



Forvaltningsrevisjon  
November 2024

# Overordnet system for internkontroll

Gol kommune

Viken  
kommunerevisjon



# Sammendrag

## Bestilling

Kontrollutvalget  
sak 18/21 - 10.11.21

## Formål

Formål med gjennomgangen har vært å vurdere i hvilken grad kommunen har et fungerende internkontrollsystem og om dette synes å kunne bidra til kvalitetsutvikling av kommunens tjenester.

## Problemstilling

- I hvilken grad er et overordnet system for internkontroll etablert, og i hvilken grad fungerer det overordnede internkontrollsystemet?

Rapporten evaluerer internkontrollsystemet i Gol kommune og gir anbefalinger for forbedringer.

## Konklusjon og oppsummering

### Konklusjon

Revisjonens konklusjon er at Gol kommune har etablert et overordnet system for internkontroll. En sentral del av systemet er kvalitetssystemet Compilo, som nylig er implementert.

Kommunen har hatt utfordringer knyttet til å implementere og ta i bruk det nye kvalitetssystemet, som blant annet har egne moduler for dokumenter (rutiner), risikovurderinger og avvikshåndtering. Alle relevante dokumenter er ikke tilgjengelig i kvalitetssystemet. Det er også noen mangler knyttet til rutiner og dokumentasjon for gjennomførte risikovurderinger på overordnet nivå. Kommunen har et samlet system for avviksrapportering, men en tydeligere rutine og praksis for å bruke avviksstatistikk til forbedrings og utviklingsarbeid burde imidlertid vært til stede.

### Oppsummering

- **Metode:** Prosjektet er gjennomført ved hjelp av dokumentanalyse, intervjuer med kommunedirektør og kommunalsjefer, samt en spørreundersøkelse blant ansatte.
- **Overordnet internkontroll:** Kommunedirektøren har etablert en kommuneorganisasjon med en klar ansvarsfordeling og gode kommunikasjonslinjer og en rekke overordnede styringsdokumenter.
- **Bruk av Compilo:** Kommunen har tatt i bruk Compilo som kvalitetssystem, men det mangler fortsatt mange dokumenter i systemet, spesielt innen områdene Oppvekst og kultur, og Samfunn og utvikling.
- **Risikovurderinger:** Risikovurderinger på overordnet nivå er ikke formalisert eller dokumentert, og det er varierende bruk av ROS-modulen i Compilo på avdelingsnivå.
- **Avvikshåndtering:** Kommunen bruker Compilo for å melde avvik, men det er behov for en tydeligere praksis for systematisk bruk av avviksstatistikk til forbedringsarbeid. De ansatte er godt kjent med rutiner for å melde avvik.

## Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale kommunedirektøren i Gol kommune å gjennomføre følgende:

- Utarbeide rutiner og dokumentere risikovurderinger både på overordnet nivå og i sektorene
- Sørg for at alle relevante dokumenter er tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem
- Sikre tilstrekkelig opplæring i systemet til ansatte
- Utnytte avviksrapporing i tilstrekkelig grad til utvikling og forbedringsarbeid.

## Metode og praktisk gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt i *"RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon"*.

Informasjonen som er presentert i dette prosjektet, er hentet inn gjennom dokumentanalyse og samtaler med kommunedirektør og kommunalsjefer. Det er videre gjennomført en spørreundersøkelse ved bruk av Questback. Undersøkelsen ble sendt til alle ansatte i kommunen basert på en oversikt over ansatte mottatt fra kommunen. Undersøkelsen ble sendt til 638 personer, det ble mottatt 152 svar. Dette gir en svarprosent på 23,8 %.

## Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene i dette prosjektet har vi i hovedsak benyttet kommuneloven<sup>1</sup>, og veiledere om internkontroll (Orden i eget hus KS 2020)

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Uttalelsen i brev av dd. mmmm 2024 er vedlagt rapporten.

---

<sup>1</sup> LOV-2018-06-22-83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

# Innhold

1.	Innledning.....	7
1.1.	Bakgrunn for prosjektet .....	7
1.2.	Formål og problemstillinger .....	7
1.3.	Avgrensning av undersøkelsen.....	7
1.4.	Beskrivelse av Gol kommune.....	7
2.	Metode .....	9
3.	Revisjonskriterier.....	10
4.	Overordnet internkontrollsystem.....	15
4.1.	Overordnet internkontroll .....	15
4.1.1.	Vurdering overordnet internkontroll.....	20
4.2.	Internkontrollsystem – Compilo .....	21
4.2.1.	Dokumentbibliotek .....	22
4.2.2.	Risikovurderinger.....	25
4.2.3.	Avvikshåndtering .....	27
4.2.4.	Vurderinger internkontroll system.....	33
5.	Samlede vurderinger, oppsummering og konklusjon .....	34
6.	Anbefaling .....	36
	Referanser .....	37
	Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmann, datert 26.november 2024.....	39
	Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon.....	40
	Vedlegg 3 – Metode .....	43

## Figuroversikt

Figur 1	Jeg er godt kjent med kommunens etiske retningslinjer (N = 148).....	17
Figur 2	Det er tydelig fordeling av ansvar og oppgaver i min avdeling/ enhet (N = 148) .....	18
Figur 3	Jeg får god nok oppfølging og veiledning av min leder. (N = 148).....	19
Figur 4	Krav og forventinger som stilles til ansatte blir fulgt opp av ledelsen. (N = 148).....	19
Figur 5	Vi har systemer og rutiner i min avdeling som sikrer at vi overholder lover og regler ved utførelsen av tjenestene. (N = 148).....	20
Figur 10	Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene (N = 148).....	26

Figur 11 Jeg er godt kjent med rutiner for å melde avvik. (N = 148)..... 31

## Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt over antall avvik .....29

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Gol kommune vedtok i sitt møte 24. mai 2022, sak 07/22, at Viken kommunerevisjon IKS (VKR) skulle gjennomføre en forvaltningsrevisjon av internkontrollen i kommunen.

Prosjektet er bestilt på bakgrunn av områder valgt ut i vedtatt plan for forvaltningsrevisjon og overordnet analyse for perioden 2020 – 2024.

## 1.2. Formål og problemstillinger

Prosjektets formål er å evaluere kommunens internkontroll. Internkontroll er kommunedirektørens kontroll for å fange opp risiko og svakheter i kommunens tjenesteproduksjon, før, under, og etter tjenesteleveransen.

I denne forvaltningsrevisjonen belyser vi følgende problemstilling:

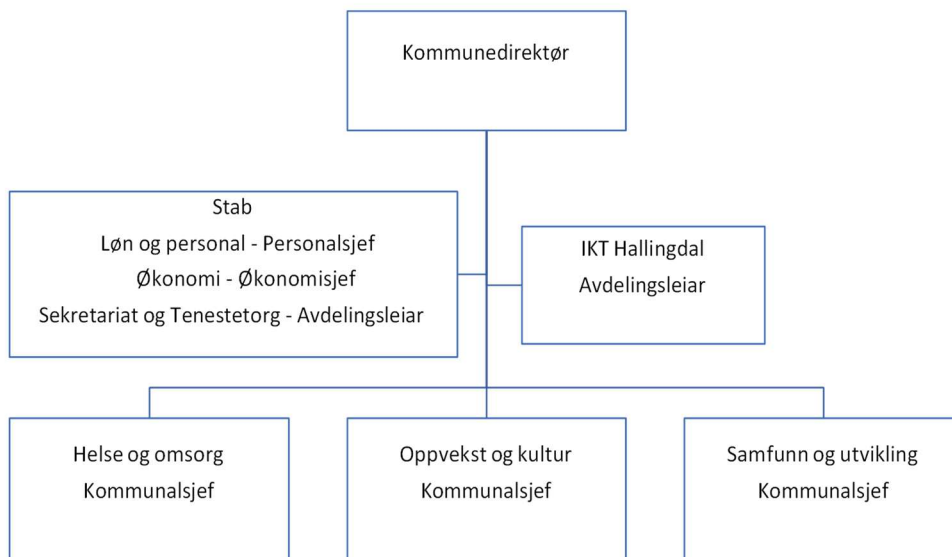
- I hvilken grad er et overordnet system for internkontroll etablert, og i hvilken grad fungerer det overordnede internkontrollsystemet?

## 1.3. Avgrensning av undersøkelsen

Gjennomgangen avgrenses til i hovedsak å se på sentrale rutiner i kommunen. Men det velges også ut tjenester/områder av kommunen som vi vurderer praksisen nærmere på. Gjennomgangen vil omfatte et utvalg av krav som skal/bør være med i et internkontroll/kvalitetssikringssystem for kommuner. Med de avgrensningene vi har gjort vil vi drøfte om kommunen synes å ha et tilfredsstillende internkontroll/kvalitetssikringssystem. Forslag til kriterier og metode beskrives nærmere i henholdsvis kapittel 3. Det presiseres at gjennomgangen ikke er altomfattende og at våre vurderinger vil bygge på de krav og områder vi har sett på.

## 1.4. Beskrivelse av Gol kommune

Figuren under viser Gol kommune sitt organisasjonskart.

Organisasjonskart Gol kommune 

Gol kommune er organisert med tre kommunalsjefer med ansvar for hver sin sektor. Under de tre sektorene ligger 13 avdelinger. Et mer detaljert organisasjonskart ligger på kommunen nettsider.



## 2. Metode

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon*<sup>2</sup> som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Samtlige revisorer som har deltatt i prosjektet er løpende vurdert å være uavhengige, habile og objektive, jf. RSK 001 punkt 3.

Vi har innhentet og analysert dokumenter fra kommunen, det er videre gjennomført intervjuer med kommunedirektør og kommunalsjefer. Det er skrevet referater fra intervjuene og disse er verifisert av de intervjuede.

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse, hvor spørreskjema er sendt til alle ansatte i kommunen. Undersøkelsen ble sendt til 638 personer 28. august 2024. Det ble gjennomført 2 purringer til de som ikke hadde svart. Totalt ble det mottatt svar fra i alt 148 personer. Dette tilsvarer i overkant av 23 %. Epostadresser ble mottatt fra Gol kommune. Det er gitt noen tilbakemeldinger på at personer som ikke har vært ansatt i kommunen ha fått undersøkelsen, bla. frivillige matombringer. Det er derfor grunn til å tro at den reelle svarprosenten er noe høyere. Vi vurderer at det høye antallet svar medfører at fordeling av svarene i undersøkelsen gir et godt bilde av de meninger som ansatte i Gol kommune har på området.

Vi har fått tilgang til kommunen kvalitetssystem Compilo. Vi har blant annet undersøkt hvilke dokumenter som er tilgjengelig i systemet. Innholdet i de enkelte dokumentene er ikke vurdert. Statistikk over meldte avvik har også blitt hentet fra systemet. Vi har fått demonstrert hvordan modul for ROS analyse fungerer i systemet.

Vi mener det er samlet inn et tilstrekkelig faktagrunnlag til å belyse problemstillingene og revisjonskriteriene.

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektøren har gitt uttalelse i e-post av 26. november 2024.

---

<sup>2</sup> Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

### 3. Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene<sup>3</sup> har vi i hovedsak benyttet kommuneloven<sup>4</sup>, Internkontrollforskriften<sup>5</sup> og utvalgte veiledere om internkontroll<sup>6</sup>.

Av kommuneloven §25-1 skal Kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Det er kommunedirektørens ansvar for at internkontrollen er systematisk tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, arbeidet skal med andre ord ikke være tilfeldig. Det må være fungerende rutiner for det løpende internkontrollarbeidet, som det jobbes med på en planmessig og systematisk måte. Det stilles imidlertid ikke krav til en bestemt systematikk, at det skal brukes noe bestemt system eller at det skal brukes IKT-basert styrings- eller avvikssystem.<sup>7</sup>

Ved internkontroll skal kommunedirektøren:

**a. utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering**

Det er nødvendig at kommunedirektøren ser til at det er en helhetlig oversikt over oppgaver, mål og organisering av kommunen. Kravet om å beskrive organiseringen omfatter å redegjøre for hvordan ansvar og oppgaver og myndighet er fordelt internt i kommunen. Dette kan for eksempel gjøres som en oversikt over lederstrukturer, rapporterings- og styringslinjer, delegering og funksjonsbeskrivelser.

**b. ha nødvendige rutiner og prosedyrer**

I henhold til loven kan rutinene og prosedyrene både være muntlige og skriftlige, men graden av skriftlighet vil avhenge av dokumentasjonskravet som er angitt i punkt d. Omfanget av nødvendige rutiner og prosedyrer må vurderes i sammenheng med de andre kravene i internkontrollbestemmelsen, og dette vil variere basert på en konkret vurdering av faktorer som risiko for avvik. Bestemmelsen indikerer indirekte at rutinene og prosedyrene må være kjent og tilgjengelige.

**c. avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik**

Kommunedirektøren har ansvaret for å både korrigere oppståtte feil og samtidig forebygge for fremtidige feil. Det er kommunedirektørens ansvar for å skaffe oversikt over områder i kommunen der det er fare for brudd på lover og forskrifter. Videre må det settes inn relevante forebyggende og risikoreducerende tiltak for å hindre og forhindre regelbrudd

**d. dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig**

Dokumentasjonskravet må vurderes ut ifra risiko. En høy risiko innenfor et tjenesteområde tilsier at rutiner og prosedyrer må skriftlig gjøres. Dokumentasjonskravet gjelder ulike deler av internkontrollen som systemer, rutiner, instruksjoner, samt gjennomføringen av krontoller og aktiviteter.

**e. evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.**

Kommunen skal evaluere effektiviteten av sin internkontrollpraksis, og eventuelle nødvendige forbedringer skal implementeres innenfor kommunens angitte tidsrammer, kostnadsbegrensninger og prioriteringer i kommunen.

---

<sup>3</sup> Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

<sup>4</sup> LOV-2018-06-22-83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

<sup>5</sup> FOR-1996-12-06-1127, Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)

<sup>6</sup> Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, Versjon 3, 2020.

<sup>7</sup> Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 25-1. Internkontroll i kommunen og fylkeskommunen

Loven stiller også krav til innholdet i den dokumenterte internkontrollen, for eksempel at det bør være på plass beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. KS peker på at dokumentasjonen bør «vise den formaliseringen som ligger til grunn for internkontrollen, blant annet at rutiner og retningslinjer finnes og at oppgave- og ansvarsforhold er avklart» (2020, 48).

Revisjonen legger til grunn at formalisering av internkontrollen stiller krav til at sentrale, sektorovergrepene reglementer, rutiner og prosedyrer er på plass, og at disse er dokumenterte, samlet og tilgjengelige.

Videre stiller loven krav til en systematisk internkontroll. KS peker på at en systematisk internkontroll «innebærer planlegging, oppfølging og vedlikehold, og dette krever ressurser». I bokstav e i kommunelovens § 25-1 stilles det krav til at kommunen skal evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer, men også andre internkontrolltiltak.

Revisjonen legger til grunn at en systematisk internkontroll stiller krav til at kommunens rutiner og prosedyrer til enhver tid skal være oppdaterte og relevante.

I veilederen til kommunal- og distrikts departementet, understrekes det viktigheten av kommunedirektørens systematiske arbeid med internkontroll. En tilfeldig og hendelsesbasert tilnærming anses ikke tilstrekkelig. Det kreves en planmessig og metodisk tilnærming, og omfanget av internkontrollen må være slik at den kan betegnes som systematisk. Departementet legger også vekt på behovet for tydelige ansvars- og rapporteringslinjer internt i kommunen. Videre fremhever veilederen betydningen av rutiner og prosedyrer for å sikre overholdelse av regelverket, disse kan praktiseres både skriftlig og muntlig. Når det gjelder dokumentasjonskravet i kommuneloven § 25-1, vil skriftlige prosedyrer og rutiner ofte være nødvendig. Risikovurderinger har også betydning. Kommunen må gjennomføre en konkret analyse av sannsynligheten for brudd på lover og forskrifter, samt vurdere konsekvensene av slike brudd og innenfor de enkelte delene av kommunens virksomhet.

KS beskriver i sin veileder for internkontroll at internkontrollen må integreres og tilpasses kommunens styringsmodell. Det er ikke nødvendig å etablere et særskilt internkontrollsystem. Det som er nødvendig er å sikre at styringsmodellen og det systematiske arbeidet som gjøres gir trygghet for at det er etablert tilstrekkelig internkontroll.<sup>8</sup>

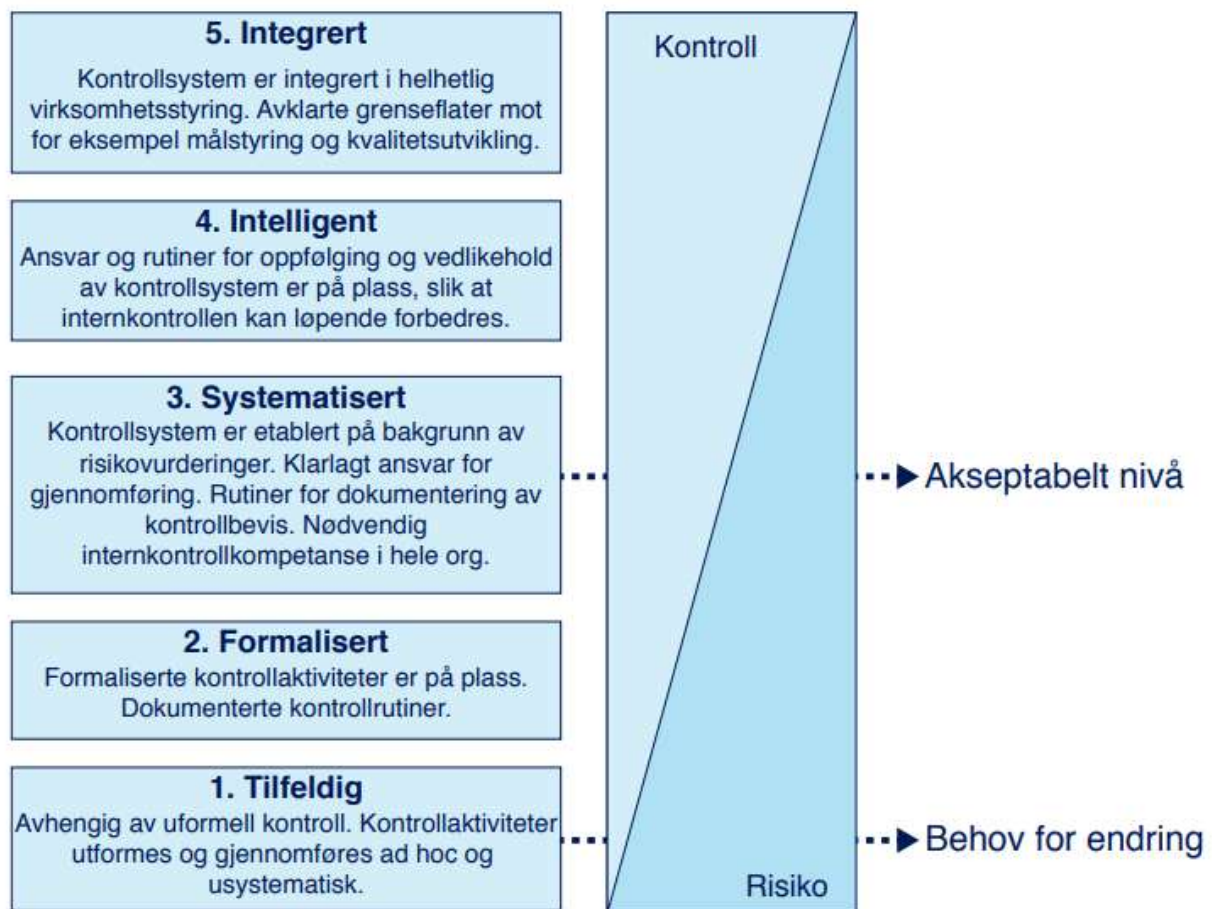
For at kommunen skal ha en betryggende internkontroll, er det tre vilkår som bør være til stede ifølge KS. Disse vilkårene kan fungere som en prioriteringshjelp for kommunene og hjelpe kommunene å jobbe strukturert. De tre vilkårene er at internkontrollen bør være risikobasert og formalisert, samtidig som det gjennomføres kontrollaktiviteter. En risikobasert tilnærming i internkontrollen bør fokusere på konkrete arbeidsprosesser med mål om å forebygge uønskede hendelser. Risikovurderinger for tjenester og virksomheter bør starte med arbeidsprosessene og ha et forebyggende perspektiv. For å oppnå effektiv internkontroll, er det nødvendig med en sammenheng mellom internkontroll, ledelse, og styring. God internkontroll krever systematisk arbeid, effektiv organisering, dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling for å forhindre lovbrudd og uønskede hendelser. Arbeidet med internkontroll skiller seg ikke fra annen ledelse. Det bør være toveis kommunikasjon, og informasjon bør flyte mellom ulike nivåer.

---

<sup>8</sup> KS (2020) Orden i eget hus s.28

Dette vil bidra til at virksomhetsstyring og internkontroll trekker i samme retning, slik at alle nivåer og virksomheter har felles plattform og forståelse for arbeidet og hele organisasjonen arbeider for realisering av felles mål.<sup>9</sup>

Å være bevisst på status for egen organisasjon er et godt utgangspunkt for et utviklings- og forbedringsarbeid. I veilederen til KS presenteres en modell som legger til grunn de ulike modenhetsnivåene i kommunen. Dersom kommunen styrker sin internkontroll, vil den bevege seg oppover i modellen. Modellen legger til grunn at kommunen blant annet må basere kontrollsystemet på risikovurderinger for at internkontrollen skal være på et akseptabelt nivå. Modellen er illustrert i figuren under.<sup>10</sup>



Det er ikke gitt at det er en direkte sammenheng mellom en formell internkontroll (IK) og en mer uformell internkontroll. Ansattes kunnskap og uformell internkontroll/kvalitetssikring kan gi god internkontroll. Men dersom internkontrollen ikke er formalisert, dokumentert og systematisert, vil det antagelig være økt risiko for at en ikke fanger opp at kvaliteten på tjenestene ikke utvikler seg opp mot ønsket og lovbestemt kvalitet. Det kan også være en større risiko for at feil og mangler oppdages for sent. Et fungerende

<sup>9</sup> KS (2020) Orden i eget hus. s. 37

<sup>10</sup> KS (2020) Orden i eget hus. s. 40

internkontrollsystem kan også bidra til å se årsaksforholdene til at feil og mangler oppstår, slik at en kan sette inn riktig tiltak mot dette. Internkontroll er prosessarbeid med vekt på læring og utvikling.<sup>11</sup>

Av kap. 10 i veileder fra KS framgår det at Den sektorovergripende internkontrollen er ment å bidra til styring og kontroll på områder som etikk, korrupsjon og misligheter, organisering, ansvar, myndighet og kompetanse. Det bør være samspill og knytninger mellom internkontroll og plan og styringssystemet, arbeidet med organisasjonskulturen, samt oppmerksomhet på bruk av erfaringer fra internkontrollen i en positiv læringsløype.

Den sektorovergripende internkontrollen gjelder hele kommunen og innbefatter blant annet overordnede reglement. Delegeringsreglementet utgjør en viktig del av internkontrollen ved at den klargjør ansvar. Samtidig bør rapportering være et viktig premiss ved delegering. Den som delegerer, gir ikke fra seg ansvar selv om noen andre overtar.

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, herunder de tre internkontrollmålsettingene: målrettet og effektiv drift overholdelse av lover og regler og pålitelig rapportering (DFØ 2020). KS skriver i sin veileder at «risiko kan forstås som produktet av sannsynlighet og konsekvens av en hendelse» (KS 2020, 64) Videre står det at kommunen trenger å ha en risikobasert tilnærming, for å ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, og hvorvidt etablerte tiltak og kontroller på en god nok måte reduserer risiko.

Risikovurderinger bør utføres både på overordnet, strategisk nivå, og på operativt tjenestenivå i kommunen (KS 2020, 46). KS viser til at en overordnet risikovurdering som et minimum bør være en vurdering av helheten i internkontrollen, hvor formålet er å identifisere og vurdere risikoer som kan ha betydning for om internkontrollen fungerer (KS 2020, 57). Vurderingen kan også legge vekt på hvorvidt sektorovergripende reglementer er på plass, om delegering og rapportering fungerer tilfredsstillende og hvorvidt tjenester og støtteprosesser har en risikobasert internkontroll med etablerte rutiner.

Revisjonen legger til grunn at kommunen skal ha rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på overordnet nivå, at risikovurderingene blant annet omfatter helheten i systemet for internkontroll og bygger på risikovurderinger på de ulike tjenesteområdene.

I kommuneloven § 25-1 bokstav c. framgår det at kommunedirektøren skal «avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik». Et godt system for avvikshåndtering skal bidra til at tiltak iverksettes, og gi læring i organisasjonen, noe som minsker risiko for at lignende situasjoner oppstår på nytt (KS 2020). Revisjonen legger derfor til grunn at det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp. Veileder beskriver videre at avviksrapportering har liten verdi dersom den ikke representerer noe annet enn en datastrøm inn, eller årlige oppsummeringsrapporter til kommunedirektøren eller kommunestyret. Merverdien i form av styrket

---

<sup>11</sup> KS (2020) Orden i eget hus. s. 40

internkontroll oppstår først når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid.

## 4. Overordnet internkontrollsystem

Dette kapitlet fokuserer på følgende problemstilling:

- I hvilken grad er et overordnet system for internkontroll etablert, og i hvilken grad fungerer det overordnede internkontrollsystemet?

Til denne problemstillingen har vi med henvisning til kapittel 3, utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen bør ha et helhetlig internkontrollsystem som sikrer at rutiner og prosedyrer er:
  - samlet
  - tilgjengelige
  - oppdaterte
- Ansvarsforhold bør være tydelige
- Kommunen bør ha et etisk regelverk på plass, som er kjent for de ansatte
- Kommunedirektøren skal minst en gang i året rapportere om internkontroll til kommunestyret
- Kommunen bør ha dokumenterte rutiner for risikovurderinger på overordnet nivå.
- Risikovurderinger på overordnet nivå bør dokumenteres
- Det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik skal meldes og følges opp.
- Avvik bør benyttes i arbeidet med jevnlig å evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet

### 4.1. Overordnet internkontroll

Dette delkapitlet omhandler en rekke forutsetninger for god internkontroll, som ansvarsfordeling, ledelsen, etiske regelverk og rapportering til kommunestyret om internkontroll. Disse områdene må være på plass uavhengig av om kommunen benytter et eget internkontrollsystem eller ikke. Det neste kapitlet omhandler kommunens implementering av kvalitetssystemet Compilo.

Kommunedirektør opplyser at Gol kommune har mange systemer, rutiner og planer som knyttes opp mot kommunens internkontroll. Kommuneplanens samfunnsdel er et overordnet dokument som gir føringer for kommunens drift. Delegeringsreglementet er viktig når det gjelder fordeling av ansvar og

oppgaver, kommunen benytter KF<sup>12</sup> sitt digitale system. Compilo er kommunens nye kvalitetssystem. Systemet skal bla. samle alle rutiner og prosedyrer i et dokumentbibliotek.

Kommunedirektøren gir en beskrivelse av internkontrollen i årsmeldingen for 2023, og forklarer at internkontrollen blant annet skal sikre kvalitet og effektivitet i tjenestene, Helhetlig styring og riktig utvikling og etterlevelse av lover og regler. Kommunedirektøren viser også til de overordnede styringsdokumentene kommunen har blant annet delegeringsreglement, arbeidsgiverpolitisk plattform, reglement for folkevalgte organer, økonomireglement, innkjøpsreglement, etiske retningslinjer, databehandleravtaler og hovedplan for arkiv.

Kommunedirektør har opplyst at det ikke rapporteres til kommunestyret på overordnet internkontrollen utover det som framgår av årsmeldingen.

Kommunalsjefene rapporterer hver mnd. gjennom Framsikt til kommunedirektør. Denne rapporteringen omhandler i hovedsak økonomi og bla. sykefravær. I tertialrapporter framgår bla. avvik, avvikene er gjennomgått i medbestemmingsmøter og kvalitetsråd

Kommunedirektør har opplyst at økonomireglement, finansreglement og delegeringsreglementet er under revidering og er planlagt endelig vedtak i kommunestyremøte 10. desember.

Administrasjonen har utarbeidet en etikk plakat den er revidert i 2023 og vedtatt i kommunestyret i juni 2023. Dato for revidering og vedtak i kommunestyret framgår imidlertid ikke.

Det framgår av etikkplakaten at tilsatte og folkevalgte skal følge gjeldende lover og avtaler og retningslinjer, og at alle handlinger skal tåle offentlighetens lys. Følgende temaer er berørt:

- Ivaretaking av eit inkluderande arbeidsliv
- Informasjon og ytringar
- Gåver og personleg fordelar
- Miljø og berekraft
- Habilitet/ interessekonflikt
- Lojalitet
- Kjøp av varer og tenester
- Forhold til innbyggjarar
- Teieplikt og fortruleg informasjon
- Varsling og kritikkverdige forhold
- Bruk av kommunen sine ressursar og utstyr.

Det er i tillegg utarbeidet retningslinjer for bruk av sosiale medier, disse er utarbeidet felles for Hallingdalskommunene.

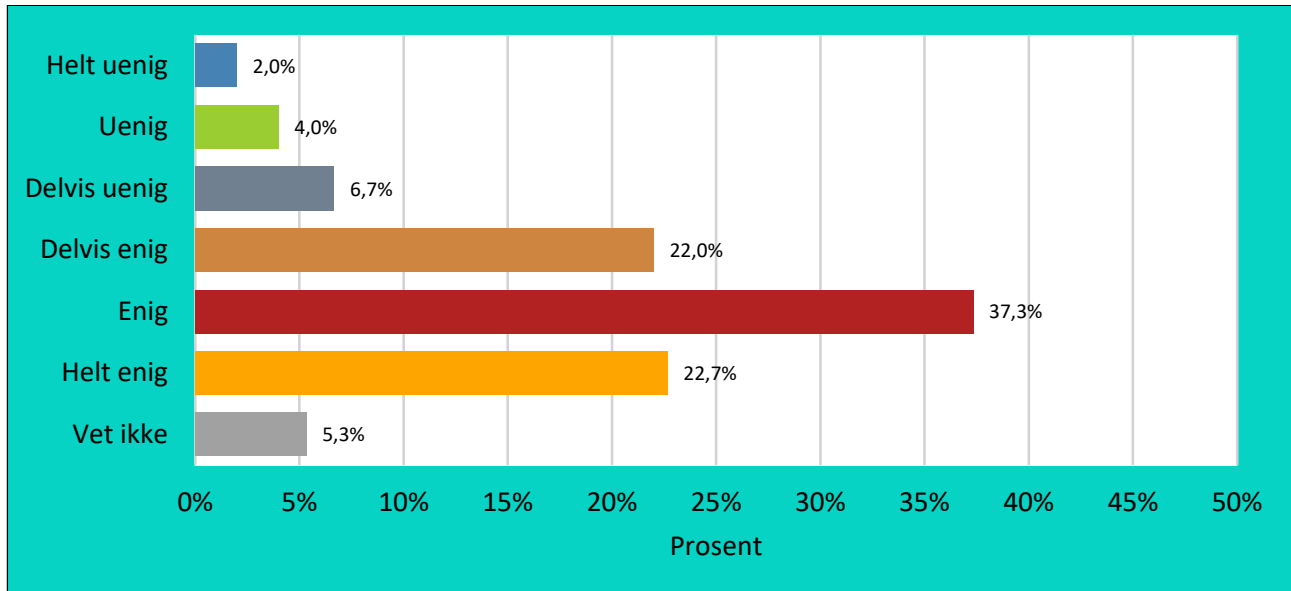
---

<sup>12</sup> Kommuneforlaget



I spørreundersøkelsen til ansatte ble det stilt spørsmål om etikk. På spørsmål om hvor godt kjent man er med kommunens etiske retningslinjer er følgende svar gitt:

Figur 1 Jeg er godt kjent med kommunens etiske retningslinjer (N = 148)



Diagrammet viser at de aller fleste er på den positive delen av skalaen. I underkant av 13 % svarer på den negative siden av skalaen. Samtidig er det 5% som har svart vet ikke. Det betyr at om lag 18 % oppgir at de har liten eller ingen kjennskap til de etiske retningslinjer i kommune.

På spørsmål om det er jevnlig diskusjoner rundt etikk og etiske dilemmaer i avdelingen svarer om lag 62 % at de er delvis enig til helt enig i dette. Om lag 19% er uenig i at dette gjennomføres. Det gis omtrent de samme svarene på spørsmålet om kommunens ledelse har fokus på etiske problemstillinger.

### Interne møter

Kommunalsjefer opplyser at det er faste møter med kommunedirektør hver uke, i tillegg gjennomføres det løpende samtaler med kommunedirektøren ved behov. Det er i tillegg to felles ledermøter i året der kommunedirektørteamet og alle avdelingsledere i kommunen møtes

Alle kommunalsjefer opplyser at det gjennomføres jevnlig interne møte med avdelingslederne. Det er faste temaer som bla. status siden sist møte, økonomi, fravær osv. Helse og omsorg har møte hver uke mens Oppvekst og kultur og samfunn og utvikling har møter hver måned. Alle opplyser at det er jevnlig uformell dialog med avdelingene når det er behov for dette.

Det er fast møte i ledergruppa hver uke hvor aktuelle saker gjennomgås. Det rapporteres hver mnd.. i Framsikt dette gjelder i hovedsak på økonomi og sykefravær. Tertialrapporter er mere omfattende rapportering, bla. avvik omtales her. I tillegg til kommunalsjefer deltar også økonomisjef og personalsjef på de faste ukentlige møtene.

Kommunedirektør har opplyst at det gjennomføres medbestemmelsesmøter hver sjette uke her gjennomgås blant annet arbeidsmiljø, arbeidstakerpolitikk, men også en gjennomgang av avvik.

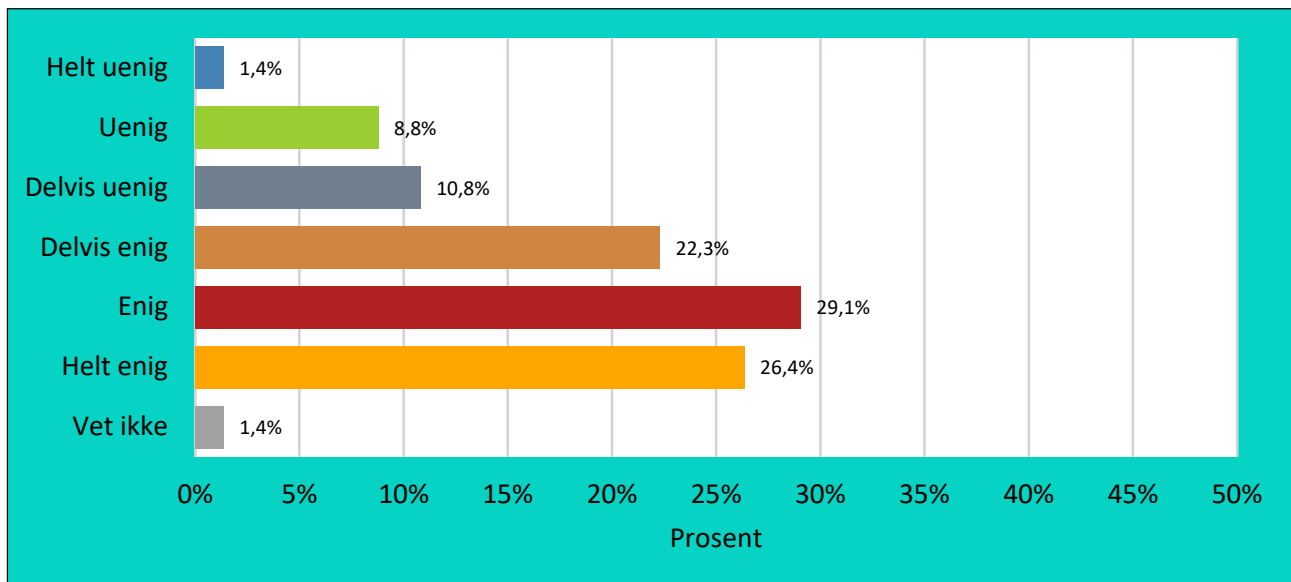
Kommunedirektør oppgir at kommunen de siste årene har hatt stort fokus på utvikling av lederkompetanse og organisasjonsbygging internt. Et utvalg avdelingsledere har nylig gjennomført et eksternt ledelseskurs. Kommunalsjef Helse og omsorg oppgir også at kommunen har jobbet mye med organisering og lederstruktur.

### Spørreundersøkelse

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt en del spørsmål rundt ansvarsfordeling og oppfølging.

På spørsmål om det er en tydelig fordeling av ansvar og oppgaver i avdelingen ble følgende svart:

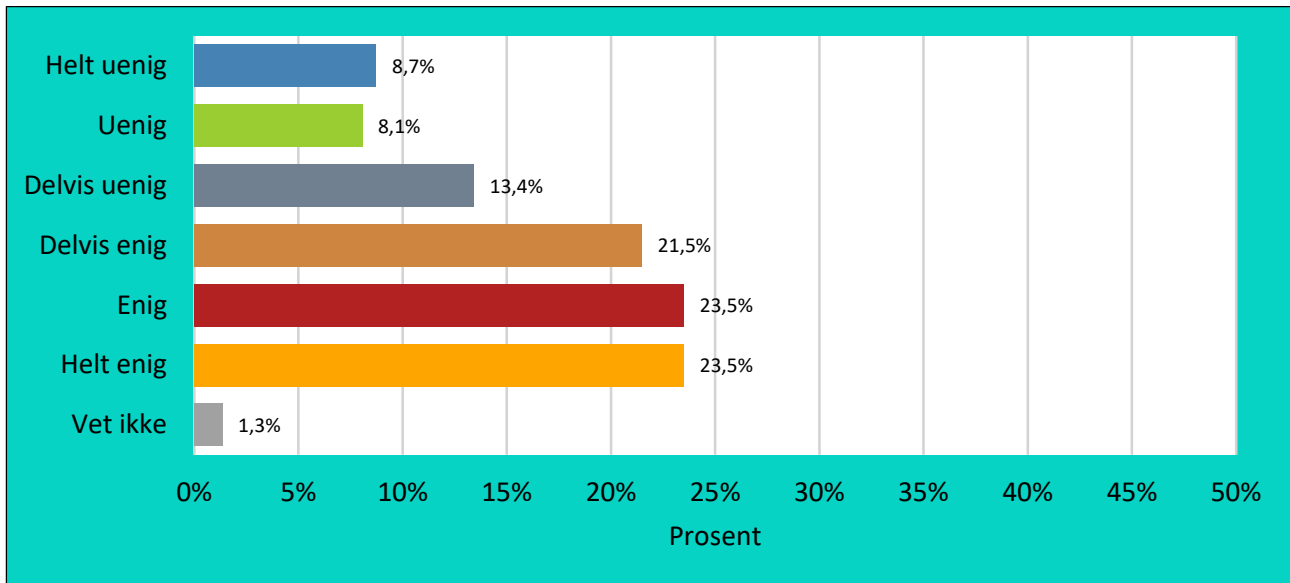
Figur 2 Det er tydelig fordeling av ansvar og oppgaver i min avdeling/ enhet (N = 148)



Av diagrammet ser vi at de aller fleste (77,8 %) er på den positive delen av skalaen. Vi registrerer likevel at det er om lag 10 % som er uenig og helt uenig i dette.

På spørsmål om ansatte får nok oppfølging og veiledning av leder har de ansatte svart:

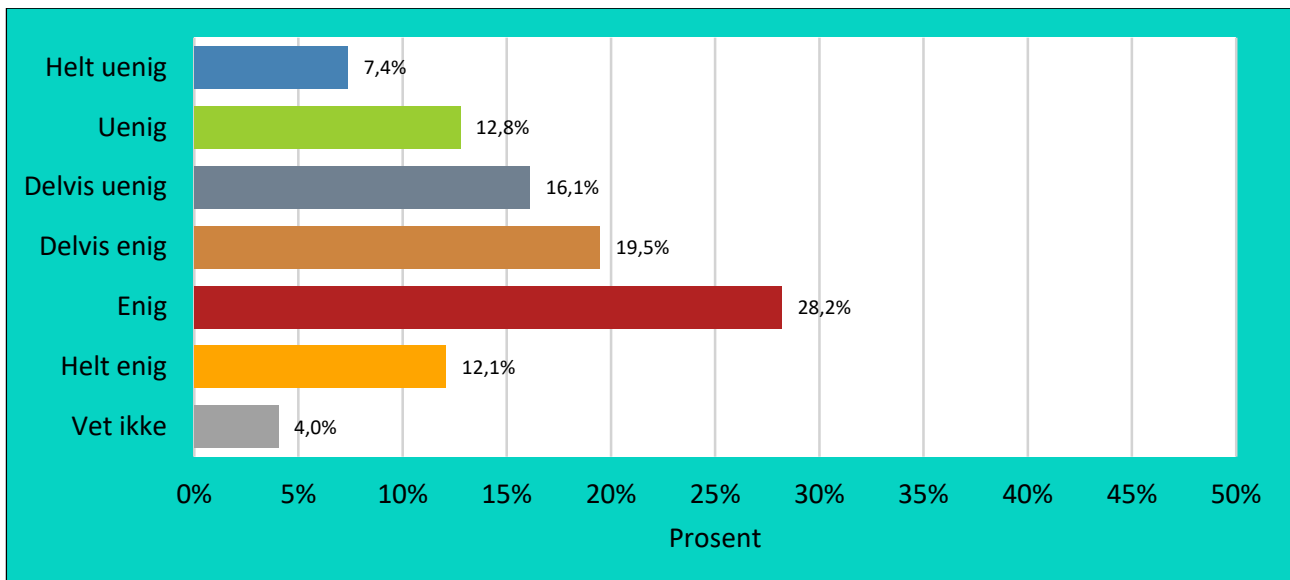
Figur 3 Jeg får god nok oppfølging og veiledning av min leder. (N = 148)



Diagrammet viser at svarene i hovedsak er på den positive delen av skalaen. 47 % har svart at de er enig eller helt enig i at de får god nok oppfølging av leder. Det er likevel en del som ikke er fornøyd, om lag 17 % svarer at de er uenig eller helt uenig i dette.

På spørsmål om krav og forventninger som blir stilt til ansatte blir fulgt opp av ledelsen er svarene som følger:

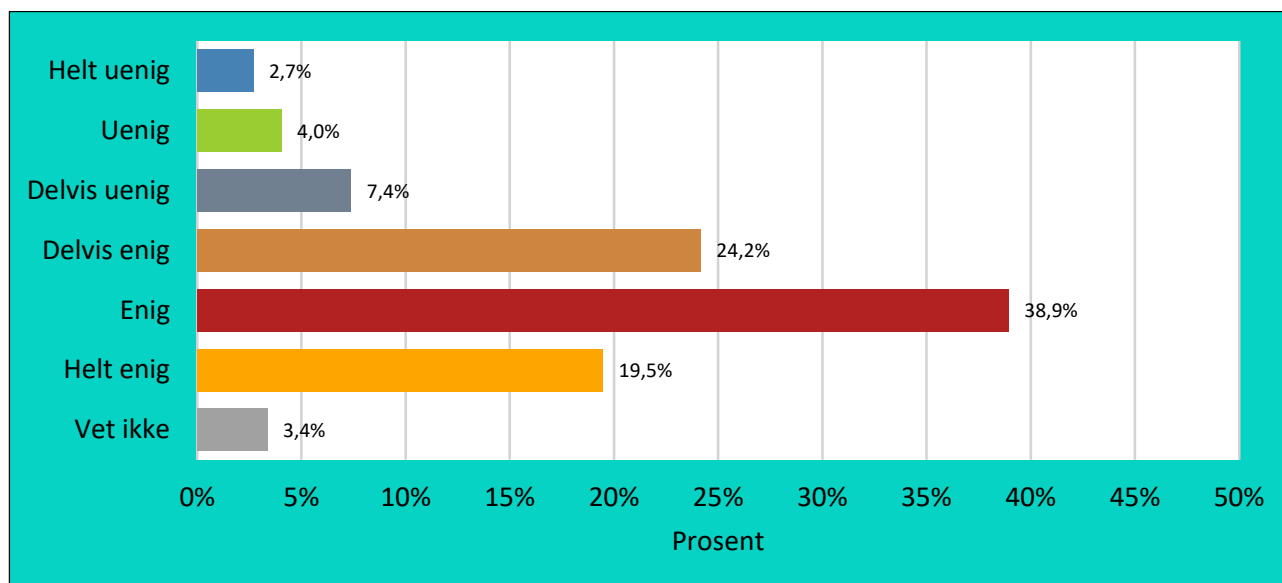
Figur 4 Krav og forventninger som stilles til ansatte blir fulgt opp av ledelsen. (N = 148)



Diagrammet viser at hovedtyngden av svarene igjen ligger på den positive delen av skalaen. Det er likevel over 20% som helt uenig eller uenig i at ledelsen følger opp de ansatte i tilstrekkelig grad.

På spørsmål om kommunen har systemer og rutiner som sikrer at lover og regler overholdes er følgende svar gitt,

Figur 5 Vi har systemer og rutiner i min avdeling som sikrer at vi overholder lover og regler ved utførelsen av tjenestene. (N = 148)



Diagrammet viser at de aller fleste mener at kommunen har tilstrekkelig med systemer og rutiner som sikrer at lover og regler overholdes. Vi registrerer likevel at det er i overkant at 14 % som ikke er enig i dette.

#### 4.1.1. Vurdering overordnet internkontroll

Revisjonen mener det er positivt at kommundirektøren har etablert en kommuneorganisasjon med en klar ansvarsfordeling og gode kommunikasjonslinjer og en rekke overordnede styringsdokumenter. Kommunedirektøren redegjør også utfyllende om den overordnede internkontroll i årsrapporten til kommunestyret.

Revisjonen mener det er positivt at det er utarbeidet etiske retningslinjer gjennom en etikk plakat, men det burde vært angitt når denne var revidert og vedtatt av kommunestyret. Det er også positivt at de fleste ansatte opplyser at de er godt kjent med reglementet. Etske holdninger er en viktig del av kommunen internkontroll.

## 4.2. Internkontrollsystem – Compilo

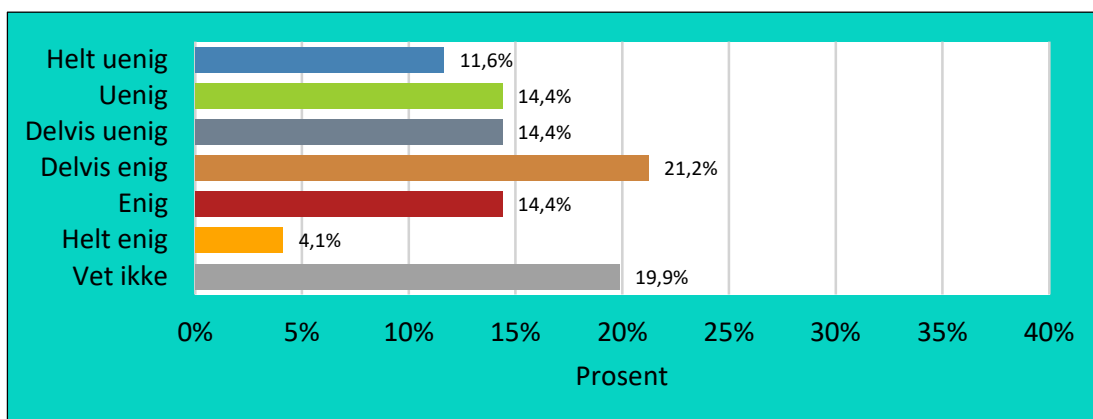
Gol kommunen har, sammen med de andre Hallingdalskommunene, tatt i bruk Compilo som helhetlig kvalitetssystem. Gol implementerte systemet sommeren 2023. Systemet inneholder fire moduler, dokumentbibliotek, avviksmodule, risikoanalyse og årshjul. Kommunedirektør opplyser at kommunen først har kommet fullt i gang med bruken av systemet i årsskifte 2023/24. Det er gjennomført opplæring av ansatte i hele kommunen, noen bruker systemet mere enn andre. Systemet brukes ikke godt nok enda i hele kommunen, men kommunen er på rett vei.

Kommunalsjefene for Oppvekst og kultur og Samfunn og utvikling opplyser også at det gjenstår fortsatt noe arbeid for å få lagt inn alle relevante dokumenter i Compilo.

I dokumentbiblioteket i Compilo for hele organisasjonen skal det finnes rutiner, reglement, håndbøker, skjema og planer som den ansatte har behov for.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen til alle ansatte i kommunen ble det stilt spørsmål om opplæringen i Compilo. Spørsmålet ble stilt som påstanden, *opplæringen i Compilo har vært god*. I diagrammet under vises svarene:

Figur 6 Opplæringen har vært god. (N = 148)



Av diagrammet ser vi at det stort sprik i hva de ansatte svarer i forhold til om opplæringen har vært god. Det er om lag 20% som har svart vet ikke. Om dette betyr at de ikke har fått opplæring eller ikke kan vurdere om den er god eller ikke er vanskelig å tolke. Om lag 40 % av de som har svart er på den negative siden av skalaen.

Vi stilte også spørsmål om Compilo er et nyttig hjelpemiddel for å nå mål og ivareta lovpålagte oppgaver. De fleste (48%) har svart at de er enig eller delvis enig i dette. Om lag 5 % er uenig eller helt uenig i dette. Vi registrerer også at veldig mange ikke har noen formening om dette, i underkant av 30% har svart vet ikke på spørsmålet.

### 4.2.1. Dokumentbibliotek

Dokumentbiblioteket i Compilo er delt inn i mappene, ledelsesprosesser, tjenesteområder, og støtteprosesser.

Ledelsesprosesser består av:

- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Overordna planer
- Lov og forskrifter
- Styringsdokument, reglement og retningslinjer
- Informasjonssikkerhet og personvern

Tjenesteområder består av:

- Samfunn og utvikling
- Kommunedirektør og stab
- Oppvekst og kultur
- Helse og omsorg
- NAV

Støtteprosesser består av:

- Lønn og personal
- IKT
- Økonomi
- Saksbehandling og journalføring
- Internservice

#### Ledelsesprosesser

Gjennomgang av Compilo viser at ikke alle de overordna styringsdokumentene er tilgjengelig i systemet enda. Eksempler på overordnede styringsdokumenter, som ikke var tilgjengelig er blant annet økonomireglement, innkjøpsreglement og hovedplan for arkiv. Eksempler på dokumenter som er tilgjengelig er personalhåndbok og personvernhandbok.

#### Tjenesteområder

Vår gjennomgang av mapper under tjenesteområdene i Compilo viser på gjennomgangstidspunktet at det var flere mapper hvor det ikke var dokumenter eller svært få dokumenter. Gjennomgangen viste at det var på området helse og omsorg hvor dokumentbiblioteket framsto som mest komplett.

Revisjonens gjennomgang viser likevel at det mangler rutiner i de fleste sektorer /områder. I området Samfunn og utvikling er det fem undermapper, hvorav en ikke inneholder noen dokumenter. I området Kommunedirektør og stab er det fire undermapper, og en av dem inneholder ingen dokumenter. Totalt er

det seks dokumenter i dette området. I området Oppvekst og kultur er det fire undermapper, og to av dem inneholder ingen dokumenter. I området Helse og omsorg er det seks undermapper, og noen av dem inneholder et betydelig antall dokumenter, mens andre ikke inneholder noen. Det er også undermapper under alle de ovennevnte områder, som ikke inneholder dokumenter

Kommunalsjef Helse og omsorg opplyser at kommunen har en kvalitetsrådgiver, som gjennomgår alle nye rutiner og prosedyrer på området, samt oppdaterer gamle ved behov. Kvalitetsrådgiver har hatt ansvaret for å overføre dokumenter til Compilo. Nye rutiner skal også godkjennes i kvalitetsrådet. Det er opplyst at det er noen mangler på dokumenter i Compilo som vedrører institusjoner.

Kommunalsjefene for oppvekst og kultur og Samfunn og utvikling har også opplyst at det det står noe igjen når det gjelder å få lagt alle dokumenter inn i Compilo på sine områder. Det antas at det vil kunne ta 6 mnd. før dette er ajour. Den enkelte avdeling må vurdere hvilke dokumenter som skal legges inn i systemet. Det har ikke vært avsatt dedikerte ressurser til dette arbeidet, det må løses innen den daglige aktiviteten. Ambisjonene var opprinnelig at dette skulle være på plass mye tidligere, men uforutsette hendelser som bla. uværet Hans og vakante stillinger har forsinket prosessen med implementeringen. Kommunalsjef samfunn og utvikling har påpekt at sektoren har små og sårbare fagmiljøer som blir en utfordring ved vakanser.

### Støtteprosesser

I dokumentbiblioteket er det fem mapper som er definert som støtteprosesser. Det det er opprettet enkelt undermapper under disse fem mappene. Det varierer hvor mange dokumenter det er i de enkelte mapper. For enkelte mapper er det et betydelig antall dokumenter, mens det i en mappe ikke var lastet inn dokumenter.

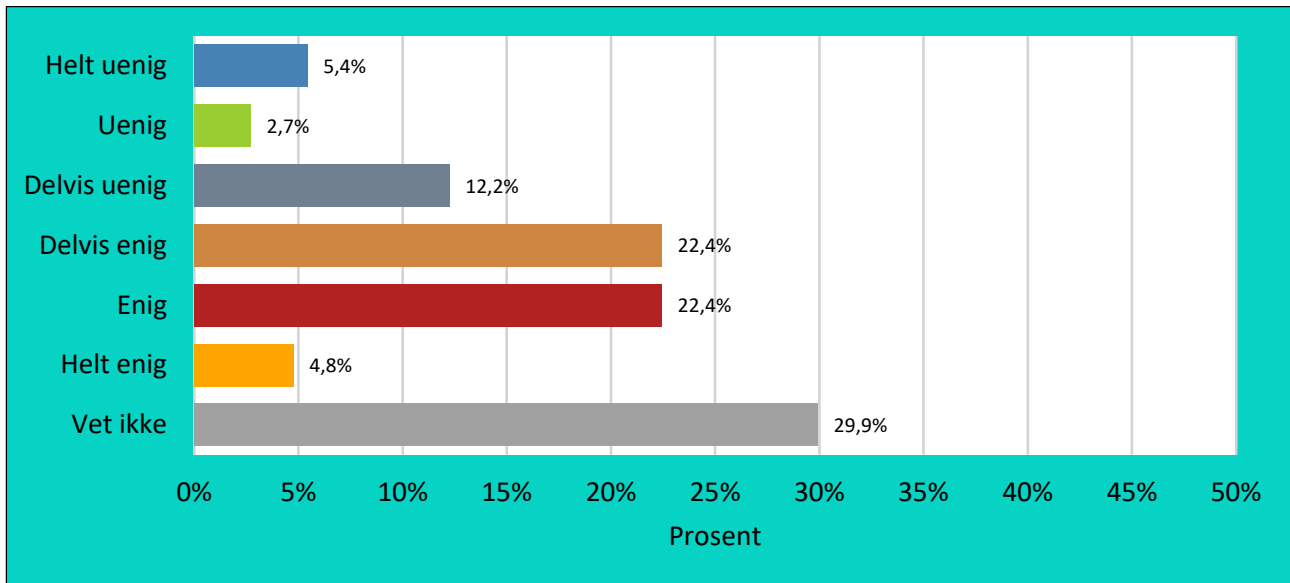
Kommunalsjefer oppgir at det det er mange stab og støttefunksjoner i kommunen. Mange rutiner i Compilo gjelder slike støttefunksjoner, dette brukes aktivt av de ansatte og anses å være nyttig.

### Rutiner/ prosedyrer

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt en del spørsmål rundt Copilo og kommunens rutiner og prosedyrer.

På spørsmål om de viktigste rutiner og prosedyrer er tilgjengelig i Compilo ble følgende svar gitt:

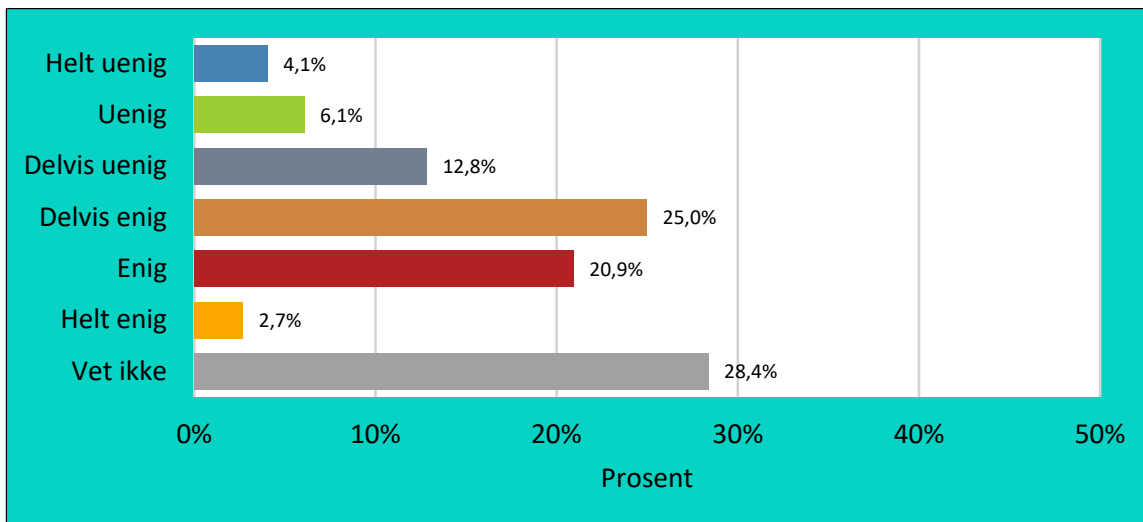
Figur 7 De viktigste rutiner og prosedyrer er nedfelt skriftlig og er tilgjengelig i Compilo. (N = 148)



Diagrammet viser at om lag 30% har svart vet ikke på spørsmålet. Hovedtyngden (45%) av de som har svart er enig eller delvis enige at de viktigste prosedyrer er tilgjengelig i systemet. Vi registrerer også at om lag 20% av svarene er i den nedre del av skalaen.

På spørsmål om det er utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer er følgende svar gitt:

Figur 8 Figur: Det er utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer. (N = 148)

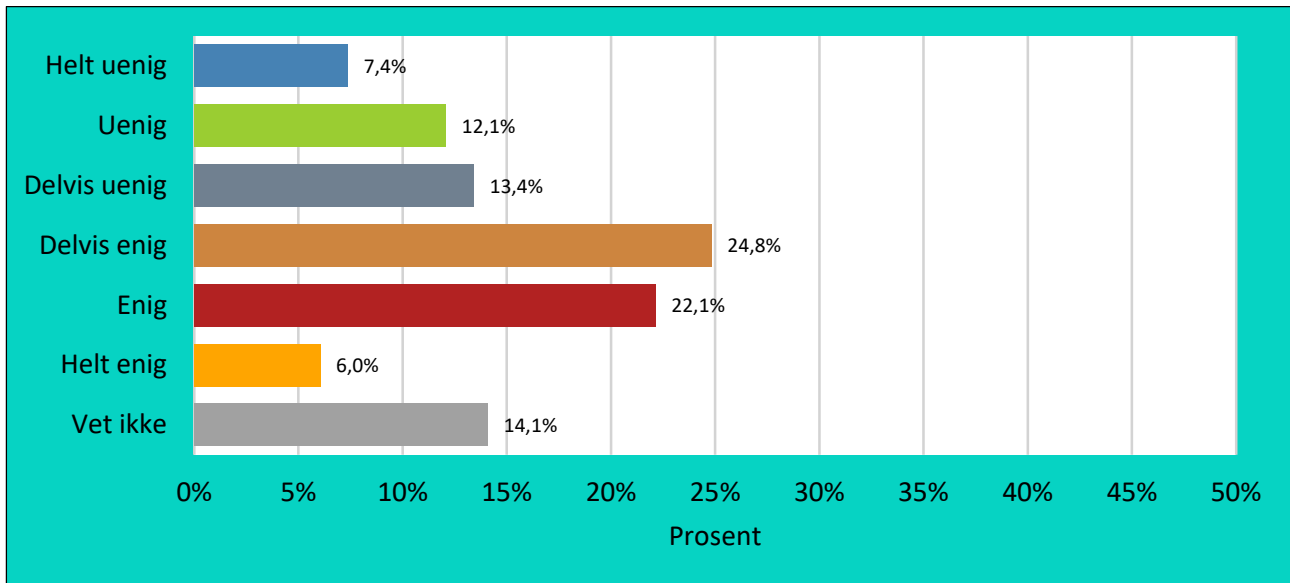


Av diagrammet ser vi fordelingen av svarene er omtrent som figur 8 viser. I underkant av 30% har ingen formening om dette mens litt under halvparten er delvis enig eller enig i at det er tilstrekkelig med prosedyrer. Om lag 23% er uenig i dette.

På spørsmål om ansatte er godt kjent med relevante dokumenter i Comilo ble følgende svart:



Figur 9 er godt kjent med relevante dokumenter i Compilo. (N = 148)



Diagrammet viser at de ansatte er delt i hvor godt de er kjent med relevante dokumenter i Compilo. Om lag 53 % er på den positive delen av skalaen mens 33 % er på den negative siden. De resterende 14 % har svart vet ikke på spørsmålet.

I spørreundersøkelsen ble det gitt mulighet til å komme med kommentarer til spørsmålene omkring Compilo. Det er bla. påpekt at overføringen av eldre rutiner burde vært satt mere i system, de nyeste rutinene er prioritert. Det betyr at ikke alle rutiner er på plass enda. Det var veldig fokus ved forarbeidene, mindre fokus nå. Når systemet ikke blir brukt jevnlig blir det glemte, må ha oppfriskningskurs.

#### 4.2.2. Risikovurderinger

Kommunedirektør opplyser at det gjennomføres risikovurderinger på overordnet nivå, men dette er ikke formalisert eller dokumentert. Det rapporteres på måloppnåelse i kommuneplanens samfunnsdel.

Gol kommune har tatt i bruk modul for ROS i Compilo, avdelingsleder SOT<sup>13</sup> opplyser at det varierer i hvilken grad denne brukes på de enkelte avdelinger. Det er Helse og omsorg som bruker modulen mest. I Helse og omsorg har kommunen også kapasitet i stab som er behjelpelig med bruken av systemet og utarbeidelse av ROS analyse. Systemet har en mal som ansatte kan ta utgangspunkt i. Her ligger det faste punkter som skal gjennomgås. Det bestemmes hvilke deltagere som skal være med i utarbeidelsen. Alle deltagere vurderer risiko på de risikofaktorer som er beskrevet. Den generelle risikoen vil da være gjennomsnitt av risiko fra alle deltagere.

<sup>13</sup> Sekretær og tjenestetorg

Både avdelingsleder for ESIF<sup>14</sup> og Avdelingsleder for SOT er av den oppfatning at Compilo har gitt kommunen et bedre helhetlig system der ROS analyse er en nyttig del. Begge har Inntrykk av at modulen tas mere og mere i bruk i kommunen. Alle ledere har fått opplæring i bruk av modulen.

Avdelingsleder for SOT har opplyst at plikten til å gjennomføre ROS ligger som krav i flere lovverk. Lederne skal selv ha oversikt over hvilke faktorer som utløser krav om ROS innenfor sitt fagområde. Tidligere ROS er gjennomført i det gamle kvalitetssystemet Risk Manager, eller ved hjelp av andre maler. Det er ikke noe krav til hvilket verktøy som skal brukes så det kan være valgt ulike verktøy til gjennomføringen tidligere. Dette var også noe av årsaken til at kommunen valgte Compilo som kvalitetssystem. Her er det en samlet oversikt og man kan enklere standardisere maler og verktøy som ledd i den helhetlige styringen. Arkivplanen beskriver også hvordan ROS analyser skal behandles og arkiveres.

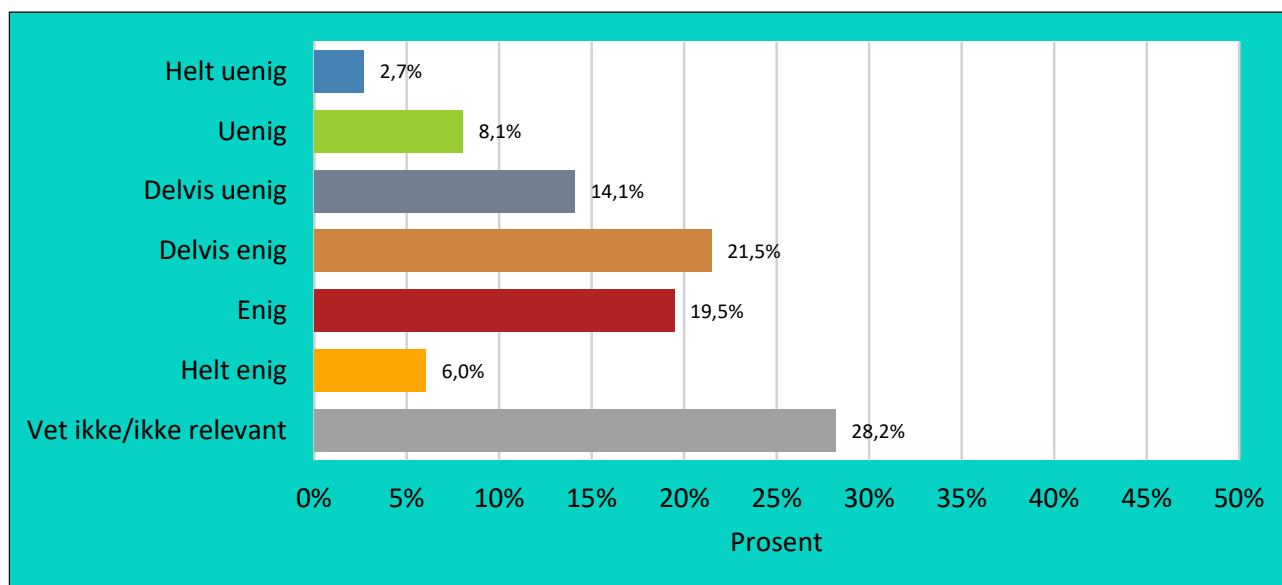
Kommunalsjef samfunn og utvikling oppgir at kommunen gjennomfører risikovurderinger der det er lovkrav om dette, på andre områder gjennomføres det risikovurderinger på en mindre formell måte.

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt spørsmål omkring mål og risikovurderinger.

På spørsmål om det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene er følgende svar gitt:

Figur: Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene

Figur 60 Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene (N = 148)



Av diagrammet ser vi at det er en stor andel av de ansatte som ikke har noe kunnskap om risikovurderinger og som har svart «vet ikke» på spørsmålet. I overkant av 47% av de som har svart er

<sup>14</sup> Stabsleder helse og omsorg

enige eller delvis enige. På spørsmål om det er utarbeidet tiltak for å møte de risikoområder som er avdekket er litt over halvparten (55,7%) av de som har svart ening at dette er gjort.

### 4.2.3. Avvikshåndtering

#### System for å melde og følge opp avvik

Gol kommune bruker også systemet Compilo for å melde avvik. Systemet ble implementert sommeren 2023, men kommunedirektør har opplyst at kommunen har tatt det i bruk for fullt fra årsskifte 2023/24.

Det er utarbeidet rutine for melding, håndtering og korrigerende avvik. Av rutinen framgår det at den som oppdager et avvik, en feil eller mangel skal snarest mulig varsle fra til nærmeste overordnede ved å bruke avvikssystemet. I rutinen framgår at avvik er tilfeller som ikke er i samsvar med:

- Lover
- Forskrifter
- HMS- målsettinger
- Interne rutiner og instruksjoner

Eksempler på avvik:

- Nestenulykker
- Branntilløp
- Manglende bruk av verneutstyr
- Manglende gjennomføring av vernerunde etc.
- Arbeidsulykker og personskader.

Gol kommune har også utarbeidet rutine for varsling, her framgår det at å varsle er å si ifra om kritikkverdige og kanskje straffbare forhold i Gol kommune. Det skilles mellom retten til å melde om kritikkverdige forhold og plikten til å melde om kritikkverdige forhold. Kritikkverdige forhold i retningslinjen er ment om forhold som er i strid med rettsregler, kommunens etiske retningslinjer eller etiske normer.

- Fare for liv og helse
- Fare for klima og miljø
- Korrupsjon og annen økonomisk kriminalitet
- Myndighetsmisbruk
- Uforsvarlig arbeidsmiljø. Brudd på arbeidsmiljøloven
- Brudd på personopplysningssikkerheten.

Kommunedirektøren opplyser at det er blitt jobbet mye med forståelsen blant de ansatte om hva som er et avvik, hun er av den oppfatning at de det er blitt en god bevissthet i organisasjonen om hva som er et avvik.

Kommunedirektør opplyser at avvik gjennomgås i AMU gjennom behandling av HMS, vernerunder og kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø. Årlig oversikt over avvik blir brukt som læringspunkter i møter og man diskuterer hvordan disse skal følges opp. Avdekkes «systematiske» avvik blir dette tatt tak i. Kommunedirektør opplyser også at avvik for hver etat gjennomgås i medbestemmelsesmøter og i kvalitetsråd. Kommunedirektør opplyser også at ledermøter hver uke er en arena hvor også avvik et tema. Avvik skal løses på laveste nivå og det er sjelden at avvik kommer opp til kommunedirektøren. Eventuelle avvik som kan komme til kommunedirektør er tiltak som kan ha budsjettmessige konsekvenser som ikke kan løses i avdelingene. Kommunalsjefene er også av den oppfatning at gjennomgang av avvik kan gi nyttig læring og forbedring.

Kommunalsjef Helse og omsorg opplyser at ledere selv har tilgang til avvik for sine avdelinger. Statistikk blir gjennomgått på medbestemmelses møter i avdelingene. Kommunalsjefen opplever at de ansatte har fått god opplæring i å melde avvik, noen kan imidlertid ha barrierer mot å skrive avvik.

Vi har mottatt kopi av referater av møter både i AMU, medbestemmelsesmøter og kvalitetsråd i helse og omsorg. Vi har registrert at avvik har vært en del av temaene på disse møtene.

#### Statistikk for avviksmeldinger

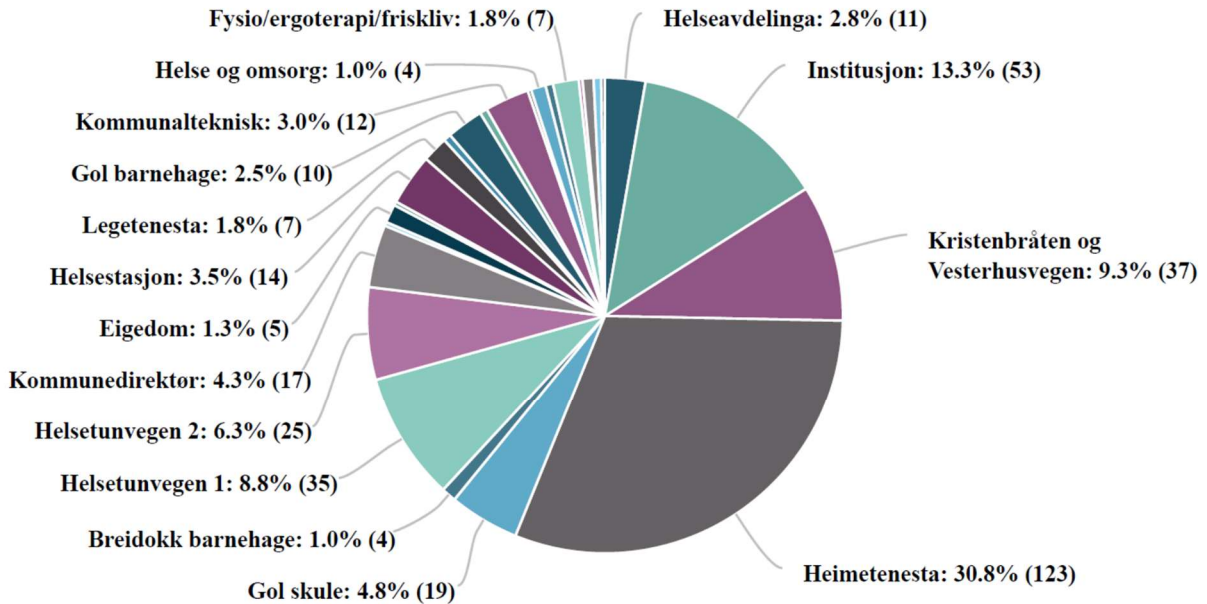
I Compilio kan det tas ut statistikk over antall meldte avvik. I 2023 ble det meldt totalt 93 avvik mens det pr 17. september 2024 er meldt 399 avvik. Som nevnt tidligere har kommunedirektør opplyst at Compilio først har blitt tatt i bruk for fullt fra årsskifte. Avvikene for 2024<sup>15</sup> fordeler seg på følgende avdelinger/ enheter:

---

<sup>15</sup> 17. september

# Rapportert til

1. jan 2024 - 31. des 2024



Av diagrammet ser vi at det er meldt flest avvik for hjemmetjenesten (123), mens det er meldt færrest avvik i Helse og omsorg, eiendom og Breidokk barnehage.

Avvikene fordeler seg på følgende type avvik

Tabell 1 Oversikt over antall avvik

Type	Antall
HMS	99
Organisasjon internt	83
Personvern/ informasjonssikkerhet GDPR	14
Tjeneste - tjenestemottaker	251
Ytre miljø	2
Sum	449

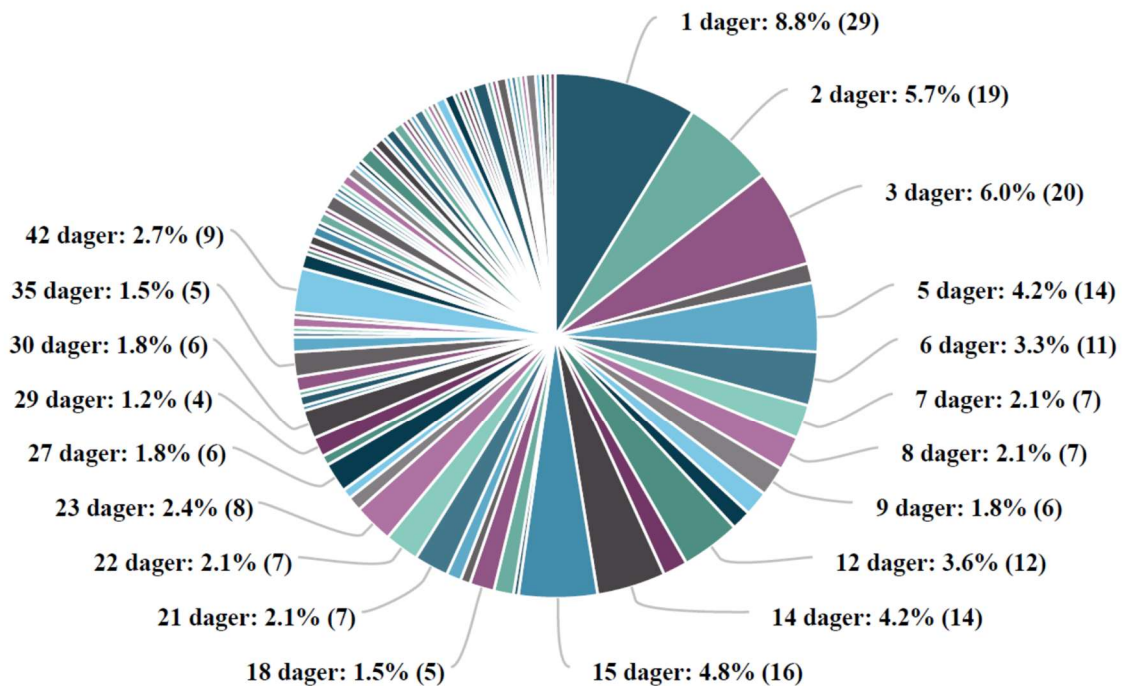
Totalt antall meldte avvik er 399. Det betyr at noen avvik er definert inn i flere kategorier.

Av Årsmelding 2022 framgår det at det totalt ble meldt 377 avvik dette året. Avviksmeldinger ble registrert i et annet system enn dagens avvikssystem.

Diagrammet under viser antall dager fra avviket er meldt til det er lukket.

## Dager før lukking

1. jan 2024 - 31. des 2024

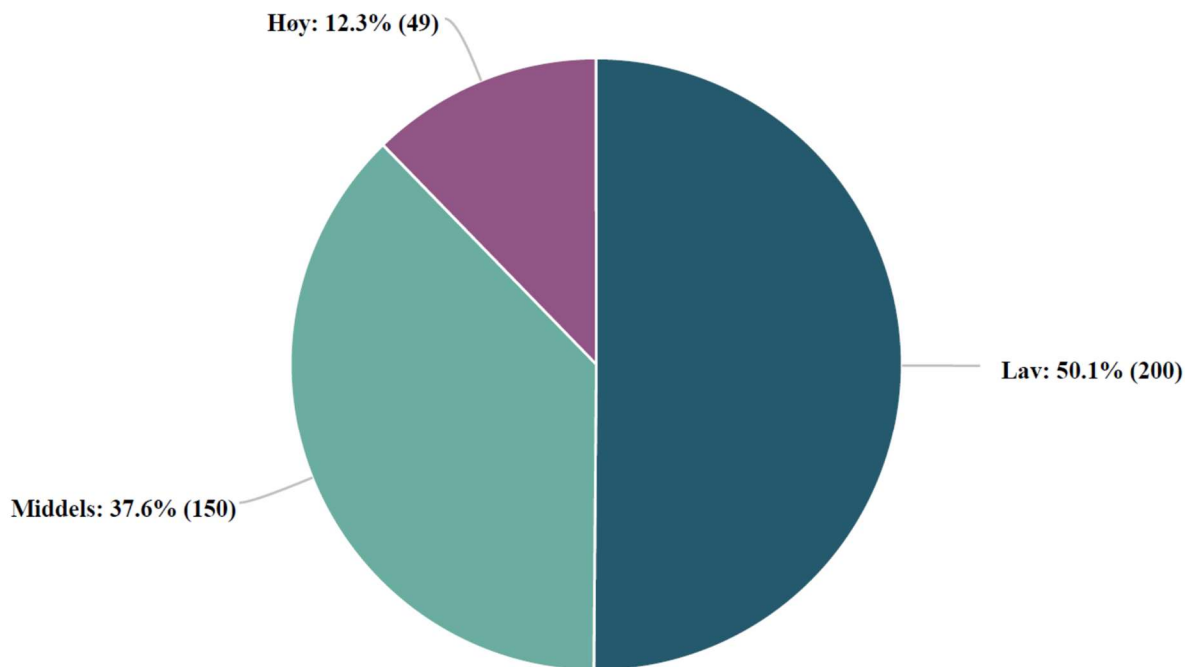


Av diagrammet ser vi at om lag halvparten av meldte avvik er lukket innen 15 dager. Om lag 20 % av avvikene lukkes innen det er gått tre dager.

Diagrammet under viser hvordan avviket er kategorisert av den som har meldt avviket.

## Alvorlighet

1. jan 2024 - 31. des 2024



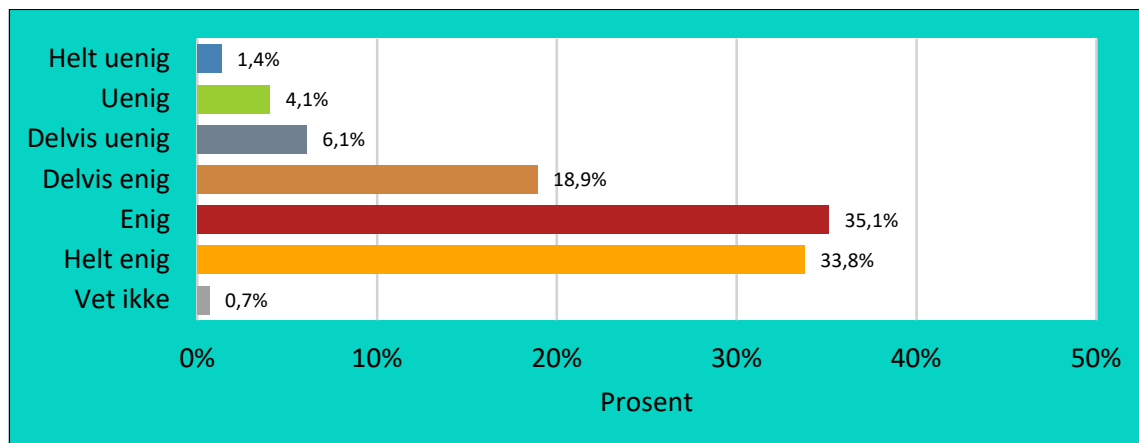
Av diagrammet ser vi at halvparten av avvikene er kategorisert å ha lav alvorlighet, i overkant av 12% er vurdert til å være av høy alvorlighet.

### Melding av avvik

I den gjennomførte spørreundersøkelsen ble det stilt en del spørsmål rundt avvik og rapportering av avvik.

På spørsmål om man er godt kjent med rutiner for å melde avvik ble følgende svart:

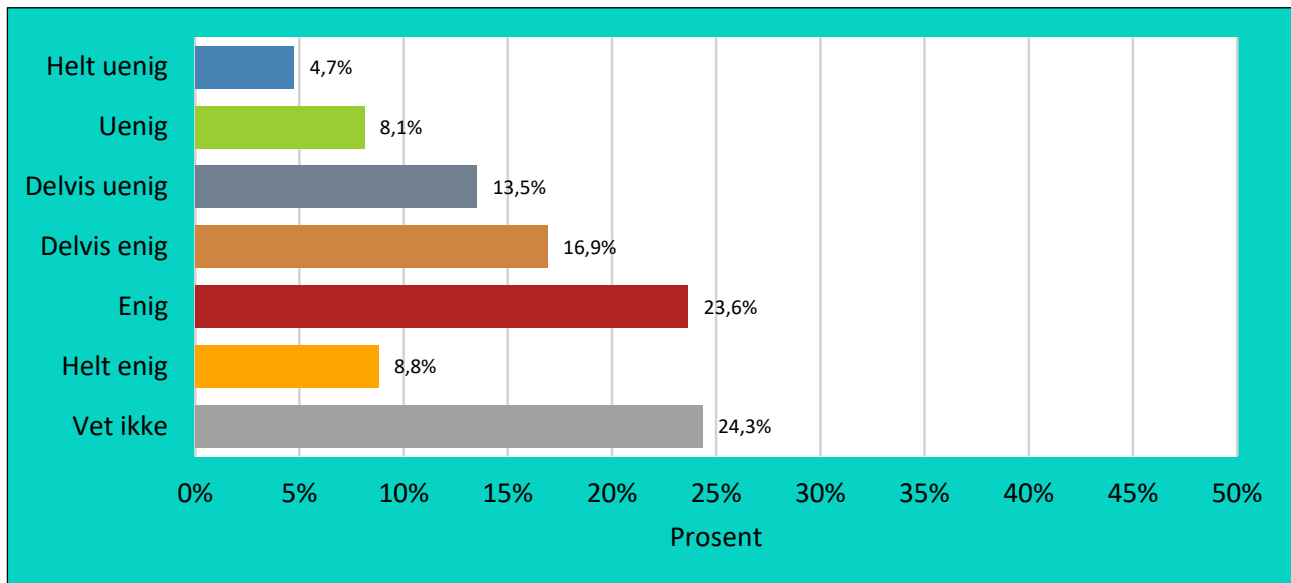
Figur 71 Jeg er godt kjent med rutiner for å melde avvik. (N = 148)



Diagrammet viser at de aller fleste oppgir at de er godt kjent med rutiner for å melde avvik. På spørsmål om det alltid meldes avvik i de tilfeller dette oppstår er det 75 % som er enig eller delvis enig i dette. Om lag 20 % svarer at de er uenig i dette.

På spørsmål om avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenesten og forebygger mot nye avvik ble følgende svar gitt:

Figur 12 Meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenesten og forebygger mot nye avvik. (N = 148)



Av diagrammet ser vi at det er stor spredning i svarene, om lag 32 % er helt enig eller enig i at meldte avvik blir håndtert slik at de bidrar til forbedringer. Om lag 26 % er uenig i dette, vi registrerer også at det er 24% som ikke har noen mening om dette og har svart vet ikke. På spørsmål om avvik som blir meldt alltid følges opp av ledelsen i tilstrekkelig grad er om lag 57 % av de som har svart på den positive delen av skalaen, nesten 25 % av svarene er på den negative delen av skalaen.

I spørreundersøkelsen ble det også gitt mulighet for å komme med skriftlige kommentarer. Eksempler på kommentarer i forbindelse med spørsmål om avvik er:

- *Litt for uoversiktlig når det skal meldes avvik.*
- *Har ikke alltid tid til å melde avvik i en hektisk hverdag.*
- *Avvikssystemet har blitt betydelig bedre med Compilo*
- *Avvik blir kun opplyst om, men tiltak ser man at aldri blir fulgt opp så vitsen med avvik er lik null*
- *Vi har et kvalitetsråd hvor avvik blir tatt opp og avvik tas opp i personalmøtene. Avvik som krever budsjett, er mer vanskelig å håndtere.*



#### 4.2.4. Vurderinger internkontroll system

Revisjonen ser det som positivt at Gol kommune har tatt i bruk Compilo som nytt kvalitetssystem. Dette er et anerkjent system som i dag benyttes av en rekke kommuner. Vi vurderer at Gol kommune dermed har et system som legger til rette for at kommunens rutiner skal være samlet, tilgjengelig og oppdatert.

Vår gjennomgang av systemet viser imidlertid at det er store forskjeller mellom kommunes områder når det gjelder omfanget av dokumenter som er lagt inn og som er tilgjengelig i systemet. På områdene Oppvekst og kultur og Samfunn og utvikling mangler det fortsatt mange dokumenter. Dette kan dels forklares med mangel på ressurser til dette arbeidet. Etter vårt syn burde Gol komme derfor i større grad ha sørget for at kommunen hadde avsatt nødvendige ressurser slik at alle relevante dokumenter ble lagt inn i systemet innen rimelig tid. Slik systemet framstår i dag er det ikke tilstrekkelig oppdatert/ajour. Dette fører til at systemet ikke kan brukes fullt ut etter hensikten og at alle rutiner og prosedyrer ikke er like oppdaterte og tilgjengelige. Mange ansatte har også gitt tilbakemelding på at det er behov for ytterligere opplæring i systemet.

Risikovurderinger er en sentral del av kommunedirektørens internkontroll. Vår vurdering er at Gol kommune har et godt system for å kunne gjennomføre ROS analyser på både overordnet nivå og på avdelingsnivå gjennom Compilo, men at det brukes i for liten grad. Kommunen gjennomfører ikke skriftlige risikovurderinger på overordnet nivå. Ifølge kommunedirektør gjøres det imidlertid risikovurderinger uten at dette er formalisert eller dokumentert. Det gjennomføres også i varierende grad skriftlige risikovurderinger i sektorene. Revisjonen mener derfor at kommunedirektøren bør sørges for at kommunen har rutiner for å gjennomføre skriftlige risikovurderinger på både overordnet nivå og på sektornivå i tråd med forventninger til god internkontroll.

Gol kommune benytter seg av avviksmodule i Compilo og har således etablert et felles system for hele kommunen når det gjelder melding og oppfølging av avvik.

.Det er positivt at avvik som meldes håndteres på lavest mulig nivå. Revisjonen savner en tydeligere praksis fra kommunens side når det gjelder å systematisk bruke statistikk om avvik fra de ulike sektorer til forbedringsarbeider og utvikling av internkontrollarbeidet. Det kunne vært tydeligere hvordan dette arbeidet skal gjøres nede på avdelingsnivå og opp mot den administrative ledelse i kommunen. Ser vi på type avvik fra avviksstatistikken er over halvparten av avvikene som er meldt knyttet opp mot tjenestemottakere. Svarene fra spørreundersøkelse viser også at mange ansatte er usikre på eller uenige i at meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenesten og forebygger mot nye avvik

Revisjonen ser det som positivt at de aller fleste som har svart på spørreundersøkelsen er av den oppfatning at de er godt kjent med rutiner for å melde avvik. Det er også en stor andel som mener at alltid meldes avvik når dette oppstår.

## 5. Samlede vurderinger, oppsummering og konklusjon

### Konklusjon

Revisjonens konklusjon er at Gol kommune har etablert et overordnet system for internkontroll. En sentral del av systemet er kvalitetssystemet Compilo, som nylig er implementert.

Kommunen har hatt utfordringer knyttet til å implementere og ta i bruk det nye kvalitetssystemet, som blant annet har egne moduler for dokumenter (rutiner), risikovurderinger og avvikshåndtering. Alle relevante dokumenter er ikke tilgjengelig i kvalitetssystemet. Det er også noen mangler knyttet til rutiner og dokumentasjon for gjennomførte risikovurderinger på overordnet nivå. Kommunen har et samlet system for avviksrapportering, men en tydeligere rutine og praksis for å bruke avviksstatistikk til forbedrings og utviklingsarbeid burde imidlertid vært til stede.

### Oppsummering

Revisjonen mener det er positivt at kommunedirektøren har etablert en kommuneorganisasjon med en klar ansvarsfordeling og gode kommunikasjonslinjer og en rekke overordnede styringsdokumenter. Kommunedirektøren redegjør også utfyllende om den overordnede internkontroll i årsrapporten til kommunestyret. De ansatte oppgir å ha god kjennskap til kommunens etiske reglement.

Revisjonen ser det som positivt at Gol kommune har tatt i bruk Compilo som nytt kvalitetssystem. Vi vurderer derfor at at Gol kommune har et system som legger til rette for at kommunens rutiner skal være samlet, tilgjengelig og oppdatert. Det har imidlertid vært utfordring med å ta det nye systemet i bruk i praksis-

Vår gjennomgang av systemet viser at det er forskjeller mellom kommunes områder når det gjelder omfanget av dokumenter som er lagt inn og som er tilgjengelig i systemet. Dette kan forklares med at det i liten grad er satt av tilstrekkelig med ressurser til dette arbeidet. Etter vårt syn burde Gol komme derfor i større grad ha sørget for kommunen hadde avsatt nødvendige ressurser slik at alle relevante dokumenter kunne blitt lagt inn i systemet innen rimelig tid.

Risikovurderinger er en sentral del av kommunedirektørens internkontroll. Vår vurdering er at kommunen har et godt system for å kunne gjennomføre ROS analyser på både overordnet nivå og på avdelingsnivå gjennom Compilo, men at det brukes i for liten grad. Administrasjonen gjennomfører ikke skriftlige risikovurderinger på overordnet nivå. Ifølge kommunedirektør gjøres det imidlertid risikovurderinger uten at dette er formalisert eller dokumentert. Det gjennomføres også i varierende grad skriftlige risikovurderinger i sektorene. Revisjonen mener derfor at kommunedirektøren bør sørge for at kommunen har rutiner for å gjennomføre skriftlige risikovurderinger på både overordnet nivå og på sektornivå i tråd med forventninger til god internkontroll.

Gol kommune benytter seg av avviksmodulen i Compilo og har således etablert et felles avvikssystem for hele kommunen. Det er positivt at kommunen har rutiner for å lukke avvik, men revisjonen savner en tydeligere praksis fra administrasjonens side når det gjelder å systematisk bruke statistikk om avvik fra de ulike sektorer til forbedringsarbeid og utvikling av internkontrollarbeidet.

Revisjonen ser det som positivt at de aller fleste som har svart på spørreundersøkelsen er av den oppfatning at de er godt kjent med rutiner for å melde avvik. Det er også en stor andel som mener at alltid meldes avvik når dette oppstår

## 6. Anbefaling

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale kommunedirektøren i Gol kommune å gjennomføre følgende:

- Utarbeide rutiner og dokumentere risikovurderinger både på overordnet nivå og i sektorene
- Sørg for at alle relevante dokumenter er tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem
- Sikre tilstrekkelig opplæring i systemet til ansatte
- Utnytte avviksrapportering i tilstrekkelig grad til utvikling og forbedringsarbeid.

Et utkast til rapport har blitt oversendt rådmannen til uttalelse. Rådmannens uttalelse i epost av 26. november 2024 er vedlagt rapporten.

Drammen, den. 26.11 2024.

Morten Kallevik  
Oppdragsansvarlig

Even Tveter  
Prosjektleder

Jørund Sagedal  
Prosjektmedarbeider

## Referanser

LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020,

[https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK\\_RevisjonsStandard\\_Kommune/RSK\\_001\\_Standard\\_for\\_forvaltningsrevisjon\\_200812.pdf](https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK_RevisjonsStandard_Kommune/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_200812.pdf)

Lov, forskrift og veiledere

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 22. juni 2018 nr. 83

Internkontrollforskriften (FOR-1996-12-06-1127, Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter)en)

og utvalgte veiledere fra KS om internkontroll <sup>16</sup>. 85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunene<sup>17</sup> og Veileder i internkontroll.<sup>18</sup>

Veiledere og retningslinjer:

Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, Versjon 3, 2020

85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane. Kommunal- og regionaldepartementet. 2009.

Veileder i internkontroll. Direktorat for forvaltning og økonomistyring.

Revisjonsstandarder:

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020,

[https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK\\_RevisjonsStandard\\_Kommune/RSK\\_001\\_Standard\\_for\\_forvaltningsrevisjon\\_200812.pdf](https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK_RevisjonsStandard_Kommune/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_200812.pdf)

Dokumenter fra Gol kommune kommune:

Kommuneplan samfunnsdel (2018-2030)

Planstrategi for Gol kommune 2024-2027

Årsmelding 2023

Årsmelding 2022

---

<sup>16</sup> Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, Versjon 3, 2020.

<sup>17</sup> 85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane. Kommunal- og regionaldepartementet. 2009.

<sup>18</sup> Veileder i internkontroll. Direktorat for forvaltning og økonomistyring.

Delegeringsreglement

Økonomireglement

Innkjøpsreglement

Etiske retningslinjer

Etikk plakat

Reglement for varsling

Overordna retningslinjer for informasjonssikring

Hovudplan for arkiv

Databehandlaravtaler – personvern

## Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmann, datert 26.november 2024

Det er mottatt høringsvar fra kommunedirektøren 26. november 2024 pr epost. Kommunedirektøren oppgir å ikke ha noen kommentarer til rapporten

## Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

*Fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020.*

Standarden er bygget opp med 34 punkter bestående av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon, hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav. Standarden fastsetter normer for planlegging, gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjon i kommuner, fylkeskommuner og i (fylkes)kommunalt eide selskap.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner<sup>19</sup>, og kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides en plan for forvaltningsrevisjon som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner. Denne skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering, og den skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger. Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Punkt	Innhold
	Innledning
1-3	Krav til revisor
4-8	Bestilling og problemstilling
9-13	Revisjonsdialogen
14-15	Revisjonskriterier
16-19	Metode og data
20-22	Vurderinger og konklusjoner
23	Anbefalinger
24-28	Rapport
29-31	Dokumentasjon
32-34	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

### Krav til revisor:

Det skal utpekes en oppdragsansvarlig for hvert oppdrag i forvaltningsrevisjon, og denne er ansvarlig for å påse at standardens krav er oppfylt. Oppdragsansvarlig revisor skal sikre at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevante metoder, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler. Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver.

### Bestilling og problemstilling:

Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling, og revisor skal vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre. Revisor skal forsikre seg om at kontrollutvalget og revisor har lik forståelse av oppdraget, at rammene er tilstrekkelig klarlagt, og om nødvendig avklare bestillingen med kontrollutvalget.

<sup>19</sup> LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), syvende del, kapittel 22 til 26, §§ 22-1 til 26-1



Revisor skal sikre at det utarbeides problemstillinger som er tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares, og at de er egnet til å besvare kontrollutvalgets bestilling. Dersom det er behov for å endre problemstillinger underveis slik at det kan ha betydning for gjennomføringen av oppdraget, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Revisor skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hver forvaltningsrevisjon, som redegjør for problemstillinger, revisjonskriterier eller grunnlaget for disse, og metodebruk.

### **Revisjonsdialogen:**

Revisor skal iverksette tiltak som er egnet til å sikre god dialog med revidert enhet, øvrige involverte og andre relevante aktører. Senest før datainnsamling starter skal revisor sende oppstartsbrev til kommunedirektøren (alt. selskapet). Som hovedregel skal det avholdes oppstartsmøte hvor det redegjøres for bakgrunn, problemstillinger, revisjonskriterier, informasjonsbehov og planlagt gjennomføring av forvaltningsrevisjonen.

Utkast til rapport skal sendes kommunedirektøren (alt. selskapet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon), og uttalelsen skal fremgå av rapporten i sin helhet. Endelig rapport skal oversendes kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren (alt. selskapet).

### **Revisjonskriterier:**

Med utgangspunkt i problemstillinger skal revisor etablere revisjonskriterier utledet fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området. Kildene skal presenteres for revidert enhet, som skal gis anledning til å komme med innspill. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden.

### **Metode og data:**

Revisor skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) for problemstillingen, og datainnsamlingen skal gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Metodevalg skal begrunnes og eventuelle svakheter i datamaterialet skal synliggjøres. Det skal innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Data som er fremkommet muntlig skal nedtegnes skriftlig og bekreftes av kilden. Personopplysninger skal behandles i tråd med kravene i personopplysningsloven.

### **Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:**

Revisor skal vurdere innsamlede data opp mot revisjonskriteriene, og dersom det avdekkes vesentlige avvik skal det komme tydelig frem i rapporten. Vurderinger må være objektive, og med bakgrunn i disse skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men skal gis der dette er hensiktsmessig ut fra data, vurderinger og konklusjoner. Anbefalinger skal ikke gis i form av detaljerte løsninger.

## Rapport:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt, og rapporten skal utformes så leservennlig som mulig med hensyn til språk og struktur.

Rapporten skal vise sammenhengen ("den røde tråden") mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger, og det skal være et klart skille mellom hva som er presentasjon av data (fakta) og hva som er revisors vurderinger. Praxis eller tilstand innen det reviderte området skal beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

## Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt. Det samme gjelder dersom det avdekkes åpenbare brudd på annet regelverk enn det som inngår i revisjonen. Dokumentasjon skal oppbevares i minst 10 år.

## Kvalitetssikring og system for kvalitetskontroll

Utførelse av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, og denne skal dokumenteres. Den skal sikre at undersøkelse og rapport har nødvendig faglig og metodisk kvalitet og følger denne standard.

Revisjonsenheten skal dokumentere et system for kvalitetskontroll.

## Vedlegg 3 – Metode

Prinsipper for metodebruk i forvaltningsrevisjon følger av *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon*<sup>20</sup> som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Denne bygger i stor grad på samfunnsvitenskapelig metode om etterprøvbarehet av funn, og rettslige prinsipper om at revidert enhet skal kunne få frem sitt syn (kontradiksjon) ut fra vår gjennomgang og vurdering av område vi ser på.

Sett i lys av en forvaltningsrevisjons begrensede ressursramme, samt hensiktsmessigheten i forhold til dens formål, er dokumentasjonen og sikring av denne ikke så omfattende som kravene som settes til vitenskapen og domstolene. Ut fra en vitenskapelig og filosofisk side er det ingen informasjon/dokumentasjon som er helt objektiv eller kilde som er 100% pålitelig.

I forvaltningsrevisjon tilstreber vi at vurderinger og anbefalinger skal gjøres på et objektivt og etterprøvbart grunnlag. Ofte er problemstillingene i en forvaltningsrevisjon mer lukkede og definerte enn forskning og etterforskning. Dette påvirker også våre valg av metode. En av hovedhensiktene med forvaltningsrevisjon er å få til læring og endring om det vurderes behov for dette. Ofte vil dette også skje gjennom prosessen når vi gjennomfører en forvaltningsrevisjon. Ved at det settes fokus på et tema og/eller område, vil ofte den reviderte selv se behov for endring.

Det å pålegge endring er en politisk prosess som er gjenstand for saksbehandling. Av den grunn vil ikke våre vurderinger få direkte virkning for å sette i gang endringsprosesser. Gjennom å fremme vurderinger, og eventuelt anbefalinger, som er relevante for problemstillingene søker vi å bidra til utvikling i den reviderte enhet.

I prosjekter kan vi benytte oss av kvalitative og kvantitative metoder<sup>21</sup>. Kvalitativ metode vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte. De er viktige for å utvikle bedre forståelse av individer, i forhold til for eksempel motivasjon, følelser, holdninger, kognitive prosesser. Kvantitativ metode består av opptelling av fenomener eller kjennetegn ved en gruppe individer. Det brukes for å analysere et stort antall enheter, som for eksempel land, personer eller bedrifter. Kvalitative og kvantitative metoder er supplerende metoder som ikke kan erstatte hverandre.

### Eksempler på aktuelle metoder for innsamling og analyse av informasjon / fakta ved forvaltningsrevisjon:

- Dokumentanalyse
- Samtaler / intervju / gruppeintervju
- Spørreundersøkelser
- Statistiske analyser
- Trendanalyser
- Økonomiske analyser (som regnskapsanalyse)
- Case
- Scenarioanalyse

---

<sup>20</sup> Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

<sup>21</sup> Store norske leksikon – [https://snl.no/kvalitativ\\_metode](https://snl.no/kvalitativ_metode) og [https://snl.no/kvantitativ\\_metode](https://snl.no/kvantitativ_metode)

- Observasjon

I denne revisjonen har vi i hovedsak benyttet følgende metode: (

## Dokumentanalyse

Dokumentanalyse består av å hente informasjon fra planer, rapporter, rutiner, vedtak, referater og lignende.

Styrkene ved dokumentanalyse er at informasjonen er skriftlig, og i mange tilfeller har flere personer vært involvert i utarbeidelsen av den. Er dokumentasjonen utarbeidet av den reviderte kan den antas å ha stor grad av pålitelighet. Er dokumentasjonen utarbeidet av, eller på vegne av, noen med en saksinteresse, er det grunn til å være mer forsiktig i bruken av dem.

Dokumentanalyse er ofte hensiktsmessig i forvaltningsrevisjon, siden det ofte finnes mange dokumenter med relevante data for våre undersøkelser. Svakheten er at dokumentanalyse i seg selv bare fanger opp det som er skriftlig dokumentert. For å motvirke dette vil dokumentanalyse ofte benyttes i kombinasjon med andre metoder.

## Samtaler / intervju / gruppeintervju

Samtaler, intervju og/eller gruppeintervju egner seg godt til å undersøke åpne, beskrivende problemstillinger, og særlig der det er begrenset med skriftlig informasjon / dokumentasjon.

Utfordringer er å vurdere om det i tilstrekkelig grad gir et helhetlig og «korrekt» bilde av virkeligheten. Utvalgets størrelse og hvordan man velger ut hvem som skal intervjues vil ha betydning for påliteligheten.

Ved gjennomføring av intervjuer skal det føres referat fra samtalen, og de som er intervjuet skal i ettertid verifisere at referatet gir en riktig fremstilling av deres syn på et tema og/eller område.

## Spørreundersøkelse

Bruk av spørreundersøkelse egner seg godt for å innhente informasjon om klart definerte problemstillinger med revisjonskriterier. Spørreundersøkelser er relativt lite ressurskrevende å gjennomføre ved hjelp av elektroniske verktøy, og kan potensielt gi en stor tilfangst av informasjon.

Utfordringene er å få et tilstrekkelig antall svar (svarprosent), samt å vurdere om svarene er representative for målgruppen. Med andre ord om svarene gir et godt nok bilde av helheten og virkeligheten på området.

Vi benytter verktøyet Questback<sup>22</sup> til å gjennomføre spørreundersøkelser.

---

<sup>22</sup> [www.questback.com/no/](http://www.questback.com/no/)







# Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS

Org.nr.: 985 731 098 MVA

[post@vkrevisjon.no](mailto:post@vkrevisjon.no) | [vkrevisjon.no](http://vkrevisjon.no)

**Hovedkontor - Drammen**

Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen

Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen

**Avdelingskontor - Hønefoss**

Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss

Besøksadresse: Osloveien 1, 3511 Hønefoss

**Avdelingskontor - Follo**

Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski

Besøksadresse: Parkaksen 7, 1400 Ski

**Avdelingskontor - Hallingdal**

Besøksadresse: Alfarvegen 117, 3540 Nesbyen