

Internkontroll – system og praksis

Frøya kommune

Forvaltningsrevisjon

2025

FR1351

FORORD

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag fra kontrollutvalget i Frøya kommune. Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter NKRFs (Kontroll og revisjon i kommunene) standard, Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001)

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

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

Trondheim, 16.01.2026

Anna Ølnes

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Anne Grete Wold

Prosjektmedarbeider

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge har gjennomført forvaltningsrevisjon om kommunens internkontroll i Frøya kommune. Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag fra kontrollutvalget.

Problemstillingene har vært:

1. Er det etablert en systematisk og helhetlig internkontroll i kommunen?
 - På overordnet administrativt nivå
 - I de ulike rammeområdene
 - I de enkelte virksomhetene
2. Blir gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll fulgt opp i organisasjonen?

Her har vi sett spesielt på:

 - Helse- og omsorgssektoren
 - Eiendom, kommunalteknikk og utvikling

På den første problemstillingen konkluderer revisor med at det er etablert gode rammer og strukturer for arbeid med internkontroll i Frøya kommune gjennom Kommunedirektørens internkontroll (veileder) og overordna internkontrollgruppe.

Det er likevel mangelfulle rutiner for oppfølging og evaluering av rammer og system for internkontroll. Det er stadig forbedring når det gjelder avviksrapportering og – oppfølging, og det er forbedring på ROS-analyser,

I årsrapporten rapporteres det på overordna internkontroll. Virksomhetene rapporterer bare på avvik og sykefravær.

På den andre problemstillingen konkluderer revisor med at gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll delvis blir fulgt nede i organisasjonen. Helse- og omsorgssektoren har en bedre oppfølging av internkontrollen, som gir en bedre kultur for internkontroll. I eiendom, kommunalteknikk og utvikling er kjennskapen til dokumenter for internkontroll svakere. Det gjenstår utførelse av ROS-analyser på områder som det er viktig at det gjennomføres slike analyser for.

Revisor anbefaler kommunedirektøren å:

- Sikre at overordna rammer og system for internkontroll blir ivaretatt innad i og mellom tjenestene;
 - gjennomføre ROS og redusere risiko for avvik
 - rapportere og følge opp avvik
 - dokumentere evaluering og forbedring av internkontrollen
 - sikre helhetlig rapportering av internkontroll i hele linjen

I kapittel 1 redegjør revisor for kontrollutvalgets bestilling og hvordan denne er ivaretatt gjennom problemstillinger og metodisk opplegg. I dette kapitlet forklares bestemmelsene i kommuneloven, kapittel 25, om krav til kommunedirektørens internkontroll. Dette forklares gjennom de konkrete bestemmelsene i loven, og utdypende anbefalinger i veiledere fra Kommunal og distriktsdepartementet (KDD) og KS.

Informasjonsgrunnlaget i rapporten er basert på dokumenter som revisor har etterspurt og har fått tilsendt, eller som er tilgjengelige på kommunens nettsider. Videre er en vesentlig del av informasjonsgrunnlaget basert på intervju med ledere og andre ansatte i nøkkelfunksjoner med ansvar for det problemstillingene etterspør.

I kapittel 2 gjennomgår vi informasjonsgrunnlaget og gjør vurderinger på status knyttet til revisjonskriteriene som er utledet (se også vedlegg 1) på den første problemstillingen. Tilsendte dokument og informasjon fra intervjuer gjør at revisor vurderer at kommunedirektøren, ved overordna internkontrollgruppe, er godt i gang med å etablere en internkontroll som sikrer etterlevelse av lover og forskrifter, er systematisk, planmessig og metodisk og følges opp jevnlig og ved behov. Revisor vurderer at kommunedirektøren i varierende grad har involvert ledelsen på ulike nivå i organisasjonen i utarbeidelse av risikovurderinger, tilpasninger til de enkelte tjenester og i formalisering av rutiner. Den overordna internkontrollen og internkontrollen i tjenester og virksomheter i kommunen inneholder beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. Til en viss inneholder den nødvendige, skriftlige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse i kommunen, men revisor vurderer at disse ikke i nok grad er gjort kjent og tilgjengelige. Revisor vurderer at det er lagt til rette for å avdekke og følge opp avvik og redusere risiko for avvik. Den overordna internkontrollen blir i liten grad evaluert. Revisor vurderer at kommunen rapporterer til kommunestyret om internkontroll og resultat av eventuelle statlige tilsyn, men at rapporteringen har noen mangler. Blant annet rapporteres det fra virksomhetene bare på avvik og sykefravær. Disse vurderingene bygger opp om konklusjonen på den første problemstillingen.

I kapittel 3 gjennomgår vi informasjonsgrunnlaget og gjør vurderinger status knyttet til revisjonskriteriene som er utledet (se også vedlegg 1) på den andre problemstillingen. Her har vi sett nærmere på virksomheter innenfor helse og omsorgssektoren og eiendom, kommunalteknikk og utvikling (EKU). På bakgrunn av informasjonsgrunnlag gjennom dokumentasjon og intervju, vurderer revisor at internkontrollen i kommunen ikke i nok grad ivaretar nødvendige ansvars- og rapporteringslinjer i tjenester og virksomheter, heller ikke i samhandlingen på tvers av tjenester og virksomheter. Revisor vurderer til slutt at kommunedirektørens veileder for internkontroll er ikke i nok grad kjent og fulgt opp i tjenester og virksomheter og i samhandlingen mellom tjenester og virksomheter. Disse vurderingene bygger opp om konklusjonen på den første problemstillingen.

Et utkast til rapport har vært sendt til kommunedirektøren for uttalelse. Kommunedirektøren har meldt tilbake at de ikke har innspill til rapporten slik den foreligger.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling	8
1.2 Problemstillinger	8
1.3 Internkontroll.....	8
1.4 Om Frøya kommune.....	9
1.5 Metode	9
1.6 Uttalelse om rapport	11
2 System for internkontroll.....	12
2.1 Problemstilling	12
2.2 Overordna, systematisk internkontroll.....	12
2.2.1 Revisjonskriterier:	12
2.2.2 Funn om systematisk internkontroll	12
2.2.3 Revisors vurdering	16
2.3 Involvering av ledelsen	16
2.3.1 Revisjonskriterier	16
2.3.2 Funn om involvering av ledelsen	17
2.3.3 Revisors vurdering	18
2.4 Dokumentasjon av internkontrollen.....	18
2.4.1 Revisjonskriterier	18
2.4.2 Funn om dokumentasjon av internkontrollen.....	19
2.4.3 Revisors vurdering	24
2.5 Rapportering av internkontroll.....	24
2.5.1 Revisjonskriterium.....	24
2.5.2 Funn om rapportering av internkontroll.....	24
2.5.3 Revisors vurdering	25
2.6 Konklusjon om den systematiske internkontrollen	26
3 Oppfølging av internkontrollen	27
3.1 Problemstilling	27
3.2 Revisjonskriterier	27
3.3 Ansvars- og rapporteringslinjer i internkontrollen	27
3.3.1 Funn om ansvars- og rapporteringslinjer	28
3.3.2 Revisors vurdering	30
3.4 Kjennskap til veileder for internkontroll	30
3.4.1 Revisjonskriterier	30
3.4.2 Funn om kjennskap til kommunedirektørens veileder for internkontroll	31
3.4.3 Revisors vurdering	37
3.5 Konklusjon.....	38

4	Konklusjoner og anbefalinger	39
4.1	Konklusjon.....	39
4.2	Anbefalinger	40
	Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	41
	Vedlegg 2 – Uttalelse	48

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Frøya kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon med tema internkontroll. Bestillingen er gjort med bakgrunn i kommunens plan for forvaltningsrevisjon 2024-2028. Kontrollutvalget vedtok prosjektplanen i sak 32/25 den 27. august 2025. Revisor la fram en prosjektplan for kontrollutvalget i sak 32/25 den 27.08.2025. Kontrollutvalget godkjente prosjektplanen.

1.2 Problemstillinger

3. Er det etablert en systematisk og helhetlig internkontroll i kommunen?
 - På overordnet administrativt nivå
 - I de ulike rammeområdene
 - I de enkelte virksomhetene
4. Blir gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll fulgt opp i organisasjonen?

Her har vi sett spesielt på:

 - Helse- og omsorgssektoren
 - Eiendom, kommunalteknikk og utvikling

1.3 Internkontroll

Internkontrollen som er overbyggende for all virksomhet i kommunen (unntatt helsesektoren), er den som er hjemlet i kommuneloven, kapittel 25, Kommunedirektørens internkontroll.¹ Både Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)² og KS³ har utarbeidet veiledere knyttet til kommunelovens bestemmelser om internkontroll. I veilederen som er utarbeidet av KDD står det at internkontroll er viktig i det interne arbeidet i kommuner og fylkeskommuner. Internkontroll bidrar til å sikre oversikt, god egenkontroll og gode tjenester til innbyggerne i tråd med lovkrav. I veilederen står det at bestemmelsene i kommuneloven gjelder for internkontroll med kommuneplikter på de fleste sektorer i kommuner og fylkeskommuner. Reglene skal sikre en helhetlig og samordnet internkontroll ved at reglene nå er samlet i kommuneloven i stedet

¹ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). Kommunal- og distriktsdepartementet. 2018.

² Veileder i internkontroll. Kravene i kommuneloven. Kommunal- og distriktsdepartementet. 2021

³ Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll. KS. 2020

for i en rekke sektorlover. Det er derfor viktig at reglene tolkes likt i alle sektorer og av alle brukere. KS oppsummerer i sin veileder at god internkontroll i stor grad handler om systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge lovbrudd og uønskede hendelser. Internkontroll kan overlappe med virksomhetsstyring, men er i større grad risikobasert enn det mål- og resultatstyringen er.

Vi finner bestemmelser om internkontroll i flere lovverk. Forskrift om helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (internkontrollforskriften) er forankret i flere lovverk, blant annet arbeidsmiljøloven.⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring⁵ er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven⁶. Begge disse forskriftene er veldig sentrale, også i kommunene.

1.4 Om Frøya kommune

Frøya kommune er administrativt organisert med kommunedirektør som øverste leder, samt kommunalsjefer på hovedområdene: Samfunn og teknikk, Helse og mestring og Oppvekst og kultur. Assisterende kommunedirektør leder stabsfunksjoner innenfor blant annet økonomi og regnskap, HR og lønn, IKT-drift og beredskap og samfunnssikkerhet.

1.5 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Frøya kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3. Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til denne forvaltningsrevisjonen.

Oppstartsmøte og intervjuer

I oppstartsmøtet deltok kommunedirektøren og nåværende HR-leder (daværende fungerende). Det ble skrevet referat som er verifisert av kommunedirektøren og HR-leder. I oppstartsmøtet ble det gjort avklaringer rundt problemstillinger og kilder for kriterier. HR-leder har vært kontaktperson i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Det er gjennomført intervju med ledere og nøkkelpersoner som har en rolle knyttet til internkontroll i Frøya kommune og de problemstillingene som gjelder i denne forvaltningsrevisjonen. Dette er:

⁴ Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven). Arbeids- og sosialdepartementet. 2005

⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Helse- og omsorgsdepartementet. 2016.

⁶ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. 2011.

- HR-leder/kontaktperson for revisjonen,
- Systemansvarlig for systemet for internkontroll (Compilo),
- Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling (EKU),
- Avdelingsleder for bygg, anlegg og eiendom,
- Virksomhetsleder, pleie og omsorg,
- Virksomhetsleder for bo-, aktivitet og miljøtjenesten (BAM),
- Hovedverneombud.

Med unntak av avdelingsleder for bygg, anlegg og eiendom og virksomhetsleder for bo-, aktivitet og miljøtjenesten, er alle som er nevnt over, medlemmer i en overordna gruppe for internkontroll. Gruppen er nærmere omtalt i senere i rapporten.

HR-leder og systemansvarlig er valgt fordi de er ressurspersoner på internkontroll og Compilo. Hovedverneombudet kan se internkontroll fra et HMS-/ansattperspektiv. De øvrige er ledere innenfor tjenester som er sett spesielt på i denne forvaltningsrevisjonen; pleie og omsorg, og tekniske tjenester og eiendom.

Det ble skrevet referat fra intervjuene, og informantene har fått mulighet til å godkjenne med eventuelle endringer. Alle referater er godkjent. Alle intervjuene er gjennomført som videointervju (Teams).

Dokumentgjennomgang

Revisor har etterspurt og fått tilsendt flere dokumenter. Det gjelder skriftlig dokumentasjon av veiledere, rutiner, møtereferat og sjekklister som det er vist til intervju. Revisor har også gjennomgått styrende dokumenter som er tilgjengelig på kommunens nettsider.

Det ble gjennomført et eget teamsmøte med HR-leder/kontaktperson for å gjennomgå systemet for internkontroll, Compilo. I utgangspunktet ble det gjort forsøk med å gi revisor lesetilgang, men tekniske utfordringer gjorde at gjennomgangen måtte skje sammen med HR-leder. Det ble tatt bilder for å dokumentere gjennomgangen.

Vurdering av metode

Problemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen har vært knyttet til kommunens overordna internkontroll og oppfølgingen i sektorene helse og omsorg og teknisk. For tiden er kommunalsjefstillingen for helse og omsorg vakant. Den andre kommunalsjefen i organisasjonen er for oppvekst og kultur. Det området er holdt utenfor i denne forvaltningsrevisjonen. Våren 2024 ble det gjennomført forenklet etterlevelseskontroll med tema internkontroll i kommunen. Denne kontrollen gjelder i hovedsak innenfor økonomiområdet. Vi har derfor holdt det området utenfor denne forvaltningsrevisjonen.

Lesetilgang til Compilo ville gitt revisor mer rom for å gjennomgå innhold i internkontrollen på egen hånd. Gjennomgangen sammen HR-leder gir likevel, sammen med tilsendt skriftlig dokumentasjon et dekkende datagrunnlag for det revisor ønsket å gjennomgå.

All datainnsamling er foretatt via videomøter, ved å etterspørre skriftlig dokumentasjon og gjennom ulike digitale plattformer. Vår vurdering er at det ikke har redusert kvaliteten i datagrunnlaget.

Det vil alltid være en balanse mellom ressurs hensyn og hensyn til tilstrekkelig informasjonsgrunnlag i forvaltningsrevisjon. Alt i alt mener revisor at informasjonsgrunnlaget i rapporten er tilstrekkelig for å svare ut problemstillingene.

1.6 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse den 20.12.2025. Kommunedirektøren, ved HR-sjef ha i epost den 15.01.2026 tilbakemelding om at de ikke har innspill til rapporten slik den foreligger (vedlegg 2).

Det er ikke gjort andre endringer i rapporten enn at det er skrevet sammendrag innledningsvis.

2 SYSTEM FOR INTERNKONTROLL

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling: **Er det etablert en systematisk og helhetlig internkontroll i kommunen?**

2.2 Overordna, systematisk internkontroll

2.2.1 Revisjonskriterier:

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen (se utledning i vedlegg 1):

- Kommunedirektøren skal ha etablert en internkontroll som
 - sikrer etterlevelse av lover og forskrifter
 - er systematisk, planmessig og metodisk
 - følges opp jevnlig og ved behov

I henhold til utledningen av revisjonskriteriet (se vedlegg 1), skal kommunedirektøren ha etablert en internkontroll som sikrer etterlevelse av lover og forskrifter, er systematisk, planmessig og metodisk og følges opp jevnlig og ved behov.

2.2.2 Funn om systematisk internkontroll

Dokumenter, struktur og systemer

Kommunen har flere dokumenter, systemer og organisatoriske ordninger som inngår i internkontrollen. Dokumentet «Kommunedirektørens internkontroll», sist revidert i 2025, har som hensikt å være en veileder og et praktisk verktøy for arbeidet med ulike sider av internkontrollen. Samtidig skal dokumentet være et verktøy for kommunedirektøren til å «holde orden i eget hus» gjennom ansvars- og oppgavefordeling.

Kommunen har lederavtaler. I malene for lederavtale med kommunalsjefer og med virksomhetsledere er ansvar for internkontroll nevnt en gang, i forbindelse med ansvar for HMS.

Kommunen har etablert en struktur for den overordnede internkontrollen gjennom det som blir benevnt «Overordnet internkontrollgruppe» (OIKG). Dette er beskrevet i Kommunedirektørens internkontroll (da benevnt som Overordnet internkontrollutvalg), og bekreftes av alle informanter.

I denne gruppa inngår to kommunalsjefer, virksomhetsleder for Eiendom, kommunalteknikk og utvikling, kommuneoverlege, beredskapsleder, hovedverneombud, systemansvarlig Compilo og personvernombud, og HR-leder. Gruppa møtes fire ganger i året, og ifølge referater revisor har fått tilsendt er det følgende faste saker i møtene:

- Rapportering HMS-avvik og ulykker/nestenulykker til AMU
- Gjennomgang avvik i Compilo
- Rapport til OIKG til Arbeidsmiljøutvalget
- Informasjon fra sikkerhetsgruppen til OIKG
- Status tilsyn og pålegg

Kommunedirektøren møter ikke i den overordnede internkontrollgruppa, men det blir rapportert fra gruppa til kommunedirektør og strategisk ledergruppe (SLG). HR-leder forteller at sist det var møte, ble saker fra gruppa tatt inn til kommunedirektør påfølgende uke. I mai-møtet satte OIKG på dagsorden en gjennomgang av det overordnede årshjulet og en vurdering av om den overordnede systematikken fungerer godt nok.

Revisor har fått tilsendt referat fra strategisk ledergruppe og lederforum (strategisk ledergruppe + virksomhetsledere). I referatene framgår mange saker som er relevante i internkontrollsammenheng. Det kommer ikke eksplisitt fram at disse møteforaene har hatt internkontroll som tema, men det har vært enkeltsaker som gjelder ROS, beredskap, avvik og HMS-oppfølgning.

Hovedverneombudet forteller at hun på eget initiativ kan melde inn saker til OIKG. Det kommer fram i referatene at det stort sett er HR-leder som har oppfølgingsansvar for saker som gjelder avvik, også hvis avvikene gjelder fag/tjenester. Revisor har ikke gått nærmere inn i rapporter og informasjon fra de andre utvalgene og gruppene enn OIKG (for eksempel arbeidsmiljøutvalget og sikkerhetsgruppen).

Det er etablert HMS-grupper ute i virksomhetene, som består av leder, tillitsvalgt og verneombud. I dokumentet «kommunedirektørens internkontroll» er HMS-gruppenes formål beskrevet slik: «HMS-grupper på virksomhetsnivå skal støtte virksomhetsleder i arbeidet med internkontroll og kvalitetsutvikling i virksomheten. De skal sikre at virksomheten har gode rutiner på internkontroll og systematisk risikovurdering innenfor de områder som er knyttet til vår månedsrapportering. Gruppen skal på eget initiativ fremme problemstillinger knyttet til kvalitetsutvikling og kvalitetsstyring på virksomheten, og påse at prosedyrer og retningslinjer forbedres».

Kommunen bruker ulike elektroniske systemer for å dokumentere, rapportere og følge opp internkontroll: Kvalitetssystemet Compilo, rapporteringssystemet Framsikt og

vedlikeholdssystemet LAFT. HR-leder forteller at kommunen også bruker Visma i forbindelse med internkontroll, blant annet til godkjenning av lønn og varsler knyttet til oppfølging av ansatte, for eksempel ved sykemeldinger.

Data fra intervju

I oppstartsmøtet blir det sagt at kommunen har jobbet mye med internkontroll de siste årene. Compilo som kvalitetssystem, har blitt et mer helhetlig system og ikke bare et avvikssystem. Det blir sagt at kommunen fortsatt har mer å gå på i forhold til ryddighet og struktur i kvalitetssystemet, men kommunedirektør og HR-leder tror alle virksomheter opplever at kommunen nå har et system for internkontroll. Dette kommer blant annet fram ved at mange ROS-analyser nå er lagt inn i systemet.

HR-leder forteller i intervju at kommunen ikke er i mål med arbeidet, men at det de siste årene har skjedd ganske mye. Spesielt gjelder dette den overordnede internkontrollen. Det er mange overordnede retningslinjer, men det er enda noe å gå på for å få disse forankret. Det blir sagt at dette er et kontinuerlig arbeid. HR-leder trekker også fram at det er egen internkontroll på HR-området, herunder for ansettelse, personaloppfølging, samt på økonomiområdet.

Også nede i virksomhetene skjer det mye, ifølge HR-leder. Det er etablert HMS-grupper som like gjerne kunne vært kalt internkontrollgrupper. Det meldes avvik, avvikene håndteres og det blir gjennomført ROS-analyser. Både aviksmeldinger og ROS-analyser blir dokumentert i Compilo.

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling forteller i intervju at det er godt lagt til rette for internkontroll på virksomhetsnivå. Det finnes reglementer, og Compilo blir brukt for å legge inn rutiner og beskrivelser. Hennes inntrykk er at det jobbes godt med det på overordnet nivå. Det er økonomiplaner som er overordnede styringsdokument for målstyring.

Avdelingsleder for bygg, anlegg og eiendom (BAE) sier at han ikke har satt seg så mye inn i internkontrollen etter at han begynte i stillingen. Han har heller ikke fått noen spesiell opplæring. Han prøver å følge opp de ansatte i avdelingen når det gjelder HMS. Han kjenner til at kommunedirektør har ansvar for internkontrollen, men kan ikke komme på at han har vært på møte med internkontroll som hovedtema.

Virksomhetsleder for pleie- og omsorg sier i intervju at det blir lagt til rette for internkontroll. Hun sier at lederne forholder seg til kommunedirektørens internkontrolldokument. Det er også greit å ha dialog med overordnet ledelse om ting man er usikker på. Det blir også Informert i linja hvis det er noe som skjer knyttet til tilsyn osv. Hun forteller at kommunen har en internkontrollgruppe, som ivaretar systematikken. I helse- og omsorg var tidligere virksomhetsleder opptatt av internkontrollen, så tjenestene har vært vant til å ha søkelys på

kvalitet og internkontroll. Virksomhetsleder forteller at hun bruker ledergruppa aktivt, og at de tar utsjekk på overordna føringer. De har årshjul, og har fokus på prosesser med god ansattinvolvering. De har nå dreid mer i retning av at de ikke venter på tilsyn før de iverksetter, og prøver å sjekke ut status på områder i en tidlig fase. Hun forteller at de sjekker seg selv, også når det gjelder ansettelse og vurdering av hva som trengs av kompetanse. De er nøye på kravet til faglig forsvarlighet, hvilke brukere/pasienter de tar imot og hvilken kompetanse de har i virksomheten.

Hovedverneombudet forteller i intervju at i internkontrollgruppa tar inn saker som også handler om andre forhold enn HMS.

Systemansvarlig for Compilo (som også er personvernombud) sier i intervju at han generelt sett opplever at kommunen har et funksjonelt system for internkontroll. Det som foregår i praksis, er ganske bra. Tjenestene vet hva de skal gjøre, og hvordan. Men om kommunen greier å vise dette, og om ledelsen har sjekkpunkter for å vite at systemet er ok, der mangler det nok noe, ifølge systemansvarlig. Den overordnede internkontrollgruppa skal sikre at alle rammeområder blir ivaretatt. Det er en viktig gruppe, men den ivaretar ikke alt som de bør gjøre. Det er blant annet en del elementer knyttet til avklaring av roller i systemene de bruker som gjenstår. Når det gjelder beskrivelse av oppgaver, mål og organisering, er dette til en viss grad ivaretatt, da det er dokumentet «Kommunedirektørens internkontroll» som beskriver det. Han forteller at det ikke er noe system for gjennomgang av internkontrollen.

Systemansvarlig forteller at internkontrollgruppa ikke har vært så mye systemfokusert, og har jobbet mest opp mot avvik. Han mener kommunen må bli mer strategiske og helhetlig og legge føringer for hva som må på plass for å få en ordentlig internkontroll på plass. Gruppa burde sagt noe om at noen områder skal på plass først, over alt. Det blir ikke satt ned forventninger og stopp-punkter. Han vurderer at gruppa egentlig har denne myndigheten, i og med at det sitter kommunalsjefer i gruppa.

Systemansvarlig forteller videre at de i arbeidet med GDPR prøvde å lage sjekklister som var viktig for sine områder, og at man deretter sammenstilte data fra områdene. Dette ble gjort et par år. Når han ikke hadde ansvar for det arbeidet det lenger, falt imidlertid systemet sammen. Så arbeidet har nok, ifølge systemansvarlig, vært for personavhengig og for lite systematisk.

Internkontrollgruppa ble først etablert som en sikkerhetsgruppe for informasjonssikkerhet og beredskap, deretter ble det jobbet med miljørettet helsevern, og videre med generell internkontroll. Det var nok de som har sittet med det konkrete arbeidet som initierte arbeidet med en gruppe. Initiativet kom ikke fra kommunedirektøren, ifølge systemansvarlig.

Systemansvarlig viser til at delegeringsreglementet er tilgjengelig via KF infoserie⁷ og kommunens hjemmesider. Han er usikker på hvordan dette blir brukt opp mot lederne.

Systemansvarlig sier videre at rolle og ansvar burde blitt mer tydeliggjort. Det er ikke tydelig hvem som har ansvar, hvem som samler informasjon innenfor de ulike områdene som går på tvers og er overordnet i organisasjonen. De som har ansvar for særlovverk er ok, det er kommunalsjefenes ansvarsområde. Han tror ikke internkontrolldokumentet er godt kjent i organisasjonen. Han sier at de er flinke til å lage dokumenter, men ikke så flinke til å si hvordan de skal brukes.

2.2.3 Revisors vurdering

Kommunedirektøren, ved overordna internkontrollgruppe, er godt i gang med å etablere en internkontroll som

- sikrer etterlevelse av lover og forskrifter
- er systematisk, planmessig og metodisk
- følges opp jevnlig og ved behov

I arbeidet som er satt i gang, er det lagt til rette for å systematisere internkontrollen. Det er etablert elementer som inngår i internkontrollen: dokumentet Kommunedirektørens internkontroll, elektroniske systemer og ulike organisatoriske strukturer.

Det finnes en etablert ramme og struktur for internkontroll gjennom overordna internkontrollgruppe. Dokumentet Kommunedirektørens internkontroll inngår også i rammen for internkontrollen. Det er uklart for revisor hvordan øverste, administrative ledelse (kommunedirektøren) følger opp internkontrollarbeidet. Videre, indikerer informasjonen som revisor har fått at dokumentet foreløpig ikke er godt nok kjent i organisasjonen, og at bruken av det varierer.

2.3 Involvering av ledelsen

2.3.1 Revisjonskriterier

Kommunedirektøren skal ha involvert ledelsen på ulike nivå i organisasjonen i:

- utarbeidelse av risikovurderinger,
- tilpasninger til de enkelte tjenester

⁷ <https://delegering.kf.no/delegering/publikum/5014>

- formalisering av rutiner

2.3.2 Funn om involvering av ledelsen

Under punkt åtte i malen for lederavtaler står det «HMS-ansvarlig som betyr ansvarlig for effektiv organisasjon og sikre et godt arbeidsmiljø etter bestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 3 og 4, samt Kommunedirektørens internkontroll».

HR-leder forteller i intervju at det har vært mye involvering av ledere i lederforum. Alle ledere har tilgang til alt på sine områder (på Compilo). Det blir også gjort gjennomganger sammen med aktuell leder, hvis man ser at det er mange avvik på en enhet. Internkontrollgruppa kan etterspørre hvis det blir meldt få eller ingen avvik på en virksomhet.

HR-leder forteller at hun ikke ble kjent med dokumentet «Kommunedirektørens internkontroll» før hun ble HMS-koordinator for 2-3 år siden. Hun forteller at dokumentet blir brukt nå, når HR arbeider ute i organisasjonen. Det blir sagt at det er dette dokumentet som skal være utgangspunktet for den jobben som gjøres. Dokumentet ble utarbeidet i 2022, og behandlet i arbeidsmiljøutvalget, sak 22/2524.

Virksomhetsleder for eiendom, teknisk drift og utvikling forteller at lederne er involvert i internkontrollen. Hun har oppfordret sine ledere til å lage rutinebeskrivelser for fagområdene som skal inn i Compilo. Dette blir det arbeidet med, men hun sier at det kunne vært jobbet mer med det. Det handler om mangel på kapasitet. Hun forteller at lederne får informasjon om modulene i Compilo, og at det er opp lederne å bruke disse modulene. Hun mener det er lagt godt til rette, og at systemet må bygges videre ut.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg forteller i intervju at alle avdelingsledere har økonomi- og personalansvar og rapporterer til henne. Ansvarsområdet til den enkelte står i stillingsbeskrivelsene.

Virksomhetsleder for bo, aktivitet og miljøtjenesten sier hun ikke har vært involvert i det overordnede arbeidet med internkontroll. Hun forteller at de har gjennomført ROS-analyser på rammeområdet, og har jobbet mye med dette etter tilsyn fra arbeidstilsynet om vold og trusler. Det er ikke etablert egen internkontroll på hennes ledernivå, men de tar tak i deler av den overordnede internkontrollen for å utvikle egne rutiner. Det er stort sett hun som leder som har tatt initiativet til å legge inn dokumenter i Compilo når hun vurderer at det er behov for det. I tillegg gjør fagutvikler også en jobb. Hun sier at det ikke er mye søkelys på internkontroll på ledermøtene i hennes virksomhetsområde.

Systemansvarlig for Compilo forteller at han ikke vet hvordan lederne er involvert i internkontrollen, da dette ikke har vært tema i den overordnede internkontrollgruppa. Han vil

tro at de ansvarlige snakker med lederne, men dette har ikke vært fokus i internkontrollgruppa. Han tok tidligere ansvar for GDPR-arbeidet, og fikk alle ledere til å svare på sjekklister som han sammenstilte svarene for. Tanken hans var at rammeområdene selv må svare for om de har kontroll på de tjenestene de har ansvar for. Han er usikker på om det gjøres noe på dette lenger.

Systemansvarlig sier også at han tror det er vanskelig å komme inn som ny leder i Frøya kommune, og å skjønne hva som er forventningene og hvordan systemene skal brukes. Dette gjelder også i oppfølging av internkontrollen. Det finnes blant annet ingen føringer om hva lederne skal gjøre knyttet til personvern og GDPR. Han mener kommunen bør ha sjekklister som lederne kan jobbe seg igjennom, og som viser til rutiner og systemer.

2.3.3 Revisors vurdering

Kommunedirektøren har i varierende grad involvert ledelsen på ulike nivå i organisasjonen med:

- utarbeidelse av risikovurderinger,
- tilpasninger til de enkelte tjenester
- formalisering av rutiner

Etter revisors vurdering foregår det noe involvering av ledere på ulike nivåer, men involveringen fremstår ustrukturert, ujevnt fordelt og i liten grad koblet til den overordnede internkontrollen.

Flere ledere beskriver at de har ansvar og oppgaver knyttet til internkontroll, uten at dette nødvendigvis skjer som følge av styring eller systematisk involvering fra kommunedirektøren. Det er også eksempler blant de revisor har intervjuet på manglende kjennskap til sentrale dokumenter og forventninger.

Samlet sett indikerer funnene at kriteriet delvis er oppfylt, men at det er mangler i hvordan involveringen blir gjennomført og fulgt opp nedover i organisasjonen.

2.4 Dokumentasjon av internkontrollen

2.4.1 Revisjonskriterier

I henhold til utledningen av revisjonskriteriene (se vedlegg 1) skal internkontrollen inneholde

- beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering, herunder ansvars- og rapporteringslinjer på overordnet nivå og innenfor de ulike tjenesteområdene eller virksomhetene

- nødvendige, skriftlige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse i kommunen, som gjøres kjent og er tilgjengelige
- avdekke avvik, følge opp avvik og redusere risiko for avvik
- evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

2.4.2 Funn om dokumentasjon av internkontrollen

Beskrivelse av oppgaver, mål og organisering

Delegeringsreglementet ble sist vedtatt i kommunestyret i sak 2024/2429 (4.4.2024). Revisor finner i dette reglementet at kommunestyret har delegert internkontrollansvaret i henhold til kommuneloven § 25-1 fra kommunestyret til kommunedirektør⁸.

I dokumentet «Kommunedirektørens internkontroll» er det under kapittel 4.2 Delegasjon beskrevet at lederne innenfor egne virksomheter har generell myndighet for det samlede personal-, økonomi- og resultatansvaret. Videre står det i kapittel 4.2.1 at

«forholdet mellom Frøya kommune som arbeidsgiver og den enkelte leder som arbeidstaker reguleres av gjeldende lover, avtaleverk og retningslinjer, samt av den enkeltes arbeidsavtale».

I kapittel 4.3 om Ansvar (s. 9), står det at

«Ledere på alle nivå er viktige nøkkelpersoner og pådrivere for arbeid med internkontroll og kvalitet. De har det overordnede ansvar som å sette kvalitetsarbeid i system, for at kvalitetsutvikling skal være en naturlig del av virksomhetens oppgaver og sørge for at alle ansatte blir deltakere i en kvalitetskultur. Kvalitet er et personlig anliggende, der hver medarbeider er ansvarlig for kvaliteten på sitt arbeid».

I kapittel 4.3.1 og 4.3.2 er rollen og ansvaret til strategisk ledergruppe (SLG) og virksomhetsledere beskrevet. I kapittel 5 om Kvalitetssystem, er rollen til overordnet internkontrollutvalget beskrevet. Det står at utvalget skal bistå strategisk ledergruppe i arbeidet med internkontroll og kan bidra med forslag til tiltak i kommunens handlingsplan, videre at

«(...) Utvalget skal ha god kunnskap om kvalitetsutvikling og kvalitetsstyring, og på denne bakgrunn være organisasjonens ressursgruppe i arbeidet med overordna internkontroll og kvalitetsstyring i Frøya kommune. Det skal initiere utvikling av kvalitetsstandarder for alle tjenester i kommunen, og diskutere hvordan slike standarder

⁸ [Delegeringsreglement | Frøya kommune](#)

skal utvikles, brukes og følges opp for å gi best mulig resultat. Gruppen skal ha kontinuerlig fokus på risikovurdering og kjenne til kommunens risikoområder».

HR-leder forteller at oppgaver, mål og organisering blir beskrevet i Kommunedirektørens internkontroll. Dokumentet ligger i Compilo. Delegeringsreglementet ligger tilgjengelig på kommunens hjemmeside (KF). Det er ganske omfattende, og det er mange lover å forholde seg til. Det står litt om delegering i Kommunedirektørens internkontroll, og det vises til delegeringsreglementet. Hun forteller at virksomhetslederne har egne lederavtaler.

HR-leder sier videre at noe av dette også er beskrevet i Framsikt⁹, men kanskje ikke like bra på alle områder. Hun synes rapporteringslinjene er tydelige. Det rapporteres månedlig og hvert tertial. Både avdelingsledere, virksomhetsledere og kommunalsjefer rapporterer i Framsikt.

HR-leder forteller at det er laget skjermede mapper i Compilo, der det kan legges inn referater fra HMS-grupper i egen virksomhet, og de ansatte kan gå inn å se for sin virksomhet. Noen er flinke, noen mindre flinke til å dokumentere. Når lederne skal rapportere oppover i systemet, må HR noen ganger purre.

Hovedverneombudet (HVO) forteller at hun har forstått det slik at ledere med personalansvar også har HMS-ansvar. Hun sier at kommunen har hatt HMS-rådgiver siste to år, men at denne ikke er virksom nå. Det skjedde mye da kommunen hadde en slik stilling, og hun er spent på om dette arbeidet blir fulgt opp. Hun sier at det uansett blir HR sitt ansvar å ivareta HMS-systemet.

Hovedverneombudet forteller at HR-leder tilrettelegger sakene i internkontrollgruppa. De diskuterer avvik i ukentlige møter. Hun sier at en begynner å se at den overordna gruppa gir resultater og at avviksmeldinger blir tatt på alvor.

Hovedverneombudet er usikker på rollen til kommunedirektøren på dette området, og på hvem i gruppa som tar det videre med kommunedirektøren, da han ikke sitter i det overordna internkontrollutvalget. Hun som hovedverneombud har valgt å ha egne møter med kommunedirektøren.

Rutiner og prosedyrer

HR-leder forteller i intervju at rutiner og retningslinjer skal ligge i Compilo. Innenfor HR og HMS begynner kommunen å få mye på plass. Det jobbes nå med å få på plass rutiner innenfor økonomi, og det er stor variasjon fra virksomhet til virksomhet hvor mye som er på plass. Hun forteller at de har jobbet mye med å få forståelse for at det er Compilo som er kvalitetssystemet.

⁹ Verktøy for virksomhetsstyring

Hun forteller også at de får opp nye problemstillinger gjennom avviksmeldinger eller ROS-analyser.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg forteller i intervju at de legger alle dokumenter og rutiner i Compilo. Der ligger også alle HMS-referat og andre dokumenter som er relevante. De ligger åpent og alle ansatte har tilgang. Hun forteller at HR-leder er nøye på at dokumentene blir lagt riktig, og hun gir beskjed hvis det mangler noe.

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling forteller at det er flere elementer innen bygg og anlegg hvor det må utarbeides rutinebeskrivelser og legges inn i Compilo. Det samme gjelder for VAR-området. På renhold er det stoffkartoteket og kjemikaler som det er lagt inn mye på, men det er behov for å jobbe mer på dette fagområdet også. Hun forteller at mye er på gang, og at de har søkelys på det.

Innen virksomhetsområdet for eiendom, kommunalteknikk og utvikling har de møter i HMS-gruppen fire ganger i året, og avdelingslederne er en del av denne gruppa. De har HMS og uønskede hendelser som første tema i alle avdelingsmøter.

Avdelingsleder for bygg, anlegg og eiendom forteller at han bruker Compilo, men sier at han ikke er så flink til å finne ting der. Han har ikke lett etter det som gjelder internkontroll, men han spør HR hvis det er noe. Han sier at kommunen har flinke folk som kan spørres, at det er opp til lederne å etterspørre det de lurte på

Hovedverneombudet forteller at Compilo er en base for dokument. Hun har etterspurt at verneombudene bør legge inn resultater fra vernerundene. Hun ser at lederne legger inn referater fra HMS-møtene i virksomhetene. Hun sier at det blir enklere å finne ting, hvis det blir lagt inn i systemet.

Hovedverneombudet sier videre at hun opplever at når det tas opp ting som det kan være stor risiko omkring, blir det fulgt opp. HR-leder tar mye videre til strategisk ledergruppe (SLG). Åtte ulike vernerunder er lagt inn i systemet, og HMS-gruppene velger seg ut to områder per år. Dette må HMS-gruppene bli enige om. Ifølge HR-leder mangler det nok kanskje oversikt over noen av vernerundene. Hun finner ikke alle i systemene (Compilo), og sier at dette snart må på plass.

Hovedverneombudet forteller at de ikke har vært så mye innpå risikovurderinger den tiden hun har vært i rollen. Kommunen har en del avviksmeldinger på vold og trusler, og ser det er risikoer der. Hun vurderer det som viktig at verneombudene lokalt jobber med risikovurderinger i tjenestene. Alvorligheten i avviksmeldinger blir vurdert, så hun tenker at det er en form for

risikovurdering. Kommunen har valgt å sette i gang opplæring knyttet til vold og trusler for alle ansatte, på bakgrunn av de avvikene som er meldt.

Systemansvarlig for Compilo forteller at det finnes veldig mye tilgjengelig dokumentasjon nå, og at kommunen har jobbet godt innenfor lønn og HR. Mange rutiner ligger der, men systemansvarlig sier at kommunen ikke har rutiner for hvordan de skal følge opp Compilo, for eksempel å følge opp at ansatte jevnlig leser rutiner.

System for å melde og følge opp avvik

HR-leder forteller at kommunen har en egen retningslinje for avvik og avvikshåndtering, og en egen rutine for varsling. Avvik blir meldt i Compilo, og alle ansatte har tilgang der. Det er lagt inn en lenke til Compilo på hjemmesiden, for at den skal være enda mer tilgjengelig. Avviksmeldingen går til nærmeste leder, som har 10 dager til å behandle avviket. Hvis det ikke blir behandlet, går avviksmeldingen videre til overordnet leder. HR-leder sier at de ser at det nå går kortere tid før et avvik blir håndtert og lukket. Det er få avvik som kommer til overordnet leder. Det blir kommentert i avvikssystemet hvilke tiltak som blir iverksatt når avvik er meldt. Det skal også legges inn i referater fra HMS-grupper og i avdelingsmøter i Compilo, men her er det nok variasjon i praksis. Overordnet internkontrollgruppe går igjennom avviksrapporter. Alle rammeområder rapporterer avvik, men enkelte avdelinger har få avviksmeldinger. Nå melder oppvekst flere avvik enn pleie og omsorg, blant annet fordi det er mye fokus på vold og trusler i skolen nå. HR-leder tror det kan være underrapportering på noen områder.

Alvorlighetsgrad er definert i systemet, og skal vurderes av den som melder. Den som behandler avviket, kan endre alvorlighetsgraden. Avvik som blir meldt med alvorlig kategori, blir tatt opp i overordnet internkontrollgruppe. HR-leder sier at det viktigste er at avvik som bør meldes, blir meldt. Ved opplæring av nyansatte, har kommunen oppmerksomhet på dette. Ved siste opplæringsrunde var alle klar over dette, og alle hadde fått tilgang til systemet.

Hovedverneombudet sier at kommunen har mye fokus på avviksmeldinger, og at organisasjonen skal bli enda bedre på dette og viktigheten av hvorfor avvik må meldes. Lederne er positive til at det blir meldt, og det har blitt en bra kultur. For to år siden var det en ordentlig kampanje i organisasjonen om dette. Hun mener avvikssystemet er viktig for internkontrollen, og liker godt måten kommunen jobber på. Hun har som hovedverneombud tilgang til alle HMS-avvik. Internkontrollutvalget ser overordnet på avvikene, og vurderer tiltak ut fra dette.

Hovedverneombudet kjenner ikke ROS-modulen i Compilo, og vurderer at dette er noe hun trenger å ha søkelys på framover.

Systemansvarlig for Compilo sier at det er på området avviksmeldinger kommunen har gjort den beste jobben de siste årene. Avviksrapporteringen har økt og det har hatt runder med opplæring i organisasjonen om «hva, hvorfor og hvordan». Det skal være lav terskel for å melde avvik. Det er dette det er jobbet mest med i den overordnede internkontrollgruppa. Tidligere var helse alltid flinke til å melde, og lå høyt i antall avviksmeldinger. Nå har skoler og barnehage kommet etter. Det blir sjelden meldt avvik innenfor administrasjon og teknisk sektor.

Systemansvarlig sier videre at internkontrollgruppa følger opp hvordan avvik blir fulgt opp og lukket. Lukkeperioden er nå endret til 10 dager, og nesten alle avvik er lest i løpet av tre dager. Internkontrollgruppa må kunne stole på at det gjøres noe med avvikene, og dette har bedret seg veldig. Internkontrollgruppa ser også på hvilke risikoreduserende tiltak lederne har vurdert og satt i verk. Det er blitt satt inn tiltak på bakgrunn av avviksmeldinger, men det er ikke alltid det blir skrevet/dokumentert hvilke tiltak som blir iverksatt. Gruppa tar ikke en ekstra sjekk på om det blir gjennomført det lederne skriver at de skal gjøre.

Systemansvarlig forteller at det er en logg i systemet, og det er utarbeidet fine ROS-analyser. Men det kan være vanskelig å se om de blir fulgt opp. Systemansvarlig vet at Compilo kan brukes til dette, men er usikker på hvordan det blir brukt i hele prosessen. Han tror ikke dette blir systematisert godt nok. Han mener at ROS-analysene ikke i stor nok grad er publisert og gjort tilgjengelig.

Evaluering av internkontrollen

Dokumentet «Kommunedirektørens internkontroll» beskriver kapittel 6.5 følgende om internrevisjon: «En del av internkontrollarbeidet er internrevisjon. Ut fra evalueringer, tilsynsrapporter og systematisk avviksbehandling er det viktig å revidere hele kvalitetssystemet med sikte på at dette er oppdatert og at alle rutiner og prosedyrer er gode nok. I Compilo legges det inn faste intervaller for revisjon, og den enkelte vil da få en påminnelse om at dokumentet trengs å se på enten for å endres, eller for å beholdes slik det er».

I mal for lederavtale står det at virksomhetsleder og kommunalsjefen med jevne mellomrom – minst en gang pr. år skal gjennomføre en samtale med vekt på evaluering av resultater og andre forhold med utgangspunkt i den årlige utviklings og resultatmål.

I intervjuene som revisor har gjennomført, er det ingen som kan bekrefte at de har initiert eller deltatt på evaluering av internkontrollen.

2.4.3 Revisors vurdering

Den overordna internkontrollen og internkontrollen i tjenester og virksomheter i Frøya kommune:

- Inneholder beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- Inneholder til en viss grad nødvendige, skriftlige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse i kommunen, men de er ikke i stor nok grad gjort kjent og tilgjengelige
- System som legger til rette for å avdekke avvik, følge opp avvik og redusere risiko for avvik
- Blir i liten grad evaluert ved behov for forbedring av skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Kommunen har etablerte styringsdokumenter, systemer og strukturer for internkontroll. Ansvarslinjene er i all hovedsak tydelig beskrevet og avvikssystemet fungerer relativt godt. I delegeringsreglementet går det fram at kommunestyret har delegert ansvaret for internkontroll til kommunedirektøren. Samtidig mangler det enhetlig og systematisk praksis på flere områder, særlig når det gjelder utarbeidelse av rutiner, risikostyring og evaluering av internkontrollen. Det betyr at kommunedirektøren er godt i gang med å etablere en internkontroll, men fortsatt mangler det god nok praksis i organisasjonen.

I delegeringsreglementet står det at kommunestyret delegerer ansvaret for internkontroll til kommunedirektøren. Kommunedirektøren har et selvstendig og lovpålagt ansvar for internkontroll etter kapittel 25, uavhengig av delegering fra kommunestyret.

2.5 Rapportering av internkontroll

2.5.1 Revisjonskriterium

I henhold til utledningen av revisjonskriteriene (se vedlegg 1) skal det:

- Rapporteres til kommunestyret om internkontroll og resultat av eventuelle statlige tilsyn

2.5.2 Funn om rapportering av internkontroll

I kommunens årsmelding for 2024 er det et eget kapittel om internkontroll. Her blir det blant annet arbeidet i arbeidsmiljøutvalget og HMS-grupper kort beskrevet, omfang av avvik, antall varslingsaker, statlige tilsyn, miljørettet helsevern, medarbeiderundersøkelser og

brukerundersøkelser. I et annet kapittel blir det rapportert om arbeid knyttet til IKT-sikkerhet og personvern, og avvik knyttet til dette.

Når det gjelder statlige tilsyn, er følgene skrevet i årsmeldingen: «Frøya kommune har hatt tilsyn fra Arbeidstilsynet ved flere virksomheter i 2024. Pålegg som er gitt, er fortløpende fulgt opp og lukket. Vi ser at de fleste pålegg omhandler manglende kartlegginger/risikovurderinger på arbeidsmiljøfaktorer. Dette har vi hatt sterkt fokus på å få på plass i alle virksomheter i 2024, og vil fortsette med dette også i 2025.»

HR-leder forteller at lederne rapporterer via årsrapporten. HMS-gruppene ute rapporterer HMS-arbeidet til HR, som utarbeider en rapport til arbeidsmiljøutvalget. Dette gjelder ikke bare HMS, men også medarbeidersamtaler. Lederne rapporterer økonomi og sykefravær i Framsikt. Revisor har fått tilsendt Årsrapport til AMU 2024 – oppsummering fra HMS-gruppene. Her framgår det at det er etablert HMS-grupper på alle virksomhetene og alle HMS-gruppene har hatt fra 2 – 4 møter i 2024. Noen hadde gjennomført flere møter.

Virksomhetslederne forteller at de bruker Framsikt som rapporteringssystem på økonomi og sykefravær, og at de ikke rapporterer særskilt på internkontrollen.

Hovedverneombudet forteller at hun ikke har oversikt over rapporteringslinjene knyttet til internkontroll. Systemansvarlig for Compilo forteller at han ikke er involvert i rapporteringen, og ikke vet hvordan dette blir gjort. Hans ansvar er å rapportere på GDPR, i hans rolle som personvernombud.

2.5.3 Revisors vurdering

Kommunen rapporterer til kommunestyret om internkontroll og resultat av eventuelle statlige tilsyn, men den har noen mangler.

Skriftlig dokumentasjon og intervjudokumentasjon viser at kommunen rapporterer til kommunestyret om resultat av statlige tilsyn, inkludert status for oppfølging av pålegg.

Revisor har ikke fått informasjon som indikerer at arbeid og resultater knyttet til den helhetlige internkontrollen blir rapportert i linja eller til folkevalgte organ, bortsett fra økonomi, sykefravær og avviksmeldinger.

Informasjon blir delt på en fragmentert måte og uten at kommunedirektøren gjør en samlet vurdering av internkontrollens status, risiko og funksjon. Data indikerer uklarheter i interne rapporteringslinjer knyttet til internkontrollen, og at rammeområdene og virksomhetslederne ikke rapporterer særskilt på internkontroll.

2.6 Konklusjon om den systematiske internkontrollen

Revisor konkluderer med at det er etablert gode rammer og strukturer for arbeid med internkontroll i Frøya kommune, gjennom Kommunedirektørens internkontroll (veileder) og overordna internkontrollgruppe.

Det er likevel mangelfulle rutiner for oppfølging og evaluering av rammer og system for internkontrollen. Det er stadig forbedring når det gjelder system for avviksrapportering og – oppfølging, samt ROS-analyser,

I årsrapporten rapporteres det på overordna internkontroll. Virksomhetene rapporterer bare på avvik og sykefravær.

3 OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

Blir gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll fulgt opp i organisasjonen, og i særskilt grad i

- Helse- og omsorgssektoren
- Eiendom, kommunalteknikk og utvikling?

3.2 Revisjonskriterier

Kriteriene for å gjøre vurderinger av oppfølging av internkontroll vil være de samme som for den første problemstillingen, men her er det oppfølgingen av internkontrollen i tjenester som blir vurdert. Det vil særlig bli lagt vekt på samhandling mellom tjenester/virksomheter der det er relevant:

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen (se utledning i vedlegg 1):

- Internkontrollen bør ivareta nødvendige ansvars- og rapporteringslinjer i tjenester og virksomheter og i samhandlingen på tvers av tjenester og virksomheter
- Kommunedirektørens veileder for internkontroll bør være kjent og følges i tjenester og virksomheter og i samhandlingen mellom tjenester og virksomheter:
 - Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for lettere å unngå alvorlige feil, uhell, ulykker og avvik.
 - Avvik skal registreres og behandles i Compilo, og behandles på lavest mulig nivå.
 - Avvik, og de bakenforliggende årsakene, bør evalueres og korrigeres
 - Månedrappporter og årsrapport skal danne grunnlag for videre arbeid i kommunen og skal kunne avdekke om det er noen avvik som må håndteres på annet nivå enn i virksomheten.
 - Kultur for kvalitet

3.3 Ansvars- og rapporteringslinjer i internkontrollen

I henhold til utledning av revisjonskriteriene (vedlegg 1) bør internkontrollen ivareta nødvendige ansvars- og rapporteringslinjer i tjenester og virksomheter, og i samhandlingen på tvers av tjenester og virksomheter.

3.3.1 Funn om ansvars- og rapporteringslinjer

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling forteller at ansvars- og rapporteringslinjene er tydelige. Dette ligger ikke dokumentert i Compilo, og hun reflekterer over at det kanskje burde gjøre det. Det er nylig satt i gang en prosess knyttet til Robust '26¹⁰, for å se på organiseringen, ansvarslinjer og hvordan lederne fungerer sammen. Dette er en pågående prosess. For hennes ansvarsområde fungerer det noenlunde greit. Hun sier at hun har satt i gang en intern prosess med blant annet å se på dette, og holder på å finpusse stillingsbeskrivelser for ansvar og myndighet. Da vil det bli enda mer oversiktlig og riktig. Hun forteller at hun har jevnlig møter med avdelingslederne som gruppe, og også individuelle møter med avdelingslederne. Avdelingslederne har ansvar for personaloppfølging, sykefravær, budsjett og økonomi innenfor sine fagområder. Dette er primæroppgaver til lederne. De har diskutert behovet for rutiner.

Virksomhetsområdet eiendom, kommunalteknikk og utvikling drifter et forvaltnings- og vedlikeholdssystem som kalles LAFT, der det meldes behov for oppgaveløsning fra hele organisasjonen. Dette blir fulgt opp av driftslederne, der oppgaven blir tildelt vaktmestrene eller løftes opp hvis det er behov for å tilføre ressurser/økonomi på oppgaven. Virksomhetslederen forteller at når det blir gjennomført vernerunder, er det viktig at hun får tilbakemeldinger. Dette fungerer ikke optimalt i dag. Dette må avdelingslederne følge opp, og hun sier at det jobbes med dette nå.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg sier i intervju at hun bruker kommunedirektørens overordnede dokument for internkontroll for å sjekke hvor hennes virksomhet står, fordi det ligger klare føringer om hva som forventes av virksomhetene i dette dokumentet. Når det gjelder oppfølging av internkontrollen fra kommunedirektøren, tør hun ikke å svare på hvordan dette er, da hun har jobbet for kort tid i rollen som virksomhetsleder. Hun tror likevel det blir fulgt opp i overordnet SLG (strategisk ledergruppe), men er usikker på hvordan alt dokumenteres. Hun forteller at virksomhetslederne skriver en årsberetning fra alle virksomhetene og at kommunedirektøren skriver en overordnet for kommunen.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg har flere møtepunkter med andre samarbeidsparter i kommunen. Når det gjelder samhandling med EKU, er det ikke noe annet fast møtepunkt enn lederforum. Der deltar alle virksomhetsledere. Hvis det er konkrete saker blir det etablert

¹⁰ I kommunens årsmelding for 2024 står følgende om Robust '26: «kommunestyret [vedtok] i 2024 det omfattende omstillingsprogrammet Robust '26, med iverksetting fra 2025. Programmet har som mål å sikre en bedre og mer bærekraftig balanse mellom kommunens tjenestetilbud og økonomiske rammer. Gjennom Robust '26 skal kommunen utvikle en mer effektiv drift, prioritere ressursbruken klokt og samtidig bevare gode og trygge tjenester til våre innbyggere

samarbeidsmøter, for eksempel knyttet til renhold. I senere tid har det vært treffpunkter knyttet til ROS-analyser (eks. bortfall av vann), og det har vært felles øvelser. Det er virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling som har initiert dette.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg forteller at de kan rapportere avvik og adressere dem på tvers. Hun har ikke mye erfaring i det enda, da det ikke har vært behov. Det er egne driftsoperatører som har oppgaver direkte rettet mot pleie og omsorg. Driftsoperatørene får løst mye sammen med ansatte i det daglige. Hun sier at det muligens er organiseringen i eiendom, kommunalteknikk og utvikling som gjør det vanskelig å vite hvem en skal henvende seg til med hva. De har andre ledd i sin virksomhet, med noe utydelig beskrivelse av hvem som har ansvar for å følge opp de ulike områdene. Det er kanskje klart for dem, men noe uklart for samhandlingsparter. Hun forteller at hun kontakter virksomhetsleder ved EKU, og opplever god respons fra henne. Eiendom, kommunalteknikk og utvikling har et system (LAFT) som samhandlingspartnerne skal melde saker i, noe som langt på veg blir gjort. Men noen ansatte synes det er rart at de skal gjøre det, når driftsoperatøren «går i gangen» til daglig. Hun sier at de har en vei å gå for å få alle til å bruke LAFT aktivt.

Virksomhetsleder for bo-, aktivitet og miljøtjenesten forteller at de samarbeider en god del med teknisk drift, og er avhengig av at de betjener dem fordi det er de som er boligeier. Oppdrag skal legges inn i LAFT hvis noe ikke fungerer. Der er erfaringene at det både tar for lang tid før oppdragene som legges inn blir fordelt, og at de har for lange frister på oppdragene. For eksempel har å ordne lys på bad 1 ukes frist. Hun sier at det er for utydelig hvilke kriterier som er lagt til grunn for hastegrad som blir gitt i fordeling av oppgaver.

Det er mye oppmerksomhet på økonomi, men hun mener at man ikke kan bruke dette som argument for at det for eksempel mangler lys eller dør på badet. Det er utfordringer på kommunikasjon knyttet til dette, og hun sier det er tatt grep nå ved å fristille en vaktmester for mer akutte tilfeller. Hun håper dette vil hjelpe.

Videre forteller virksomhetslederen for bo, aktivitet og miljøtjenesten at når de opplever at oppdragene ikke blir fulgt opp, kan de legge inn avvik. Hvis det haster, sender hun e-post. Hvis hun ikke får svar på denne, sender hun e-post til overordnet leder som er virksomhetsleder eiendom, kommunalteknikk og utvikling. Hun opplever at det da tas mer på alvor, og at oppdraget blir fulgt opp. Det har også hendt at man har måttet løfte en sak til kommunalsjef-nivå. Virksomhetslederen sier at de også har hatt utfordringer knyttet til vernerunder, der det blir skrevet lange lister som trenger oppfølging. Men man opplever at det ikke blir fulgt opp videre, og tenker at det ikke er noen vits å gjennomføre vernerunder. Virksomhetsleder planlegger nå å legge disse inn som LAFT-ordrer med frister. Hvis dette ikke blir fulgt opp, må det rapporteres som avvik.

Hovedverneombudet forteller at hun har spilt inn at kommunen er for trege i forhold til forbedring av fysisk arbeidsmiljø knyttet til enkeltansatte som trenger tilrettelegging. HR-leder har foreslått å ha eget budsjett på ergonomisk utstyr, og det er tatt med i budsjettet for 2025-2026. Hovedverneombudet har støttet dette.

I oppstartsmøtet blir det sagt at det kan være avviksmeldinger som blir meldt i helse og omsorg, som ikke blir fulgt opp fra teknisk på grunn av mangel på midler. Dette kan også gå begge veier. Kommunedirektøren er usikker på om det er en systemutfordring mellom helse og omsorg og teknisk eller om det handler om ressursstyring.

3.3.2 Revisors vurdering

Internkontrollen ivaretar ikke i stor nok grad nødvendige ansvars- og rapporteringslinjer i tjenester og virksomheter, og i samhandlingen på tvers av tjenester og virksomheter

Rolle- og ansvarsfordelingen fremstår ikke tydelig nok for hele organisasjonen. Flere informanter peker på mangel på avklarte roller, særlig på tvers av fagområder.

Revisor legger til grunn at innsamlet data tyder på at internkontrollen ikke ivaretar tilstrekkelige ansvars- og rapporteringslinjer internt i virksomhetene eller i samhandlingen på tvers. Praksis varierer mellom virksomhetsområdene, og flere sentrale prosesser (blant annet bruk av LAFT, avvikshåndtering og oppfølging av vernerunder) fungerer ikke som forutsatt. Dette medfører i flere tilfeller uklarhet om ansvar og mangelfull oppfølging av oppgaver og avvik.

3.4 Kjennskap til veileder for internkontroll

3.4.1 Revisjonskriterier

I henhold til utledning av revisjonskriteriene (vedlegg 1), bør kommunedirektørens veileder for internkontroll være kjent og følges i tjenester og virksomheter. Den bør også følges i samhandlingen mellom tjenester og virksomheter:

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for lettere å unngå alvorlige feil, uhell, ulykker og avvik.
- Avvik skal registreres og behandles i Compilo, og behandles på lavest mulig nivå.
- Avvik, og de bakenforliggende årsakene, bør evalueres og korrigeres
- Månedssrapporter og årsrapport skal danne grunnlag for videre arbeid i kommunen og skal kunne avdekke om det er noen avvik som må håndteres på annet nivå enn i virksomheten.

- Kultur for kvalitet

3.4.2 Funn om kjennskap til kommunedirektørens veileder for internkontroll

Gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser

Virksomhetsleder for bo-, aktivitet- og miljøtjenesten forteller at det er gjennomført ROS-analyser på rammeområdet, og at de har jobbet mye med dette etter tilsyn fra arbeidstilsynet. Spesielt gjelder dette for vold og trusler. ROS-analyser som er knyttet til tjenestene og brukere er det nok ikke arbeidet så godt med, ifølge virksomhetslederen, selv om det blir snakket om tiltak for å redusere risiko også her. Eksempelvis kan det gjelde medisintutlevering til brukerne. På spørsmål om det er etablert felles arenaer for å gjennomføre risikoanalyser på tvers av tjenester, svarer virksomhetsleder avkreftende på dette. Hun forteller at hun tror den overordnede internkontrollgruppa vurderer risiko når de går igjennom avvik.

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknisk og eiendom forteller at hun ikke har kjennskap til konkrete ROS-analyser fra kommunedirektøren, men det vises til overordnet beredskapsplan som inneholder ROS fra enhetene. Internt på virksomhetsområdet jobbes det ifølge virksomhetslederen mye med ros. Spesielt innenfor vann og avløp er dette viktig, da trusselbildet er økende. Det brukes et eget ROS-system innenfor vann og avløp som er basert på Norsk vann sin mal for ROS-analyse. Det jobbes også med å få på plass ROS i flere av de andre fagfeltene. Dette er viktig for at ansatte kan se at risiko er vurdert knyttet til ulike arbeidsoppgaver. Det gjelder også for ikt-sikkerhet og adgang til bygg og skoler. Virksomhetslederen forteller at det er flere områder de må gjøre ros på enn det som er gjort per i dag, og det er avdekket behov for dette i det siste. Det gjelder blant annet ansatte som utfører tjenester i barnehager/skole og innenfor helse, der det kan være risiko for å bli utsatt for noe eller å bli vitne til hendelser.

På spørsmål om det blir gjort ros-vurderinger av avvik, svarer virksomhetslederen at dette varierer. Noen ganger blir det gjort, og noen ganger ikke. Hun kjenner til at det er en ros-modul i Compilo, men hun har ikke brukt denne.

Avdelingsleder for bygg, anlegg og eiendom forteller i intervju at han har gjennomført noen ROS-analyser i en tidligere jobb i kommunen, som driftsleder i anleggsavdelingen. Dette gjaldt spesielt brøyting. Det ble gjennomgått ROS-analyser for brøyting knyttet til brøyting ved skoler og barnehager. Det var han som initierte dette arbeidet. Men tror egentlig denne skal gjøres før hver brøytesesong, er litt usikker på dette. Brøyting er fortsatt innenfor hans avdelingslederansvar, men det er en annen som har driftsansvar. Han har ikke gjennomført ROS-analyser som avdelingsleder, men sier at han har sagt til mannskapet at de må ta ROS-analyser hvis de skal gjennomføre farlig arbeid. Han har ikke mottatt ROS-analyser som

avdelingsleder. Revisor har etterspurt skriftlig eksempel på disse ROS-analysene, men avdelingsleder har gitt tilbakemelding om at det har ikke vært mulig å finne fram i nå.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg forteller at ROS-analyser er en fin måte å få et bilde på om man har kontroll på virksomheten, og hva som må endres. Hun forteller at det nå jobbes med ROS-analyser tidligere enn før, og at de blir brukt mer forebyggende nå enn før. Dette er en god måte å kontrollere oss selv på, ifølge virksomhetslederen.

Videre forteller virksomhetslederen at det jobbes med ROS-analyser på ulike måter i pleie og omsorg, og ikke nødvendigvis kun gjennom ledelsen. Noen ganger har avdelingene jobbet med momenter eller emner, for så å ta det tilbake til ledergruppa og noen ganger jobbes det kun i HMS-gruppa. Da virksomhetslederen var avdelingsleder, var hun delaktig i slike runder. Hun forteller at ikke alt arbeidet nødvendigvis har endt opp i en egen ROS, men at arbeidet også kan resultere i en ny rutine. Virksomheten bruker Compilo for å gjøre ROS-analyser.

For tjenesten er været en risiko, og de får ofte spørsmål om de er forberedt på risikofylt vær. Dette har blitt en vanlig rutine, og vurderingen gjøres kontinuerlig. Beredskap for bortfall av strøm er det også rutiner på. Videre er det gjort en del arbeid knyttet til arbeid i heimene. Tiltak for eksempel knyttet til vold og trusler, er at det er to ansatte som besøker bruker dersom det vurderes at det er nødvendig ved eksempelvis utagering eller rusmisbruk.

Noen ganger er det gjort forarbeid på ROS-analyser ute i avdelingene, som er tatt i ledergruppa og gjort helhetlig for virksomheten. Det er også jobbet med kartlegginger av et utvalgt tema, og dersom det er vurdert behov for ROS blir dette jobbet videre med i ledergruppa eller HMS-gruppa alt avhengig av innhold. Så kan ulike tjenester ha ulike ROS-analyser, for eksempel hjemmetjenesten. Da er både verneombud, tillitsvalgt og andre ansatte med og uttaler seg på de punktene som eventuelt blir satt opp for analysen. Så blir det jobbet videre med det i ledergruppa, der det analyseres i forhold til læringsmål og forbedringspunkter. Det kan være variasjoner mellom hjemmetjeneste og institusjonstjeneste. Leder for beredskap i kommunen kan veilede i dette arbeidet, og er ifølge virksomhetslederen god på å bygge opp analyser. Dette blir opplevd som nyttig.

HMS-gruppen i virksomhetsområdet har møter fire ganger i året. Gruppen fungerer godt og møtene blir prioritert av deltakerne. Virksomhetsleder er opptatt av ansattinvolvering, og mener det er gevinst å hente på dette. Virksomhetsområdet har også en Robust-arbeidsgruppe nå, og det er ansatte som er med i denne gruppa. Mye av arbeidet knyttes opp mot kvalitet og økonomi. De har ifølge virksomhetsleder fått til et godt samarbeid mellom avdelingene gjennom jobben som er gjort i denne gruppa.

Virksomhetsleder pleie og omsorg forteller videre at de bruker undersøkelser aktivt, for å se nærmere på hva som kan utvikles og forbedres. Medarbeiderundersøkelser blir gjennomført annethvert år (ifølge årsrapport for 2024), og det blir levert planer om oppfølging fra de ulike avdelingene om høsten..

HR-leder forteller at virksomhetene gjennomfører faste vernerunder. Det har vært mye oppmerksomhet på avvik i det fysiske arbeidsmiljøet. Dette blir ikke alltid fulgt opp av byggeier (teknisk drift) og forklares med manglende økonomi. Kommunen kan ha vanskeligheter med å få lukket slike avvik. Det skyves litt for mye imellom virksomhetene, og det tar for lang tid å komme i mål. Hvis det går på sikkerhet til brukere eller ansatte, bør det ifølge HR-leder ikke forklares med dårlig økonomi.

I noen tilfeller har HR-leder opplevd at øverste leder ikke har vært klar over forholdene, og det er vanskelig å si hvor informasjonen stopper. Det har blant annet vært noen avvik knyttet til miljørettet helsevern, der barnehager ikke har blitt godkjent. Dette tas nå opp i strategisk ledergruppe, slik at det blir løftet opp og behandlet. Det handler nok ikke om vilje, men lederne er forskjellig og har ulikt fokus. Det kan for eksempel være vanskelig når kostnadene blir påført en annen virksomhet. HR-leder mener det er viktig hvis en sak ikke blir løst, at det blir skrevet avvik, som går opp i systemet. Hun sier hun er tydelig til lederne om dette.

Innenfor helse og mestring har de ifølge HR-leder kommet godt i gang med ROS-analyser. De har fått god «drahjelp» på grunn av tilsyn fra arbeidstilsynet. Dette gjelder også pasientsikkerhet.

HR-leder forteller at det snakkes mye om ROS-analyser i virksomhetsområdet eiendom, kommunalteknikk og utvikling, men hun har ikke sett så mye spor etter det i Compilo. Per i dag ligger det tre ROS-analyser fra virksomhetsområdet der. HR-leder tar forbehold om at de kan ha sine ROS-analyser dokumentert på andre steder. Hun sier hun har hjulpet virksomhetsområdet mye med dette arbeidet, men de dokumenterer ikke arbeidet god nok så vidt hun kan se. HR-leder presiserer at renholdstjenesten er flinke, og har kommet godt i gang med ROS- analyser.

Registrering og behandling av avvik

Virksomhetsleder for pleie og omsorg forteller i intervju at ansatte rapporterer avvik til nærmeste leder. Ubehandlete avvik går videre i linja. De har i virksomheten hatt en del gjennomganger av hva et avvik er og hvordan man melder avvik. Ansatte er flinke til å melde avvik. Det er ikke mange HMS-avvik, men noe på tjenester (eks. medisinhåndtering). De ønsker å løse/lukke avvik på lavest mulig nivå om det er mulig, og tar det inn i den avdelingen det gjelder. Hun forteller at hun oppfordrer til at avvik blir meldt, også når det gjelder forhold i

arbeidsmiljøet. De har lav terskel på å ta tak i slike forhold, så det kan være at ansatte ikke føler behovet for å melde på dette.

Alle HMS-avvik behandles og tas opp på HMS-møtene. Verneombud får automatisk de avvikene som er betegnes som HMS-avvik. Virksomhetslederen opplever å få god respons, hvis saker må løftes opp i organisasjonen, og sier hun får god støtte og bistand om det er behov for dette. Hun sier at de i lederforum hatt omfang av avvik i søkelyset.

Virksomhetsleder for bo-, aktivitet- og miljøtjenesten forteller at det skrives avvik, og at det er bra. Avvikene meldes i Compilo. I virksomheten er det jobbet med at melding av avvik skal være greit, og de har hatt søkelys på dette sammen med fagutvikler. Hun forteller at kommunen har en overordnet rutine for avviksmelding, og tror denne ligger hos HR.

I Compilo er det lagt inn frister. Avvikene går til avdelingsleder, som har en frist for lukking. Hvis det ikke lukkes, går det videre i systemet (i linja). Vi har hatt runder med at avdelingslederne må behandle og lukke avvikene, ikke bare lese dem.

I HMS-grupper og på avdelingsmøter blir det snakket om tiltak for å redusere risiko, for eksempel knyttet til medisintil levering til brukere. Større avvik kan godt bli diskutert på ledermøtene. Virksomhetslederen har gjennomgang av alle avvik kvartalsvis sammen med tillitsvalgte og verneombud.

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling forteller at avvik enten kommer til henne eller til avdelingslederne. Hun beskriver at det er kommandolinjer for oppfølging, og at de ikke kommer videre før avvikene er svart ut. Den som melder avvik, kan følge med på hvordan avviket blir behandlet i Compilo. Det blir lagt en plan for oppfølging hvis det tar lenger tid å følge det opp. Virksomhetslederen forteller at hun ikke nødvendigvis har kontroll på om det blir rapportert det som bør rapporteres. Hun sier videre at det utallige ganger er oppfordret til ansatte at de skal melde avvik og uønskede hendelser, og legge inn en melding for mye enn en for lite. Hun mener at dette skal være en forbedringsportal, og at hensikten er å unngå uønskede hendelser og spille hverandre god. Det er viktig å ufarliggjøre nestenulykker, og at det er ingen som skal stå «skolerett». Avvikene brukes også på tvers, og det kan være meldinger som ikke er avvik, men som rutes til andre prosesser. Systemet kan synliggjøre kapasitetsmangler. De har snakket om å lage aksjonskort for uønskede hendelser, for å trygge ansatte på hvordan de skal melde inn.

På spørsmål om det har vært opplæringstiltak knyttet til avvik, forteller virksomhetsleder at det har det vært flere ganger. Folk har blitt flinkere. Hun sier at det har vært noe vegring mot å melde (spesielt fra vaktmestrene), men hun erfarer at dette har blitt bedre og at det blir bedre forståelse for bruken av systemet etter forrige ukes møte med vaktmestre.

Avvik er tema i avdelingsledermøter, spesielt hendelser knyttet til ansatte. Månedlig får hun en rapport fra alle avdelingslederne, der de skal fortelle om sin hverdag siste måned. Virksomhetsleder rapporterer videre i Framsikt.

Virksomhetsleder for BAM gir eksempel på at hennes tjenester er fulgt opp av administrasjonen, for eksempel ved at HR-leder har kommet og diskutert enkeltavvik får å sikre at de blir fulgt opp.

HR-leder forteller at meldinger til driftsavdelingen på teknisk ikke skal meldes som avvik, men legges i LAFT. Hvis man ikke får respons i LAFT, skal dette meldes som avvik. Hun sier at alle er enige om at saker skal løses på lavest mulige nivå, og at man melder avvik hvis det ikke løses. Men det er ikke alltid at praksisen gjenspeiler dette. Hun forteller at kommunen står i denne problemstillingen ganske mange ganger.

Virksomhetsleder ved pleie og omsorg forteller de kan rapportere avvik og adressere dem på tvers. Hun har ikke mye erfaring med det enda, da det ikke har vært behov. Det kan ta noe tid noen ganger, men det gjelder mer andre henvendelser enn avvik. Det er driftsoperatører i innad i virksomheten, som løser mye av de daglige oppgavene. Hun sier at organiseringen i eiendom, kommunalteknikk og utvikling gjør det vanskelig å vite hvem en skal henvende seg til med ulike spørsmål. De har annen ansvarfordeling i sin virksomhet, og som gjør det noe utydelig hvem som har ansvar for å følge opp på de ulike områdene. Kontakten mellom virksomhetslederne er god, og virksomhetsleder for pleie og omsorg opplever god respons der. Det er systemet LAFT som det skal meldes slike saker i, og det blir stort sett gjort, forteller virksomhetsleder. Hun forteller at noen synes det er rart å gjøre det, siden egen driftsoperatør «går i gangen» til daglig. Det er fortsatt en vei å gå for å få alle til å bruke LAFT aktivt.

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling sier at det er primært virksomhetsleder ved de andre tjenestene som melder inn saker. Det varierer hvordan det gjøres. Noen ganger går de opp til kommunalsjefen, andre ganger blir de videresendt på tvers. Hvis det er en oppgave som skal gjøres, blir det diskutert i dialog med virksomhetsleder og lagt i LAFT.

HR-leder forteller at HMS-gruppene ute i virksomhetene rapporterer til HR-avdelingen. HR-avdelingen utarbeider en rapport til AMU. Det gjelder ikke bare HMS, men også omfang av medarbeidersamtaler. Dette inngår i internkontrollkapitlet i årsrapporten.

Evaluerings og korrigerings på bakgrunn av avvik

Virksomhetsleder for pleie og omsorg sier i intervju at hun vil tro at det blir gjort korrigerings som følge av avvik og ROS-analyser. Når det gjelder beredskap knyttet til vann og strøm, er

kommunen i gang og prioriteringer er avklart. Hun tror dette kommer i et helhetlig dokument når det blir landet.

HR-leder forteller at hvis man har gjentakende avvik, må man sjekke om man har gjort ROS-analyser, og om det har kommet inn nye faktorer. Gjentakende avvik skal tas opp i avdelingsmøtene. Avvik knyttet til enkeltansatte tas direkte med den ansatte. HMS-avvik blir tatt inn i HMS-gruppene. Tjenesteavvik blir tatt inn i ansattgruppa.

Kultur for kvalitet

Revisor stilte i intervjuene alle informantene et avslutningsspørsmål om deres vurdering av kulturen for kvalitet (og dermed arbeid med internkontroll) i kommunen.

Virksomhetsleder for bo-, aktivitet- og miljøtjenesten vurderer at de nok ikke har brukt kommunedirektørens internkontroll som et styringsdokument, og har en jobb å gjøre med å integrere den på sitt område og nivå. De har en del på plass (eks. brannrutiner), men det er ikke en systematisk sammenheng. Når det gjelder kultur, er det ifølge virksomhetslederen et uttalt ønske om å ha kvalitet, men det er kanskje ikke veldig mye oppmerksomhet på det. Man føler at man sitter alene med ansvaret med det faglige innholdet i tjenestene, og arbeidet blir gjerne veldig overordnet.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg sier de er opptatt av å ha en god kvalitet på de tjenestene vi leverer. I pleie og omsorg er dette «fremst i pannen» i utøvelsen av tjenestene. Det er viktig for at tjenestene skal være kvalitativt gode, både faglig og organisatorisk. Hun mener videre at de har vurderer behov for endring, og hun mener at de er gode på å se etter nye måter å jobbe på. Det jobbes mer forebyggende nå, og de er «frampå», i stedet for å vente på tilsyn eller at en sak oppstår. Hun synes tjenestene hun har ansvar for har god kontroll på å sjekke status, og at det har skjedd noe de siste årene i forhold til at drøftinger, vurderinger og risikovurderinger er en del av de ordinære oppgavene nå.

Virksomhetsleder for eiendom, kommunalteknikk og utvikling sier at kulturen for kvalitet er god. Hun sier at det jobbes systematisk, og det er organisert ulike grupper som skal følge opp. Frøya kommune tar området seriøst, og det er høyt fokus på dette på virksomhetsnivå. Hun forteller at kommunen nok har noen mørketall knyttet til melding av nestenulykker.

HR-leder beskriver kulturen som mye bedre enn hva den har vært. Arbeidet har blitt mer strukturert enn før, og det blir skriftliggjort mer enn før. Men det er fortsatt en lang vei, og å jobbe med internkontroll er kontinuerlig arbeid. Hun vurderer at Kommunedirektørens internkontroll bør gås igjennom og forankres på nytt, da den nok ikke er tilstrekkelig forankret nå.

HR-leder sier at de nå gjennomfører egne lederopplæringstimer via Teams, der administrasjonen prøver å sørge for at lederne kjenner til nødvendige retningslinjer og har kunnskap om sin rolle. Hun sier at internkontroll-dokumentet bør tas inn i en slik opplæring.

Hovedverneombudet forteller at hun via HR-leder har fått opplyst at det er ulikt hvordan enhetene har tatt i bruk Compilo og ros-modulen. Det jobbes bedre i enkelte enheter enn i andre.

HVO synes det jobbes godt i HMS-gruppene. Det jobbes systematisk, og det er vanskelig å si hvor flink hver enhet er. Utfra avviksmeldingene kunne HVO tenkt seg at tiltak blir satt i verk fortere. Hun opplever at hun blir tatt på alvor når jeg påpeker ting, og at det er et ønske om forbedring. Inntrykket er at lederne tar HMS på alvor, og det er jobbet godt og systematisk de siste to årene. Forrige HR-leder gjorde en god innsats på dette, og ting ble enda mer satt i system med Compilo og med påtrykk fra HMS-rådgiver. HVO sier videre at IKT-sikkerhet er tatt opp i internkontrollgruppen, og at kommunen bør lage egne retningslinjer for bruk av kunstig intelligens.

Systemansvarlig for Compilo opplever egentlig kulturen som god. Alle er opptatt av dette, og når man hører tilbakemeldinger er ting i orden og det er på stell. Mange avvik blir meldt, og det blir gjennomført mye opplæring. Utfordringen er å få arbeidet systematisert og dokumentert, og der har vi ikke god nok oversikt.

3.4.3 Revisors vurdering

Kommunedirektørens veileder for internkontroll er ikke i stor nok grad kjent og fulgt opp i tjenester og virksomheter og i samhandlingen mellom tjenester og virksomheter

Det er positive trekk ved at avvik blir meldt og håndtert, og at ROS-analyser blir gjennomført ute i tjenestene. Revisor ser at det er svakheter i oppfølging og etterlevelse, blant annet framstår definerte forventninger og rutiner for intern gjennomgang, oppfølging og rapportering i lederlinja noe mangelfull.

Revisor vurderer at det er mangler når det gjelder oppfølging av viktige elementer i internkontroll i organisasjonen, som for eksempel ROS-analyser. Etter revisors vurdering er internkontroll i større grad etablert i virksomheten for pleie og omsorg, og i liten grad i avdelingen for bygg, anlegg og eiendom i virksomheten eiendom, kommunalteknikk og utvikling.

3.5 Konklusjon

Revisor konkluderer med at gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll delvis blir fulgt nede i organisasjonen. Helse- og omsorgssektoren har en bedre oppfølging av internkontrollen, som gir en bedre kultur for internkontroll. I eiendom, kommunalteknikk og utvikling er kjennskapen til dokumenter for internkontroll svakere. Det gjenstår utførelse av ROS-analyser på områder som det er viktig at det gjennomføres slike analyser for.

4 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

4.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende problemstillinger:

1. Er det etablert en systematisk og helhetlig internkontroll i kommunen?
2. Blir gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll fulgt opp i organisasjonen?
 - Helse- og omsorgssektoren
 - Eiendom, kommunalteknikk og utvikling

På den første problemstillingen konkluderer revisor med at det er etablert gode rammer og strukturer for arbeid med internkontroll i Frøya kommune, gjennom Kommunedirektørens internkontroll (veileder) og overordna internkontrollgruppe.

Det er likevel mangelfulle rutiner for oppfølging og evaluering av rammer og system for internkontroll. Det er stadig forbedring når det gjelder avviksrapportering og – oppfølging, og det er forbedring på ROS-analyser,

I årsrapporten rapporteres det på overordna internkontroll. Virksomhetene rapporterer bare på avvik og sykefravær.

På den andre problemstillingen konkluderer revisor med at gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll delvis blir fulgt nede i organisasjonen. Helse- og omsorgssektoren har en mer etablert kultur for internkontroll, som kjennetegner oppfølgingen av viktige elementer i internkontroll. I eiendom, kommunalteknikk og utvikling er kjennskapet til dokumenter for internkontroll svakere. Det gjenstår utførelse av ROS-analyser på områder som det er viktig at det gjennomføres slike analyser for.

4.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler kommunedirektøren å:

- Sikre at overordna rammer og system for internkontroll blir ivaretatt innad i og mellom tjenestene;
 - gjennomføre ROS og redusere risiko for avvik
 - rapportere og følge opp avvik
 - dokumentere evaluering og forbedring av internkontrollen
 - sikre helhetlig rapportering av internkontroll i hele linjen

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon §15 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.

Problemstillingene som undersøkes i denne forvaltningsrevisjonen, er:

1. Er det etablert en systematisk og helhetlig internkontroll i kommunen?

- På overordnet administrativt nivå
- I de ulike rammeområdene
- I de enkelte virksomhetene

2. Blir gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll fulgt opp i organisasjonen?

Her vil vi spesielt se på:

- Helse- og omsorgssektoren
- Eiendom, kommunalteknikk og utvikling

For å undersøke og vurdere status for disse problemstillingene for Frøya kommune, har vi utledet kriterier fra:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Veileder i kommunelovens internkontrollbestemmelser Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
- Kommunedirektørens internkontroll. Frøya kommune Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Nedenfor har vi tatt ut de bestemmelsene i kommuneloven som gjelder internkontroll. Videre tar vi inn mer konkrete beskrivelser og tolkninger av disse bestemmelsene, slik det kommer fram i veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser fra Kommunal og distriktsdepartementet (KDD). KS har også utarbeidet en veileder internkontroll, men vi mener at departementets veileder i hovedsak dekker det samme, og dessuten er den nyere.

Deler av denne forvaltningsrevisjonen gjelder samhandlingen mellom helse og omsorg og teknisk sektor. Kommunedirektøren i Frøya kommune har utarbeidet en veileder for arbeidet

med internkontroll i organisasjonen. Den har vi også utledet kriterier fra i tilknytning til problemstilling 2, som handler om oppfølging av internkontroll i utvalgte tjenester.

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Kapittel 25 Internkontroll

- **§ 25-1 Internkontroll i kommunen og fylkeskommunen**

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

- a. utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- b. ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- c. avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- d. dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- e. evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

- **§ 25-2 Rapportering til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll og statlige tilsyn**

Kommunedirektøren skal rapportere til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året.

Veileder i kommunelovens internkontrollbestemmelser

Veilederen innledes med en forklaring på hvordan kommunelovens § 25-1 må forstås. Tredje ledd (kommunelovens § 25-1 punkt a – e) må leses i sammenheng med de mer generelle bestemmelsene i § 25-1 første og andre ledd. Det innebærer blant annet at kravene om systematikk og tilpasning etter andre ledd må inngå som en del av forståelsen av hvordan de mer konkrete kravene til internkontroll i tredje ledd skal forstås. Kravet i første ledd om at internkontrollen skal sikre regeletterlevelse, er overordnet kravene som framgår av tredje ledd. Dette kravet betyr blant annet at internkontrollens innretning og omfang samt alle tiltak som er iverksatt etter bestemmelsens tredje ledd, må være egnet til å sikre etterlevelse av lover og forskrifter.

I kapittel 2.2.4 i veilederen beskrives kommunedirektørens delegering av ansvar for internkontroll. Selv om kommuneloven legger ansvaret for internkontrollen til

kommunedirektøren, er det ikke meningen at kommunedirektøren skal utføre det konkrete internkontrollarbeidet helt selv. De ulike tjenesteområdene i kommunen må involveres i internkontrollarbeidet som skal gjøres etter § 25-1 andre og tredje ledd, som for eksempel ved utarbeidelse av risikovurderinger, tilpasninger og innretning på internkontrollen innenfor ulike tjenesteområder og formalisering av rutiner. Kommunedirektøren både kan og vil normalt delegere ansvaret for utførelsen av det konkrete internkontrollarbeidet nedover i administrasjonen. Ledere av ulike tjenesteområder vil kunne få dette ansvaret på sine områder og delegere videre på en hensiktsmessig måte. Samspillet mellom kommunedirektøren, den sentrale administrasjonen og de ulike tjenesteområdene er dermed viktig for en helhetlig, risikobasert, konkret tilpasset og systematisk internkontroll i samsvar med kravene i § 25-1 andre og tredje ledd.

Videre viser veilederen til § 25-1, andre ledd, at kommunedirektøren skal jobbe systematisk med internkontrollen. Det er ikke tilstrekkelig med en tilfeldig og hendelsesbasert internkontroll. Det må gjøres et planmessig og metodisk arbeid, og internkontrollen må være av et slikt omfang og innhold at den kan kalles systematisk. Internkontrollen, både samlet sett og i den enkelte virksomhet, må følges opp jevnlig og ved behov, slik at det er et fungerende system for løpende internkontrollarbeid. Målet med det systematiske internkontrollarbeidet er at brudd på lover og forskrifter forebygges, avdekkes og følges opp.

Bestemmelsen stiller ikke krav om en bestemt type systematikk, at det benyttes noe spesielt system eller at det brukes et ikt-basert styrings- eller avvikssystem. Kommunedirektøren må vurdere hvordan kravet om at internkontrollen skal være systematisk skal oppfylles, for å sikre at lover og forskrifter blir fulgt.

Videre framgår det i kapittel 2.3.3 at risikovurderinger er sentralt etter bestemmelsens andre ledd, og kommunen må gjøre en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at lover og forskrifter ikke følges, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få. Videre heter det i samme kapittel at kommunen må vurdere hvor vesentlige de aktuelle risikofaktorene er. Dette blir en risiko- og vesentlighetsanalyse, som det i dag finnes mange metoder for og mye praksis på. Det er viktig med internkontroll der det er høy risiko for at det skal skje noe feil, og hvor konsekvensene av feil er store. Vurderingene av dette må gjøres innenfor alle sektorer og områder innen kommunen, og de må gjøres både på et overordnet og mer detaljert nivå.

I kapittel 2.4.2 vises det til kommunelovens § 25-1, tredje ledd, bokstav a, som oppstiller et krav om at det skal utarbeides en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. I dette ligger betydning av å klargjøre ansvars- og rapporteringslinjer innad i kommunen. Det vil være både ansvars- og rapporteringslinjer på overordnet nivå for hele

kommuner og ansvars- og rapporteringslinjer innenfor de ulike tjenesteområdene eller virksomhetene. Videre, i kapittel 2.4.3 vises det til bokstav b), og at rutiner og prosedyrer er viktig for å sikre regeletterlevelse i kommunen. Hvilke og hvor mange rutiner som trengs for de ulike områdene må vurderes konkret. Loven sier at man skal ha det som er «nødvendig». Vurdering av hva som er nødvendig bør blant annet kobles til risiko for avvik.

Det er ikke et lovkrav om at enhver rutine og prosedyre skal være skriftlige, men ut fra en helhetlig tolkning av internkontrollkravet i loven vil skriftlighet ofte være nødvendig. I forarbeidene står det også at av et krav om å ha rutiner, følger det indirekte at disse både må gjelde for virksomheten, gjøres kjent og være tilgjengelige. I kapittel 2.4.4 står det om punkt c) at et sentralt element i arbeidet med internkontroll er å avdekke og følge opp avvik. Også risiko for avvik er sentralt å avdekke og følge opp. Internkontrollen skal altså både avdekke og følge opp konkrete avvik som allerede har skjedd. Å få avdekket konkrete avvik eller feil er helt sentralt for å kunne gjøre korrigeringer eller forbedringer både i den konkrete situasjonen og for fremtiden. Dersom ikke konkrete avvik kan korrigeres, er målet at konsekvensene ved avvik rettes opp eller reduseres.

Internkontrollen skal videre både avdekke og følge opp risiko for at avvik skal skje. Dette er sentralt forebyggende arbeid. Det innebærer blant annet at kommunedirektøren må skaffe oversikt over (saks)områder i kommunen hvor det er fare for manglende etterlevelse av lover og forskrifter, og sette inn relevante forebyggende og risikoreduserende tiltak for å hindre og forebygge brudd på lover og forskrifter. Dette må gjøres ut fra både kortsiktig og langsiktig perspektiv. I samsvar med bestemmelsens øvrige krav til internkontrollen må arbeidet med avvik være systematisk og tilpasset virksomheten, risikovurderinger osv. Tiltak som iverksettes må være egnet til å nå målet om regeletterlevelse. Bokstav d) (kapittel 2.4.5) handler om å dokumentere internkontrollen. Å dokumentere internkontrollen er et viktig virkemiddel for at internkontrollen skal fungere som forutsatt. Samtidig er det ikke noe mål med en masse dokumentasjon som ikke har noen funksjon eller som skaper unødvendig arbeid, uten at det har en ønsket effekt. Kravet er derfor å dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig. Dette dokumentasjonskravet gjelder for de ulike delene av internkontrollen som systemer, rutiner, instruksjer og liknende, og for gjennomføring av konkrete kontroller og aktiviteter. Ved vurderingen av hvilken form eller omfang det er nødvendig med dokumentasjon, må det ses hen til de andre kravene for internkontrollen. For eksempel vil det målet med internkontrollen om å sikre regeletterlevelse måtte inngå i vurderingen av dokumentasjonskravet.

Kapittel 2.4.5 tar utgangspunkt i bokstav e) i loven, om å evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll. Skriftlige prosedyrer og andre tiltak for

internkontroll skal evalueres. Det er ikke noe krav om hvordan evalueringen skal gjøres, men det skal være en evaluering av hvordan den aktuelle virksomheten jobber med internkontroll. Videre er det krav om at dersom det er behov for det, så skal skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll forbedres. Det er ikke satt noe lovkrav om tidsintervallene for hvor ofte slik evaluering og eventuell forbedring skal gjøres. Det sies at forbedringer skal gjøres dersom det er behov.

Kommunedirektørens internkontroll, Frøya kommune

Kommunedirektøren i Frøya kommune har utarbeidet en veileder for internkontroll i organisasjonen. Den ble sist revidert i 2025. De elementene som trekkes ut som spesielt viktig er:

Kapittel 5.3: Kultur for kvalitet. Den enkelte arbeidsplass skal jobbe for å forbedre kvaliteten på sin tjeneste i møte med brukeren. For å sikre tjenester med god kvalitet er det viktig å sikre faglig kompetanse og ta brukeren på alvor ved å omsette kunnskap og kompetanse til gode tjenester – ingen tjeneste blir bedre enn det den enkelte medarbeider yter i møte med brukeren. Brukeren kan også være andre tjenester i kommunen.

Kapittel 6.2: Risikovurdering og sårbarhetsanalyse. Ved å gjennomføre risikovurderinger og sårbarhetsanalyser vil den enkelte virksomhet og avdeling lettere unngå alvorlige feil, uhell og ulykker og unngå avvik, spesielt avvik med høy konsekvens. Samtidig ivaretas internkontrollen på en god måte gjennom dette arbeidet.

Kapittel 6.3: Avvik skal registeres og behandles i Compilo. Her skal alle medarbeidere være registrert i forhold til hvor de jobber og hvem som er nærmeste leder. Alle avvik skal i utgangspunktet behandles på lavest mulig nivå, og systemet er derfor bygd opp slik at nærmeste leder er den som skal motta avvik. Avvikene fordeles på tre hovedområder; HMS, tjeneste /bruker og organisasjon/internt. Systematisk håndtering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter og rutiner registreres og benyttes til læring og utvikling.

Systematisk evaluering av avvikene og de bakenforliggende årsakene er en meget viktig del av forbedrings- og kvalitetsarbeidet, og er samtidig med på å ivareta internkontrollen.

Kapittel 8: Rapportering fra virksomhetene følger fastsatte rutiner om månedsrapportering. Disse gjøres på maler som finnes i Framsikt. Månedsrapporteringen skal fortelle om virksomhetens ståsted så langt i året både økonomisk og strategisk i forhold til mål, måloppnåelse og sykefravær. Årsrapporten skal fortelle om virksomhetens aktivitet og styring gjennom året som gikk.

Disse rapportene skal danne grunnlag for videre arbeid i kommunen og skal kunne avdekke om det er noen avvik som må håndteres på annet nivå enn i virksomheten. Det vil også kunne danne grunnlag for videre handlingsprogram i kommunen med tanke på satsningsområder, innstramming og strukturelle endringer som er nødvendig.

Følgende kriterier for problemstilling 1; Er det etablert en systematisk og helhetlig internkontroll i kommunen, er utledet:

- Kommunedirektøren skal ha etablert en internkontroll som.
 - sikrer etterlevelse av lover og forskrifter
 - er systematisk, planmessig og metodisk
 - følges opp jevnlig og ved behov
- Kommunedirektøren skal ha involvert ledelsen på ulike nivå i organisasjonen i:
 - utarbeidelse av risikovurderinger,
 - tilpasninger til de enkelte tjenester
 - formalisering av rutiner
- Den overordna internkontrollen og internkontrollen i tjenester og virksomheter skal:
 - Inneholde beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
 - ansvars- og rapporteringslinjer på overordnet nivå og innenfor de ulike tjenesteområdene eller virksomhetene
 - Inneholde nødvendige, skriftlige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse i kommunen, som gjøres kjent og er tilgjengelige
 - Avdekke avvik, følge opp avvik og redusere risiko for avvik
 - Evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.
- Det skal rapporteres til kommunestyret om internkontroll og resultat av eventuelle statlige tilsyn

Følgende kriterier for problemstilling 2; Blir gjeldende regelverk og interne systemer for internkontroll fulgt opp i organisasjonen, og i særskilt grad i

- helse- og omsorgssektoren
- eiendom, kommunalteknikk og utvikling,

er utledet:

Kriteriene for å gjøre vurderinger av oppfølging av internkontroll vil være de samme som for den første problemstillingen, men her er det oppfølgingen av internkontrollen i tjenester som blir vurdert. Det vil særlig bli lagt vekt på samhandling mellom tjenester/virksomheter der det er nødvendig:

- Internkontrollen bør ivareta nødvendige ansvars- og rapporteringslinjer i tjenester og virksomheter og i samhandlingen på tvers av tjenester og virksomheter
- Kommunedirektørens veileder for internkontroll bør være kjent og følges i tjenester og virksomheter og i samhandlingen mellom tjenester og virksomheter:
 - Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for lettere å unngå alvorlige feil, uhell, ulykker og avvik.
 - Avvik skal registreres og behandles i Compilo, og behandles på lavest mulig nivå.
 - Avvik, og de bakenforliggende årsakene, bør evalueres og korrigeres
 - Månedsrapporter og årsrapport skal danne grunnlag for videre arbeid i kommunen og skal kunne avdekke om det er noen avvik som må håndteres på annet nivå enn i virksomheten.
 - Kultur for kvalitet

VEDLEGG 2 – UTTALELSE



Ann Kristin Sandvik <AnnKristin.Sandvik@froya.kommune.no>

Til: Anna Ølnes

Kopi: Bård Eidet <bard.eidet@froya.kommune.no>; + 1 til



to. 15.01.2026 08:00



Du videresendte denne meldingen to. 15.01.2026 09:28

Vis samtale

Hei,

Vi viser til den foreløpige rapporten fra forvaltningsrevisjon om internkontroll til uttalelse, jf. § 14, Forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

Vi har tatt en gjennomgang, og har ingen innspill til rapporten slik den foreligger.

Vennlig hilsen

Ann Kristin Sandvik

HR- leder

HR Avdelingen

ann.kristin.sandvik@froya.kommune.no

(+47)413 77 778

www.froya.kommune.no



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

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