyret selv treffe vedtak om delegering av myndighet til andre folkevalgte organer, til kommunedirektøren eller til interkommunale samarbeid, med mindre noe annet følger av lov. Dette innebærer i praksis at det må foreligge et delegeringsreglement som regulerer denne myndighetsfordelingen.

Dette understøttes også i flere veiledere og dokumenter. I veilederen om interkommunalt samarbeid fra Kommunal- og distriktsdepartementet fremgår det at delegering må skje «i tråd med delegeringsreglement etter kommuneloven § 5-14» når kommuner inngår samarbeid og overfører myndighet til for eksempel interkommunale politiske råd eller vertskommuner. Kommunedirektørens internkontrollveileder fra KS omtaler delegeringsreglement som ett av de sentrale sektorovergripende reglementene som må være på plass for god internkontroll og styring.

Ut fra dette mener revisor at selv om kommuneloven ikke uttrykkelig bruker betegnelsen «delegeringsreglement» som et pliktig dokument, følger det av kravet om at delegering skal vedtas av kommunestyret, at dette i praksis må skje gjennom et systematisert og skriftlig reglement.

Det finnes heller ingen eksplisitt lovbestemmelse i kommuneloven som pålegger kommunene å ha et administrativt delegeringsreglement som gjelder fra kommunedirektøren og nedover i organisasjonen. Likevel følger det av kommuneloven og tilhørende veiledere at en slik praksis er nødvendig for å oppfylle kravene til internkontroll og ansvarsstyring.

Eksempelvis fastslår kommuneloven § 25-1 at kommunedirektøren har ansvar for internkontrollen i kommunen. I veilederen til kommuneloven understrekes det at kommunedirektøren normalt vil delegere internkontrolloppgaver videre i administrasjonen. Dette må gjøres på en systematisk og dokumentert måte, og innebærer at det bør foreligge et internt delegeringsreglement eller tilsvarende dokumentasjon for å tydeliggjøre ansvar og fullmakter.

I praksis er det derfor nødvendig med et administrativt delegeringsreglement for å oppfylle kommunelovens krav til systematisk internkontroll, selv om dette kravet fremgår indirekte – ikke som en uttrykkelig plikt.

2.5 Revisors valg av revisjonskriterier

Ut fra utledningen over har revisor valgt følgende revisjonskriterier til problemstilling 1 om delegering

Kommunen skal ha

- Et politisk og et administrativt delegeringsreglement

Om praksisen i delegeringsreglementet blir fulgt vil beskrives deskriptivt, uten bruk av revisjonskriterier.

Til problemstilling 2, om internkontrollsystemet i kommunen, har revisor valgt følgende kriterier: Kommunen skal:

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

I problemstilling 3 blir kommunens egenvurdering av internkontrollen beskrevet deskriptivt ut fra data i en spørreundersøkelse.

3 ORGANISERING, ANSVAR OG MYNDIGHET

Dette kapitlet omhandler delegeringer i Snåsa kommune. Innsamlede data blir presentert i kapittel 3.1. I kapittel 3.1.1 vurderes det om kommunen har et politisk og et administrativt delegeringsreglement.

3.1 Kommunens organisering

Delegering

Det politiske delegeringsreglementet for Snåsa kommune ble vedtatt av kommunestyret 24.04.25, PS 16/2025. Reglementet regulerer hvilke fullmakter kommunestyret delegerer til andre politiske organer og til kommunedirektøren. Det inneholder bestemmelser om at all delegert myndighet skal brukes i tråd med lover, forskrifter, retningslinjer og vedtak, og innenfor vedtatte budsjettammer. Overordnede organer har rett til å kreve saker forelagt seg eller tilbakekalle delegert myndighet i enkeltsaker. Reglementet presiserer at vedtak som treffes med delegert myndighet skal protokolleres og meddeles berørte parter med informasjon om klageadgang, og at overordnet organ regelmessig skal informeres om omfanget og typen saker som er avgjort etter delegasjon.

Kommunestyret har selv ansvar for å behandle en rekke saker som ikke kan delegeres, slik som vedtak om budsjett og økonomiplan, årsregnskap, overordnede organisatoriske spørsmål, opprettelse av utvalg og komiteer samt saker som etter særlover skal behandles av kommunestyret. Formannskapet er i henhold til delegeringsreglementet tildelt avgjørelsesmyndighet i alle saker som ikke følger av lov eller er lagt til andre organer, og har i tillegg funksjon som administrasjonsutvalg, klageorgan for vedtak fattet både politisk og administrativt, planutvalg for sektorovergripende planer og fondsstyre for utviklings- og boligfond. I budsjettsaker kan formannskapet blant annet budsjettregulere innenfor fastsatte rammer og godkjenne prosjekter opp til bestemte beløpsgrenser.

Ordføreren har myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer saker som ikke er av prinsipiell betydning, og kan gi tidsbegrenset permisjon fra politiske verv. I krisesituasjoner kan ordføreren fatte hastevedtak om disponering av økonomiske midler innen en ramme på én million kroner dersom det ikke er tid til å innkalle formannskapet. Reglementet inneholder også bestemmelser om delegering til faste utvalg og styrever, blant annet hovedutvalg for helse,

omsorg, velferd og oppvekst, hovedutvalg for utvikling, viltneemnda og flere sektorovergripende organer som kontrollutvalg, administrasjonsutvalg, arbeidsmiljøutvalg, eldreråd og ungdommens råd. Disse utvalgene har myndighet innenfor sine saksområder, inkludert oppgaver etter særlovgivning.

I tillegg inneholder reglementet bestemmelser om hvilke fullmakter kommunedirektøren har innen økonomiske disposisjoner, personalsaker og andre områder, samt retningslinjer for hvordan delegert myndighet kan delegeres videre eller tilbakekalles. Dokumentet gir en samlet oversikt over ansvars- og myndighetsfordelingen mellom kommunestyret, formannskapet, ordføreren, ulike utvalg og administrasjonen.

I saksfremlegget til kommunestyresak 24.04.25, PS16/2025, opplyses det at kommunen har gått til anskaffelse av et delegeringsverktøy, KF delegering. Systemet er en digital løsning som brukes av kommuner til å dokumentere og vedlikeholde oversikt over delegert myndighet. Systemet gir kommunen mulighet til å registrere både politiske og administrative delegeringer, ved å knytte konkrete lovparagrafer og hjemler til ansvarlige organer, ledere eller enheter.

Løsningen inneholder en database der Snåsa kommune har registrert hvilke deler av kommunens myndighet som er delegert videre fra kommunestyret eller andre organer, og til hvilken rolle denne myndigheten er gitt i administrasjonen. Systemet inneholder dermed delegeringer fra kommunedirektøren til kommunalsjefer og enhetsledere. På den måten får kommunen en samlet struktur over alle vedtakskompetanser, inkludert hvilke nivåer og stillinger som har fullmakt til å fatte bestemte typer vedtak.

KF delegering oppdateres når lover og forskrifter endres¹, slik at delegeringsreglementet alltid er i samsvar med gjeldende regelverk. Systemet bidrar derfor til å sikre kontroll, etterprøvbarhet og tydelig ansvarsfordeling i forhold til lovkrav. Det gjør det også enklere å avdekke om delegeringene ligger på riktig nivå og om fullmaktene er korrekt plassert. For ansatte i kommunen gir det en tydelig oversikt over hva de har myndighet til å beslutte. For publikum, folkevalgte eller eksterne gjør systemet det mulig å få innsyn i delegeringsstrukturen gjennom tilgjengelige visninger på kommunens nettsider. For Snåsa kommune er det foreløpig ikke lagt ut en link til systemet på hjemmesidene.

¹ [KF Delegeringsreglement | KF](https://www.kf.no/kf-delegeringsreglement) <https://www.kf.no/kf-delegeringsreglement>

▼ Samisk enhet

Gielem Nastedh ☐

> Oppvekst - Kommunalsjef

> Utviklingstjenesten - Kommunalsjef

▼ Helse og omsorg ☒

▼ Familiesentralen - Enhetsleder

Kommuneoverlege

▼ Pleie og Omsorgstjenesten - Enhetsleder

Hjemmetjenesten

Hovteigen

Snåsa sjukeheim

Kilde: KF delegering Snåsa kommune

Figur 1 - Bilde fra KF-delegering i snåsa kommune

Bildet til venstre viser et utsnitt fra KF-delegering for Snåsa kommune. Det viser en variasjon mellom delegeringer som går til en rolle, eller til en enhet.

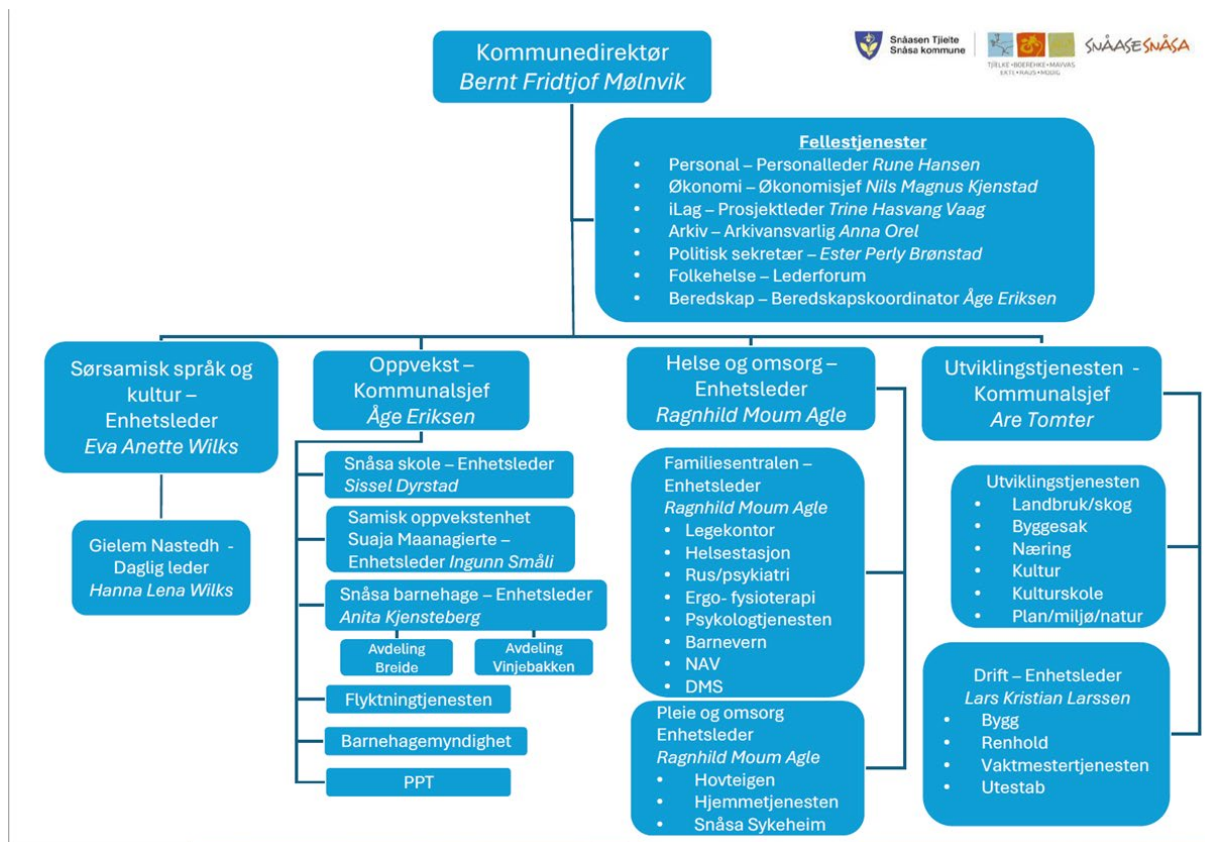
Kommunedirektøren opplyser at det er utarbeidet et relativt nytt administrativt delegeringsreglement. Samtidig er det et uttalt ønske om å videreutvikle dette for å gjøre det tydeligere og mer brukervennlig.

Kommunedirektøren forteller at i det politiske delegeringsreglementet er økonomiske bestemmelser tatt inn. Her er det et mål at disse tas ut av reglementet og behandles separat. Kommunalsjef for oppvekst viser til at delegeringsreglementet ble revidert i 2020 og politisk behandlet på nytt i 2024, og at det tidligere ikke har vært tydelig nok, noe han mener har påvirket internkontrollen. Kommunalsjef for utvikling uttaler at reglementet for delegering mellom politisk og administrativt nivå nå oppleves som klart, men at det fortsatt er behov for bedre skriftliggjøring av intern delegering og tydeligere rolleavklaringer, særlig for kommunalsjefer.

Økonomisjefen viser til at myndighet og ansvar for økonomiområdet er regulert i delegeringsreglementet, men at kommunen per i dag ikke har et eget økonomireglement. Dette har han fått i oppdrag å utarbeide. Konstituert kommunalsjef for helse opplever å ha nødvendig myndighet og handlingsrom innen sitt ansvarsområde, men viser til at det i budsjettprosesser kan være begrensninger. Enhetsleder for samisk språk og kultur beskriver en organisering med kort vei til kommunedirektøren uten mellomledd, og opplever at ansvarsfordelingen i hovedsak er tydelig.

Organisering

Snåsa kommune er organisert med kommunedirektøren som øverste administrative leder. Kommunen har to kommunalsjefer i sin stab, med ansvar for henholdsvis oppvekstområdet og utviklingstjenestene. I tillegg inngår økonomisjefen og enhetsleder for helse og omsorg i det som på kommunens hjemmeside kalles kommunedirektørens stab.. Organisasjonskartet finnes på kommunens hjemmesider, sist oppdatert 23.04.2025.

Kilde: Snåsa kommunes hjemmesider²**Figur 2 - Organisasjonskart Snåsa kommune**

Kommunens utvidede stab inkluderer blant annet ledere for personal, sørsamisk språk og kultur, samt prosjektledelse. Fellestjenester som personal, økonomi, arkiv, folkehelse og beredskap er direkte underlagt kommunedirektøren.

Organisasjonen er strukturert i fire hovedområder:

- Oppvekst, som omfatter grunnskole, barnehage, samisk oppvekstenhet, pedagogisk-psykologisk tjeneste og flyktningtjeneste.
- Helse og omsorg, som består av familiesentral, pleie- og omsorgstjenester samt helse- og sosialfaglige funksjoner.
- Utviklingstjenesten, som omfatter teknisk drift, plan og byggesak, næring og kultur.

² <https://www.snasa.kommune.no/om-kommunen/organisasjon/stab-med-organisasjonskart/>

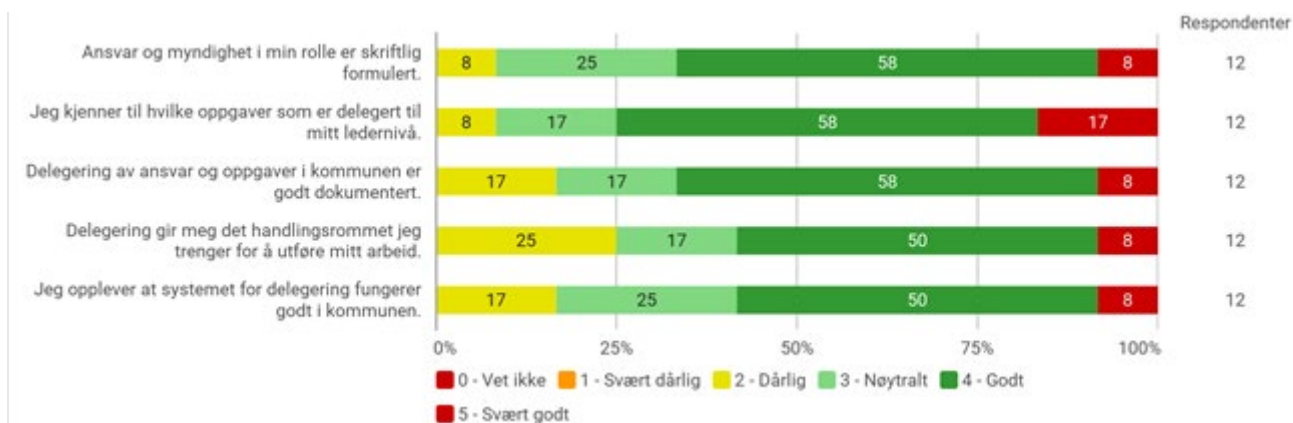
- Sørsamisk språk og kultur, som er organisert som en egen enhet.

I kommunens kontaktinformasjon for den som i organisasjonskartet omtales som enhetsleder for helse og omsorg, omtales hun som kommunalsjef.

I intervju beskriver flere ledere organisasjonskartet som tydelig og hensiktsmessig. Kommunedirektøren opplyser at det nye organisasjonskart i større grad gjenspeiler den faktiske strukturen, med én stab, tre kommunalsjefer og en egen enhet med ansvar for samisk språk og kultur. Enhetsleder for samisk språk og kultur viser til at det finnes overlapp mellom denne enheten og samisk oppvekstenhet i oppvekstsektoren, og peker på at dette kan skape noe uklarhet for ansatte og brukere. Kommunalsjef for oppvekst peker på enkelte momenter i ansvarsdelingen mellom sektorene som kan oppleves som uklar. Eksempelvis at helse har ansvar for barnevern mens oppvekst har ansvar for PPT.

Hovedtillitsvalgte fra både Utdanningsforbundet og Fagforbundet fremhever at det er mange ledd i organisasjonen, og at fellesmøter med alle leder- og tillitsvalgnivåer gir bedre informasjonsflyt og forståelse. Samtidig beskriver flere at konstitueringer i lederstillinger har vært vanlig de siste årene, men at dette likevel har fungert tilfredsstillende.

Revisor har stilt spørsmål om delegering til alle lederne i kommunen. 12 av 16 ledere har besvart disse spørsmålene.



Kilde: Revisjon Midt-Norge, undersøkelse om internkontroll Snåsa kommune

Figur 3 - diagram som viser prosentandel svar pr svaralternativ.

58 prosent svarer «godt» på at ansvar og myndighet i ledernes roller er skriftlig formulert. Samtidig svarer 25 prosent «nøytralt» og 8 prosent «svært godt». 8 prosent svarer «dårlig» på samme spørsmål.

Når det gjelder kjennskap til hvilke oppgaver som er delegert til eget ledernivå, svarer 58 prosent «godt» og 17 prosent «nøytralt», mens 17 prosent svarer «svært godt» og 8 prosent «svært dårlig».

Dokumentasjon av delegering av ansvar og oppgaver i kommunen vurderes som «godt» av 58 prosent og «nøytralt» av 17 prosent, mens 8 prosent svarer «svært godt» og 17 prosent «svært dårlig».

Spørsmålet om delegering gir tilstrekkelig handlingsrom for å utføre arbeidet viser at 50 prosent svarer «godt» og 8 prosent «svært godt», mens 17 prosent svarer «nøytralt» og 25 prosent «svært dårlig».

Når det gjelder om systemet for delegering fungerer godt i kommunen, svarer 50 prosent «godt» og 25 prosent «nøytralt», mens 17 prosent svarer «dårlig» og 8 prosent «svært godt».

3.2 Revisors konklusjon

Snåsa kommune har et politisk delegeringsreglement. Administrativ delegering er gjennomført i systemet KF-delegering, med foreløpige svakheter.

Snåsa kommune har et oppdatert politisk delegeringsreglement vedtatt i april 2025, som tydelig beskriver fullmakter, ansvarsforhold og begrensninger for politiske organer, ordfører og administrasjon. Kommunen har også tatt i bruk det digitale verktøyet KF delegering, som gir oversikt over politiske og administrative delegeringer. Dette er foreløpig ikke gjort tilgjengelig for publikum. Det administrative delegeringsreglementet er relativt nytt, hvor intervjuobjekt peker på behov for forbedringer. Revisor ser svakhet i at det varierer om delegering er lagt til en konkret rolle/stilling, eller til en enhet i organisasjonen. Organisasjonskartet fremstår som oppdatert bortsett fra tittel på sektorleder for helse og omsorg. Intervjuinformasjon peker på at enkelte grenseflater kan skap uklarheter mellom sektorer, spesielt for eksterne som skal forstå organisasjonen.

Undersøkelsen som lederne besvarte viser i hovedsak positive vurderinger av delegering, med et flertall som opplever at ansvar og myndighet er skriftlig formulert og dokumentert. Samtidig peker svarene på forbedringspotensial når det gjelder å sikre tilstrekkelig handlingsrom og et delegeringssystem som fungerer optimalt i praksis. Kommunen vurderes å ha nødvendige strukturer for å oppfylle revisjonskriteriet, men bør styrke fortsette å utvikle KF-delegering.

4 SYSTEM FOR INTERNKONTROLL

Internkontroll i kommunen bygger på flere fundament enn organisering og delegering. Dette kapitlet beskriver øvrige sentrale elementer som rutiner, kvalitetssystemer, risikovurderinger, rapportering og andre styringsmekanismer..

4.1 Kommunens mål

Dette delkapitlet inneholder data som i kap 4.1.1, blir vurdert opp mot kriteriet om at kommunen skal ha en beskrivelse av sine mål.

Kommunal planstrategi

Den kommunale planstrategien for Snåsa kommune 2025–2028 er et overordnet styringsdokument, som skal fastsette hvilke planoppgaver kommunen bør prioritere i innværende kommunestyreperiode. Strategien bygger på plan- og bygningsloven § 10, og er ikke en plantype i seg selv, men et verktøy for å vurdere planbehov, ressursbruk i planarbeidet og videre utvikling av kommunen.

Planstrategien tar utgangspunkt i kommunens visjon om å være ekte, raus og modig, og legger til grunn en rekke nasjonale og regionale føringer, inkludert FNs bærekraftsmål og prioriteringer fra Trøndelag fylkeskommune. Den trekker frem demografiske utfordringer, særlig en aldrende befolkning og redusert andel yrkesaktive, som sentrale drivere for planbehov innen helse, omsorg og tjenesteutvikling.

Det vises til at en rekke planer må revideres eller utarbeides i perioden, inkludert folkehelseplan, plan for oppvekst, klima- og energiplan og sektorovergrepene innen helse og omsorg. Planstrategien vurderer også status på gjeldende kommuneplan og vedtatte arealdeler, og identifiserer behov for revisjon på enkelte områder.

Planstrategien legger videre vekt på samfunnssikkerhet, beredskap og behov for klimatilpasning. Den fremhever også det særskilte ansvaret kommunen har som en del av forvaltningsområdet for sørsamisk språk og kultur, og viktigheten av å inkludere samiske perspektiver i alt planarbeid.

Kommunen har et omfattende plansystem som består av overordnede planer, sektorplaner og temaplaner med ulik status for vedtak, revisjon og nyutvikling. Kommuneplanens samfunnsdel ble vedtatt i 2022, og arealdelen i 2024. Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) ble vedtatt i 2024. Tidligere kommunedelplaner for Snåsa sentrum og for Imsdalen, Vinåsen og Grønningen utgår, da disse nå er innarbeidet i kommuneplanens arealdel.

Flere planer er under revisjon eller skal rulleres i perioden. Dette omfatter blant annet folkehelseplanen fra 2014, trafikksikkerhetsplanen fra 2016, klima- og energiplanen fra 2009 og landbruksplanen fra 2011. Det skal også utarbeides nye planer, herunder en helhetlig plan for helse og omsorg (2025–2035), en helhetlig oppvekstplan (2025–2031), og egne planer for kompetanse og kvalitetsutvikling i barnehage og skole.

Andre viktige dokumenter i plansystemet inkluderer boligsosial handlingsplan (2024–2027), beredskapsplan (vedtatt i 2024), smittevernplan, og handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, hvor flere av disse skal revideres eller oppdateres i perioden. Det er også igangsatt arbeid med kulturminneplan, temaplan næring, og bibliotekplan.

Samlet sett fremgår det av planstrategien at kommunen prioriterer revisjon og utvikling av planer innen helse, oppvekst, klima, beredskap og folkehelse, samtidig som det pekes på at begrensede administrative ressurser vil kreve tydelig prioritering av planarbeidet i perioden 2025–2028.

Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel for Snåsa kommune (2022–2032) er kommunens overordnede strategiske styringsverktøy og danner grunnlaget for politiske og administrative prioriteringer i planperioden. Planen er utarbeidet med bred medvirkning fra innbyggere, barn og unge, næringsliv, lag og foreninger, samt samiske miljøer, og tar utgangspunkt i kommunens verdier – Ekte, Raus og Modig – og FNs bærekraftsmål. Det overordnede målet er at Snåsa innen 2032 skal ha flere innbyggere, en mer balansert alderssammensetning og arbeidsplasser for alle.

For å nå dette målet har kommunen definert fire satsingsområder med tilhørende mål og strategier. Det første handler om å gjøre Snåsa attraktiv og inkluderende. Det legges vekt på at folk skal ønske å leve sine liv i kommunen, og at samfunnet skal være raust, åpent og nytenkende. Tiltakene retter seg mot utvikling av møteplasser, kulturliv, frivillighet og bolyst, samt videreutvikling av Snåsa som sørsamisk sentrum. Kommunen ønsker å legge til rette for et mangfoldig samfunn der både innbyggere og besøkende føler seg velkomne og inkludert.

Det andre satsingsområdet er å være synlig og kompetent. Her står synliggjøring av Snåsas muligheter og styrking av rekruttering sentralt. Kommunen skal arbeide målrettet for å tiltrekke seg rett kompetanse, blant annet gjennom lærlingeordninger, samarbeid med utdanningsinstitusjoner og støtte til sørsamisk nærings- og kompetanseutvikling. Det legges

også vekt på godt samarbeid mellom offentlig sektor og næringsliv, samt bruk av ambassadører og målrettet kommunikasjon for å løfte fram kommunen.

Det tredje satsingsområdet handler om å være verdiskapende og modig. Snåsa skal ha et bredt spekter av tjenester og næringstilbud, og være attraktiv for gründere, bedrifter og arbeidsskapere. Det skal legges til rette for knoppskyting i eksisterende og nye næringer, styrket foredling av lokale råvarer og utvikling av reiselivsnæringen. Kommunen vil fremme bærekraftig bruk av naturressurser, sikre arealgrunnlaget for landbruk og reindrift, og legge til rette for samarbeid og innovasjon på tvers av sektorer.

Det fjerde satsingsområdet er trygghet. Kommunen skal sikre gode og robuste samfunnsfunksjoner, trygge tjenester og beredskap for å møte framtidige utfordringer. Dette inkluderer tiltak for å fremme frivillighet, styrke innbyggerdialog, forebygge og sette inn tidlig innsats i oppvekstsektoren, og å skape helhetlige og behovstilpassede tjenester. Snåsa skal også ta en aktiv rolle i å sikre og synliggjøre sørsamisk språk og kultur, og jobbe for likeverdige tjenester til den samiske befolkningen. Samfunnssikkerhet og klimatilpasning inngår som viktige hensyn, med vekt på oppdatert beredskap, jordvern og bærekraftig forvaltning.

Planen inneholder en føring for kommuneplanens arealdel. Det sikrer at strategiske mål gjenspeiles i kommunens fysiske planlegging. Her inngår hensyn til vern av matjord, beiteområder, reindriftsinteresser, klimatilpasning, boligutvikling og tilrettelegging for næring og turisme. Kommuneplanens samfunnsdel skal være retningsgivende for kommunens samlede planverk og er førende for blant annet kommunens økonomiplan. Med bakgrunn i samfunnsdelen ble det vedtatt en ny arealdel 31.10.2024, sak 63/2024.

Budsjett 2025 og økonomiplan 2025-28

På kort sikt styres kommunen etter årlig budsjett med innlagte tiltak. Kommunestyret har vedtatt et årsbudsjett for 2025 og en økonomiplan for perioden 2025–2028 som gir føringer for ressursbruken i planperioden. Planen bygger på mål om bærekraftig kommuneøkonomi, med netto driftsresultat på minimum 1,5 %, lånegjeld under 105 % av driftsinntektene og disposisjonsfond på minst 7 %. Driftsbudsjettet har en totalramme på om lag 200 millioner kroner i 2025.

Det legges opp til enkelte prioriterte satsinger, blant annet styrking av grunnbemanningen i barnehagene, investeringer i IKT-utstyr, oppgradering av kommunale bygg og oppfølging av tiltak for bosetting og integrering av flyktninger. Investeringsnivået skal normaliseres etter en periode med store prosjekter, og det settes av midler til nedbetaling av gjeld. Økonomiplanen legger vekt på å følge opp samfunnsplanens mål om befolkningsvekst, bedre alderssammensetning og flere arbeidsplasser.

Intervjuinformasjon

I intervjuene blir det gitt beskrivelser av hvordan plan og målstyring er etablert og praktisert i kommunen. Informantene omtaler både overordnede planer, styringsverktøy, arbeid med nytt planverk og erfaringer med medvirkning og oppfølging

Kommunalsjef utvikling sier at arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel og arealdel har tydeliggjort retning og prioriteringer, men at det fortsatt er utfordringer med å omsette mål til konkrete tiltak. Han opplyser også at utviklingen av nytt planverk har vært viktig i denne prosessen. Kommunalsjef oppvekst forteller at mål og planer brukes i styring, men at måling av måloppnåelse er vanskelig, og rapporteringen ofte blir en oppsummering. Han viser til at det arbeides med å utvikle ny oppvekstplan og med planer for kompetanse og kvalitetsutvikling i skole og barnehage.

Økonomisjefen peker på at økonomiplan, årsbudsjett og tertialrapporter er viktige styringsverktøy som brukes aktivt i oppfølging, og at innføringen av Framsikt³ skal gjøre planlegging og rapportering mer systematisk. Kommunedirektøren viser til at det er behov for å samle planene i et mer helhetlig system, og at dette arbeidet pågår. Kommunalsjef helse sier at sektorplaner og temaplaner ligger til grunn for prioriteringer, men at økonomiske rammer i praksis styrer mest.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet beskriver planene som omfattende og detaljerte, og at medvirkning kan være krevende. Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet forteller at målstyring er tydelig på overordnet nivå, men at sammenhengen for prioriteringer i tjenestene ikke alltid er klar. Enhetsleder samisk språk og kultur sier at det er mål om å løfte samisk språk, men at konkrete indikatorer og tydelige prioriteringer mangler.

³ Framsikt er et digitalt styringssystem for kommuner og fylkeskommuner som samler planverk, budsjett, rapportering og styringsinformasjon i én løsning. Systemet gir ledere og politikere oversikt over måloppnåelse, nøkkeltall og tiltak.

4.1.1 Revisors vurdering

Snåsa kommune har en klar beskrivelse av sine mål

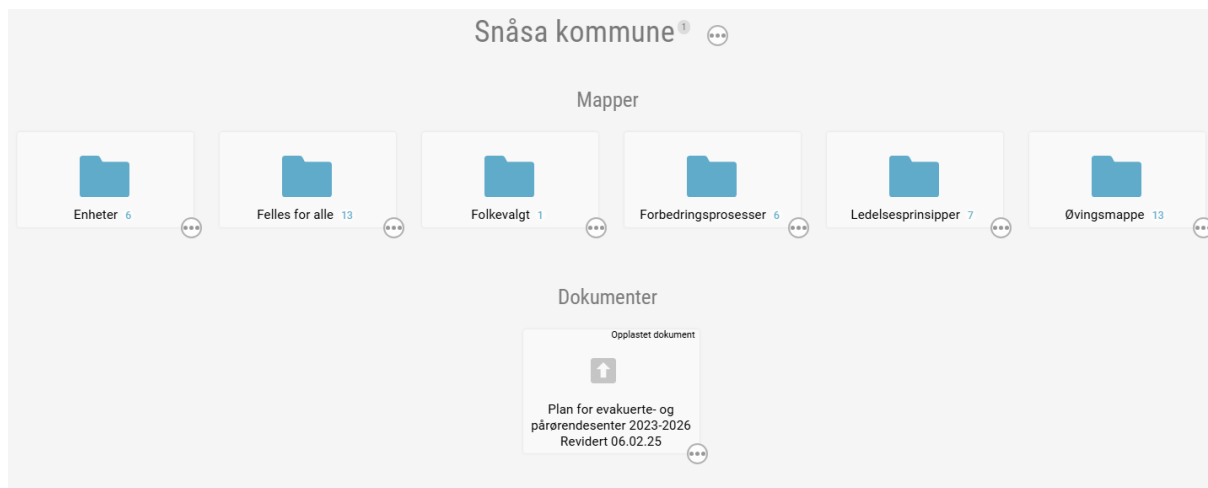
Kommunen har et omfattende og oppdatert plansystem med kommuneplanens samfunnsdel, nylig vedtatt arealdel og en kommunal planstrategi som beskriver hovedutfordringer og prioriterte planoppgaver. Planverket inneholder tydelig definerte hovedmål og satsingsområder, særlig knyttet til befolkningsutvikling, tjenestekvalitet og samfunnssikkerhet. Samtidig fremgår det av intervjuene at det er utfordringer med å operasjonalisere målene i konkrete tiltak og systematisk måling av måloppnåelse. Framsikt som system for planlegging og målstyring vil trolig legge til rette for mer helhetlig oppfølging.

4.2 Rutiner og prosedyrer

Nedenfor følger data som i kap 4.2.1, blir vurdert opp mot kriteriet om at kommunen skal ha nødvendige rutiner og prosedyrer for sine hovedoppgaver.

Compilo er et digitalt kvalitetssystem som kommunen bruker til dokumenthåndtering og kvalitetssystem. Løsningen benyttes for å lagre og oppdatere rutiner, prosedyrer, risikovurdering og andre styringsdokumenter. Systemet brukes også til å registrere, behandle og følge opp avvik, hendelser og forbedringsforslag som en del av internkontrollen.

Oversiktsbildet i oppsettet til dokumentbiblioteket for Snåsa kommune er vist i figuren på neste side.. Det er seks ulike mapper som inneholder undermapper med dokumenter. Inne i mappen «enheter» finnes 5 undermapper.



Kilde: Compilo, Snåsa kommune

Figur 4 -- oversikt over dokumentbibliotek, compiloCompilo, Snåsa kommune

Mappen «enheter» på bildet inneholder 6 underkategorier.

- Helse, pleie og omsorg
- Oppvekst
- Organisasjon og personal
- Samisk språk og kultur
- Sentraladministrasjonen
- Utviklingsenheten

I mappen for helse, pleie og omsorg ligger omtrent 300 dokumenter lagret. Mappen for oppvekst inneholder 15 dokumenter. Mappen Organisasjon og personal inneholder ingen dokumenter. Mappen for samisk språk og kultur er også tom. Mappen for utviklingsenheten inneholder 16 dokumenter.

Mappen som er benevnt «felles for alle» inneholder i underkant av 50 dokumenter. Innholdet i dokumentene er variert. Alt fra gammel regnskapsrapportering til rutiner og reglement.

Mappen benevnt «folkevalgte» inneholder en rutinebeskrivelse. Mappen for forbedringsprosesser er tom.

I mappen «Ledelsesprinsipper» ligger 20 dokumenter. Disse er i all hovedsak kommunens planverk. Mappen «øvingsmappe» inneholder en del dokumenter, men antas å være lagt dit i forbindelse med opplæring.

Flere informanter opplyser at kommunen har etablert Compilo som hovedsystem for dokumentasjon av rutiner og prosedyrer. Ifølge enkelte ledere ble systemet tatt i bruk for om lag fem år siden, men det beskrives at arbeidet med å legge inn rutiner systematisk har kommet i gang først de siste årene. Informanter peker på at det er et uttalt mål å samle mest mulig dokumentasjon i Compilo, men at implementeringen varierer mellom sektorene.

I helse- og omsorg opplyses det at mange rutiner er lagt inn, mens utviklingsområdet og enkelte mindre enheter i mindre grad benytter systemet i det daglige. Enkelte ledere viser til at rutiner knyttet til helse- og legetjenester også ligger i andre systemer, som NEL⁴ og VAR⁵, som oppdateres automatisk. Innen teknisk sektor beskrives FAMAC⁶ som et annet kvalitetssystem som brukes parallelt, særlig til dokumentasjon av drift.

Flere informanter opplever at opplæringen i Compilo har vært begrenset, og at ansatte ofte må sette seg inn i funksjonaliteten på egen hånd. Det trekkes fram at dette kan gjøre det uklart hvor oppdatert informasjon finnes, og hvilke rutiner som gjelder. Enkelte tillitsvalgte peker også på at det mangler tydelig struktur for revisjon og oppdatering av dokumentasjon.

I tillegg beskriver noen ledere at kommunen har tatt i bruk Framsikt som styringsverktøy for budsjett og planarbeid, men at rutiner knyttet til dette foreløpig ikke er dokumentert i Compilo. Flere informanter mener at det fortsatt gjenstår arbeid for å sikre en mer enhetlig og systematisk bruk av kvalitetssystemene i hele organisasjonen.

4.2.1 Revisors vurdering

Kommunen har delvis etablert nødvendige rutiner og prosedyrer for sine hovedoppgaver, men dokumentasjonen fremstår som ufullstendig og er ulikt implementert på tvers av sektorer.

Det legges til grunn at Compilo er tatt i bruk som felles kvalitetssystem for lagring av rutiner, prosedyrer og øvrige styringsdokumenter. Samtidig viser både innsyn i dokumentbiblioteket og opplysninger fra flere informanter at omfanget og oppdateringen av innhold varierer betydelig mellom enhetene. Mens helse- og omsorg har et omfattende antall dokumenter registrert, har enkelte områder, som oppvekst, organisasjon og samisk språk og kultur, få eller

⁴ Norsk elektronisk legehåndbok. <https://legehandboka.no/>

⁵ Rutiner for operativt helsearbeid <https://www.varhealthcare.com/no/>

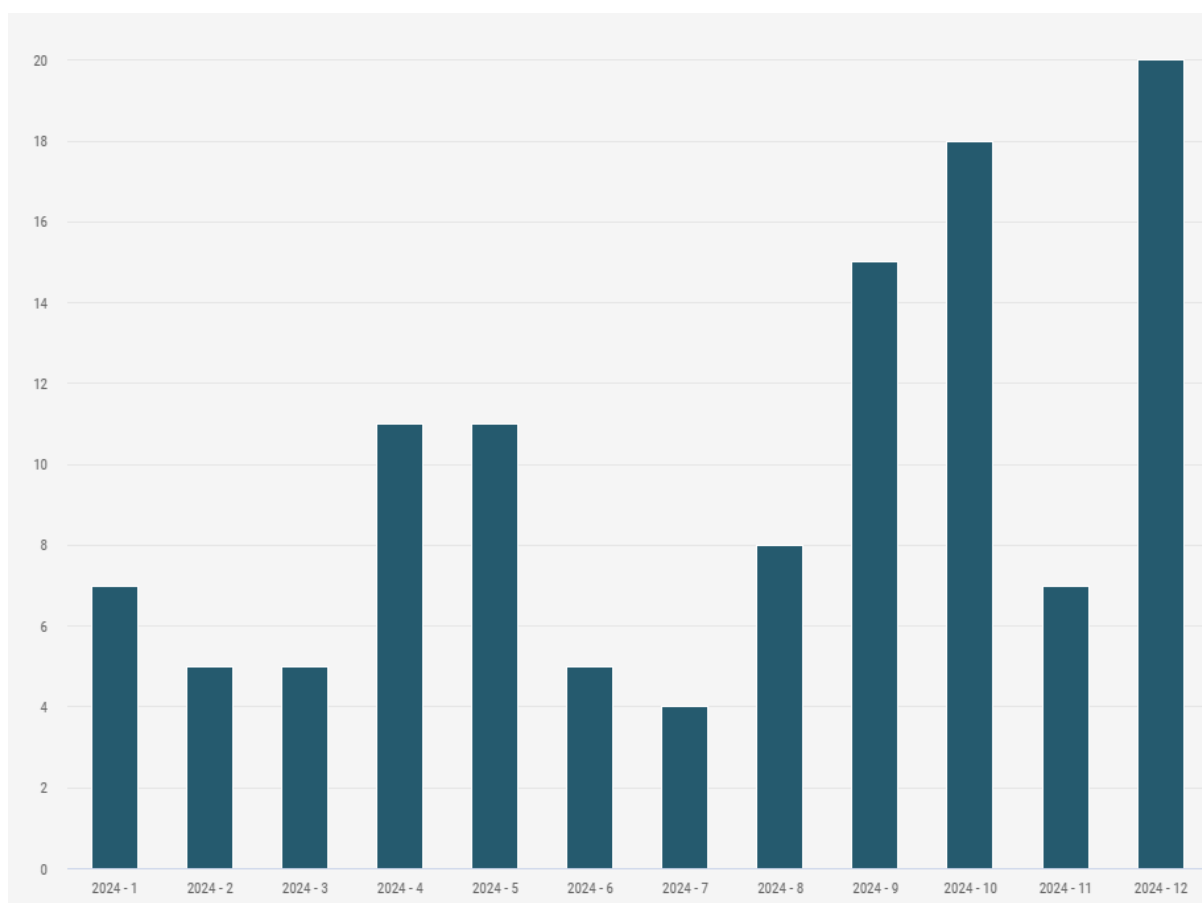
⁶ [FAMAC FDV-system – full kontroll på drift og vedlikehold](#)

ingen dokumenterte rutiner i systemet. Det er også opplyst at deler av dokumentasjonen ligger i andre systemer (NEL, VAR, FAMAC), og at det i begrenset grad er etablert struktur for jevnlig revisjon og oppdatering. Manglende opplæring og usikkerhet om hvor gjeldende rutiner finnes, kan etterlate et utydelig grunnlag for en enhetlig praksis på tvers av kommunen.

4.3 Avvik og avviksbehandling

Nedenfor følger data som i kap 4.3.1, blir vurdert opp mot kriteriet om at kommunen avdekke og følge opp avvik

Det finnes ingen overordnet rutine for hvordan avvik skal meldes og håndteres i kvalitetssystemet i Snåsa kommune. Sektor oppvekst har laget sin egen rutine som angir at alle ansatte er pliktig til å melde avvik til nærmeste leder i Compilo. Det oppgis ingen tidsfrister for behandling eller oppfølging. Innenfor helsesektoren finnes en tilsvarende rutine, i tillegg til to mer spesifikke rutiner som retter seg mot avvik i medisinbehandling og avvik i samarbeidet med Helse Nord-Trøndelag.



Kilde: Compilo, Snåsa kommune

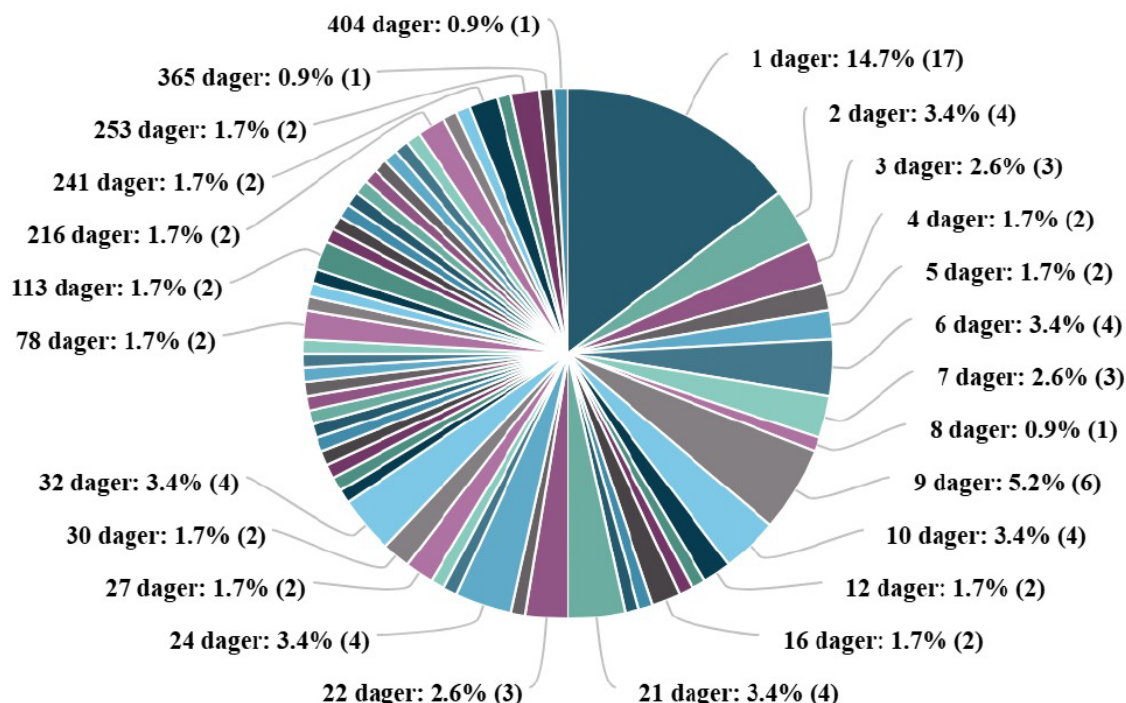
Figur 5 – Antall avvik i perioden 01.01.24-31.12.24.

Figur 5 viser omfanget av avvik som er meldt inn i systemet månedlig fra 01.01.24 til 31.12.24. I alt er det registrert 112 avvik i perioden. I samme periode er det ført ett forbedringsforslag inn i systemet. 50 % av avvikene sorterer under Helsesektoren, mens 45,7 % er innmeldt i oppvekstsektoren. Resterende avvik sorter direkte under kommunedirektøren.

Figuren under viser fordelingen av antall dager som har gått før avvik ble lukket i kommunen i perioden 1. januar til 31. desember 2024. Totalt er det registrert avvik med lukketid fra 1 dag til 404 dager.

Dager før lukking

1. jan 2024 - 31. des 2024



Kilde: Compilo, Snåsa kommune

Figur 6 Lukkertid for avvik som er innmeldt i 2024

Den største enkeltkategorien er avvik blir lukket etter 1 dag, og utgjør 14,7 % av registreringene (17 saker). Videre ble 5,2 % av avvikene lukket etter 9 dager (6 saker). Flere andre kortere lukketider er også registrert, blant annet 2 dager (4 saker), 3 dager (3 saker), 6 dager (4 saker) og 10 dager (4 saker).

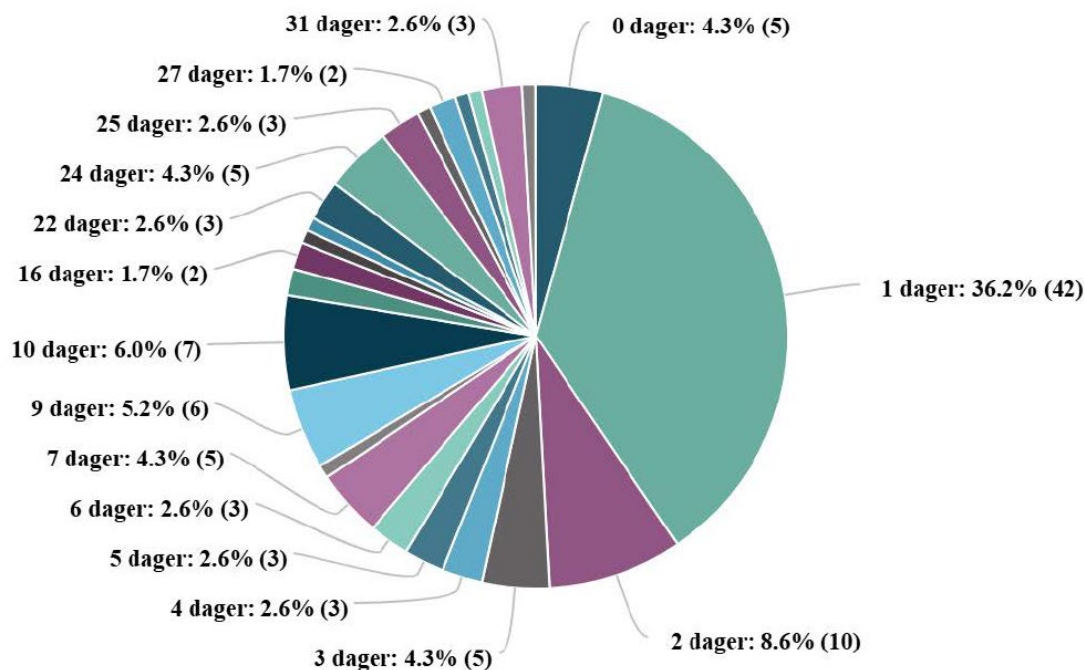
Etter 30 dager viser fordelingen spredte enkeltregistreringer med varierende antall saker. Eksempler er 78 dager (2 saker), 113 dager (2 saker), 216 dager (2 saker) og 365 dager (1 sak). Det avviket med lengst lukketid ble lukket etter 404 dager.

Totalt viser oversikten at avvikene er lukket over et bredt tidsspenn, med både kort og lang behandlingstid. Alle avvik som ble registrert i 2024 er nå lukket.

Det varierer også hvor lang tid det tar før et avvik blir lest. Dette viser neste figur 7.

Dager før lest

1. jan 2024 - 31. des 2024



Kilde: Compilo, Snåsa kommune

Figur 7 Antall dager før et avvik som er innmeldt i 2024 blir lest.

Fordelingen av antall dager fra registrering til avvik er lest i perioden 1. januar til 31. desember 2024. Det fremgår at 36,2 % av avvikene (42 saker) ble lest etter 1 dag.

Videre ble 8,6 % (10 saker) lest etter 2 dager. For øvrige intervaller fordelte antall saker seg blant annet slik: 3 dager (4,3 %, 5 saker), 7 dager (4,3 %, 5 saker), 9 dager (5,2 %, 6 saker) og 10 dager (6,0 %, 7 saker).

Noen avvik ble lest samme dag som de ble registrert (0 dager), som utgjorde 4,3 % (5 saker). Det fremgår også at enkelte avvik ble lest etter lengre tid, blant annet 24 dager (4,3 %, 5 saker), 25 dager (2,6 %, 3 saker) og 31 dager (2,6 %, 3 saker). Samlet sett viser figuren at antall dager før avvik ble lest varierer fra 0 til 31 dager.

Flere informanter opplyser at avvik meldes i systemet, og at ansatte har mulighet til å følge behandlingen av egne avvik. Kommunedirektøren forteller at det meldes avvik i kommunen, og at han selv har vært inne i Compilo. Innen teknisk sektor brukes i tillegg FAMAC, men det fremgår at det hovedsakelig registreres driftsmeldinger der.

I helse- og omsorg opplyses det at avviksstatistikk tas opp i ledermøter og i partssamarbeidet to ganger årlig, samt at statistikken inngår i årsmeldingen. Kommunalsjef for oppvekst forteller at avvik følges opp, men at statistikk og overordnet analyse i liten grad benyttes som styringsverktøy. Han viser til at det mangler klare rutiner for oppfølging av avvik på tvers av enhetene. Kommunalsjef for utvikling forteller at avviksstatistikk ikke benyttes aktivt i utviklingsenheten, og at det ofte ikke meldes avvik fordi feil utbedres direkte av de samme som oppdager dem. Enhetsleder for samisk språk og kultur opplyser at Compilo brukes i hennes enhet.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet opplyser at det har vært økt bevissthet om avviksrapportering, blant annet som følge av tillitsvalgtes initiativ. Hun har kun sett avviksstatistikk presentert én gang, og opplyser at det ofte er tillitsvalgte som må være pådrivere for å få avvik satt på dagsorden. Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet opplyser at det har vært tradisjon for å melde avvik innen helse, mens oppvekstsektoren er i ferd med å forbedre seg på dette området. Hun har tilgang til Compilo, men ikke til selve avvikene, da dette er forbeholdt hovedverneombudet. Avviksstatistikk er ifølge hennes opplysninger kun blitt presentert én gang i et med ledelsen.

Økonomisjefen har beskrevet at avvik i økonomiforvaltningen kan være fristbrudd, konteringsfeil eller brudd på økonomireglement, og at slike forhold håndteres i dialog med Statsforvalteren eller ved korrigerende i Framsikt. Avvik fra budsjett synliggjøres i styringssystemet gjennom en trafikklysfunksjon.

4.3.1 Revisors vurdering

Kommunen har etablert kvalitetssystem for å registrere og følger opp avvik som brukes i noengrad. Det mangler overordnede rutiner og tydelige krav til oppfølging på tvers av sektorer. Det er også variasjon mellom sektorene hvor godt implementert systemet er.

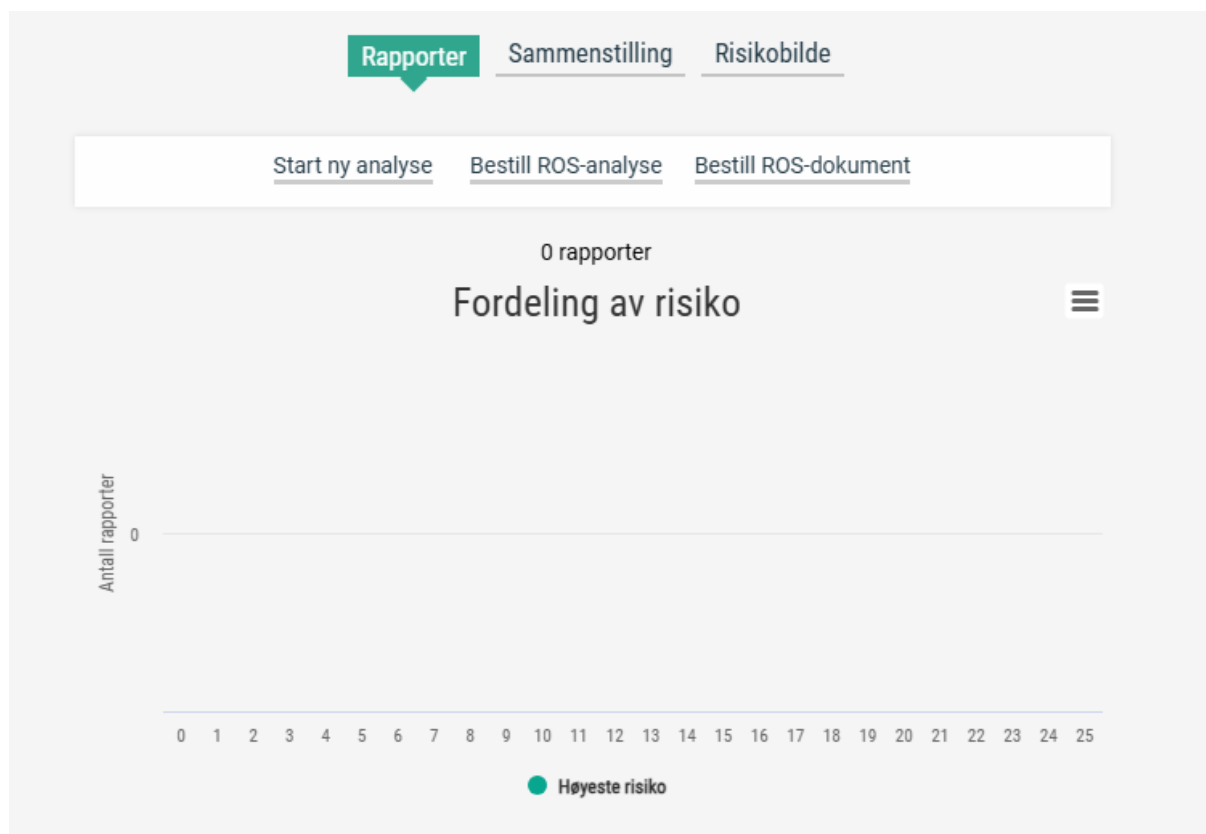
Det er opplyst at det meldes avvik i Compilo, og at ansatte kan følge behandlingen av egne saker. Data viser at det i 2024 ble registrert 112 avvik, og at alle disse ble lukket, selv om lukketiden varierer fra 1 til 404 dager. Innen helse- og omsorg behandles avviksstatistikk jevnlig i ledermøter og årsmeldinger, mens flere informanter beskriver at oppvekstsektoren har økt bevissthet om avviksrapportering, men fortsatt lite systematisk bruk av statistikk. Innen

teknisk sektor meldes det få avvik i kvalitetssystemet. Det fremgår at det finnes sektorvise rutiner for avvik i oppvekst og helse, men ingen overordnet rutine for hvordan avvik skal meldes, behandles og følges opp i kommunen samlet. Det opplyses videre at det ikke er fastsatt tidsfrister for behandling eller lukking av avvik, og at det varierer hvor raskt meldinger leses og håndteres.

4.4 Risikovurdering

Nedenfor følger data som i kap 4.4.1, blir vurdert opp mot kriteriet om at kommunen skal gjennomføre risikovurderinger som identifiserer sannsynlighet og konsekvenser for avvik

Flere informanter opplyser at kommunen benytter Compilo som verktøy for risikovurderinger. Det beskrives at en modul for risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) skal være tatt i bruk, men at omfanget av systematisk arbeid varierer mellom sektorene. Kommunedirektøren har opplyst at kommunen har gjennomført ROS-analyser knyttet til beredskap og viser til at det har vært tilsyn på dette området. Han peker samtidig på at risiko- og sårbarhetsvurderinger i den daglige driften er et område der kommunen ønsker å arbeide mer systematisk fremover.



Kilde: Compilo, Snåsa kommune

Figur 8 Oversikt over risikoanalyser lagt inn i Compilo

Figuren 8 er en oversikt over risikorapporter lagt inn i Compilo. Det ligger ingen analyser i systemet.

Kommunalsjef for helse beskriver at det gjennomføres årlige HMS-vernerunder hvor risiko vurderes innen blant annet ergonomi, brannvern og arbeidsmiljø. Hun opplyser at kommunen benytter en skåringsmodell som grunnlag for vurderingene, men er usikker på om det finnes en overordnet risikovurdering av hvorvidt kommunen leverer helsetjenester i tråd med lovkrav.

Kommunalsjef for oppvekst opplyser at ROS-modulen i Compilo er tatt i bruk, men at det foreløpig finnes lite dokumentert risikovurdering i oppvekstområdet. Han understreker at det gjenstår arbeid for å sikre forståelse og forankring av risikovurderingene, og at det er ønskelig med bedre struktur og ledelse i dette arbeidet.

Kommunalsjef for utvikling forteller at kommunen har en helhetlig ROS som del av beredskapsplanverket, og at denne nylig er vedtatt. Han viser til at risikoene knyttet til beredskap har endret seg raskt, og at det derfor kan være behov for hyppigere oppdatering. For utviklingsenheten meldes enkelte organisatoriske risikoer, som uklar lederstruktur, men risikovurderingene beskrives som lite systematiske.

Enhetsleder for samisk språk og kultur opplyser at risikovurderinger i hennes enhet oftest gjøres muntlig i møter, og at de i liten grad dokumenteres i Compilo. Hun peker på at det likevel er bevissthet rundt risiko i enheten, og at temaet tas opp i lederforum.

Hovedtillitsvalgt i Utdanningsforbundet forteller at det er gjennomført risikovurderinger ved Snåsa skole, blant annet knyttet til psykiske plager og emosjonelle utfordringer. Hun er usikker på om disse vurderingene ligger i Compilo og kjenner ikke til tilsvarende vurderinger for andre enheter i oppvekstsektoren. Hovedtillitsvalgt i Fagforbundet opplyser at det nylig ble gjennomført en risikovurdering knyttet til KAD-senger. Hun beskriver at møtet ble ledet av prosjektleder og inkluderte tillitsvalgte, verneombud og ansatte.

Økonomisjefen forteller at risikovurdering har vært tema i ledermøter de siste månedene, og at det arbeides med å bruke dette mer aktivt som styringsverktøy. Han beskriver at økonomiske risikoer og uforutsette hendelser tas opp ved tertialrapportering. Som risikoreduserende tiltak forteller han at det er innført ekstra kontrollsteg ved pengeoverføringer for å redusere risiko.

4.4.1 Revisors vurdering

Kommunen gjennomfører i begrenset grad risikovurderinger som systematisk identifiserer sannsynlighet og konsekvenser for avvik.

Flere informanter opplyser at Compilo er tatt i bruk som verktøy for risiko- og sårbarhetsanalyser, men det fremgår at arbeidet med risikovurdering er lite dokumentert og varierer mellom sektorene. Ifølge tilgjengelig data ligger det ingen risikoanalyser i Compilo per i dag. Det er gjennomført ROS-analyser knyttet til overordnet beredskapsplan, og enkelte risikovurderinger er utført innenfor HMS og særskilte områder som KAD-senger og psykososiale forhold i skole. Flere ledere og tillitsvalgte beskriver at vurderingene ofte skjer muntlig eller i mindre strukturerte former, og at det gjenstår arbeid med å sikre dokumentasjon, tydelig metodikk og forankring i organisasjonen.

4.5 Rapportering

Dette kapitlet beskriver innsamlet data for å vurdere opp mot kriteriene om at kommunen skal ha rutiner for rapportering, og kommunen skal rapportere til kommunestyret om internkontrollen minst én gang i året

Kommunen har nylig startet arbeidet med å innføre styringssystemet Framsikt. Økonomisjefen forteller at en ekstern ressurs har bistått med kompetanse om de ulike funksjonene i systemet. Det er økonomisjefen som har fått ansvar for å implementere systemet i organisasjonen. Det finnes i dag ikke noe eget økonomireglement i Snåsa kommune, og heller ingen skriftlig rutine for hvordan rapporteringen skal gjennomføres. Økonomisjefen, som nylig er ansatt, sier at dette er noen av bestillingene han har fått. Så langt har økonomisjefen prioritert å få det nye styringssystemet funksjonelt og brukervennlig, i tillegg til å overføre tilstrekkelig med kunnskap til andre ledere. Økonomisjefen arbeider med å bygge robusthet, ved å flytte ansvar for retting og kontroll av økonomidata ut til ledere med budsjettansvar. Økonomisjefen og kommunalsjefene beskriver at det har blitt rapportert månedlig til kommunedirektøren, samt gjennom tertial-, halvårs- og årsrapporter til folkevalgte.

Enhetsleder for samisk språk og kultur opplyser at rapportering primært skjer til Sametinget som finansierer virksomheten, og at det i tillegg leveres årsberetning til kommunen.

Hovedtillitsvalgte i Utdanningsforbundet og Fagforbundet opplyser at de i liten grad har blitt invitert til møter der tertial- eller årsrapporter legges frem, og at det er et ønske om bedre informasjon og involvering i rapporteringen.

Med uformell rapportering menes informasjon eller dialog som skjer utenfor etablerte møtestrukturer og systemer, for eksempel i private samtaler eller direkte henvendelser mellom ansatte og politikere. Flere informanter peker på den uformelle rapporteringen som nyttig, i form av samhandling. Det beskrives ett enkelt tilfelle der en økonomisak ble tatt opp utenfor ordinær kanal og fikk oppmerksomhet, men ellers omtales samhandlingen innad i administrasjon og med politisk nivå som ryddig, med tydelig rolleforståelse.

Rapportering til kommunestyret

Det har ikke lyktes revisor å finne en rapportering til kommunestyret om internkontrollen i kommunen. Enkelte momenter med grenseflate mot internkontroll blir rapportert i årsberetningen.

4.5.1 Revisors vurdering

Kommunen er i ferd med å utarbeide rutiner for rapportering i datasystemet Framsikt. Kommunen oppfyller ikke kravet om årlig rapportering om internkontrollen til kommunestyret.

Det foreligger ingen skriftlig rutine for rapportering, og revisor har ikke funnet dokumentasjon på at kommunestyret har mottatt en helhetlig rapport om internkontrollen. Selv om enkelte elementer med relevans for internkontroll fremgår av årsberetningen, dekker dette ikke kravet til en samlet og systematisk rapportering. Kommunen har nylig tatt i bruk styringssystemet Framsikt, og arbeidet med å etablere tydeligere rutiner og et økonomireglement pågår. I mellomtiden skjer rapportering til politisk nivå gjennom tertial-, halvårs- og årsrapporter, men disse er primært knyttet til økonomi og drift.

4.6 Revisors konklusjon

Revisor konkluderer, ut fra data og vurderinger i kapittel 3 og 4 i denne rapporten, med at kommunen har mangler i et overordnet system for internkontroll. Deler av et overordnet system

for internkontroll er etablert, men dokumentasjonen er ufullstendig, og implementeringen varierer mellom sektorer.

Kommunen har et oppdatert politisk og administrativt delegeringsreglement, et etablert organisasjonskart og har tatt i bruk digitale styringsverktøy som KF Delegering, Compilo og Framsikt. Planstrategi, kommuneplan og økonomiplan gir retning for prioriteringer, og det foreligger enkelte rutiner, risikovurderinger og avviksprosesser. Likevel viser dataen at bruken av disse verktøyene og rutinene varierer betydelig mellom enhetene. Flere områder har få eller ingen dokumenterte rutiner, risikovurderingene er lite systematiske og i liten grad samlet på overordnet nivå. Rapportering om internkontroll til kommunestyret skjer ikke i tråd med kravene i kommuneloven.

5 EGENVURDERING AV INTERNKONTROLL

5.1 Formål og metode

For å svare ut kontrollutvalgets bestilling om å legge vekt læringsperspektivet i forvaltningsrevisjonen, har revisor gjennomført en spørreundersøkelse som en del av dette prosjektet. Hensikten har vært å fremme læring gjennom bevisstgjøring gjennom en egenvurdering.

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

Deltakerne mottok et digitalt spørreskjema som innholdt korte videofilmer med en samlet spilletid på rundt 15 minutter. Filmene belyste sentrale deler av revisjonskriteriene til de to første problemstillingen i denne rapporten. I tillegg valgte revisor å ta med lederforankring av internkontrollen som et eget tema. Dette fordi lederforankring anses som et viktig suksesskriterie for å oppnå en god internkontroll. For respondentene var det valgfritt å se filmene. Berørte tema for undersøkelsen var:

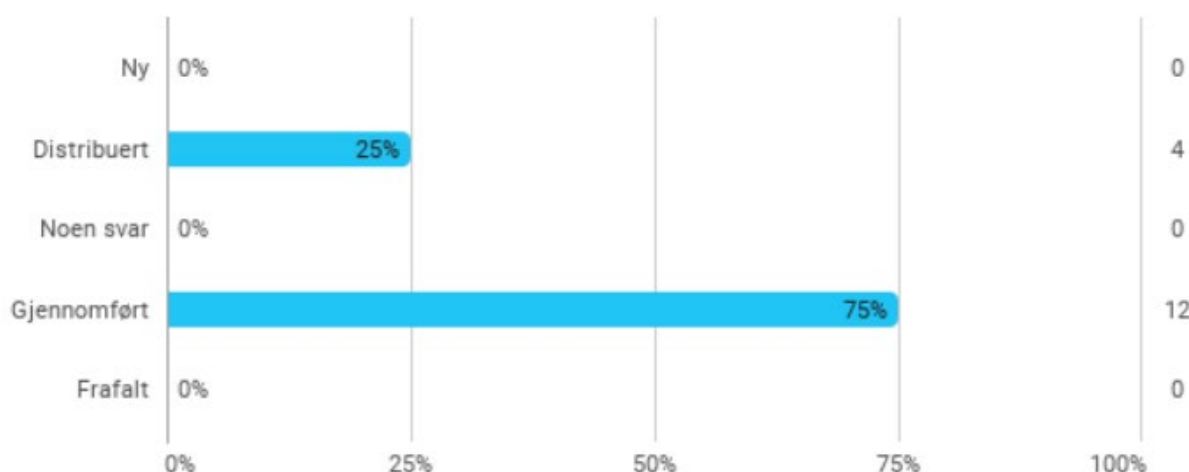
- Mål og ansvarsfordeling
- Bruk av rutiner
- Avvikshåndtering
- Risikovurdering
- Lederforankring

Kommunen kan velge å legge resultatene fra undersøkelsen som et målepunkt, for å se effekt av et eventuelt framtidig forbedringsarbeid.

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

5.2 Deltagelse

Egenvurderingen ble sendt ut til alle ansatte med ledertittel i kommunen. I alt 16 deltagere. 12 personer har gjennomført undersøkelsen fullt ut. Fire respondenter har ikke gjennomført undersøkelsen. Det gir en svarprosent på 75.



Kilde: Revisjon Midt-Norge, – undersøkelse om internkontroll i Snåsa Kommune

Figur 9 - viser fullføringsgrad i undersøkelsen.

I presentasjonen under er det tatt utgangspunkt i de 12 som har fullført undersøkelsen.

5.3 Resultatene

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

Håndtering av "vet ikke"- svar:

Svaralternativet "vet ikke" er inkludert i gjennomsnittsberegninger med tallfestelse lik null. Dette er gjort for å synliggjøre at manglende kunnskap om internkontroll anses som negativt. Selv om "vet ikke"-svar ofte behandles som manglende data i undersøkelser, vurdere revisor

at en inkludering i dette tilfellet gir et mer helhetlig bilde av forbedringsbehov. Etter revisors syn skal alle ledere i organisasjonen være i stand til å ta stilling til spørsmålene i undersøkelsen, så fremt at internkontrollen er konsistent og godt implementert.

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

Tematisk inndeling

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

Ettersom undersøkelsen har respondenter fra alle ledernivå i kommunen, kan ikke svarene sammenlignes direkte med revisors funn i kapitel 2. Dette fordi kapitel 2 omhandler internkontrollen på et helt overordnet nivå. Undersøkelsen har heller ikke hatt til hensikt å finne konkrete ulikheter mellom sektorer og avdelinger i kommunen.

5.3.1 Overordnet resultat

Med rene gjennomsnittsberegninger av tallmaterialet har revisor utarbeidet et radardiagram av hvordan kommuneadministrasjonen vurderer sin egen internkontroll (se figur 10).

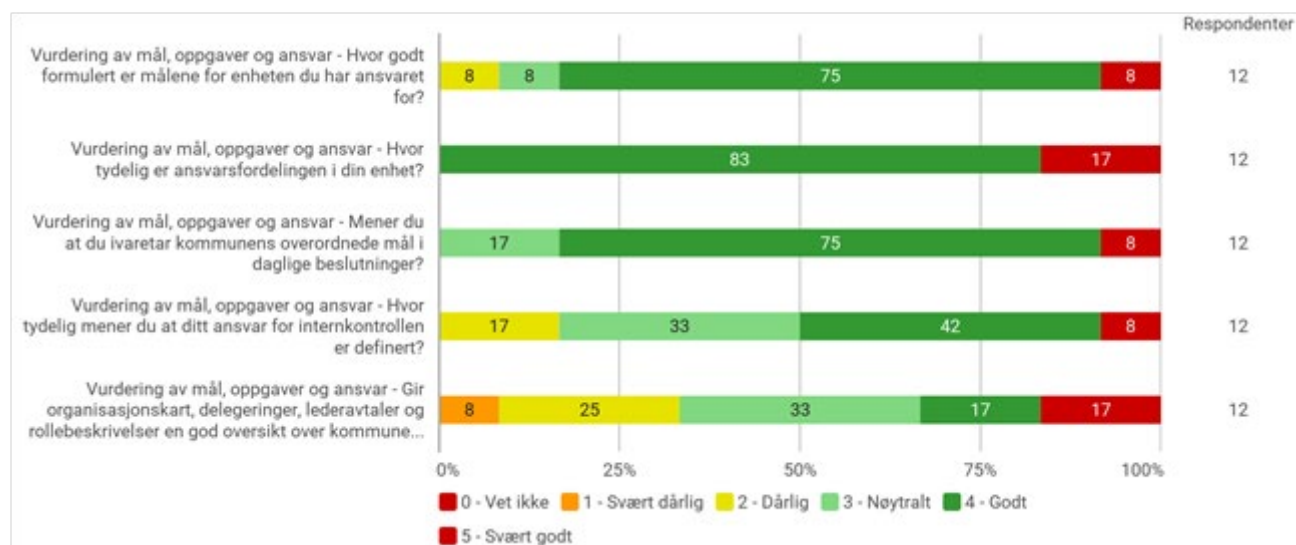


Kilde: Revisjon Midt-Norge – undersøkelse Internkontroll i Snåsa Kommune

Figur 10 - Radargraf som viser gjennomsnittsberegninger av resultatene i undersøkelsen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at *Avvikshåndtering* oppnår den høyeste gjennomsnittsscoren med 3,85, noe som ligger mellom «nøytralt» og «godt». *Målstruktur* følger tett etter med 3,68. *Bruk av rutiner* har en score på 3,23, mens *Lederforankring* og *Risikovurdering* ligger lavest med henholdsvis 3,12 og 3,02. Resultatene indikerer at alle kategoriene vurderes i området mellom «nøytralt» og «godt», med størst styrke opplevd innen avvikshåndtering og svakest innen risikovurdering og lederforankring.

5.3.2 Mål, ansvar og organisering



Kilde: Revisjon Midt-Norge, undersøkelse om internkontroll Snåsa kommune

Figur 11 - Fordelingen av svaralternativer for hvert enkelt spørsmål innen mål, ansvar og organisering i prosent..

Undersøkelsen viser at lederne i hovedsak vurderer mål, ansvarsfordeling og ivaretagelse av overordnede mål som tydelige og godt ivare tatt. For formulering av mål for egen enhet svarer 75 prosent «godt» og 8 prosent «svært godt», mens 8 prosent svarer «nøytralt». Når det gjelder tydelighet i ansvarsfordelingen i enheten, svarer 83 prosent «godt» og 17 prosent «svært godt». På spørsmålet om de ivaretar kommunens overordnede mål i daglige beslutninger, svarer 75 prosent «godt», 8 prosent «svært godt» og 17 prosent «nøytralt». Dette viser at styringssignaler på disse områdene oppleves som tydelige og anvendbare av et stort flertall (83–100 prosent).

Vurderingene er mer varierende på spørsmål om ansvar for internkontroll og oversikt over kommunens faktiske struktur. For tydelighet i ansvar for internkontroll svarer 8 prosent «svært godt», 42 prosent «godt», 33 prosent «nøytralt» og 17 prosent «dårlig». Dette tyder på at

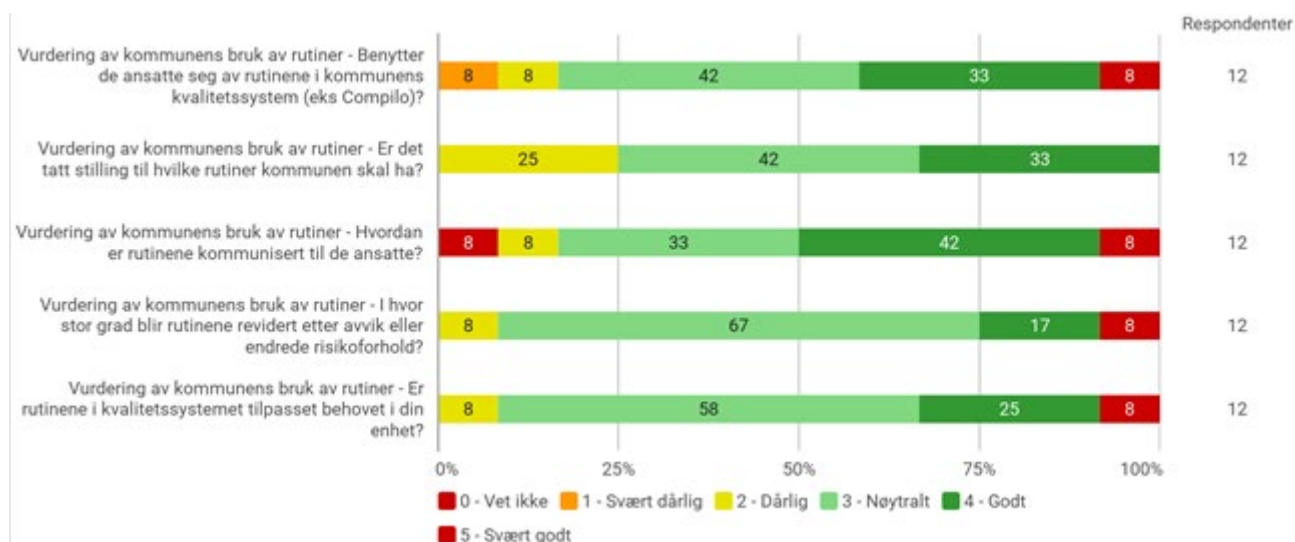
ansvarsforholdene på dette området ikke er like klart kommunisert eller forstått som øvrige styringsområder. For oversikten over kommunens faktiske struktur gjennom organisasjonskart, delegeringer, lederavtaler og rollebeskrivelser svarer 17 prosent «svært godt» og 17 prosent «godt». Samtidig svarer 33 prosent «nøytralt», 25 prosent «dårlig» og 8 prosent «svært dårlig». Dette kan indikere at disse verktøyene enten ikke er tilstrekkelig kjent, oppdaterte eller oppleves å reflektere den faktiske arbeidsdelingen i praksis.

Fritekstkommentarene underbygger flere av disse funnene. En peker på manglende sektorplan som skal utdype målene i kommuneplanens samfunnsdel, og advarer om at målarbeidet i verste fall kan bli fragmentert dersom det ikke forankres bedre i planverket. Det pekes også på at organisasjonsstrukturen varierer mellom to- og tre-nivåmodeller avhengig av saksområde, og at det er behov for tydeligere beskrivelse av både organisasjonskart til lederavtaler. Manglende skriftlige rollebeskrivelser fremheves som en svakhet. Andre kommentarer peker på at mål og oppgaver i enkelte sektorer faktisk er nedfelt i handlingsplaner, og at organisering og organisasjonskart ligger tilgjengelig i planverket og på kommunens hjemmeside.

Samlet sett viser resultatene en tydelig styrke i mål- og ansvarsforståelse knyttet til daglige oppgaver og overordnede mål, men også at det er behov for mer systematisk arbeid med å tydeliggjøre internkontrollansvar, etablere eller oppdatere sektorplaner, og styrke bruken av formelle strukturdokumenter og lederavtaler som operative styringsverktøy.

5.3.3 Vurdering av kommunens bruk av rutiner

Denne temaet omfatter fem spørsmål som samlet belyser ulike sider ved kommunens rutinearbeid. Det gjelder både bruk av kvalitetssystemet, rutineforankring, kommunikasjon, revisjon og tilpasning.



Kilde: Revisjon Midt-Norge, internkontroll i Snåsa kommune

Figur 12 - Fordeling av svaralternativer i prosent for spørsmål som gjelder bruk av rutiner i Snåsa kommune.

Resultatene viser at benyttelsen av rutiner i kommunens kvalitetssystem vurderes som varierende. På spørsmålet om ansatte benytter seg av rutinene i systemet, svarer 42 % «nøytralt», 33 % «godt», 8 % «svært godt» og 8 % «svært dårlig». Tilsvarende, når det gjelder om det er tatt stilling til hvilke rutiner kommunen skal ha, svarer 42 % «nøytralt», 33 % «godt» og 25 % «dårlig».

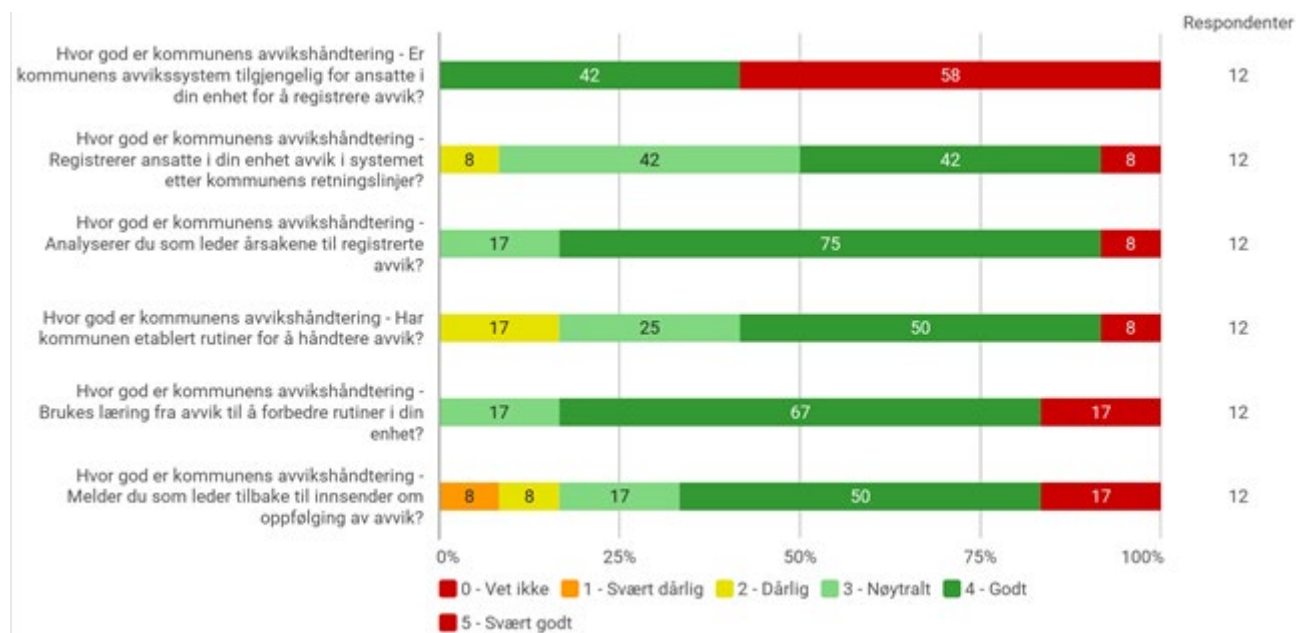
Kommunikasjonen av rutiner til ansatte vurderes noe bedre: 42 % svarer «godt», 33 % «nøytralt» og 8 % «svært godt». Samtidig svarer 8 % «dårlig» og 8 % «svært dårlig», noe som kan indikere et forbedringspotensial. Når det gjelder revisjon av rutiner ved avvik eller endret risiko, svarer 67 % «nøytralt», 17 % «godt», 8 % «svært godt» og 8 % «dårlig». Spørsmålet om rutinene er tilpasset enhetens behov gir et lignende bilde, med 58 % «nøytralt», 25 % «godt», 8 % «svært godt» og 8 % «dårlig».

Fritekstkommentarene underbygger funnene og gir et mer nyansert bilde av utfordringene. Flere peker på at informasjon til ansatte ofte gis via e-post, og at det er behov for mer direkte opplæring. Det trekkes frem at systemene i seg selv er gode, men at de ikke alltid oppdateres eller tas i bruk slik de burde. Videre savnes en tydelig beskrivelse eller plan for hvilke rutiner kommunen faktisk skal ha. Bruk og bevissthet om rutiner varierer mellom enheter. Helse beskrives som gode på å formulere og følge rutiner og på å melde avvik, mens andre områder har mer å gå på.

Samlet sett indikerer resultatene at kommunen har et grunnlag for rutinebruk, men at praksis og bevissthet varierer betydelig mellom enheter. Et særlig forbedringsområde er å tydeliggjøre

hvilke rutiner som gjelder, sikre bedre kommunikasjon og opplæring, samt å etablere en mer systematisk revisjon og tilpasning av rutiner i lys av avvik og endrede risikoforhold. Dette vil kunne bidra til mer ensartet etterlevelse og styrket internkontroll.

5.3.4 Avvik og avvikshåndtering



Kilde: Revisjon Midt-Norge, internkontroll i Snåsa kommune

Figur 13 - Fordeling av svaralternativer i prosent for spørsmålene knyttet til avvikshåndtering.

Undersøkelsen viser generelt høy tilfredshet med tilgjengeligheten av kommunens avvikssystem, samtidig som enkelte områder peker på behov for bedre praksis og oppfølging. Hele 42 prosent vurderer tilgjengeligheten som «god» og 58 prosent som «svært god». Ingen har svart nøytralt eller negativt, noe som tyder på at systemet i stor grad oppleves som lett tilgjengelig.

Når det gjelder registrering av avvik, svarer 42 prosent «nøytralt» og 42 prosent «godt», mens 8 prosent svarer «dårlig» og 8 prosent «svært godt». Flertallet mener altså at ansatte følger retningslinjene, men det finnes et mindretall som opplever utfordringer. Analysen av avvik vurderes av 75 prosent som «god» og 8 prosent som «svært god», mens 17 prosent svarer «nøytralt».

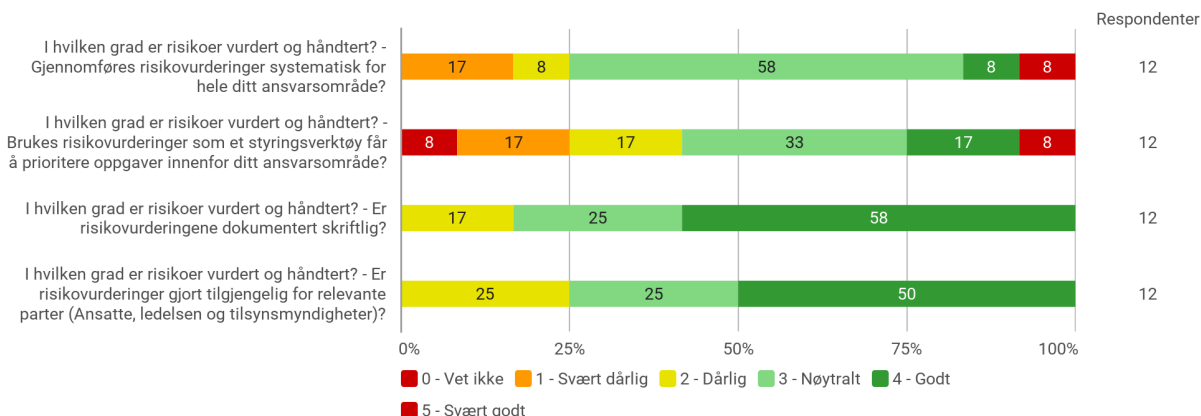
For etablerte rutiner for håndtering av avvik svarer halvparten «godt» og en fjerdedel «nøytralt», mens 17 prosent vurderer rutinene som «dårlige» og 8 prosent som «svært gode». Bruk av læring fra avvik til å forbedre rutiner vurderes mer positivt, med 67 prosent som svarer «godt» og 17 prosent «svært godt», mens 17 prosent svarer «nøytralt». På spørsmål om melder av avvik får oppfølging av avvik i etterkant, skårer kommunen lavere og mer variert. 50 prosent som svarer «godt», 17 prosent «svært godt», 17 prosent «nøytralt», 8 prosent «dårlig» og 8 prosent «svært dårlig». Dette indikerer at tilbakemeldingsrutinene ikke er konsekvente.

Fritekstkommentarene underbygger funnene i tallmaterialet. Flere ledere opplyser at avvik som meldes, følger kommunens etablerte retningslinjer. Samtidig beskrives det at enkelte ansatte melder få avvik, da prosessen oppleves som tidkrevende og omfattende, særlig når mange felt må fylles ut i skjemaet. Det trekkes også frem at det er forskjeller mellom avdelingene i omfang og praksis for avviksrapporing. Selv om systemet oppleves som både kjent og tilgjengelig, tyder variasjonene på ulik grad av implementering i praksis. Rutinene for håndtering av avvik er etablert, men flere peker på behov for at lederne i større grad samarbeider om å utvikle og forankre en felles praksis.

Samlet sett viser resultatene at teknisk tilgang og kjennskap til avvikssystemet er godt ivarettatt, men at utfordringer knytter seg til bruken, særlig på områder som registrering, tilbakemelding og felles standard for oppfølging. Barrierene fremstår å være knyttet mer til arbeidsflyt og kultur enn til systemets funksjonalitet.

5.3.5 Risikovurderinger

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



Kilde: Revisjon Midt-Norge, internkontroll i Snåsa kommune

Figur 14 - Fordelingen av svaralternativer i prosent for spørsmålene knyttet til risikovurderinger.

Resultatene viser et blandet bilde når det gjelder risikovurdering i kommunen. Gjennomføring av systematiske risikovurderinger for hele ansvarsområdet vurderes av et flertall (58 prosent) som «nøytralt», mens 8 prosent svarer «dårlig» og 17 prosent «svært dårlig». Kun 8 prosent svarer «godt» og 8 prosent «svært godt». Dette indikerer at mange ledere verken opplever praksisen som tydelig etablert eller fullt ut tilfredsstillende. Flere av kommentarene peker på at dette er et område med svake rutiner, og at det bør få en mer systematisk plass i styringsarbeidet, for eksempel gjennom et fast årshjul i HMS-arbeidet.

Når det gjelder bruk av risikovurderinger som styringsverktøy for prioritering av oppgaver, svarer 33 prosent «nøytralt» og 8 prosent «svært godt», mens 17 prosent svarer «godt», 17 prosent «svært dårlig» og 8 prosent «vet ikke». Fordelingen viser at praksisen varierer betydelig mellom enheter, og at det mangler en felles, systematisk tilnærming. I fritekstkommentarene fremheves det at risikovurderinger og avbøtende tiltak ofte gjennomføres, men ikke nødvendigvis at de blir skriftliggjort eller gjøres lett tilgjengelig.

Dokumentasjon av risikovurderinger vurderes mer positivt, med 58 prosent som svarer «godt» og 25 prosent «nøytralt», mens 17 prosent vurderer dokumentasjonen som «dårlig». Dette samsvarer med innspillene om at kommunen gjennomfører overordnede ROS-analyser og vernerunder med risikovurdering, og at dokumentene i utgangspunktet er tilgjengelige. Samtidig tyder resultatene på at dokumentasjonen ikke alltid er systematisk eller fullstendig, og at det finnes forbedringspotensial.

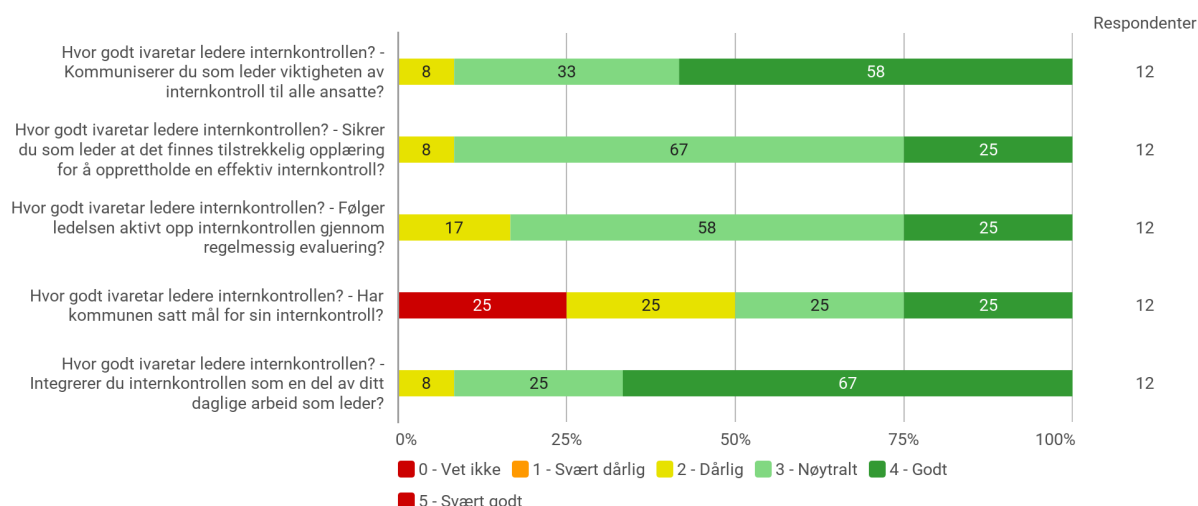
Tilgjengelighet av risikovurderinger for relevante parter vurderes av halvparten (50 prosent) som «godt» og 25 prosent som «nøytralt», mens 25 prosent svarer «dårlig». Selv om noen

dokumenter er lett tilgjengelige, tyder svarene på at det ikke gjelder alle enheter eller prosesser, og at informasjonen ikke alltid når ut til alle relevante mottakere.

Samlet sett indikerer funnene at kommunen har en viss praksis for risikovurdering, men at den ofte mangler systematikk, tydelig dokumentasjon og bred tilgjengelighet. Å etablere faste rutiner og integrere risikovurdering tydelig i årshjul og internkontrollsystemer vil kunne bidra til en mer helhetlig og effektiv risikohåndtering..

5.3.6 Ledelsesforankring

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



Kilde: Revisjon Midt-Norge, internkontroll i Snåsa kommune

Figur 15 - Fordeling av svaralternativ i prosent for spørsmål som gjelder ledelsesforankring.

Resultatene viser at ledelsesforankringen av internkontroll oppleves som variabel på tvers av organisasjonen. Kommunikasjon av viktigheten av internkontroll til ansatte vurderes som «godt» av 58 prosent og «nøytralt» av 33 prosent, mens 8 prosent svarer «dårlig». Dette tyder på at et flertall mener budskapet formidles godt, men at det også finnes en betydelig andel som ikke opplever formidlingen som tilstrekkelig tydelig.

Når det gjelder sikring av tilstrekkelig opplæring for å opprettholde en effektiv internkontroll, svarer hele 67 prosent «nøytralt», 25 prosent «godt» og 8 prosent «dårlig». Det høye innslaget av nøytrale svar kan indikere at mange ledere verken opplever at opplæringen er utilstrekkelig eller spesielt god, men at det finnes rom for forbedring og tydeligere tiltak.

Regelmessig evaluering av internkontrollen gjøres ifølge 58 prosent «nøytralt» og 25 prosent «godt», mens 17 prosent svarer «dårlig». Dette antyder at praksisen eksisterer, men at den ikke nødvendigvis oppfattes som systematisk eller effektiv av alle.

På spørsmålet om kommunen har satt mål for internkontrollen er svarene jevnt fordelt: 25 prosent svarer «vet ikke», 25 prosent «dårlig», 25 prosent «nøytralt» og 25 prosent «godt». Denne spredningen viser at det er betydelig usikkerhet blant lederne om målformuleringen, noe som i seg selv kan være et tegn på at mål for internkontroll ikke er godt nok kommunisert eller forankret.

Integrering av internkontroll i det daglige arbeidet vurderes som «godt» av 67 prosent og «nøytralt» av 25 prosent, mens 8 prosent svarer «dårlig». Dette indikerer at mange ledere opplever internkontroll som en naturlig del av sitt arbeid, men at det fortsatt finnes en mindre gruppe som ikke ser samme grad av integrering.

Fritekstkommentarene underbygger funnene og peker særlig på manglende forankring og kommunikasjon. Flere ledere uttrykker at internkontrollen enten ikke er godt nok synlig, eller at den eksisterer men ikke er godt kommunisert ut. Det foreslås at temaet i større grad tas opp i partssamlinger og at kommunen arbeider mer systematisk for å bevisstgjøre både ledere og ansatte om internkontrollens betydning. Videre fremheves behovet for at rutiner, avvik og risikovurdering ikke bare diskuteres i ledermøter, men følges opp som en integrert og kontinuerlig del av styringsarbeidet.

5.3.7 Revisors kommentar til undersøkelsen

Det er trolig kommunenadministrasjonen selv som er best egnet til å ta stilling til data som kommer ut av undersøkelsen. Revisor er av den oppfatning at flere sentrale elementer, som avvikshåndtering og mål- og ansvarsforståelse, i hovedsak oppleves som tydelige og i stor grad velfungerende. Samtidig peker funnene på forbedringsbehov innen områder som risikovurdering, lederforankring og bruk av rutiner.

Det fremstår som en styrke at avvikssystemet er godt kjent og tilgjengelig, og at overordnede mål og ansvar for daglige oppgaver vurderes som tydelige. Dette gir et godt utgangspunkt for styring og oppfølging. På den andre siden indikerer funnene at ansvaret for internkontroll ikke er tilstrekkelig tydeliggjort, at risikovurderinger i liten grad brukes systematisk som styringsverktøy, og at arbeidet med rutiner ikke er tilstrekkelig, kommunisert eller forankret på en enhetlig måte.

6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

6.1 Konklusjon

I denne rapporten har revisor undersøkt tre ulike problemstillinger. I kapittel 3 konkluderer revisor med at Snåsa kommune har et politisk delegeringsreglement. Administrativ delegering er gjennomført i systemet KF-delegering, med foreløpige svakheter. Svakheterne knytter seg til at det varierer om delegering er lagt til en konkret rolle/stilling, eller til en enhet i organisasjonen. Revisor støtter seg også til intervjuinformasjon om at det grenseflater mellom enheter i organisasjonen kan oppleves uklar, og at det finnes forbedringsmuligheter. I kapittel 4 konkluderer revisor med at kommunen har mangler i et overordnet system for internkontroll. Selv om kommunen har flere komponenter i internkontrollsystemet på plass, viser dataen at bruken av disse verktøyene og rutineene varierer betydelig mellom enhetene. Flere områder har få eller ingen dokumenterte rutiner, risikovurderingene er lite systematiske og i liten grad samlet på overordnet nivå. Rapportering om internkontroll til kommunestyret skjer ikke i tråd med kravene i kommuneloven.

Revisor er av den oppfatning at data fra kommunens egenvurdering av internkontrollen langt på vei bekrefter revisors konklusjon under problemstilling en og to.

6.2 Revisors anbefalinger

- Kommunen må etablere rapportering om internkontrollen til kommunestyret minst én gang i året, i tråd med kravene i kommuneloven.
- Kommunedirektøren bør ta tilstrekkelig stilling til hvordan internkontrollen i kommunen skal være på et overordnet nivå, og kommunisere dette tydelig i organisasjonen.
- Kommunen bør lage en risikovurdering av egen internkontroll og gjennomføre risikodempende tiltak som følge av denne.
- Kommunen bør styrke rutiner og risikovurderinger gjennom systematisk gjennomføring, dokumentasjon og bruk i styring og forbedring.

KILDER

Lovtekst:

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

Departemental veileder:

- Kommunal- og distriktsdepartementet. 2021. *Internkontroll i kommunen – Veileder til kommuneloven kapittel 25*. Oslo: KDD. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/internkontroll-i-kommunen/id2902405/>

Organisasjon (KS):

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

VEDLEGG 1 – REFERAT HØRINGSMØTE

Referat fra høringsmøte med kommunedirektøren

Tid og sted:

Snåsa kommune den 9 september – kl 13:00 – 14:00

Tilstede:

Bernt Fridtjof Mølnevik – kommunedirektør

Marius Johnsborg – oppdragsansvarlig forvaltningsrevisjon

Johannes O. Nestvold – forvaltningsrevisor

Referat:

Høringsmøtet ble gjennomført som en del av prosessen knyttet til revisjonsrapporten om internkontroll i kommunen. Kommunedirektøren kommenterte rapportens funn og anbefalinger, og ga uttrykk for at rapporten oppleves som poengtert og relevant. Han understreket at han kjenner seg igjen i fremstillingen og setter pris på at rapporten har en veiledende tilnærming fremfor en rent kontrollerende. Spørreundersøkelsen ble omtalt som god og pedagogisk, og prosessen som helhet ble vurdert som nyttig.

Kommunedirektøren fremhevet at det største forbedringspotensialet ligger i arbeidet med rutiner. Han påpekte behovet for bedre forankring av internkontrollen både i ledelsen og videre ut i organisasjonen. Det ble også nevnt at involvering av tillitsvalgte kan være et viktig tiltak i dette arbeidet.

Videre orienterte kommunedirektøren om organisatoriske endringer. Tidligere hadde kommunen både kultur- og næringssjef, men disse har nå en mer saksbehandlerorientert rolle. Rollen som beredskapkoordinator er overført til Kommunalsjef utvikling. Tidligere kommunedirektør hadde både stab og utvidet stab, mens dagens organisering består av en samlet stab som har regelmessige møter.

Kommunedirektøren informerte om igangsatte prosesser, herunder arbeid med oppvekstplan og sektorplan for helse og omsorg. Det er også startet et arbeid med å legge inn alle politiske vedtak i Framsikt. Han påpekte at dette arbeidet fortsatt er i en tidlig fase, og at det er utfordringer knyttet til blant annet verbalvedtak. Det er imidlertid begynt og knyttet vedtak til

roller og tidsfrister. Videre er det vedtatt en næringsplan som er en temaplan med årlig rullering.

Når det gjelder digitale verktøy, opplyste kommunedirektøren at det gjenstår mye arbeid i Compilo. Enkelte mapper er tomme, og deler av rutinene ligger fortsatt på enhetene. Han understreket at kommunen har verktøyene som trengs for å etablere en god internkontroll, men at dette ennå ikke er fullt ut implementert.

Kommunedirektøren bemerket at revisor kan vurdere å ta inn en anbefaling om risikovurdering av egen internkontroll. Han opplyste at kommunen allerede har startet arbeidet med flere av punktene som rapporten trekker frem, og at revisjonen har bidratt til økt bevissthet om internkontroll. Det er fortsatt et stykke igjen, men arbeidet er i gang.



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

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