

## Forvaltningsrevisjon av internkontroll i Bergen kommune

Enhet for psykisk helse – Laksevåg



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn .....	6
1.2 Hva er internkontroll? .....	6
1.3 Metode.....	7
1.3.1 Utvalg av resultatenheter.....	7
1.3.2 Dokumentanalyse .....	8
1.3.3 Revisjonsbesøk .....	8
1.3.4 Spørreundersøkelse .....	8
1.3.5 Verifisering og høring.....	8
1.4 Avgrensing.....	8
1.5 Leserveiledning.....	8
1.5.1 Bruk av farger for å vurdere områdene .....	8
1.5.2 Kapittelinndeling .....	9
<b>2. Enhet for psykisk helse - Laksevåg</b> .....	<b>10</b>
2.1 Organisering .....	10
2.2 Tjenestene .....	10
<b>3. Internkontrollsystem</b> .....	<b>11</b>
3.1 Innledning .....	11
3.2 Revisjonskriterium .....	11
3.2.1 Lov og forskrift .....	11
3.2.2 Sektorspesifikke krav til internkontroll i sosial- og helsetjenesten .....	13
3.2.3 Kommunale vedtak og retningslinjer .....	14
3.3 Oppsummering .....	14
3.4 Observasjoner og vurderinger .....	15
<b>4. Mål- og resultatstyring</b> .....	<b>22</b>
4.1 Innledning .....	22
4.2 Revisjonskriterier .....	22
4.2.1 Lov og forskrift .....	22
4.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer .....	22
4.3 Oppsummering .....	22
4.4 Observasjoner og vurderinger .....	23
<b>5. Økonomistyring</b> .....	<b>25</b>
5.1 Innledning .....	25
5.2 Revisjonskriterier .....	25
5.2.1 Lov og forskrift .....	25
5.2.2 Kommunale vedtak .....	25
5.3 Oppsummering .....	26
5.4 Observasjoner og vurderinger .....	27
<b>6. Offentlige anskaffelser</b> .....	<b>31</b>
6.1 Innledning .....	31
6.2 Revisjonskriterier .....	31
6.2.1 Lov og forskrift .....	31
6.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer .....	32

6.3 Oppsummering .....	33
6.4 Observasjoner og vurderinger .....	33
<b>7. Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....</b>	<b>35</b>
7.1 Innledning .....	35
7.2 Revisjonskriterier .....	35
7.2.1 Lov og forskrifter .....	35
7.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer .....	36
7.3 Oppsummering .....	38
7.4 Observasjoner og vurderinger .....	39
<b>8. Informasjonssikkerhet .....</b>	<b>46</b>
8.1 Innledning .....	46
8.2 Revisjonskriterier .....	46
8.2.1 Lov og forskrift .....	46
8.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer .....	46
8.3 Oppsummering .....	47
8.4 Observasjoner og vurderinger .....	48
<b>9. Avslutning .....</b>	<b>51</b>
9.1 Innledning .....	51
9.2 Oppsummering av forslag til tiltak .....	51
9.2.1 Internkontrollsystem.....	51
9.2.2 Mål og resultatstyring.....	52
9.2.3 Økonomistyring .....	52
9.2.4 Offentlige anskaffelser .....	52
9.2.5 HMS .....	53
9.2.6 Informasjonssikkerhet.....	53
<b>Vedlegg 1: Høringsuttalelse .....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg 2: Dokumentforespørsel.....</b>	<b>56</b>
<b>Vedlegg 3: Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur .....</b>	<b>59</b>

# Sammendrag

Deloitte har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i sak 101/12, 11.12.2012, gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll i flere resultatenheter i Bergen kommune. Denne rapporten omhandler internkontroll i resultatenheter for psykisk helse, Laksevåg. Undersøkelsen er basert på to revisjonsbesøk ved enheten, og dokumentasjon som enheten har lagt frem for revisjonen. Rapporten har vært på høring hos byrådsavdeling for sosial, bolig og områdesatsing og høringsuttalelsen er lagt ved rapporten.

Formålet med gjennomgangen av internkontrollen i resultatenheter er å få gjennomført en effektiv kontroll av system og rutiner, samt etterlevelse av styringsdokumenter og regelverk på sentrale områder. For å få et godt innblikk i status for internkontroll i resultatenheter har vi i denne undersøkelsen sett nærmere på i hvilken grad enheten har etablert system og rutiner og etterlever krav knyttet til:

- internkontrollsystem
- mål- og resultatstyring
- økonomistyring
- offentlige anskaffelser
- helse- miljø og sikkerhet (HMS)
- Informasjonssikkerhet

Undersøkelsen viser at enheten ikke har tilfredsstillende internkontroll på flere av områdene som er gjennomgått og at enheten må sette i verk tiltak for å sikre at internkontrollen er i samsvar med gjeldende lov- og forskriftskrav, samt interne kommunale vedtak og retningslinjer.

Når det gjelder etablering av et **internkontrollsystem** er Enhet for psykisk helse underlagt krav til internkontroll i sosial- og helsetjenesten, i tillegg til overordnede krav om internkontroll som følger av kommuneloven. Undersøkelsen viser at enheten har utarbeidet et overordnet internkontrollsystem ved hjelp av en mappestruktur på lokal server. I tillegg har enheten etablert et kvalitetsutvalg som skal ha ansvar for oppfølging av sentrale deler av internkontrollsystemet. Frem til i dag har ikke systemet vært tilstrekkelig oppdatert og implementert, og er heller ikke gjort tilstrekkelig kjent for de ansatte. Revisjonen mener det er positivt at enheten er i gang med å forbedre systemet i forhold til disse punktene. Samtidig vil revisjonen fremheve at enheten også må sette i verk tiltak for å etterleve krav knyttet til å gjennomføre nødvendige risikokartlegginger og vurderinger. Det er et krav i internkontrollforskriften for helsetjenesten at virksomheten skal skaffe seg en oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Enheten må også etablere en systematisk overvåking og oppfølging av internkontrollen i samsvar med internkontrollforskriften.

Enhet for psykisk helse har i stor grad implementert Bergen kommune sitt system for balansert **målstyring** ved å ta i bruk det elektroniske systemet Corporator. Dette gir en god oversikt over hvilke mål enheten skal oppnå og hvilke resultater enheten har oppnådd. Enheten har en å lokal handlingsplan for å operasjonalisere de overordnede målene og tilpasse dette til enheten og de enkelte avdelinger. Handlingsplanen var sist oppdatert 2009-2010. Revisjonen mener at det er viktig at overordnede mål operasjonaliseres hvert år i forhold til styringskortet slik at det er tydelig hva enheten og avdelingen må gjøre for å nå de overordnede målene. Enheten utfører ikke systematiske risikokartlegginger eller risikovurderinger knyttet til måloppnåelsen, med unntak av

økonomiske mål. Revisjonen mener at dette er viktig for å følge opp og sikre måloppnåelse på alle områdene i styringskortet. I dag er det en viss prioritering av oppfølging av økonomiske mål fremfor andre mål i styringskortet. Revisjonen mener at alle målene bør følges opp med risikoreduserende tiltak dersom det avdekkes at det er fare for manglende måloppnåelse. Det er viktig å unngå at økonomiske mål overskygger krav til tjenestekvalitet.

Når det gjelder **økonomistyring** har Enhet for psykisk helse holdt seg innenfor den budsjettrammen de har fått tildelt de to siste år. Enheten opplever at den økonomiske rammen er tilstrekkelig til å levere tjenestene de er pålagt. Enheten får støtte fra en økonomirådgiver som har god oppfølging av økonomien i enheten i samarbeid med enhetsleder. Samtidig viser gjennomgangen at enheten må iverksette tiltak for å sikre at klientmidler blir håndtert i henhold til Bergen kommune sine retningslinjer og at enheten kan ha enda større fokus på å forebygge misligheter. Enhet for psykisk helse gjennomfører ikke **offentlige anskaffelser** over kr.100 000,- og undersøkelsen avdekker ikke vesentlige utfordringer knyttet til anskaffelses område.

Undersøkelsen viser at Enhet for psykisk helse ikke har etablert tilstrekkelig med system og rutiner for å tilfredsstille krav til **HMS** arbeid som fremgår i internkontrollforskriften og i Bergen kommune sine retningslinjer. Revisjonen mener at enheten bør gjennomgå HMS arbeidet og sette i verk nødvendige tiltak for å sikre at arbeidet er i samsvar med regelverket. Dette gjelder spesielt i forhold til å utarbeide en lokal HMS håndbok i samsvar med Bergen kommune sine krav til HMS arbeid, gjennomføre årlige HMS gjennomganger, utarbeide oppdaterte HMS handlingsplaner og sikre en systematisk overvåking og gjennomgang av HMS arbeidet i samsvar med krav i internkontrollforskriften.

Enhet for psykisk helse behandler sensitive personopplysninger og må derfor sikre tilstrekkelig **informasjonssikkerhet** i samsvar med personopplysningsloven og Bergen kommune sine retningslinjer. Enheten lagrer alle helseopplysninger i Profil som er et pasientjournalssystem som ligger på sikker sone i Bergen kommune. Enheten gjør ingen risikovurdering av hvordan de håndterer personopplysninger og har heller ikke etablert noen lokale rutiner for dette utover det som fremkommer av Profil. Undersøkelsen viser at enheten ikke har hatt tilstrekkelige rutiner for å sikre at brukertilganger blir slettet når personer slutter i enheten. Dette er ikke i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer for informasjonssikkerhet. En annen utfordring som enheten opplever i forhold til håndtering av klientinformasjon er bruk av sms for utveksling av informasjon mellom ansatte og klienter, og kontakt mellom ansatte og klienter på sosiale medier som for eksempel facebook.

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Deloitte har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i sak 101/12, 11.12.2012, gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll i flere resultatenheter i Bergen kommune. Denne rapporten omhandler forvaltningsrevisjonen som er gjennomført i resultatenhet for psykisk helse, Laksevåg.

Bergen kommune er organisert som en tonivåmodell med ca. 300 resultatenheter. Hver resultatenhet med sin leder har et selvstendig økonomiansvar, herunder ansvar for drift av tjenestene, ansvar for kvalitet på tjenestene og arbeidsgiveransvar i forhold til medarbeiderne. En resultatenhet kan bestå av flere tjenestesteder/avdelinger.

Formålet med gjennomgangen av internkontrollen i resultatenhetene er å få gjennomført en effektiv kontroll av system og rutiner, samt etterlevelse av styringsdokumenter og regelverk på sentrale områder i kommunen. For å få et godt innblikk i status for internkontroll i resultatenhetene har vi i denne undersøkelsen sett nærmere på i hvilken grad enheten har etablert system og rutiner og etterlever krav knyttet til:

- internkontrollsystem
- mål- og resultatstyring
- økonomistyring
- offentlige anskaffelser
- helse- miljø og sikkerhet (HMS)
- Informasjonssikkerhet

## 1.2 Hva er internkontroll?

Byrådet skal i følge kommuneloven § 20 nr.2 sørge for at «administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.»

Kommuneloven beskriver ikke nærmere hva som menes med "betryggende kontroll," men det går frem av Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) at:

«Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må det regnes som fast praksis at administrasjonssjefen har ansvar for etablering av internkontroll i administrasjonen. Etableringen av en tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.»

Det fremgår videre at «Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet har ansvaret for å etablere rutiner og systemer som blant annet skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte».

I en rapport fra Kommunal- og regionaldepartementet<sup>1</sup>, om internkontroll i kommunene, blir det pekt på at kommunene er komplekse virksomheter som er regulert av en rekke lover og forskrifter som både kan være sektorovergripende, eller som definerer krav til internkontroll innenfor

<sup>1</sup> Kommunal- og regionaldepartementet: Internkontroll i norske kommuner, status og utviklingsbehov. (2008)

avgrensede områder av virksomheten. Kravene er delvis de samme som er rettet mot andre virksomheter/arbeidssteder, og delvis er kravene spesifikke for kommuner og/eller kommunale oppgaver.

Eksempler på krav til gjennomgående internkontroll innen kommuneorganisasjonen er de krav som finnes i arbeidsmiljøloven og forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften), samt regelverket knyttet til informasjonssikkerhetsarbeid. I tillegg er god internkontroll innenfor økonomiområdet en forutsetning for å kunne oppfylle kravene til arbeid med budsjett og økonomi i samsvar med kommuneloven og i forskrift om årsbudsjett (for kommuner og fylkeskommuner).

Eksempler på sektorspesifikke krav finnes i opplæringsloven § 13-10, 2. ledd om forsvarlig system, forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten og kvalitetsforskriften (som gjelder for heldøgns- pleie og omsorgstjenester). Det er også spesifikke internkontrollkrav innenfor blant annet barnevern, barnehage og VAR-sektoren .

I rapporten «85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane»<sup>2</sup> blir det pekt på at det er viktig at internkontrollen tilpasses den enkelte kommune, ettersom kommunene har ulik organisering, utvikling, ansvarsdeling og kompetanse. Internkontrollforskriften peker også på at det er viktig at internkontrollen i en virksomhet står i forhold til virksomhetens egenart og størrelse. I en kommentar til paragrafen blir utformingen og omfanget av internkontrollen drøftet i lys av at en virksomhet ofte kan være omfattet av flere ulike internkontrollbestemmelser. Det går frem at det for slike virksomheter derfor er nødvendig å ha en internkontroll som dekker flere ulike lov- og forskriftsverk, og at dette for mange virksomheter vil kunne innebære at man utarbeider et samlet system.

### 1.3 Metode

Undersøkelsen er gjennomført i samsvar med kravene som fremgår av RSK 001, standard for forvaltningsrevisjon. Det er benyttet en kombinasjon av ulike metoder som er beskrevet under.

#### 1.3.1 Utvalg av resultatenheter

Denne forvaltningsrevisjonen er en del av en større undersøkelse som gjennomgår internkontroll i resultatenheter i Bergen kommune. I første omgang er det valgt ut fem resultatenheter for gjennomgang. Denne gjennomgangen vil fungere som en pilotundersøkelse før det blir vurdert om det skal utføres tilsvarende forvaltningsrevisjoner i de resterende resultatenheterne i Bergen kommune.

Det ble vurdert som hensiktsmessig at de fem enhetene som inngår i pilotundersøkelsen på en mest mulig representativ måte er fordelt på ulike tjenesteområder, herunder seksjoner og byrådsavdelinger. Vi har også vurdert antall ansatte, budsjett og type enhet. Følgende enheter ble valgt ut:

- Enhet for psykisk helse, Laksevåg
- Loddefjord skole
- Kalfaret sykehjem
- Trafikketaten
- IKT drift

---

<sup>2</sup> Kommunal- og regionaldepartementet: 85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane. 2009

### **1.3.2 Dokumentanalyse**

Vi har gjennomgått både sentrale og lokale system og retningslinjer innenfor hvert område som er undersøkt. Sentrale dokumenter har vi i stor grad fått tilgang til gjennom Bergen kommune sine intranettsider. Resultatenhetene ble bedt om å legge frem lokale system og rutiner ved revisjonsbesøket. Dokumentforespørselen som ble sendt til enheten i forkant av revisjonsbesøket er vedlagt rapporten.

### **1.3.3 Revisjonsbesøk**

Det er gjennomført revisjonsbesøk ved resultatenheten. På revisjonsbesøket svarte resultatenhetsleder og andre nøkkelpersoner i enheten på revisjonen sine spørsmål knyttet til de ulike områdene. I forbindelse med besøket ble relevant dokumentasjon fremlagt og gjennomgått.

### **1.3.4 Spørreundersøkelse**

I forkant av revisjonsbesøket ble det sendt ut en mindre spørreundersøkelse til resultatenhetsleder, med utvalgte spørsmål knyttet til de ulike internkontrollområdene. Svarene på undersøkelsen ble brukt som et utgangspunkt for samtale og dokumentgjennomgang ved revisjonsbesøket.

### **1.3.5 Verifisering og høring**

Utkast av rapport med revisjonens observasjoner, vurderinger og forslag til tiltak ble gjennomgått på et møte med resultatenheten for å sikre at opplysningene som blir presentert er korrekte. Deretter ble rapporten sendt på høring til Byrådsavdeling for sosial, bolig og områdesatsing. Høringssvar er vedlagt rapporten.

## **1.4 Avgrensing**

Gjennomgangen av internkontroll på de ulike områdene er av en overordnet karakter. Det betyr at vi ikke har gjennomført en dyptgående undersøkelse av hele området i alle avdelingene i enheten. Vi har fokusert på hvilke system, rutiner og praksis enheten har etablert innenfor noen utvalgte tema for hvert område, og om disse samsvarer med krav i regelverk og overordnede retningslinjer i Bergen kommune. Informasjonen er basert på møte med enhetsleder, samt gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av enhetsleder. I undersøkelsen har vi ikke testet hvorvidt de rutiner og prosedyrer som foreligger, blir benyttet i praksis. Vi har ikke gjort en vurdering av om kvaliteten på tjenestene er i samsvar med krav fastsatt i regelverk på området, utover det som faller inn under krav til internkontrollen. Vi kan derfor ikke utelukke at det kan foreligge brudd på regelverk eller retningslinjer, som ikke blir avdekket i denne undersøkelsen.

Undersøkelsen gir innsikt i forbedringsmuligheter, risikoer og eventuelle brudd på regelverk og retningslinjer. Undersøkelsen kan også bidra til å identifisere utfordringer på tvers av resultatenheter og byrådsavdelinger.





## **1.5 Leserveiledning**

### **1.5.1 Bruk av farger for å vurdere områdene**

De ulike områdene som vurderes under hvert tema blir merket med en farge. Fargene er basert på skjønnsmessige vurderinger av de enkelte områdene. Grunnlaget for vår vurdering er den informasjon som revisor er blitt forelagt gjennom revisjonsbesøket, dokumentasjonen og verifiseringen av rapporten. Merkingen med farger er gjort for å tydeliggjøre hvor de største



forbedringsområdene knyttet til internkontroll er og på hvilke områder internkontrollen på bakgrunn av fremlagt dokumentasjon synes å fungere tilfredsstillende.

Konklusjon	Beskrivelse
	Forvaltningsrevisjonen har basert på fremlagt dokumentasjon <b>ikke avdekket svakheter</b> ved internkontrollen <ul style="list-style-type: none"><li>• Området møter de fleste aksepterte standarder</li><li>• Vesentlige risikoer er håndtert på en tilfredsstillende måte</li></ul>
	Forvaltningsrevisjonen <b>har avdekket svakheter</b> i den interne kontrollen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Området møter flere av de aksepterte standarder, men det finnes noen forbedringsområder</li><li>• Enkelte risikoer er ikke håndtert på en tilfredsstillende måte</li></ul>
	Forvaltningsrevisjonen <b>har avdekket vesentlige svakheter</b> i den interne kontrollen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Området møter noen av de aksepterte standarder, men det eksisterer noen vesentlige mangler.</li><li>• Risikoer er ikke håndtert på en tilfredsstillende måte.</li></ul>
	Forvaltningsrevisjonen <b>har avdekket alvorlige svakheter</b> i den interne kontrollen og/eller brudd på regelverk og kommunale prosedyrer og rutiner: <ul style="list-style-type: none"><li>• Området møter ikke akseptert standard</li><li>• Kritiske risikoer er ikke håndtert på en akseptabel måte</li></ul>

### 1.5.2 Kapittelinnledning

Kap. 2: Presenterer enheten som er revidert.

Kap. 3 – 8: Tar for seg system og rutiner, samt etterlevelsen av sentrale krav, innenfor de enkelte internkontrollområdene som undersøkes. Hvert av kapitlene inneholder revisjonskriterier, observasjoner, vurderinger og forslag til tiltak.

Kap. 9: Oppsummering av forslag til tiltak som fremgår av de ulike delkapitlene.

## 2. Enhet for psykisk helse - Laksevåg

### 2.1 Organisering

Enhet for psykisk helse, Laksevåg er en resultatenhet underlagt Byrådsavdeling for sosial, bolig og områdesatsing, og Etat for psykisk helse og rustjenester. Tidligere var enheten underlagt Byrådsavdeling for helse og omsorg, men tjenesteområdet psykisk helse (voksne) og rus ble flyttet over til ny byrådsavdeling i 2012. Psykisk helsetjenester for barn og unge er fortsatt i Byrådsavdeling for helse og omsorg.

Det finnes 8 bydelsenheter for psykisk helse og rus som er tilknyttet Etat for psykisk helse. Enhet for psykisk helse Laksevåg består av hjemmetjenesten, Linken aktivitetshus, Kringsjøveien bosenter, Håstein bofellesskap, Hamrehaugen bosenter og Fæsteråsen bofellesskap.

Antall ansatt i enheten er 106 personer fordelt på 68,10 årsverk (2011) og antall brukere er 320 (2011). Brutto utgifter i 2011 var kr. 56 602 000.

### 2.2 Tjenestene

Tjenestene som enhet for psykisk helse tilbyr er knyttet både til langtidsoppfølging av personer med psykiske vansker som har vedtak om tjenester fra forvaltningsenheten, og tjenester på lavterskelnivå som handler om akutthjelp og oppsøkende virksomhet. Enheten tilbyr blant annet følgende tjenester:

- Aktivitetstilbud
- Tilrettelagte botilbud
- Tildeling av støttekontakt
- Hjemmetjenester
- Akuttjeneste

Innenfor psykisk helse ble det i 2012 opprettet en egen forvaltningsenhet som gjør vedtak om psykiske helsetjenester (forvaltningsenhet psykisk helse og rustjenester). Tidligere ble vedtakene fattet av forvaltningsenheten innenfor helse og omsorg. Enhet for psykisk helse opplever at de samhandler godt med forvaltningsenheten i forhold til vedtakene som utformes. De har god dialog om vurderingen, men det er forvaltningsenheten som fatter det endelige vedtaket.

Det gis uttrykk for at det er begrenset med samarbeid mellom resultatenehetene for psykisk helse knyttet til den daglige tjenesteutførelsen. Men enhetene deltar i månedlige nettverkssamlinger.

Hovedutfordringen fremover handler i stor grad om hvordan kommunen, og enhetene for psykisk helse, skal tilpasse tjenestetilbudet til nye krav som følger av samhandlingsreformen. En generell trend nasjonalt er at i tråd med samhandlingsreformen er behandlingsoppholdene blitt kortere ved de psykiatriske sykehusene og distriktpsykiatriske sentrene (spesialisthelsetjenesten). En rapport utarbeidet av Sintef<sup>3</sup> viser at dette har gitt en sterk økning i etterspørselen etter kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og vansker. Det er forventet at en slik oppgaveoverføring vil kreve en utvikling av de kommunale tjenestene og mangfoldet i tilbudet. Spesielt blir det viktig å sikre at ansvaret for de mer alvorlige psykiske tilfellene ikke går på bekostning av det mer forebyggende arbeidet i kommunene.

---

<sup>3</sup> SINTEF (2013) Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon.

# 3. Internkontrollsystem

## 3.1 Innledning

Internkontroll kan som nevnt i innledningskapittelet både være sektorovergrepene og sektorspesifikk. I dette kapittelet vil fokuset være på om resultatenheten har etablert et overordnet system som ivaretar krav til kontrollmiljø, risikokartlegging og vurdering, kontrollaktiviteter, informasjon og kommunikasjon, samt oppfølging og evaluering. Vi vil også se nærmere på spesifikke krav til internkontroll innenfor helse og sosiallovgivningen ettersom enhet for psykisk helse er underlagt dette regelverket.

## 3.2 Revisjonskriterium

### 3.2.1 Lov og forskrift

Det fremgår av kommuneloven<sup>4</sup> § 20.2 at kommunerådet ”skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.”

I Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) fremgår det at administrasjonssjefen har et selvstendig ansvar for å føre kontroll med kommunens virksomhet. Det er ledelsen i en organisasjon som har ansvaret for å etablere et tilfredsstillende internkontrollsystem. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

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

I Bergen kommune har resultatenhetslederne fått delegert vide fullmakter og et selvstendig økonomiansvar, herunder ansvar for drift av tjenestene, ansvar for kvalitet på tjenestene og arbeidsgiveransvar i forhold til medarbeiderne.<sup>5</sup> En viktig del av internkontrollen må derfor utøves på resultatenhetsnivå.

### Rammeverk for internkontroll

Det finnes flere rammeverk for hvordan en kan utarbeide et overordnet internkontroll system. Et av de mest brukte rammeverkene for internkontroll er COSO-modellen.<sup>6</sup> Hovedelementene i COSO-modellen består av elementer som er felles for flere av de ulike rammeverkene for internkontroll. Viktige elementer er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering

<sup>4</sup> Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.

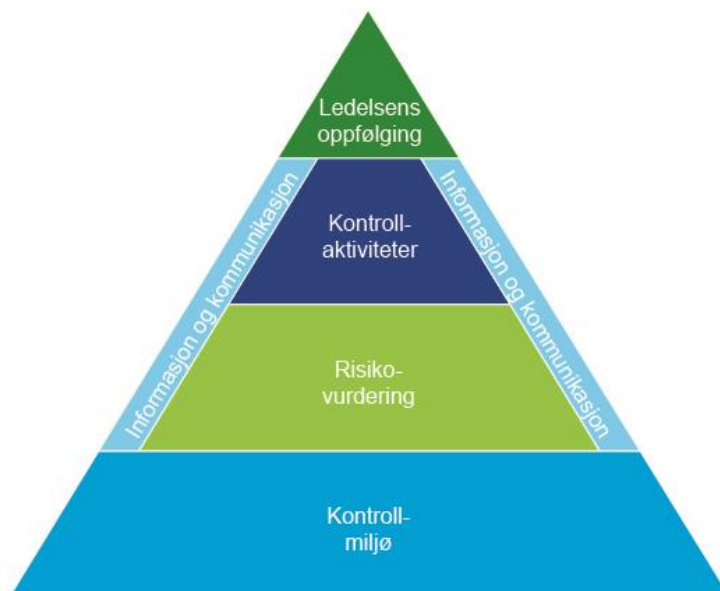
<sup>5</sup> <https://www.bergen.kommune.no/politikk/slik-styres-bergen/7006/article-79692>

<sup>6</sup> Se norsk oversettelse i Internkontroll – et integrert rammeverk. Norges interne revisorers forening (1996), Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF).

- kontrollaktiviteter
- kommunikasjon og informasjon
- ledelsens oppfølging

Komponentene er gjensidig avhengige av hverandre, og likeverdige deler av et internkontrollsystem. COSO-modellen kan illustreres slik:

**Figur 1: Illustrasjon av COSO-modellen**



Kontrollmiljøet er grunnmuren i internkontrollsystemet, og består av medarbeidernes holdninger, etiske verdier og kompetanse. Kontrollmiljøet blir påvirket av hvordan virksomheten er organisert, hvilken ledelsesfilosofi som gjelder og hvordan lederskapet blir praktisert.

Videre skal risikovurderinger sikre at de arbeidsprosessene som har høyest sannsynlighet for, og konsekvens av, svikt, feil eller mangler blir identifisert. Det er et mål at ledelsen skal ta hensyn til risikovurderingene i utformingen av internkontrollen, ved at man fokuserer og avgrenser internkontrollen til de arbeidsprosessene som har høyest risiko.

Kontrollaktivitetene er de tiltakene som blir iverksatt for å sikre etterlevelse av regelverk, retningslinjer og krav til tjenesteutførelse, og for håndtere risiko avdekket i risikovurderingen. Formålet med kontrollaktivitetene er å bidra til at rutiner og system skal fungere slik som bestemt.

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

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

De ulike elementene er oppsummert i tabellen under:

COSO Område	Beskrivelse	Praktiske eksempler
<b>Kontrollmiljø</b>	Fundamentet for god internkontroll. Ledelsens holdning, adferd og definerte retningslinjer er utgangspunktet for god internkontroll.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retningslinjer, organisering, ansvars- og myndighetsfordeling</li><li>• Retningslinjer og rutiner</li><li>• Ressurser og kompetanse</li><li>• Samhandling</li></ul>
<b>Risikovurdering</b>	Risikovurdering foretas på både overordnet og detaljert plan. Konkrete handlinger iverksettes for å møte risikoen.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fastsette mål</li><li>• Identifisere risiko</li><li>• Vurdere og prioritere risiko</li><li>• Håndtere risiko</li></ul>
<b>Kontrollaktiviteter</b>	Kontrollaktiviteter etableres for å sikre at retningslinjer, prosedyrer og andre krav etterlevs i praksis. Etableres for å redusere risiko og unngå uønsket adferd.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retningslinjer, prosedyrer og rutiner</li><li>• Nøkkelkontroller, detaljerte kontrollaktiviteter som møter identifisert risiko</li><li>• Systemstøtte og IT-kontroller</li></ul>
<b>Informasjon og kommunikasjon</b>	Det må legges til rette for effektiv kommunikasjon, informasjonsdeling og rapportering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapportering oppover</li><li>• Kommunikasjon nedover / oppover / til siden</li><li>• IT-systemstøtte for effektiv kommunikasjonsflyt</li></ul>
<b>Oppfølging</b>	Ledelsen må etablere mekanismer for å følge opp at internkontrollen fungerer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Løpende oppfølging</li><li>• Evalueringer</li><li>• Korrigerende tiltak ved avvik</li></ul>

Det er ikke et krav i regelverket at internkontrollsystemet i kommunen skal være basert på COSO-modellen, men modellen representerer hovedelementer som bør inngå i en overordnet vurdering av internkontroll. Det er også viktig at internkontrollen tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. I dette prosjektet er modellen benyttet som et retningsgivende rammeverk for god internkontroll.

### 3.2.2 Sektorspesifikke krav til internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Enhet for psykisk helse er underlagt kravene om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Etter § 3 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten skal kommunen sørge for at helse- og sosialtjenestene er underlagt "systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen."<sup>7</sup>

I forskriften § 4, 1. ledd fremgår det at kommunen står fritt til å utforme internkontrollen etter lokale forhold:

«Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.»

<sup>7</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR-2002-12-20-1731.

Videre blir det i § 4, 2. ledd presisert at:

«Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.»

### 3.2.3 Kommunale vedtak og retningslinjer

Bergen kommune har ikke gitt spesifikke føringer for utarbeidelse av internkontrollsystem i resultatene utover det som fremkommer av lovkrav. I kommunen er det opprettet en enhet for økonomisk internkontroll som har som ansvar å følge opp økonomisk internkontroll i kommunen. Denne enheten sender blant annet årlig ut en undersøkelse til alle enhetsledere i kommunen med spørsmål om ulike forhold knyttet til internkontroll.

Kommunen har utarbeidet en etisk standard som ble vedtatt av Bergen bystyre – sak 142-08. Den etiske standarden legger vekt på at «redelighet, ærlighet og åpenhet skal kjennetegne virksomheten». Det blir presisert at alle i kommunen plikter å overholde lover, forskrifter, avtaler og reglementer som gjelder for kommunens virksomhet.

Videre påpekes det i Bergen kommune sine interne retningslinjer at god etisk standard ikke er noe som kan vedtas, men krever at den enkelte avdeling må skape møteplasser og prosesser for å få til en åpen diskusjon og refleksjon. Etisk refleksjon er en systematisk metode for å tenke over etiske dilemma eller handlingspraksis (se HR nett Etikk). HR avdelingen i Bergen kommune viser til at det finnes et utvalg av metoder og verktøy som kan benyttes for å sette i gang etisk refleksjon på den enkelte arbeidsplass. Bergen kommune har også tilbud om kurs i etikk og varsling for alle resultatenehetsledere.

## 3.3 Oppsummering

Enhet for psykisk helse har etablert et overordnet internkontrollsystem som i stor grad dekker de områder som fremgår av forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Samtidig viser undersøkelsen av enheten ikke i tilstrekkelig grad har holdt systemet vedlike og oppdatert prosedyrer og rutiner. Systemet har heller ikke blitt gjort tilstrekkelig kjent for de ansatte. Det er positivt at enheten har satt i gang et arbeid med å oppdatere systemet og det blir viktig å etablere klare rutiner for når prosedyrer skal oppdateres, hvem som har ansvar for dette og hvordan dette skal gjøres kjent for ansatte. Det er også viktig at ledelsen i enda større grad legger vekt på og

kommuniserer at regelverket skal etterleves og setter av tid til fokus på etikk i enheten. En av de mest vesentlige manglene ved internkontrollsystemet i dag er at det ikke er et system for å gjennomføre risikokartlegginger eller vurderinger for å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Revisjonen mener derfor at enheten må sørge for at internkontrollsystemet også inkluderer risikokartlegginger og vurderinger. Systematisk kartlegging av avvik som meldes inn i hele enheten bør være en viktig del av dette arbeidet. Enheten må også etablere en systematisk overvåkning og oppfølging av internkontrollen i samsvar med internkontrollforskriften.

### 3.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Ledelsens fokus</b>	Leder opplyser at hun delvis har kommunisert at regelverk og myndighetskrav skal etterleves til hele enheten. Leder mener at det alltid vil være en forbedringsmulighet i forhold til å informere nok om viktigheten av å etterleve regelverket og at enheten fortsatt kan jobbe enda mer med å kommunisere dette på en god måte.	En viktig del av internkontrollen er kontrollmiljøet og tonen på toppen. Det er derfor viktig at det kommuniseres tydelig at regelverk, prosedyrer og rutiner skal etterleves. Dette vil også kunne bidra til å avdekke om det er utfordringer knyttet til å etterleve det regelverket som regulerer tjenestene som enheten leverer.	Ledelsen bør sette av tid i felles møter til å kommunisere omkring etterlevelse av regelverk, system og rutiner.
<b>Kommunikasjon og informasjon</b>	Leder opplever at enheten er åpen og at det er god intern kommunikasjon på tvers i enheten. Leder er trygg på at eventuelle kritikkverdige forhold raskt vil bli kommunisert til leder. Enheten har avdelingsledermøter månedlig. Det er ukentlige møter i avdelingene. Det settes av 2 dager i året til planlegging og enheten har jevnlig ledersamlinger	Basert på de opplysningene som gitt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A
<b>Hvordan enheten jobber med etikk</b>	Den etiske standarden eller etisk refleksjon har ikke blitt tatt opp som egne tema i enheten. Samtidig opplever leder at etisk refleksjon naturlig inngår som en del av arbeidet som utføres og som en integrert del av den kompetansen som helsearbeiderne har. Leder opplever at den etiske bevisstheten er høy hos de ansatte. Et par av de ansatte har tidligere deltatt på etikk-kurs i regi av kommunen. Lederen har engasjert en coach for ledergruppen som har fokus på kulturbygging. Enhetsleder viser til at det har blitt avdekket etiske utfordringer i enheten knyttet til	Bergen kommune legger vekt på at etisk standard skal være kjent i kommunen og at det skal settes av tid til etisk refleksjon i enhetene. Revisjonen mener at enheten ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp dette. Selv om etisk refleksjon er en naturlig del av den daglige yrkesutøvelsen er det viktig å løfte dette opp og gjøre slike refleksjoner eksplisitt for å sikre at alle ansatte får en felles forståelse av hva dette	Bergen kommune sin etiske standard bør gjøres kjent i enheten, og det bør settes av tid til etisk refleksjon som involverer både ledere og de ansatte.

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
	f.eks. bruk av facebook og sosiale medier.	innebærer for dem i deres arbeidshverdag.	
	<p>Enheten har etablert en egen mappe på sin lokale server (S-området) som inneholder hovedelementene i enhetens system for internkontroll. Mappestrukturen er tredelt:</p> <p>- <i>styringsdel</i></p> <p>Her ligger felles prosedyrer og rutiner som er relevant for enheten, samt referanse til relevant lov- og regelverk</p> <p>- <i>systemdel</i></p> <p>Her ligger organisasjonskart for enheten og underliggende avdelinger</p> <p>- <i>avvik</i></p> <p>Her ligger system for melding og oppfølging av avvik</p> <p>I tillegg til mappestrukturen som angir oversikt over regelverk, system og rutiner, har enheten etablert et <b>kvalitetsutvalg</b>. Utvalget har møte hvert kvartal og er sammensatt av alle avdelingsledere og gjerne andre som det er hensiktsmessig at deltar. Kvalitetsutvalget skal ha ansvar for godkjenning, oppfølging og vedlikehold av prosedyrer. Leder opplyser at de i kvalitetsutvalgsmøtene blant annet går igjennom avvikene som er meldt i avdelingene.</p>	<p>Enheten har etablert et samlet system som legger til rette for overordnet internkontroll i enheten. Systemet gjør det mulig å sikre at sentrale deler av internkontrollen dokumenteres. Revisjonen mener at strukturen er god, men at det mangler elementer som bør være på plass for å etablere en god internkontroll i samsvar med regelverket. (dette blir vurdert i punktene under).</p>	I/A
<b>Oversikt over regelverk og retningslinjer</b>	<p>I styringsdelen i den interne mappestrukturen (se over) ligger alle interne prosedyrer og retningslinjer for enheten.</p> <p>I samme mappe foreligger også et dokument som inneholder en oversikt over regelverk og veiledere knyttet til tjenestestøtten. Disse er koblet til lovdata.</p>	<p>Basert på foreliggende dokumentasjon, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p><b>System for at ansatte er kjent med regelverk, system og rutiner som gjelder for tjenestene</b></p>	<p>Alle nyansatte får opplæring i sentrale prosedyrer og rutiner. Enheten har utarbeidet en sjekkliste på alle punkt som en nyansatt får oppæring i.</p> <p>Utover dette har ikke enheten et system for å sikre at alle ansatte er kjent med gjeldene regelverk og eventuelle endringer i regelverket eller i rutiner.</p> <p>Prosedyrer og rutiner, samt regelverk er samlet på S området. Referansene til lovverket oppdateres automatisk ved at det er linket til lovdata.</p> <p>Det er lederne som i hovedsak kjenner til og bruker dette server området. De ansatte er i mindre grad kjent med og nyttiggjør seg av dette serverområdet.</p>	<p>Revisjonen mener at enheten ikke i tilstrekkelig grad har gjort internkontroll systemet og oversikten over regelverk og prosedyrer kjent for alle de ansatte. Dette kan medføre at ikke alle er klar over hva som er de sist oppdaterte retningslinjene. Dette er ikke i samsvar med internkontrollforskriften i helsetjenesten § 4, 2. ledd bokstav c. Enheten må sette i verk tiltak for å sikre at alle er kjent med det regelverk og retningslinjer som gjelder for tjenestene, og eventuelle endringer som skjer. Dette må være en kontinuerlig prosess og ikke en engangshendelse for nyansatte.</p>	<p>Enheten må gjøre alle ansatte kjent med internkontrollsystemet og hvor de kan finne regelverk og rutiner.</p>
<p><b>Oppdatering av prosedyrer og rutiner</b></p>	<p>Enheten er i gang med å oppdatere en del av enheten sine interne rutiner og prosedyrer. Det har ikke vært et fast system for oppdatering av disse, eller bestemt hvem som har ansvar for dette. Det er heller ikke noe system for å melde om endring i rutiner og prosedyrer til de ansatte for å sikre at alle er kjent med de sist oppdaterte prosedyrene.</p> <p>Enheten er i ferd med å utarbeide et system for fast oppdatering av rutiner og innføre en rutine for at alle oppdaterte prosedyrer skal innom kvalitetsutvalget for godkjenning slik at alle avdelingsledere får mulighet til å komme med innspill og bli kjent med rutinene.</p>	<p>Enheten har ikke hatt et tilfredsstillende system for oppdatering av prosedyrer og rutiner. Det er positivt at det er igangsatt et arbeid på dette området.</p> <p>I samsvar med internkontrollforskriften for helsetjenesten § 4, 2. ledd er det viktig at enheten evaluerer og forbedrer nødvendige prosedyrer og rutiner.</p> <p>Revisjonene vil også påpeke at det må etableres et system hvor ikke bare ledere, men også de ansatte blir tilstrekkelig informert om oppdaterte rutiner og prosedyrer.</p>	<p>Enheten må utarbeide retningslinjer for oppdatering av rutiner, hvor ofte dette skal skje, hvem som er ansvarlig og hvordan endringer skal kommuniseres til de ansatte.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Kompetanse og opplæring</b>	<p>Enheten har gjennomført en kompetansekartlegging og utarbeidet en plan for kompetanseutvikling.</p> <p>Enhetsleder opplever at det er gode muligheter til å tilby kurs og opplæring og at det settes av tilstrekkelig med midler til dette.</p> <p>Samtidig viser enhetens styringskort for 2012 at de ikke klarer å nå mål om relevant videreutdanning, ruskompetanse og andel ansatte som deltar i fast veiledning. Enhetsleder forklarer at antallet som deltar i fast veiledning i stor grad er avhengig av kapasiteten til spesialist-helsetjenesten. I noen tilfeller kompenseres avdelinger for manglende ekstern veiledning ved å gjennomføre interne fagmøter med veiledning.</p>	<p>Det er positivt at enheten har system for kompetanseutvikling.</p> <p>Samtidig viser undersøkelsen at enheten ikke når mål som er satt for andel ansatte med videreutdanning og ruskompetanse. Det er presisert i internkontrollforskriften for helsetjenesten § 4, 2 ledd bokstav c at arbeidstakerne skal ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet.</p>	<p>Enheten må sette i verk tiltak for å sikre tilstrekkelig antall ansatte med videreutdanning og ruskompetanse.</p>
<b>Risikokartlegging og vurdering</b>	<p>Det gjennomføres ikke dokumenterte og systematiske risikokartlegginger i forhold til fare for manglende etterlevelse av regelverk.</p>	<p>Manglende gjennomføring av risikokartlegginger og vurderinger er etter revisjonens mening ikke i samsvar med krav i internkontrollforskriften for helsetjenesten § 4, 2. ledd bokstav f om at virksomheten skal skaffe seg en oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.</p>	<p>Enheten må gjennomføre risikokartlegginger og vurderinger som gjør at enheten får en oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Avvikssystem</b>	<p>Enheten har etablert et avvikssystem og en lokal prosedyre for definering av avvik og fremgangsmåte for å melde avvik.</p> <p>Enheten benytter Bergen kommune sitt skademeldingsskjema, i tillegg til et eget avviksregistreringsskjema som enheten har utarbeidet hvor en kan melde avvik knyttet til tjenesteutførelse og avvik fra prosedyrer.</p> <p>Kvalitetsutvalget går igjennom avdelingsvise samleskjema for avvik hvert kvartal.</p> <p>Generelt mener enhetsleder at det uavhengig av område er en underrapportering av avvik. Dette er noe enheten har fokus på, og det formidles jevnlig til de ansatte at avvik må meldes. Det avviket som meldes hyppigst i enheten er medisnavvik. Enhetsleder bestiller farmasøytisk tilsyn på medikamenthåndtering til tjenestesteder som har rapportert flest avvik i forhold til medikamenthåndtering.</p> <p>Avvik som ikke blir lukket lokalt blir meldt til resultatenhetsleder. Dersom enhetsleder opplever at enkeltavdelinger har mange avvik innen et område så følges dette spesielt opp av resultatenhetsleder og ekstra tiltak settes i verk.</p> <p>Enhetsleder uttrykker at det er ønskelig å få en enda bedre oversikt over alle avvikene som meldes i enheten. Dette vil kunne bidra til et mer systematisk arbeid med oppfølging av avvik og risikokartlegging. Enhetsleder mener at AMG med fordel kunne vært involvert i dette arbeidet.</p>	<p>Enheten har etablert et avvikssystem hvor brudd på regelverk og krav til tjenesten skal rapporteres. Det er laget prosedyrer for oppfølging og sammenstilling av avvikene på avdelingsnivå, men enheten kan i enda større grad utnytte denne informasjonen til å gjennomføre mer systematiske risikokartlegginger og vurderinger av hvilke områder som er mest utsatt for avvik. Revisjonen mener at dette vil kunne gi enda bedre grunnlag for å iverksette effektive risikoreducerende tiltak. Revisjonen mener videre at systematisk kartlegging av forekomsten av avvik vil kunne bidra til å møte kravet i internkontrollforskriften for helsetjenesten § 4, 2. ledd bokstav f om at virksomheten skal skaffe seg en oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.</p>	<p>Enheten bør etablere et system for å få en samlet oversikt over forekomsten av avvik i enheten slik at denne kan benyttes som grunnlag for en systematisk risikokartlegging og vurdering.</p>



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Involvering av brukere i utvikling av tjenestene</b>	<p>Enheten gjennomfører brukerundersøkelser, men disse undersøkelsene har svært lav deltagelse. Enheten søker derfor innspill fra brukere gjennom brukermøter. Hver avdeling har ukentlige brukermøter, og brukerne blir i følge enhetsleder involvert i tjenesteutvikling og endringsprosesser. Flere av aktivitetene enheten setter i verk er et resultat av at brukere har kommet med tilbakemelding på tjenestene.</p> <p>Enhetsleder opplyser at de vektlegger involvering av pårørende og at de arrangerer informasjonsmøter, avdelingsvise møter og enheten har felles pårørendemøter med DPS. Dersom det skal gjennomføres større endringer i tjenestene eller i organiseringen, blir både brukere og pårørende invitert til å komme med innspill.</p>	<p>Enheten involverer brukere og pårørende i utvikling og forbedring av tjenestene, men kan i enda større grad prøve å øke deltagelsen i brukerundersøkelsen.</p>	<p>Enheten bør sette i verk tiltak for å øke deltagelsen i brukerundersøkelsen.</p>
<b>Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene</b>	<p>Enheten gjennomfører medarbeiderundersøkelser hvert år. Det er lav deltagelse i denne undersøkelsen (39,2 % i 2012), og det blir derfor stilt spørsmål ved om resultatene er representative for enheten.</p> <p>Medarbeiderundersøkelsen blir gjennomgått på ledersamling, men blir i begrenset grad fulgt opp på grunn av den lave deltagelsen.</p> <p>Det uttrykkes skepsis mot å benytte resultater fra anonyme undersøkelser.</p> <p>Enhetsleder påpeker også at det gjennomføres medarbeidersamtaler 2 ganger i året. Det blir også gitt uttrykk for at de ansatte har stor innvirkning på tjenesteutvikling og organisering av arbeidet.</p>	<p>Enheten involverer ansatte i utviklingen av tjenestene. Revisjonen mener samtidig at enheten bør vurdere hvordan de kan øke andelen av ansatte som svarer på medarbeiderundersøkelsen slik at den også kan inngå som en del av de ansattes mulighet til å påvirke utviklingen av tjenestene.</p>	<p>Enheten bør sette i verk tiltak for å øke deltagelsen i medarbeiderundersøkelsen.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p><b>Systematisk overvåking og oppfølging av internkontrollen</b></p>	<p>Enheten har etablert et internkontroll system. Hovedutfordringen er i følge enhetslederen å implementere systemet og sørge for at det blir kjent og benyttet i hele enheten. Det er også behov for rutiner for oppfølging av systemet.</p> <p>Enhetsleder opplyser at hun vil ha fokus på dette fremover og har startet et arbeid med å gjennomgå systemet. Kvalitetsutvalget vil være sentralt i oppfølgingen av internkontrollen.</p>	<p>For effektiv overvåking av om internkontrollen fungerer, bør en virksomhet ha definert de vesentlige risikoene som skal kontrolleres, samt ha etablert kontroller som skal overvåke disse risikoene.</p> <p>Enheten har etter revisjonen sin vurdering ikke etablert en tilstrekkelig oppfølging av internkontrollen. Dette er også et krav i internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4, 2. ledd bokstav h.</p> <p>Revisjonen mener det er positivt at leder gir uttrykk for at det vil bli arbeidet med dette fremover.</p>	<p>Enheten må etablere et system for systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen.</p>



# 4. Mål- og resultatstyring

## 4.1 Innledning

Kommuner er komplekse virksomheter med en rekke krav til tjenesteleveranser både i forhold til økonomi, kvalitet og regeletterlevelse. For å sikre måloppnåelse er kommunen avhengig både av å definere tydelige mål som er styrende for virksomheten (målstyring), og å måle resultater i forhold til disse målene (resultatstyring). Det finnes ulike systemer og prinsipper for mål og resultatstyring. Balansert målstyring er et eksempel på et system som er utbredt både i offentlig og privat sektor (se under).

## 4.2 Revisjonskriterier

### 4.2.1 Lov og forskrift

Det er ingen sentrale lover eller forskrifter som pålegger kommunen et spesifikt styringssystem.

### 4.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer

Bergen kommune fornyet gjennom bystyrevedtak i sak 1003/11 sin satsning på balansert målstyring (BMS). Det fremgår av byrådssaken at kjernen i BMS er å omsette strategi til handling. Strategiene skal forankres i kommunens overordnede målsettinger, slik disse kommer til uttrykk i kommunens styrende dokumenter. Videre går det frem at «hovedgrepet i balansert målstyring er med utgangspunkt i de overordnede målsettinger på det aktuelle oppgaveområdet, å identifisere hvilke typer aktiviteter som bidrar til de ønskete resultater. Ved systematisk å følge opp denne type aktiviteter – gjennom måling, vil en stimulere organisasjonen til maksimal resultatoppnåelse gitt de ressurser som er til disposisjon og de kvalitetsmål som legges på oppgaveløsning.»

Målene følges opp via fire perspektiver: brukere, arbeidsprosesser, medarbeidere og økonomi.

Det er utarbeidet en mal for styringskort (2012), som alle tjenester er bedt om å benytte. Malen ligger til grunn for hvordan styringskortet blir utformet og hva som måles. I følge BMS gruppen i kommunen har ikke alle enheter elektronisk styringskort i Corporator, men på sikt skal alle det.

## 4.3 Oppsummering

Enhet for psykisk helse har i stor grad implementert Bergen kommune sitt system for balansert målstyring ved å ta i bruk det elektroniske systemet Corporator. Dette gir en god oversikt over hvilke mål enheten skal oppnå og hvilke resultater enheten har oppnådd. Enheten har utarbeidet en lokal handlingsplan for å operasjonalisere de overordnede målene og tilpasse dette til enheten og de enkelte avdelinger. Handlingsplanen imidlertid sist oppdatert 2009-2010. Revisjonen mener at det er viktig at overordnede mål operasjonaliseres årlig i samsvar med styringskortet, slik at det er tydelig hva enheten og avdelingen må gjøre for å nå de overordnede målene. Enheten utfører ikke systematiske risikokartlegginger eller risikovurderinger knyttet til måloppnåelsen, med unntak av økonomiske mål. Revisjonen mener at dette er viktig for å følge opp og sikre måloppnåelse på alle områdene i styringskortet. I dag er det en viss prioritering av oppfølging av økonomiske mål

fremfor andre mål i styringskortet. Revisjonen mener at alle målene bør følges opp med risikoreduserende tiltak dersom det avdekkes at det er fare for manglende måloppnåelse. Det er viktig å unngå at økonomiske mål overskygger krav til tjenestekvalitet. Enhetsleder har signert lederavtale i 2009 med Byrådsavdeling for helse og omsorg. Lederavtalen har ikke blitt evaluert eller fulgt opp etter det. Det er ikke signert ny lederavtale med Byrådsavdeling for sosial, bolig og områdesatsning.

#### 4.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Styringskort for resultatenheten</b>	<p>Det er utarbeidet styringskort på byrådsavdelingsnivå, som er felles for hele tjenesteområdet. Enheten benytter det elektroniske systemet Corporator.</p> <p>Styringskortet inneholder mål innenfor de fire perspektivene brukere, medarbeidere, arbeidsprosesser og økonomi.</p>	<p>Bruk av styringskort er godt implementert i enheten og gir en god oversikt over mål og status for måloppnåelse i enheten.</p>	<p>I/A</p>
<b>Oppfølging av styringskort</b>	<p>For å følge opp styringskortet med egne tiltak og aktiviteter som er tilpasset lokale forhold, har enheten en utarbeidet en handlingsplan med tiltak, frister og fordeling av ansvar. Handlingsplanen er sist oppdatert for perioden 2009-2010.</p> <p>For å sikre kjennskap til og forankring av mål i styringskortet i hele enheten med underliggende avdelinger, går ledergruppen igjennom styringskort og satsingsområder to ganger i året. Første samling har fokus på målene som er satt, den andre på hvilke resultater som er oppnådd.</p> <p>Hver avdeling må selv operasjonalisere de overordnede målene til aktiviteter som er relevante for den enkelte avdeling. Det blir ikke stilt krav til egne mål eller rapportering på avdelingsnivå.</p> <p>Enheten rapporterer halvårlig og årlig på styringskortet til byrådsavdelingen. Resultatene fremgår av det elektroniske styringskortet i Corporator. Enheten opplever at så lenge mål på økonomiområdet oppnås, blir ikke enheten fulgt spesielt opp på de andre målene, selv om de ikke oppnås. Det settes heller ikke i verk spesifikke tiltak i enheten.</p>	<p>Ettersom målene i styringskortet er basert på felles mål for tjenesteområdet, mener revisjonen at det er viktig at disse tilpasses lokale forhold med egendefinerte aktiviteter.</p> <p>Enheten har ikke utarbeidet handlingsplan for de siste tre år. Revisjonen vil påpeke at handlingsplanen bør oppdateres årlig for å sikre at tiltakene fortsatt er gyldige og at både frister og ansvar er oppdaterte.</p> <p>Revisjonen vil også påpeke at det er viktig at også de ikke-økonomiske målene blir fulgt opp i like stor grad som de økonomiske.</p>	<p>Enheten bør revidere og oppdatere handlingsplanen årlig for å sikre at det er tydelig hvordan enheten og avdelingene skal oppnå de overordnede målene. Både de økonomiske og de ikke-økonomiske målene må følges opp med tiltak dersom det avdekkes avvik.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Risikokartlegging og vurdering</b>	<p>Det blir ikke gjennomført noen risikokartlegging eller -vurdering i forhold til målene som er satt i styringskortet (med unntak av økonomi). Det er ingen rutine for å iverksette tiltak for å redusere risiko for manglede måloppnåelse. Enhetsleder opplyser likevel at det naturlig blir mer fokus på mål som er merket gult eller rødt i målekortet i Corporator.</p>	<p>Revisjonen mener at gjennomføring av risikovurderinger er en sentral forutsetning for god internkontroll. For å sikre god måloppnåelse er det viktig å gjøre en risikokartlegging og vurdering i forhold til målene til enheten.</p>	<p>Enheden bør utarbeide en rutine for risikokartlegging og -vurdering av mål.</p>
<b>Oppnådde resultater</b>	<p>Status for styringskortet for 2012 var grønn for alle mål, med unntak av:</p> <p><i>Gult</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brukertilfredshet, lav oppslutning</li> <li>- kvalifisert prognose</li> </ul> <p><i>Rødt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tilbud om individuell plan</li> <li>- andel med videreutdanning</li> <li>- andel med ruskompetanse</li> <li>- andel som deltar i veiledning</li> </ul>	<p>På styringskortet for enheten vises det at enheten ikke har klart å oppnå alle målene som er satt for enheten.</p> <p>Revisjonen vil påpeke at det er spesielt viktig at enheten sikrer at lov og forskriftskrav etterleves, slik som målet om at alle brukere som har rett på individuell plan får tilbud om dette.</p>	<p>Enheden må sette i verk tiltak for å øke måloppnåelsen. Enheden må særlig sørge for at alle brukere som har krav på det, får tilbud om individuell plan.</p>
<b>Årsrapport</b>	<p>Årsrapporten gir i begrenset grad informasjon om driften i enheten og reflekterer ikke de mål som er satt i styringskort eller resultatene som er oppnådd i forhold til disse.</p>	<p>Revisjonen mener at enheten kan med fordel utarbeide en årsrapport som i større grad gir et bilde av enhetens mål og resultater.</p>	<p>Enheden bør vurdere å utvikle årsrapporten slik at den i større grad reflekterer de mål som er satt og resultatene som enheten oppnår.</p>



# 5. Økonomistyring

## 5.1 Innledning

Økonomistyring er «den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger»<sup>8</sup>. Økonomistyring omfatter aktiviteter og prosesser både på strategisk nivå og operativt nivå i en organisasjon. Strategisk nivå omfatter strategier og planlegging. På operasjonelt nivå inngår aktiviteter som budsjettering, rapportering, avvikshåndtering, og eventuell iverksetting av korrigerende tiltak. God økonomistyring krever både hensiktsmessige strukturer, system og rutiner, bemanning og kompetanse, og en organisasjonskultur som til sammen regulerer hvordan økonomistyringen blir gjennomført.

## 5.2 Revisjonskriterier

### 5.2.1 Lov og forskrift

I kommuneloven § 46 nr. 3 går det frem at «årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.» Dette innebærer at de enkelte bevilgninger og de inntektsrammer budsjettet bygger på skal være ført opp ut fra hva som kan påregnes, og at også anslag over inntekter og utgifter skal være realistiske (jf. Ot.prp. nr. 43, 1999-2000). Budsjettet skal være fullstendig, dvs. at alle forventede inntekter, innbetalinger og bruk av avsetninger samt utgifter, utbetalinger og avsetninger i året skal tas med (jf. budsjettforskriften § 6).

Ifølge kommuneloven (§ 46 nr. 6) kan ikke kommuner budsjettere med underskudd. Dette betyr at dersom enheter/områder ligger an til underskudd må det settes i verk tiltak som bringer økonomien i balanse. Dersom en enhet/ et område ikke gis ekstra rammer, må det settes i verk tiltak som begrenser utgiftene.

### 5.2.2 Kommunale vedtak

Gjeldende økonomireglement og budsjettfullmakter for Bergen kommune ble vedtatt gjennom byrådssak 1082/12, 2. februar 2012.

I Bergen kommune har alle resultatenheter selvstendig økonomiansvar for sitt tildelte budsjett. I økonomireglementet fremgår det at kravet til å holde budsjetttrammene skal gå foran kravet til å oppfylle mål- og resultatkravene, dvs. at mål- og resultatkravene må være i samsvar med inntektsrammen, og ikke omvendt.

Av pkt 2.1. i Bergen kommunes økonomireglement fremgår det at myndighet til å justere budsjettet innenfor eget rammeområde delegeres gjennom fullmaktene. Det blir vist til at det av dette også følger en plikt til å finne dekning, innenfor eget rammeområde, for budsjettjusteringer som følge av endrede forhold.

Under pkt 2.2, *Fullmakter som gjelder driftsbudsjettet*, går det frem at ledere for resultatenheter og etater med selvstendig og entydig økonomiansvar, som hovedregel bør gis fullmakt til å viderefordre tildelte budsjetttrammer til tjenester, enkeltarter og ansvarssteder. Videre fremgår

<sup>8</sup> Pettersen, Inger J., Magnussen, Jon, Nyland, Kari og Bjørnenak, Trond (2008), "Økonomi og helse – perspektiver på styring". Cappelen Damm AS, Oslo

det at ledere for resultatenheter og etater med selvstendig og entydig økonomiansvar som hovedregel bør gis fullmakt til å foreta budsjettjusteringer (for alle utgifts- og inntektsarter) innenfor hver tjeneste/ansvarssted som inngår i resultatenheten eller etaten.

På samme vis fremgår det at nevnte ledere som hovedregel bør gis fullmakt til å foreta budsjettjusteringer mellom tjenester innenfor resultatenheten eller etaten (for alle utgifts- og inntektsarter) i alle tilfeller som er av rent budsjett-teknisk karakter, for eksempel som følge av organisasjonsendringer.

Av pkt 4.4 *Rapportering* går det frem følgende rapporteringskrav:

- For hvert tertial skal resultatenheter utarbeide en rapport som grunnlag for de periodiske tertialrapporter som fremmes for bystyret i juni og oktober/november. Rapporten skal omfatte alle rammeområder samt interkommunalt samarbeid.

Av Bergen kommune sine retningslinjer knyttet til anvisningsmyndighet, går det frem at ledere for resultatenheter som hovedregel delegeres anvisningsmyndighet og myndighet til videre subdelegering innenfor sitt budsjettområde.<sup>9</sup>

Av retningslinjene går det videre frem at «budsjettansvarlig leder må sørge for betryggende kontroll også for fakturaer på mindre beløp. For fakturaer under kr 5000 (eks mva) er ofte bestiller og attestant samme person, og det er ikke krav om attestering av mer enn én person.»<sup>10</sup>

Blant pliktene som følger av det å ha anvisningsmyndighet, inngår blant annet følgende:

- Plikt til å påse at gjeldende regelverk mht. innkjøp av varer og tjenester blir fulgt.
- Plikt til å sørge for at administrativt personell har nødvendig kompetanse.
- Plikt til å påse at nødvendige og tilstrekkelige interne kontrollrutiner er etablert og etterleves.
- Plikt til å holde seg innenfor de ressursrammer bystyret har vedtatt under årsbudsjettbehandlingen, evt. senere regulert av styringsorgan med myndighet til dette (jfr. gjeldende budsjettfullmakter)
- Plikt til jevnlig (normalt månedlig) å rapportere om økonomisk status (og evt. aktivitetsgjennomføring) i forhold til hva som er planlagt og vedtatt. I tillegg skal normalt også årsprognoser og avvik, samt tiltak for å sikre budsjettbalanse og realisering av planlagt produksjonsnivå fremgå av slik rapportering.

Det går også frem av retningslinjene at budsjettansvarlig leder «må overvåke realisert forbruk og aktivitetsnivå – og eventuelt foreta de nødvendige tiltak (utsette anskaffelser/ansettelse mv.) for å overholde tildelt budsjetttramme.»

### 5.3 Oppsummering

Enhet for psykisk helse har de siste to årene ikke overskredet budsjetttrammen de har fått tildelt. Enheten opplever at den økonomiske rammen er tilstrekkelig for å kunne levere tjenestene de er pålagt. Enheten får støtte fra en økonomirådgiver som har god oppfølging av økonomien i enheten i samarbeid med enhetsleder. Samtidig viser gjennomgangen at enheten bør iverksette tiltak for å sikre at klientmidler blir håndtert i henhold til Bergen kommune sine retningslinjer og at enheten bør ha enda større fokus på å forebygge misligheter.

<sup>9</sup> Bergen kommune: Anvisningsmyndighet. BKDOK-2011-01006. Sist oppdatert: 07.11.2011.

<sup>10</sup> Bergen kommune: Anvisningsmyndighet. BKDOK-2011-01006. Sist oppdatert: 07.11.2011.

## 5.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Økonomiske resultater</b>	Enheten har ikke overskredet budsjettet de to siste år.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A
<b>Realistisk budsjett</b>	Enheten opplever at den økonomiske rammen er tilstrekkelig i forhold til å kunne levere de tjenester de er pålagt.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A
<b>Skriftlige rutiner og prosedyrer som dekker alle vesentlige oppgaver</b>	Enhetsleder opplyser at de har gode skriftlig rutiner og prosedyrer for alle vesentlige oppgaver på økonomiområdet.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A
<b>Kompetanse og ressurser</b>	Enheten har en økonomirådgiver som den deler med noen andre enheter. Enhetsleder opplever at økonomirådgiveren er svært kompetent og gjør en god jobb som bidrar til at leder har god kontroll over økonomien til enhver tid.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A
<b>Ansvarsdeling, fullmakter og delegasjon</b>	Det er resultatenhetsleder som har anvisningsmyndighet i enheten. Enhetsleder har delegert anvisningsmyndighet til avdelingsledere (og nr. 2 etter avdelingsleder) knyttet til deres driftsområde og for beløp under 5000,- Hvem som har fått delegert anvisningsmyndighet er lagt inn i Agressosystemet.  Avdelingsledere har delegert fullmakt for økonomi og oppfølging av budsjett innenfor for sitt ansvarssted.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	
<b>Budsjett</b>	Enheten utarbeider en kostnadsberegning før årsslutt så får de tildelt et rammebudsjett i februar. Budsjettet de får tildelt er ofte noe lavere enn kostnadsberegningen, men dette klarer enheten å justere uten at det går utover muligheten til å levere lovpålagte tjenester. Enhetsleder har fullmakt til å foreta budsjettjusteringer innenfor resultatenheten.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Prognoser</b>	<p>Enheten utarbeider prognose som det rapporteres på tertialvis. Følger med på prognosene for underliggende avdelinger hver måned. Opplever at prognosene er gode og at de treffer godt. I styringskortet får likevel enheten gult på «leders kvalifiserte prognose» på grunn av et resultat på -0,2 % for 2012</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert vesentlige utfordringer på dette området.</p>	I/A
<b>Risikovurdering</b>	<p>Enheten gjennomfører risikovurderinger på økonomiområdet når de gjennomgår regnskapet hver måned. Da vurderer de om regnskap og prognoser stemmer med det som er budsjettert. Dersom de ser at det er fare for budsjettsprikk setter de i verk tiltak for å unngå dette.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	
<b>Iverksetting av tiltak for å redusere uønsket risiko</b>	<p>Enheten iverksetter tiltak dersom det oppstår avvik mellom budsjett og faktisk forbruk en periode. Dette gjøres i forbindelse med den månedlige gjennomgangen av regnskapet</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A
<b>Rapportering</b>	<p>Enhetsleder opplyser om at enheten rapporterer månedlig og tertialvis på økonomisk status.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A
<b>Oppfølging av budsjettet i enheten</b>	<p>Enheten går igjennom økonomisk status og prognoser hver måned. Leder kaller inn avdelinger som ikke har en drift i henhold til prognosene for å ta en nærmere gjennomgang av regnskapstall og for å iverksette nødvendige tiltak.</p> <p>Hver avdeling har fått en ramme basert på sine forutsetninger mht drift og type brukere. Dersom det blir behov for det, foretar enhetsleder omprioriteringer mellom avdelingene for å optimalisere driften totalt.</p> <p>Enheten har fokus på at de er en felles enhet som har et felles ansvar for budsjettet.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Kontroll med alle utgifter og inntekter som vedrører enheten</b>	<p>Enhetsleder opplever at de generelt har god kontroll på inntekter og utgifter. Samtidig opplever enheten at det kan komme utgifter eller inntekter på slutten av året som ikke enheten styrer men som er et resultat av for eksempel inntekter som et resultat av lønnsoppgjør, feriepengeutbetalinger m.m. Det fører til at dersom enheten har styrt mot et mindre overskudd kan kanskje det bli enda større enn ventet. Dette er uheldig i forhold til at de kunne brukt disse pengene på viktige tjenesteområder.</p>	<p>Enheten har viser at de har god kontroll på egne inntekter og utgifter, men at det likevel kan komme ekstra inntekter eller utgifter på slutten av året som enheten ikke selv kan styre.</p>	<p>I/A</p> 
<b>Forebygging av misligheter</b>	<p>Det er ikke iverksatt spesifikke tiltak, system eller rutiner for å forebygge misligheter. Enhetsleder opplyser om at enheten har fokus på viktigheten av lojalitet og tillit.</p>	<p>Revisjonen vil påpeke at det er viktig å ha fokus på forebygging av misligheter og muligheter for dette i enheten. Selv med et fokus på lojalitet og tillit er det nødvendig å gjøre en kartlegging av risiko for misligheter i denne enheten og hvor dette vil kunne forekomme. Dette kan gi innspill til risikoreducerende tiltak. Revisjonen mener at tiltak for å forebygge misligheter er avgjørende for god økonomisk internkontroll.</p>	<p>Enheten bør gjennomføre en risikovurdering av sannsynlighet for og konsekvens av misligheter i enheten, og på bakgrunn av denne iverksette forebyggende tiltak.</p> 
<b>Forvaltning av klientmidler</b>	<p>Enhetsleder uttrykker at forvaltning av klientmidler generelt ikke er tilstrekkelig fulgt opp innenfor psykisk helse- og rusområdet. Som tjenesteyter er de i befatning med klientmidler. Pasientgruppen er juridisk svakt stilt og oppnevning av hjelpeverge er ikke særlig utbredt (for eksempel sammenlignet med funksjonshemmede). Enheten har ikke implementert kommunens retningslinjer på dette området. Enhetsleder vil sørge for at kvalitetsgruppen i enheten skal sette dette på dagsorden. Enhetsleder presiserer at de har god kontroll på håndkassene i enheten og de sjekkes årlig. Det er lommepengekasser som det ikke er tilfredsstillende kontroll med i forhold til overordnede retningslinjer.</p>	<p>Revisjonen mener at enheten ikke har hatt en tilfredsstillende forvaltning av klientmidler ved at den ikke har implementert kommunens retningslinjer på dette området. Det er positivt at enheten vil sette dette på dagsorden, og revisjonen mener at dette må gjøres så raskt som mulig.</p>	<p>Enheten må sette i verk tiltak for å sikre at kommunens retningslinjer for forvaltning av klientmidler blir iverksatt.</p> 

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p><b>Betryggende kontroll på fakturaer på mindre beløp.</b></p>	<p>Enhetsleder ser på regnskapstallene hver måned og da får hun en oversikt over hva det er brukt penger på. Da kan hun gå inn i spesifikke tall om det er noe hun reagerer på. I enheten har hver avdeling en egen pott som de kan bruke på diverse innkjøp. Enhetsleder gjør ingen systematisk gjennomgang av hva denne potten faktisk brukes til og hvilke innkjøp som gjøres av den enkelte avdeling. Det er alltid to personer som må godkjenne innkjøp og enhetsleder blir ofte konsultert ved innkjøp. Enhetsleder blir involvert ved alle innkjøp over 5000,-</p>	<p>Det er ikke etablert noen formelle rutiner for hvordan en skal sikre betryggende kontroll på mindre fakturaer i henhold til Bergen kommune sine retningslinjer. Dette kan medføre en risiko for misligheter.</p>	<p>Enheten bør etablere noen rutiner for å sikre kontroll på fakturaer på mindre beløp.</p>



# 6. Offentlige anskaffelser

## 6.1 Innledning

Bergen kommune gjennomfører hvert år anskaffelser for betydelige verdier. Dette omfatter både større enkeltinnkjøp, avrop på rammeavtaler og mindre innkjøp til daglig drift. Undersøkelser viser at flere kommuner synes det er utfordrende å etterleve krav i lov og forskrift om offentlige anskaffelser, og flere saker klages inn til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA). Anskaffelsenes omfang og området kompleksitet tilsier at det på dette området kan være risiko for misligheter og brudd på regelverk, noe som gjør god internkontroll spesielt viktig.

## 6.2 Revisjonskriterier

### 6.2.1 Lov og forskrift

Offentlige anskaffelser reguleres av lov (LOA) og forskrift om offentlige anskaffelser. Regelverket skal sikre at alle potensielle leverandører har de samme forutsetningene for å oppnå kontrakter med det offentlige. Samtidig går det frem av § 1 i LOA at regelverket skal medvirke til at det offentlige gjennomfører effektive kjøp, basert på forretningsmessighet og likebehandling. § 1 må sees i sammenheng med de grunnleggende prinsippene i § 5 i samme lov som bekrefter at:

«Oppdragsgiver skal opptre i samsvar med god forretningskikk, sikre høy forretningsetisk standard i den interne saksbehandling og sikre at det ikke finner sted forskjellsbehandling mellom leverandører.

En anskaffelse skal så langt det er mulig være basert på konkurranse.

Oppdragsgiver skal sikre at hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktighet og etterprøvnbarhet ivaretas gjennom anskaffelsesprosessen.

Utvelgelse av kvalifiserte anbydere og tildeling av kontrakter skal skje på grunnlag av objektive og ikke-diskriminerende kriterier.»

Likebehandling av leverandørene er et grunnprinsipp. Under hele innkjøpsprosessen må Bergen kommune legge forholdene til rette for at flest mulig av de potensielle leverandørene får mulighet til å konkurrere om leveransen på samme grunnlag. Leverandørene må derfor bli gitt likeverdige forutsetninger for å få sitt tilbud valgt.

Et overordnet prinsipp er at offentlige kjøp skal skje på grunnlag av konkurranse, uten hensyn til hvilken innkjøpsprosedyre som blir benyttet. Både ut fra samfunnsøkonomiske og forretningsmessige hensyn, samt forvaltningsrettslige prinsipp om likebehandling, er det ønskelig at offentlige innkjøp skjer etter konkurranse mellom potensielle leverandører.

Kravet om etterprøvnbarhet medfører at oppdragsgiver skal sikre at de handlinger som blir gjennomført i innkjøpsprosessen kan dokumenteres. Oppdragsgivers vurderinger og avgjørelser med videre bør gjøres skriftlig. Hensynet til etterprøvnbarhet skal dessuten sikre at deltagerne i en konkurranse i ettertid skal ha anledning til å forvise seg om at innkjøpsprosessen har skjedd i overensstemmelse med innkjøpsprosedurene i regelverket. Dette vil si at det i størst mulig grad bør tas referat fra møter, og at alle innstillinger og vurderinger bør foreligge skriftlig. En må kunne forutsette at en slik praksis vil kunne forebygge tvil, ettersom det enkelt kan kontrolleres at

prosessen har gått riktig for seg. Avgjørelse i KOFA sak 2003/6011 viser at tvetydig og inkonsekvent dokumentasjon i seg selv kan tas til inntekt for at oppdragsgivers saksbehandling ikke har vært forsvarlig.

I forskriften står det at oppdragsgiver skal føre protokoll fra konkurranser, jmfør forskrift om offentlige anskaffelser § 3-2. Kravet om protokollføring er et utslag av generelle prinsipper knyttet til rettssikkerhet og gjennomsiktede prosesser, og skal trygge hensynet til etterprøvnbarhet.

Formålet med plikten til protokollføring er å gjøre det mulig å kontrollere i ettertid at konkurransen har vært gjennomført i tråd med regelverket.<sup>12</sup> Protokollen skal inneholde en framstilling av alle vesentlige forhold og viktige avgjørelser gjennom hele innkjøpsprosessen. Etter KOFAs oppfatning må regelen bli forstått slik at protokollen må føres fortløpende gjennom konkurransen.<sup>13</sup>

## 6.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer

Bergen kommune har utarbeidet interne retningslinjer for anskaffelser; Innkjøpsstrategi 2007-2011 (Bystyresak 134/07), Veileder for anskaffelser i Bergen kommune (2010) og Enkel veileder for anskaffelser i Bergen kommune (2011).

Bergen kommune har videre en sentral innkjøpsseksjon som yter bistand i anskaffelsesfaglige spørsmål og som skal påse at Bergen kommune sine anskaffelser gjennomføres så effektivt og samfunnsøkonomisk som mulig.<sup>14</sup>

I Veileder for anskaffelser i Bergen kommune fremgår det at «alle anskaffelser over EØS terskelverdi skal kvalitetssikres og publiseres av innkjøpsseksjonen.» (over kr. 500 000,-). I Bergen kommune sine interne retningslinjer for innkjøp fremgår det videre at for anskaffelser under 500 000 kan en velge om en skal benytte Doffin eller annen utlysningsskanal. Det blir presisert at regelverkets prinsipp om konkurranse er like sterk uavhengig av hvordan utlysningen gjennomføres.

I retningslinjene for anskaffelser blir det også presisert at «alle kommunens anskaffelsesprosesser skal være sporbar ved registrering i kommunens saksbehandler system».

I innkjøpsstrategi for Bergen kommune 2007-2011 fremgår det blant annet at:

- Alle prosesser ved anskaffelser til Bergen kommune skal skje innenfor rammen av LOA
- Alle kontrakter skal jevnlig følges opp
- Alle leverandøravtaler skal gjøres lett tilgjengelig for alle enheter i Bergen kommune og være scannet inn i BKSAK
- Alle enheter i Bergen kommune skal bruke felles rammeavtaler
- Det pekes ut en «hovedbestiller» på hver resultatenheter (flere på større resultatenheter) som kan tilføres grunnkompetanse på innkjøpsområdet og bli jevnlig oppdatert på hvilke rammeavtaler som gjelder, bruk av e-handel m.m.
- Bestillingsfullmakt skal være lik anvisningsfullmakt i Agresso økonomisystem og ha de samme beløpsgrensene. Dette betyr at personer uten fullmakt etter økonomiregelverket heller ikke har fullmakt til å foreta bestillinger til Bergen kommune.

Bergen kommune har utarbeidet maler for anskaffelsesprotokoller for henholdsvis anslått verdi mellom kr. 100 000 – 500 000, og for ett trinns anskaffelser over kr. 500 000, samt to trinns anskaffelser over kr. 500 000. Disse malene er obligatoriske å benytte.

<sup>11</sup> Klagenemndas avgjørelse 4. august 2003.

<sup>12</sup> NOU 1997 : 21 s. 139 og s. 145

<sup>13</sup> KOFA sin avgjørelse 13. februar 2006 i sak 2005/286

<sup>14</sup> Veileder for anskaffelser i Bergen kommunem





### 6.3 Oppsummering

Enhet for psykisk helse gjennomfører ikke innkjøp over 100 000,- og opplever ingen særlige utfordringer på innkjøpsområdet.

### 6.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak	
<b>Tilstrekkelig opplæring</b>	De ansatte gjennomfører kurs i innkjøp og e-handel før de får tilgang systemene som de trenger for å kunne gjøre innkjøp (Agresso og e-handel). Enhetsleder opplyser om at de som gjennomfører innkjøp har tilstrekkelig opplæring og kompetanse.		I/A	●
<b>Gjennomføring av anskaffelser</b>	Enheten gjennomfører ikke større anskaffelser. Kun mindre driftsrelaterte innkjøp.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A	●
<b>Konkurransesponering av innkjøp over kr. 100 000,-</b>	Enheten gjennomfører ikke innkjøp over kr. 100 000,-	I/A	I/A	●
<b>Konkurransesponering av innkjøp over kr. 500 000,-</b>	Enheten gjennomfører ikke innkjøp over kr. 500 000,-	I/A	I/A	●
<b>Kjennskap til regelverk og formidling av dette til de ansatte</b>	Enhetsleder mener at alle avtaler og retningslinjer i tilstrekkelig grad er gjort kjent i enheten.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	I/A	●
<b>Fullmakt til å gjennomføre innkjøp</b>	Det fremgår av Agresso hvem som har tilgang til å gjøre innkjøp. Utover det kan leder gi andre mulighet til å handle ved bruk av rekvisisjon. Hver avdeling har et par personer som kan gjennomføre innkjøp under 5000 knyttet til avdelingen. Hver avdeling har en egen pott som de kan benytte til drift. Det er ikke definert en hovedbestiller for enheten. De benytter ofte merkantilt ansatte som bestillere.	I Bergen kommune sine retningslinjer fremgår det at enhver enhet skal utpeke en hovedbestiller som kan tilføres grunnkompetanse på innkjøpsområdet og bli jevnlig oppdatert på hvilke rammeavtaler som gjelder, bruk av e-handel m.m.	Enheten bør peke ut en hovedbestiller for innkjøp og sikre at personen får tilstrekkelig med opplæring knyttet til innkjøp.	●

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Bruk av rammeavtaler</b>	<p>Enhetsleder mener at de har god kjennskap til hvilke rammeavtaler som gjelder og at dette i stor grad fremgår av e-handel systemet</p> <p>Enheten gjør noen få anskaffelser utenfor rammeavtale på områder hvor det foreligger rammeavtale. Dette kan skyldes at det gjøres lokale mindre kjøp av ferskvarer slik som for eksempel frukt, pålegg o.l. hvor dette anses som hensiktsmessig på grunn av et lite kvantumsbehov og hvor raskt det er behov for varer.</p>		  I/A
<b>Bruk av e-handel</b>	<p>Enhetsleder opplyser at enheten benytter seg av e-handel så fremt det er mulig.</p>	<p>Revisjonen har ikke undersøkt hvor mye e-handel faktisk brukes i enheten. Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	  I/A

# 7. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

## 7.1 Innledning

Internkontroll har ofte blitt oppfattet som synonymt med helse-miljø og sikkerhetsarbeidet og internkontrollforskriften som regulerer dette arbeidet. For å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, er arbeidsgiver etter § 3-1 i arbeidsmiljøloven pålagt å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Ansvar for at slikt arbeid gjennomføres er plassert hos virksomhetens leder, og arbeidet skal utføres i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter.

Internkontrollen innen HMS skal tilpasses virksomheten, slik at kompleksitet og omfang vil kunne variere alt etter hvilke aktiviteter eller risikoforhold som er knyttet til virksomheten. Utformingen av det systematiske HMS-arbeidet er likevel omfattet av formalkrav til både informasjon, opplæring, organisatoriske forhold, og målsetninger for og dokumentasjon av arbeidet.

## 7.2 Revisjonskriterier

### 7.2.1 Lov og forskrifter

I Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) blir det i § 3.1 stilt krav til systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid. Hvordan dette skal gjennomføres og dokumenteres blir videre definert i Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). I § 3 i forskriften blir internkontroll definert som:

«Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.»

Innholdet og krav til HMS arbeidet blir beskrevet i § 5 i forskriften. Der blir det presisert at

«Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.»

Videre fremgår det en liste over hva internkontrollen innebærer og hvordan den skal dokumenteres:

<b>Internkontroll innebærer at virksomheten skal:</b>	<b>Dokumentasjon</b>
1. sørge for at de lover og forskrifter i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet for virksomheten	-
2. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, herunder informasjon om endringer	-
3. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes	-

4. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet	må dokumenteres skriftlig
5. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt	må dokumenteres skriftlig
6. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene	må dokumenteres skriftlig
7. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen	må dokumenteres skriftlig
8. foreta systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt	må dokumenteres skriftlig

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjon som følger av krav i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen, for eksempel instruksjoner, tillatelser, kompetansebevis, sertifikater o.l. skal inngå.

Det stilles krav til at både arbeidsgiver og verneombud får nødvendig opplæring i HMS arbeid. I følge arbeidsmiljøloven skal verneombud og medlemmer av arbeidsmiljøutvalg få den opplæring som er nødvendig for at de kan utføre sine verv på forsvarlig måte. Denne opplæringen skal i følge forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 3.19 være på minst 40 timer. Det kan avtales en kortere opplæring enn 40 timer, dersom partene i fellesskap er kommet fram til at det er forsvarlig ut fra en vurdering av problemenes karakter og omfang.

Arbeidsmiljøloven §3-5 pålegger også arbeidsgiver plikt til å gjennomgå opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS).

### 7.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer

Bergen kommune har utarbeidet en overordnet HMS håndbok som spesifiserer krav til HMS for kommunen som helhet, og spesifikke krav til de enkelte resultatenheter. Den overordnede HMS håndboken ble sist revidert i 2011, og ny revidert oppgave er utarbeidet og venter p.t. på godkjenning før den blir gjeldene. Håndboken beskriver hvordan det systematiske HMS arbeidet skal utføres og inneholder en rekke interne rutiner og retningslinjer.

I håndboken blir blant annet følgende krav stilt til HMS arbeidet i resultatenheterne:

- Resultatenhetsleder har ansvar for at HMS arbeidet blir forsvarlig ivaretatt i det daglige arbeidet innenfor resultatenheten.
- Hver resultat enhet skal ha et resultatenhetsverneombud (REVO) som pekes ut blant de allerede valgte verneombudene.
- Hver enhet skal utarbeide en lokal HMS håndbok hvor en har fullstendig oversikt over aktuelle lover og forskrifter for det aktuelle tjenestestedet. Det er utarbeidet et forslag til hvordan en slik lokal håndbok kan se ut.
- Ved hver resultat enhet skal de etableres en arbeidsmiljøgruppe (AMG). Denne gruppen skal fungere som resultat enhetens samarbeidsorgan og arbeide aktivt med HMS arbeid innenfor de rammer arbeidsmiljøloven gir og de mål og retningslinjer som Bergen kommunen sitt arbeidsmiljøutvalg har vedtatt.

- AMG skal som utgangspunkt bestå av ansvarlig leder og verneombud for resultatenheten. Utover det er det opp til resultatenheten hvor mange medlemmer gruppen skal ha. Det skal avholdes minst fire møter hvert år. AMG skal sørge for at § 5 i internkontrollforskriften blir tilpasset resultatenheten i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av HMS lovgivningen. Spesielt må punktene 4-8 som skal dokumenteres vektlegges. AMG gruppen skal til enhver tid kunne rapportere på tiltak og handlingsplaner. AMG gruppens funksjon og arbeidsoppgaver skal omfatte:
  - Sikre felles HMS system for alle avdelinger i resultatenheten
  - Planlegge og koordinere HMS aktiviteter innenfor resultatenheten i henhold til årsplan
  - Utarbeide og vedlikeholde HMS håndboken for resultatenheten
  - Sikre oppfølging av HMS systemet
- Det må fastsettes mål for HMS på det enkelte tjenestested. I tillegg må det vises til at det er prosedyrer og rutiner som sikrer at målene kan oppnås.
- Det skal ved resultatenheten og underliggende avdelinger årlig foretas en vernerunde.
- Alle enheter skal registrere skader, trusler og vold og tilløp til skader på arbeidsplassen på Bergen kommune sitt skademeldingsskjema. Ledere har ansvar for å gjøre meldeskjemaet kjent og drøfte ansvar for bruk av skjemaet og oppfølging med sine medarbeidere.
- Meldeskjemaet skal brukes til å risikovurdere arbeidet og sette i gang tiltak for å forebygge nye hendelser. I den overordnede håndboken blir det beskrevet hvordan skademeldingene kan brukes som en database for uønskede hendelser som kan brukes for å risikovurdere arbeidsmiljøet. Det foreslås at enheten:
  - Gjør en kartlegging av skademeldingene
  - Gjør en alvorlighetsgradering av de ulike skademeldingene
  - Gjør en prioritering av innsats
  - Utarbeider tiltak og handlingsplan
- Risikovurderinger må foregå på den enkelte arbeidsplass. Alle enheter skal utarbeide egne rutiner for hvordan de skal følge opp medarbeidere som har vært utsatt for skader, trusler og vold og tilløp til skader.
- Kritikkverdige forhold i kommunen skal kunne tas opp og drøftes åpent. Det er et mål for Bergen kommune at kritikkverdige forhold skal avdekkes og følges opp.
- Som del av HMS kartleggingen skal medarbeidertilfredshetsundersøkelsen inngå.
- For å ivareta § 5.6 i internkontrollforskriften skal alle avdelinger gjennomføre en årlig kartlegging av HMS forholdene i egen enhet. Dette innebærer en gjennomgang av arbeidsmiljøet for å få oversikt over sterke og svake sider. For aktuelle utviklingsområder skal det utarbeides tiltak som skal settes opp i en handlingsplan basert på en risikovurdering og prioritering. I den overordnede HMS håndboken er det utarbeidet en momentliste for HMS gjennomgangen.
- Handlingsplanen skal være skriftlig og være i aktiv bruk gjennom hele året. Den skal inneholde konkrete prioriterte tiltak på de områdene der det er ønske om utvikling og forbedring av arbeidsmiljøforholdene. AMG gruppen skal ha handlingsplanen som fast tema på sine møter. Forslag til skjema er lagt ved HMS håndboken.
- Årsplan for HMS skal beskrive tidspunkt for gjennomføring av de ulike aktivitetene i HMS arbeidet. Planen skal som minimum inneholde tidspunkt for
  - Gjennomgang og oppdatering av lokal HMS håndbok

- Gjennomgang og evt oppdatering av rutiner og prosedyrer
  - Utarbeiding av HMS mål for resultatenheten
  - Gjennomføring av HMS gjennomgangen
  - Gjennomgang og justering av handlingsplanen
  - Andre HMS aktiviteter som er relevant for enheten
- Avvik og feil skal håndteres slik at en lærer av dem og forebygger at de oppstår på nytt. Avvik blir definert som manglende oppfyllelse av spesifiserte krav slik som brudd på gjeldene lover, forskrifter, egne prosedyrer og instruksjoner. Når avvik blir formulert skal det henvises til hvilke krav det er brudd på. Leder er ansvarlig for at virksomheten er organisert i tråd med og oppdatert i forhold til eksterne og interne krav.
  - Det må lages en lokal rutine for hvordan avvik og uønskede hendelser som ansatte oppdager og melder, skal behandles. Melding om avvik og uønskede hendelser skal være skriftlig. Vedlagt den overordnede HMS håndboken er det et avviksskjema som skal benyttes. Avvik og uønskede hendelser kan med fordel tas opp på avdelingsmøter for å la de ansatte være med å diskutere og komme med forslag til tiltak. Tiltak skal settes i verk for å håndtere avviket og for å forebygge at det ikke skjer igjen. Tiltakene settes inn i avdelingens handlingsplan for HMS. Det skal settes opp dato for å evaluere om tiltakene fungerer etter hensikten.
  - En del dokumentasjon skal foreligge som en del av HMS dokumentasjonen
    - Sykefraværstatistikk
    - Skadestatistikk
    - Statistikk over avviksmeldinger
    - Brannverndokumentasjon
    - Protokoll fra HMS runden og HMS møtet
    - Handlingsplan for HMS
    - Årsplan for HMS
    - Resultat av medarbeitertilfredshetsundersøkelsen
    - Kursbevis for gjennomføring av grunnopplæring i arbeidsmiljø

Den som er ansvarlig for virksomheten skal føre tilsyn med HMS-systemet. Systemansvarlig har ansvar for å vedlikeholde HMS-håndboken og orientere om eventuelle endringer.

### 7.3 Oppsummering

Undersøkelsen viser at enhet for psykisk helse ikke har etablert tilstrekkelig med system og rutiner for å tilfredsstille krav til HMS arbeid som det fremgår i internkontrollforskriften og i Bergen kommune sine retningslinjer. Revisjonen mener at enheten bør gjennomgå HMS arbeidet og sette i verk nødvendige tiltak for å sikre at arbeidet er i samsvar med regelverket. Dette gjelder spesielt i forhold til å utarbeide en lokal HMS håndbok i samsvar med Bergen kommune sine krav til HMS arbeid, gjennomføre årlige HMS gjennomganger, utarbeide oppdaterte HMS handlingsplaner og sikre en systematisk overvåking og gjennomgang av HMS arbeidet i samsvar med krav i internkontrollforskriften.

## 7.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Fastsatt mål for HMS i enheten</b>	I handlingsplan for HMS (2011) fremgår mål for HMS i enheten. Målene er ikke revidert eller oppdatert for 2012 eller 2013.	Målene for HMS er ikke oppdatert og revidert for 2012 eller 2013. Revisjonen mener at dette ikke er i samsvar med internkontrollforskriften § 5 og retningslinjene til Bergen kommune.	Enheten må etablere en rutine for å revidere og oppdatere mål for HMS
<b>Utarbeidet lokal HMS håndbok</b>	Enheten har ikke utarbeidet en lokal HMS håndbok. Enheten benytter Bergen kommune sin overordnede HMS håndbok.	Enheten mangler en lokal HMS håndbok. Revisjonen mener dette ikke er i samsvar med retningslinjene til Bergen kommune.	Enheten må utarbeide en lokal HMS håndbok i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer for HMS
<b>Årsplan for HMS</b>	Enheten har utarbeidet en mal for en årsplan for flere av aktivitetene som enheten skal gjennomføre i løpet av et år. HMS aktiviteter er også inkludert i denne malen. Årsplanen med frister er ikke ferdig utarbeidet for 2013. Malen inneholder ikke alle aktiviteter som det fremgår av Bergen kommune sin overordnede HMS håndbok,	Enheten har ikke en årsplan som tilfredsstillende krav som er stilt i den overordnede HMS håndboken til Bergen kommune. Revisjonen mener at enheten må utarbeide en årsplan for HMS i samsvar med retningslinjene der det blant annet inngår en plan for: o Gjennomgang og oppdatering av lokal HMS håndbok o Gjennomgang og evt oppdatering av rutiner og prosedyrer o Utarbeiding av HMS mål for resultatenheten o Gjennomføring av HMS gjennomgangen o Gjennomgang og justering av handlingsplanen o Andre HMS aktiviteter som er relevant for enheten	Enheten må sikre at den har en årsplan som er i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer for HMS.
<b>Oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt</b>	Enheten har laget en oversikt over hvem som deltar i AMG og over de ulike verneombudene. Oversikten beskriver ikke hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i forhold til HMS i hele enheten.	Enheten har ikke utarbeidet en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet er fordelt. Revisjonen mener dette ikke er i samsvar med internkontrollforskriften § 5.	Enheten må utarbeide en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt i enheten.

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p><b>Årlig HMS gjennomgang - Kartlegging av farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene</b></p>	<p>Enheten gjør ikke en systematisk risikokartlegging som resulterer i dokumenterte planer for å redusere risikoen. Enhetsleder peker likevel på at det gjøres mye i praksis og at risikovurderinger er noe som gjøres fortløpende i de arbeidssituasjoner de er i til en hver tid.</p>	<p>Revisjonen mener at manglende kartlegging av farer og risikovurderinger ikke er i samsvar med internkontrollforskriften § 5 og Bergen kommunes interne retningslinjer for HMS.</p>	<p>Enheten må gjennomføre en risikokartlegging og vurdering av farer og problemer i enheten, og utarbeide en tiltaksplan basert på denne.</p>
<p><b>Handlingsplan for HMS</b></p>	<p>Enheten har en handlingsplan for HMS fra 2011. Handlingsplanen gir i stor grad en oversikt over sentrale HMS aktiviteter som skal gjennomføres i løpet av et år, og er i mindre grad et dokument som er baserte på konkrete risikovurderinger av arbeidsplassen og tjenesteutførelsen (for eksempel basert på melding om avvik). Revisjonen er ikke forelagt handlingsplan for 2012 eller 2013.</p>	<p>Revisjonen mener at enhetens handlingsplan for HMS er ikke basert på en risikovurdering slik retningslinjene til Bergen kommune tilsier. For at handlingsplanen for HMS skal være et aktivt dokument må det oppdateres jevnlig og være basert på konkrete risikovurderinger.</p>	<p>Enheten må utarbeide en handlingsplan som også omfatter tiltak basert på risikokartlegging og vurdering av arbeidsplassen.</p>
<p><b>Rutine for systematisk overvåking og gjennomgang av HMS arbeid</b></p>	<p>Det er ikke etablert rutiner for systematiske gjennomganger og overvåking av HMS arbeidet. Enheten har et årshjul som gir oversikt over utvalgte HMS aktiviteter. AMG er ansvarlig for å gjennomgå HMS arbeidet. HMS arbeidet blir også fulgt opp gjennom vernerundene.</p>	<p>Selv om enheten har etablert noen rutiner og organisatoriske mekanismer for HMS arbeid, mener revisjonen at undersøkelsen avdekker at HMS arbeidet ikke er helt i samsvar med internkontrollforskriften og kommunens retningslinjer. Dette viser at det er nødvendig å etablere bedre rutiner for å overvåke og gjennomgå at HMS arbeidet er i samsvar med gjeldende regelverk og retningslinjer.</p>	<p>Enheten må utarbeide et system for overvåking og gjennomgang av HMS arbeidet for å sikre at det gjennomføres i samsvar med regelverket og interne retningslinjer.</p>



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Gjennomføring av årlige vernerunder</b>	<p>Enhetsleder opplyser om at enheten gjennomfører alle pålagte vernerunder.</p> <p>Enhetsleder deltar på alle vernerunder.</p> <p>Enhetsleder får tilsendt kopi av noen av rapportene fra vernerundene, men ikke alle. Rapportene oppbevares i avdelingene.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A
<b>Valg av verneombud og REVO</b>	<p>Enheten har utpekt både REVO og verneombud for hver avdeling.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A
<b>Etablering av arbeidsmiljøgruppe (AMG)</b>	<p>Enheten har etablert AMG der resultatenhetsleder og verneombudene deltar.</p>	<p>Enheten har etablert AMG slik retningslinjene tilsier. Samtidig mener revisjonen at det er viktig å peke på at AMG skal sørge for at § 5 i internkontrollforskriften blir tilpasset resultatenheten i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av HMS lovgivningen. AMG er også ansvarlig for å utarbeide og revidere lokal HMS håndbok. Som revisjonen har pekt på tidligere etterlever ikke enheten alle krav til HMS.</p>	<p>Enheten må sikre at AMG utfører de oppgaver som fremgår av Bergen kommune sine retningslinjer.</p>
<b>Gjennomføring av medarbeider-samtaler</b>	<p>For 2012 er det utført medarbeidersamtaler for samtlige ansatte i enheten</p> <p>Bergen kommune sitt skjema for medarbeidersamtale benyttes i varierende grad. Det er ikke alltid at samtaler og tiltakene en kommer frem til blir skriftliggjort. Det gjøres en vurdering av hva som er ønskelig i hvert tilfelle.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Oppfølging av sykefravær</b>	<p>Enheten har et mål om nærvær på 91 %. I følge styringskortet til enheten klarte enheten å nå dette målet for 2012.</p> <p>Enhetsleder viser til at det kan være en målkonflikt mellom å ansette og legge til rette for personer med begrenset arbeidsevne og opprettholde mål om høyt nærvær.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert vesentlige utfordringer på dette området.</p>	I/A
<b>Kontroll på arbeidstid</b>	<p>Enhetsleder mener at de gjennom god planlegging og organisering av driften klarer å organisere turnuser og vakter i henhold til lovkrav og tariffavtaler.</p> <p>Enhetsleder har ikke opplevd at det det har forekommet brudd på arbeidstidsbestemmelsene.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	
<b>Gjennomføring av opplæring for ledere og verneombud</b>	<p>Enhetsleder opplyser at alle verneombud har fått nødvendig opplæring i regi av Bergen kommune. Enhetsleder får kopi av kursbevis som legges i personalmappen.</p> <p>Enhetsleder har deltatt på kurs for ca 12 år siden, men har ikke deltatt oppfriskningskurs.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	I/A

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Gjennomføring av medarbeiderundersøkelse</b>	<p>Enheten gjennomfører medarbeiderundersøkelser, sist i 2012. Det er lav deltagelse i denne undersøkelsen og enhetsleder stiller derfor spørsmål ved om resultatene er representative. Dette har også vært tatt opp i AMG som har konkludert med at de er negative til anonyme undersøkelser (referat 20.12.2012)</p>	<p>Revisjonen mener at medarbeiderundersøkelser kan gi viktig innsikt i arbeidsmiljøet og det er derfor nødvendig å sikre at flest mulig av medarbeiderne svare på denne i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer. Revisjonen mener at enheten bør sette i verk tiltak for å sikre dette. Undersøkelsen bør følges opp og tiltak settes i verk på områder hvor enheten har forbedringsmuligheter.</p>	<p>Enheten må sette i verk tiltak for å sikre tilfredsstillende deltagelse i medarbeiderundersøkelsen.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p><b>Avviksmeldings-system og bruk av skademeldingsskjema</b></p>	<p>Enheten har utarbeidet et avvikssystem og benytter skademeldingsskjemaet til Bergen kommune (se også under pkt. 3.4). Enhetsleder mener at både avvikssystem og meldeskjema er kjent blant de ansatte. Enhetsleder peker på at enheten i mye større grad enn i dag kan bruke avvikssystemet og melding om avvik for å utarbeide statistikk og kartlegge forekomsten av avvik på tvers av avdelingene. Dette kan bidra til at AMG kan benytte denne oversikten mer systematisk i sitt arbeid.</p> <p>Avvik skal først og fremst lukkes lokalt av avdelingsleder. I enkelte avdelinger går avvikene igjennom på personalmøte hvor en diskuterer tiltak. Avvik som ikke blir lukket lokalt blir meldt til resultatenhetsleder leder</p> <p>Tiltakene som settes i verk for å følge opp avvikene, settes ikke inn i avdelingens handlingsplan for HMS. Det blir heller ikke satt opp dato for å evaluere om tiltakene fungerer etter hensikten.</p>	<p>Enheten benytter skademeldingsskjemaet, men revisjonen mener at enheten ikke følger Bergen kommune sine retningslinjer når det gjelder å benytte skademeldingene som grunnlag for en database for uønskede hendelser som kan brukes for å risikovurdere arbeidsmiljøet. I retningslinjene til Bergen kommune foreslås det at enheten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjør en kartlegging av skademeldingene</li> <li>- Gjør en alvorlighetsgradering av de ulike skademeldingene</li> <li>- Gjør en prioritering av innsats</li> <li>- Utarbeide tiltak og handlingsplan</li> </ul>	<p>Enheten bør i større grad benytte avvikssystemet og skademeldingsskjemaene som grunnlag for risikovurderinger og prioritering av tiltak. Prioriterte tiltak bør inngå i handlingsplanen for HMS.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Rutine for oppfølging av medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skader</b>	<p>Enheten har ikke utarbeidet spesifikke skriftlige rutiner for hvordan enheten følger opp medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skader. Enhetsleder viser samtidig til at skademeldingsskjemaet og avvikssystemet er en viktig del av dette arbeidet.</p>	<p>I Bergen kommune blir det presisert at hver enhet må utarbeide sine rutiner for oppfølging av medarbeidere basert på risikovurderingen til den enkelte enhet. Revisjonen mener at enheten ikke har gjennomført en slik risikovurdering og at den heller ikke har utarbeidet en slik rutine i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer.</p>	<p>Enheten må utarbeide rutiner for hvordan enheten følger opp medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skader.</p>



# 8. Informasjonssikkerhet

## 8.1 Innledning

Kommunen samler inn og håndterer en rekke ulike typer informasjon. Det vil variere hvilket behov man har for å beskytte informasjonen fra innsyn for uvedkommende, og hvilket behov man har for å sikre øyeblikkelig tilgjengelighet til informasjonen. Det er derfor svært viktig at virksomhetene har et bevisst forhold til den informasjonen de forvalter.

Den teknologiske utviklingen har medført at man i større grad benytter spesialiserte IT-systemer for å behandle informasjon. Dette fordrer en stor grad av oversikt over systemene som brukes, og stiller også krav til de ansattes kompetanse om informasjonssikkerhet og bruk av IT-systemene.

Informasjonssikkerhet dreier seg om «å håndtere risikoen for at personopplysninger og andre informasjonsverdier blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte».<sup>15</sup> For å gjøre dette må man identifisere hvilke opplysninger virksomheten har, vurdere sikkerheten for disse opplysningene, og deretter fastsette sikkerhetstiltak som står i samsvar med disse vurderingene.

## 8.2 Revisjonskriterier

### 8.2.1 Lov og forskrift

Krav til håndtering av personopplysninger er gitt i *personopplysningsloven* og *personopplysningsforskriften*. I forskriften fremgår det en rekke konkrete krav til informasjonssikkerhet for IT-systemer hvor det behandles personopplysninger.

For bruk av opplysninger i helse-, omsorg- og sosialtjenestene er bl.a. følgende regelverk sentralt for behandling av personopplysninger:

- *Helsepersonelloven*
- *Pasientrettighetsloven*
- *Helse- og omsorgstjenesteloven*
- *Helseregisterloven*
- *NAV-loven*
- *Forskrift om pasientjournal*
- *Kravene til informasjonssikkerhet knyttet til helseopplysninger er samlet i en egen norm for informasjonssikkerhet*

*Sikkerhetsloven* angir minimumskravene for beskyttelse av informasjon og objekter av betydning for rikets eller alliertes sikkerhet eller andre vitale nasjonale sikkerhetsinteresser. Denne loven har egne regler knyttet til beskyttelse og gradering av slik informasjon.

### 8.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer

Bergen kommune har utarbeidet «Bergen kommunes strategi for informasjonssikkerhet 2011-2014». Her fremgår det blant annet:

---

<sup>15</sup> Datatilsynet: En veiledning om internkontroll og informasjonssikkerhet (2009) s. 8.

- Bergen kommune sin visjon er at kommunen skal innarbeide informasjonssikkerhet som en integrert del av organisasjonskulturen gjennom planmessig og systematisk arbeid.
- Ledere har et spesielt ansvar rundt informasjonssikkerhet. Ansvaret handler om å sette fokus på, og skape kultur for god informasjonssikkerhet blant sine ansatte i den daglige virksomheten. I tillegg skal lederen ha litt utvidet kunnskap om noen utvalgte temaer rundt informasjonssikkerhet (se under Roller og ansvar)
- Som leder bør du ha oversikt over hvilke IKT systemer som benyttes for behandling av informasjon i din enhet og hvilke type informasjon som behandles i det enkelte system.

Det er utarbeidet ulike retningslinjer for ansatte knyttet til informasjonssikkerhet og bruk av IT-systemer. I denne gjennomgangen har vi tatt utgangspunkt i «Felles brukerinstruks IKT», «Overordnet retningslinje for behandling av personopplysninger i Bergen kommune» og «Bergen kommune og sosiale medier».

I Felles brukerinstruks pkt 1.1 fremgår det at «Alle som er i arbeid/tjeneste for Bergen kommune skal signere taushetserklæring i forbindelse med arbeidskontrakt eller oppdragsavtale. Denne skal oppbevares i den ansattes personalmappe eller hos nærmeste leder i forbindelse med engasjementer som innleid personell i prosjektarbeid.»

Videre går det frem av instruksen pkt 2.2: at «Bestilling av nye eller endrete rettigheter skal foretas av nærmeste leder eller dennes delegat».

Krav til å sikre opplæring i IT-system og hva som registreres går frem av 6 b i «Overordnet retningslinje for behandling av personopplysninger».

«Bergen kommune og sosiale medier» omfatter retningslinjer for bruk av sosiale medier som er utarbeidet av Informasjonsavdelingen. Retningslinjene inneholder få spesifikke krav, men viktige punkt er:

- Ikke kommentere eller publisere informasjon som er taushetsbelagt, unntatt offentlighet.
- Reflekter om du skal ha kontakt med elever/brukere/pårørende i sosiale medier


### 8.3 Oppsummering

Enhet for psykisk helse behandler sensitive personopplysninger og har derfor behov for å beskytte informasjon for uvedkommende for å sikre tilstrekkelig informasjonssikkerhet i samsvar med personopplysningsloven og Bergen kommune sine retningslinjer. Enheten sikrer sensitive personopplysninger ved å lagre alle helseopplysninger i Profil som er et pasientjournalssystem som ligger på sikker sone i Bergen kommune. Enheten gjør ingen risikovurdering av hvordan de håndterer personopplysninger og har heller ikke etablert noen lokale rutiner for dette utover det som fremkommer av Profil. Undersøkelsen viser at enheten ikke har hatt tilstrekkelige rutiner for å sikre at brukertilganger blir slettet når personer slutter i enheten. Dette er ikke i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer for informasjonssikkerhet. En annen utfordring som enheten opplever i forhold til håndtering av klientinformasjon, er bruk av sms for utveksling av informasjon mellom ansatte og klienter og kontakt mellom ansatte og klienter på sosiale medier som for eksempel facebook.

## 8.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Oversikt over IT systemer som er i bruk, og hvilke informasjon som behandles i de ulike systemene</b>	<p>Enheten bruker flere IT systemer, og behandler både personsensitiv og ikke sensitiv informasjon. Det finnes ingen skriftlig oversikt over hvilke systemer som benyttes og hvilke informasjon som behandles i de ulike systemene. Men enhetsleder kjenner til at de har systemer både på sikker sone og usikker sone. På sikker sone har enheten datasystemet Profil for å behandle og lagre personsensitiv informasjon knyttet til helseopplysninger.</p> <p>På usikker sone har de blant annet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisystem,</li> <li>• ERV system</li> <li>• BK sak,</li> <li>• BK dok</li> <li>• IPLOS</li> <li>• Egne lokale filer</li> </ul>	<p>Enheten har god oversikt over IT systemene som er i bruk og hvilke informasjon som behandles i de ulike systemene.</p>	<p>I/A</p>
<b>Behandling av personopplysninger</b>	<p>Det er ikke utarbeidet noen lokale rutiner for hvordan personsensitiv informasjon skal behandles, men dette fremgår i følge lederen av Profil. Alle personopplysninger lagres i Profil. Dersom det skal kommuniseres (elektronisk) om klientopplysninger gjøres dette ved hjelp av ID nummer i Profil.</p> <p>Enhetsleder mener samtidig at det er varierende praksis knyttet til dette i kommunen og er ikke sikker på om dette etterleves av alle i enheten. Det er ikke gjennomført noen risikovurdering av hvordan personopplysninger håndteres.</p> <p>Dersom en opplever brudd på håndtering av personopplysninger blir videre fulgt opp som en personalsak. En av utfordringene som enheten har behandlet er bruk av sms i samhandling med klienter, og oppretting av kontakt mellom klienter og ansatte bruk av facebook og andre sosiale medier. Dette mener enhetsleder ikke er akseptabelt og strider mot hvordan en skal håndtere klientrelasjoner og klientinformasjon. Det er ikke utformet en skriftlig rutine for dette i enheten.</p>	<p>Revisjonen mener at enheten har etablert en god praksis knyttet til å bruke Profil ID nummer for å kommunisere om klientopplysninger elektronisk for eksempel på e-post. Samtidig mener revisjonen at det bør utarbeides en tydelig rutine for elektronisk behandling av klientopplysninger som må følges opp for å sikre at dette gjøres av alle ansatte i enheten og at krav knyttet til personopplysningsloven og interne retningslinjer for informasjonssikkerhet etterleves. Revisjonen mener også at enheten bør tydeliggjøre i en rutine hva som er akseptabelt og ikke i forhold til å kommunisere på sms og sosiale medier mellom ansatte og klienter.</p>	<p>Enheten bør vurdere å utarbeide intern rutine for elektronisk behandling av personopplysninger, inkludert bruk av sms og sosiale medier. Eventuelt sikre at alle er kjent med regelverket ved å formidle dette jevnlig på møter og i andre fora hvor alle er samlet.</p>



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Arkivering</b>	<p>I tillegg til elektronisk lagring av personopplysninger i Profil, lagrer enheten mye av dokumentasjonen på papir. Dette blir i utgangspunktet lagret hos forvaltningen som har låsbare arkiv.</p> <p>Enhetsleder har opplevd at avdelinger sitter med mapper i egne kontorer som de ikke skal ha. Leder har satt i verk tiltak for å sikre at alle papirer er forsvarlig arkivert. I dag er det kun en avdeling som lokalt oppbevarer papirer som skal arkiveres. Målet er at alt av dokumentasjon skal finnes i Profil. Tidligere journaler og dokument blir derfor scannet og lag tinn i Profil.</p> <p>Alle personalmapper oppbevares i låsbare arkiv hos stab/støtte funksjonen.</p>	<p>Det er viktig at alle dokument behandles og arkiveres på en forsvarlig måte ihht personopplysningsloven. Revisjonen mener det er positivt at leder har satt i verk tiltak for å rette opp i at avdelinger har oppbevart dokument som skulle vært forsvarlig lagret i låsbare arkiver eller scannet inn i Profil.</p>	<p>I/A</p> 
<b>Risikokartlegging og vurdering</b>	<p>Det blir ikke gjort noen risikokartlegging og vurdering i enheten verken av systemene eller håndtering av personopplysninger. Vurderinger av systemet Profil som benyttes til å håndtere personopplysninger er kjøpt inn sentralt og vurderinger er gjort i henhold til det. Enheten har ikke tatt i bruk systemer som ikke er kjøpt inn sentralt.</p>	<p>I/A</p>	<p>I/A.</p> 
<b>Oppretting og fjerning av brukertilganger</b>	<p>Enhetsleder mener det er gode rutiner for å gi brukertilganger. Stilling og kompetanse avgjør hvilke tilganger en kan få, og det er enhetsleder som søker om disse tilgangen på vegne av de ansatte.</p> <p>Enheten opplever at det er en utfordring å sikre at alle tilganger sperres når personer slutter eller endrer stilling. Dette blir ikke alltid gjort i henhold til prosedyren.</p>	<p>Revisjonen mener at enheten ikke i tilstrekkelig grad sikrer at alle tilganger sperres når noen slutter. Dette er ikke i samsvar med Bergen kommune sine interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.</p>	<p>Enheten må sikre at alle brukertilganger slettes når en person trer ut av en stilling.</p> 

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<b>Oversikt og kontroll på IKT-utstyr (maskinvare)</b>	<p>Enheten har en inventarliste som også inkluderer IKT utstyr. Enheten har i liten grad IKT utstyr som den enkelte ansatte benytter hjemmefra. Det er ifølge enhetsleder god kontroll på å sikre at IKT utstyr blir levert tilbake når personer slutter.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>I/A</p>
<b>Signering av taushets-erklæring</b>	<p>I følge enhetsleder skriver alle nyansatte under på taushets-erklæring med et tilhørende reglement. Dette oppbevares i den enkelte sin personalmappe.</p>	<p>Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>I/A</p>
<b>Ansattes kjennskap til regelverk og til kommunens retningslinjer</b>	<p>Enhetsleder opplyser om at alle helsearbeidere skal ha god kjennskap til hvordan en behandler sensitive personopplysninger. Videre er informasjonssikkerhet en del av den opplæring som enheten gir til alle nyansatte. Dette må sjekkes ut på en sjekkliste for nyansatte.</p> <p>Alle ansatte hvert år svare på spørsmål de får automatisk på skjermen knyttet til informasjonssikkerhet. Enhetsleder forutsetter at disse blir lest av de ansatte.</p> <p>Enhetsleder er opptatt av at taushetsbelagt informasjon aldri skal sendes på e-post og at ID nummer i Profil skal benyttes når det skal kommuniseres om klient. Enhetsleder er likevel ikke sikker på at alle etterlever denne prosedyren.</p> <p>Enhetsleder har ikke opplysninger om at ansatte deler brukerkontoer eller systemtilganger o.l.</p>	<p>Det er ikke avdekket konkrete brudd på retningslinjer eller krav, men revisjonen mener at enheten i enda større grad kan tydeliggjøre og følge opp rutinen om at taushetsbelagt informasjon ikke skal sendes på e-post. Det kan også være hensiktsmessig å sikre at alle ansatte etterlever kommunens krav til informasjonssikkerhet.</p>	<p>Enheten bør vurdere å utarbeide intern rutine for elektronisk behandling av personopplysninger, inkludert bruk av sms og sosiale medier. Eventuelt sikre at alle er kjent med regelverket ved å formidle dette jevnlig på møter og i andre fora hvor alle er samlet.</p>

# 9. Avslutning

## 9.1 Innledning

Undersøkelsen viser at enheten ikke har tilfredsstillende internkontroll på flere av områdene som er gjennomgått. Dette medfører en risiko for at virksomheten ikke drives i samsvar med gjeldende lov og forskriftskrav, samt interne kommunale vedtak og retningslinjer. Det er derfor revisjonens vurdering at enheten må sette i verk tiltak for å sikre tilfredsstillende internkontroll.

## 9.2 Oppsummering av forslag til tiltak

Under oppsummerer vi tiltakene som er foreslått for hvert område. Dersom flere tiltak innenfor samme område er overlappende kan de bli slått sammen og eventuelt justert.

### 9.2.1 Internkontrollsystem

Revisjonen mener at Enhet for psykisk helse bør prioritere følgende tiltak knyttet til overordnet internkontrollsystem:

Tiltak	
1	Enheden må gjennomføre risikokartlegginger og vurderinger som gjør at enheten får en oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
2	Bergen kommune sin etiske standard må gjøres kjent i enheten, og det bør settes av tid til etisk refleksjon som involverer både ledere og de ansatte.
3	Enheden må gjøre alle ansatte kjent med internkontrollsystemet og hvor de kan finne oppdatert regelverk og rutiner.
4	Enheden må utarbeide retningslinjer for oppdatering av rutiner, hvor ofte dette skal skje, hvem som er ansvarlig og hvordan endringer skal kommuniseres til de ansatte så raskt som mulig.
5	Enheden må sette i verk tiltak for å sikre tilstrekkelig antall ansatte med videreutdanning og ruskompetanse.
7	Enheden må etablere et system for systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen.
8	Ledelsen bør sette av tid i felles møter med de ansatte til å kommunisere omkring etterlevelse av regelverk, system og rutiner.
11	Enheden bør etablere et system for å få en bedre samlet oversikt over forekomsten av avvik i enheten slik at den kan benyttes som grunnlag for en risikokartlegging og vurdering.
12	Enheden bør sette i verk tiltak for å øke deltagelsen i brukerundersøkelsen.
13	Enheden bør sette i verk tiltak for å øke deltagelsen i medarbeiderundersøkelsen.

### 9.2.2 Mål og resultatstyring

Revisjonen mener at Enhet for psykisk helse bør prioritere følgende tiltak knyttet til mål og resultatstyring:

Tiltak	
1	Enheten må utarbeide en rutine for risikokartlegging og -vurdering av mål. Risikoreducerende tiltak må settes i verk dersom det er fare for manglende måloppnåelse både knyttet til økonomiske og ikke økonomiske mål.
2	Enheten må sørge for at alle brukere som har krav på det, får tilbud om individuell plan.
3	Enheten bør revidere og oppdatere handlingsplanen årlig for å sikre at det er tydelig hvordan enheten og avdelingene skal oppnå de overordnede målene.
4	Enheten bør vurdere å utvikle årsrapporten slik at den i større grad reflekterer de mål som er satt og resultatene som enheten oppnår.

### 9.2.3 Økonomistyring

Revisjonen mener at Enhet for psykisk helse bør prioritere følgende tiltak knyttet til økonomistyring:

Tiltak	
1	Enheten må sette i verk tiltak for å sikre at kommunens retningslinjer for forvaltning av klientmidler blir iverksatt.
2	Enheten bør gjennomføre en risikovurdering av sannsynlighet for og konsekvens av misligheter i enheten, og på bakgrunn av denne iverksette forebyggende tiltak.
3	Enheten bør vurdere å etablere noen rutiner for å sikre kontroll på fakturaer på mindre beløp.

### 9.2.4 Offentlige anskaffelser

Revisjonen mener at Enhet for psykisk helse bør prioritere følgende tiltak knyttet til offentlige anskaffelser:

Tiltak	
1	Enheten bør peke ut en hovedbestiller for innkjøp og sikre at personen får tilstrekkelig med opplæring knyttet til innkjøp.

## 9.2.5 HMS

Revisjonen mener at Enhet for psykisk helse bør prioritere følgende tiltak knyttet til HMS:

Tiltak	
1	Enheden må utarbeide lokal HMS håndbok i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer for HMS.
2	Enheden må gjennomføre en risikokartlegging og vurdering av farer og problemer i enheten, og utarbeide en tiltaksplan basert på denne.
3	Enheden må utarbeide en HMS handlingsplan med tiltak som er basert på risikokartlegging og vurdering av arbeidsplassen.
4	Enheden må utarbeide et system for overvåking og gjennomgang av HMS arbeidet for å sikre at HMS arbeidet gjennomføres i samsvar med regelverket og interne retningslinjer.
5	Enheden må utarbeide rutiner for hvordan enheten følger opp medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skader.
6	Enheden må sikre at den har en årsplan for HMS som er i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer for HMS.
7	Enheden må utarbeide en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt i enheten.
8	Enheden må sette i verk tiltak for å sikre tilfredsstillende deltagelse i medarbeiderundersøkelsen.
9	Enheden må sikre at AMG utfører de oppgaver som fremgår av Bergen kommune sine retningslinjer.
10	Enheden bør i større grad benytte avvikssystemet og skademeldingsskjemaene som grunnlag for risikovurderinger og prioritering av tiltak. Prioriterte tiltak bør inngå i handlingsplanen for HMS.

## 9.2.6 Informasjonssikkerhet

Revisjonen mener at Enhet for psykisk helse bør prioritere følgende tiltak knyttet til informasjonssikkerhet:

Tiltak	
2	Enheden må sikre at alle brukertilganger slettes når en person trer ut av en stilling
3	Enheden bør vurdere å utarbeide intern rutine for elektronisk behandling av personopplysninger, inkludert bruk av sms og sosiale medier. Eventuelt sikre at alle er kjent med regelverket ved å formidle dette jevnlig på møter og i andre fora hvor alle er samlet.

# Vedlegg 1: Høringsuttalelse



**BERGEN KOMMUNE**

**BYRÅDSAVDELING FOR SOSIAL, BOLIG OG  
OMRÅDESATSING**  
Bergen Rådhus  
Postboks 7700, 5020 Bergen  
Sentralbord 05556  
byr.sosial.bolig.omradesatsning@bergen.kommune.no  
www.bergen.kommune.no

Deloitte AS  
Dansgårdsveien 135  
Postboks 6013 Postterminalen  
5892 BERGEN



Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		201301172-10 AUPE	ESARK-03	12. apr 2013

## Høring - Forvaltningsrevisjon

Viser til tilsendt høringsnotat fra gjennomført forvaltningsrevisjon av internkontroll hos Laksevåg Psykisk helse, som en pilotundersøkelse på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Bergen kommune.

### Vedrørende de ulike revisjonsområdene

Deloitte har brukt symbolikken med bruk av trafikkllys jfr. Corporater, ved vurdering av de ulike revisjonsområdene. I det følgende gis det kommentarer til områdene med røde lys, da vurderingen av de gule og oransje lysene er at det på disse feltene allerede er gode arbeidsprosesser for å oppnå grønt lys. Altså at tiltak er implementert i daglig drift og har nødvendig oppmerksomhet, men ikke er kommet helt i mål.

### Risikokartlegging og vurdering

Det er ikke utført tilstrekkelig risikokartlegging og vurdering av risiko i forhold til målene i styringskortet, med unntak av økonomiområdet. Enheten holder kontinuerlig fokus på målene i styringskortet, og da særlig mot gule og røde målområder, med henblikk på tiltaksarbeid i forhold til nevnte områder. Det vil nå også bli gjort en egen risikokartlegging over konsekvensene av at ikke alle faglige mål er nådd, med en vurdering for hvert enkelt målområde.

### Helse, miljø og sikkerhet

I forhold til området Helse, Miljø og Sikkerhet er dette satt umiddelbart på dagsorden. Enhetens arbeidsmiljøgruppe har allerede en plan om revisjon og oppdatering av hele HMS-området. Arbeidet starter 18.06.13 med tidsfrist for oppdatert system innen 31.12.13. Nevnte kartlegging skal også utføres på området behandling av sensitive personopplysninger. Dette området er satt på handlingsplan for 2013.

### Individuell plan

Målområdet lyser rødt. Enheten vil fremover ha sterkt fokus på denne variabelen, men legger til at ansvarsgrupper er på plass hos alle som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Ansvarsgrupper har mange av de samme elementene som Individuell Plan, men kan foregå

både med og uten brukerens aktive medvirkning. Individuell plan har et enda sterkere element av brukerdemokrati og er brukerens eget dokument.

#### **Forvaltning av klientmidler**

Generelt er det et mål at ansatte i enheten skal ha så lite som mulig med brukernes penger å gjøre. Slik hjelp skal i all hovedsak skje ved at andre ordninger benyttes, som forvaltningskonto i NAV, hjelpeverge eller et to-konto system, der brukeren har bankkort til den ene kontoen.

Likevel er det i to av botiltakene i enheten noen få brukere som får hjelp av personalet til håndtering av lommepenger. Bistanden til disse brukerne vil nå bli gjennomgått med tanke på at dersom personalet fortsatt skal bistå i å håndtere deres lommepenger, skal det skje i henhold til Bergen kommunes retningslinjer for håndtering av klientmidler.

Laksevåg psykisk helse er fra juli 2011 en del av Etat for psykisk helse og rustjenester. I oppfølgingen av revisjonsrapporten vil etaten sentralt særlig fokusere på HMS arbeidet, for å se om det er områder som trenger ytterligere skriftlige retningslinjer eller opplæring omkring de eksisterende. Etaten vil også følge opp enheten på risiko- og sårbarhetsanalyse og HMS gjennomgang i enheten, inklusive etablering av rutiner for hvordan enheten følger opp medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skade.

Med hilsen

**BYRÅDSAVDELING FOR SOSIAL, BOLIG OG OMRÅDESATSING**

*Dette dokumentet er godkjent elektronisk.*

*Mads Hagebø - seksjonsleder  
Magne Ervik - kommunaldirektør*



# Vedlegg 2: Dokumentforespørsel

## Behov for dokumentasjon i forbindelse med planlagt revisjonsbesøk

---

### *Overordnet informasjon/dokumentasjon*

- Lederavtale for resultatenheten
- Organisasjonskart for resultatenheten
- Rapporteringsstruktur og rapporteringskrav internt i resultatenheten
- Dokumentasjon på fullmakter og delegering internt i resultatenheten
- Rutiner for kartlegging av kompetanse og kompetansebehov i resultatenheten
- Dokumentasjon som viser resultatenhetens internkontrollsystem
- Dokumentasjon som viser system for kartlegging og vurdering av risiko
- Prosedyrer for rapportering og behandling av avvik
- Siste utarbeidede oversikt over antall avvik og typer avvik i resultatenheten
- Utskrift av resultatenhetens svar på sjekklisten om økonomisk internkontroll som i 2012 ble sendt fra Enhet for økonomisk internkontroll i Bergen kommune
- Dokumentasjon på eventuell oppfølging i etterkant av besvarelse av sjekkliste om økonomisk internkontroll i 2012

### *Informasjon/dokumentasjon knyttet til mål- og resultatstyring*

- Styringskort for resultatenheten for 2012 og 2013
- Dokumentasjon på rapportering av måloppnåelse for 2012
- Dokumentasjon på kartlegging og vurdering av risiko for manglende måloppnåelse
- Dokumentasjon som viser eventuell iverksetting av tiltak for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse

### *Informasjon/dokumentasjon knyttet til økonomistyring*

- Rutiner og prosedyrer for oppgaver innen økonomistyring
- Rutiner og fullmakter knyttet til budsjettjusteringer innenfor resultatenheten



- Rapportering om økonomisk status i resultatenheten for de siste 3 måneder
- De to siste tertialrapportene
- Dokumentasjon på eventuelle tiltaksplaner som er utarbeidet for å rette opp negativt avvik i de økonomiske prognosene
- Årsregnskap for resultatenheten for de siste tre årene

*Informasjon/dokumentasjon knyttet til offentlige anskaffelser*

- Rutiner for gjennomføring av innkjøp i resultatenheten

*Informasjon/dokumentasjon knyttet til HMS*

- Resultatenhetens HMS-håndbok
- Dokumentasjon på resultatens mål for HMS
- Resultatenhetens årsplan for HMS
- Resultatenhetens rutiner for overvåkning og gjennomgang av det systematiske HMS-arbeidet
- Dokumentasjon på sist gjennomførte risikovurdering knyttet til HMS
- Oversikt over verneombud i resultatenheten
- Oversikt over i hvilken grad verneombud og ledere i resultatenheten har fått opplæring innenfor HMS
- Dokumentasjon på sist gjennomførte vernerunde/HMS-gjennomgang
- Handlingsplan utarbeidet på grunnlag av sist gjennomførte vernerunde/HMS-gjennomgang
- Resultatenhetens rutiner for oppfølging/bruk av handlingsplan for HMS
- Resultatenhetens rutiner for behandling av avvik og uønskede hendelser knyttet til HMS
- Resultatenhetens rutiner for oppfølging av sykmeldte
- Resultat fra sist gjennomførte medarbeiderundersøkelse
- Dokumentasjon som viser hvordan sist gjennomførte medarbeiderundersøkelse er fulgt opp

*Informasjon/dokumentasjon knyttet til informasjonssikkerhet*

- Resultatenhetens prosedyrer knyttet til informasjonssikkerhet
- Dokumentasjon på eventuelle risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet i resultatenheten

# Vedlegg 3: Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur

## Lov, forskrift og forarbeid

- Arbeidsdepartementet: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). FOR-1996-12-06-1127
- Arbeidsdepartementet: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). LOV-2005-06-17-62
- Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet: Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften). FOR-2000-12-15-1265
- Kommunal- og regionaldepartementet: Ot.prp. nr. 70. Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon)
- Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet: Lov om offentlige anskaffelser. LOV-1999-07-16-69
- Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet: Forskrift om offentlige anskaffelser. FOR-2006-04-07-402.
- Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). LOV-2000-04-14-31
- Kommunal- og regionaldepartementet: Forskrift om årsbudsjett (for kommuner og fylkeskommuner). FOR-2000-12-15-1423
- Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.
- Kommunal- og regionaldepartementet: Ot.prp. nr. 43. Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m.
- Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten FOR-2002-12-20-1731.
- Nærings- og handelsdepartementet: NOU 1997:21. Offentlige anskaffelser.

## Litteratur/annet

- Datatilsynet (2009): En veiledning om internkontroll og informasjonssikkerhet.
- Klagenemnda for offentlige anskaffelser sak 2003/601
- Klagenemnda for offentlige anskaffelser sak 2005/286
- Kommunal- og regionaldepartementet (2008): Internkontroll i norske kommune. Status og utviklingsbehov.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2009): 85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane.
- Norges interne revisorers forening (1996). Internkontroll – et integrert rammeverk. Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF).
- Pettersen, Inger J., Magnussen, Jon, Nyland, Kari og Bjørnenak, Trond (2008): Økonomi og helse – perspektiver på styring. Cappelen Damm AS, Oslo.

## Kommunale vedtak, styringsdokumenter og retningslinjer

- Etisk standard (Bystyresak 142/08)
- Satsning på balansert målstyring (BMS) (Bystyresak 1003/11)
- Økonomireglement og budsjettfullmakter (Byrådssak 1082/12)

- Anvisningsmyndighet (BKDOK-2011-01006)
- Innkjøpsstrategi 2007-2011 (Bystyresak 134/07)
- Veileder for anskaffelser i Bergen kommune (2010)
- Enkel veileder for anskaffelser i Bergen kommune (2011)
- HMS-håndbok (2011)
- Bergen kommunes strategi for informasjonssikkerhet 2011-2014
- Felles brukerinstruks IKT (Dok.nr. 1.2.02)
- Overordnet retningslinje for behandling av personopplysninger i Bergen kommune (BKDOK-2004-00655.08)
- Bergen kommune og sosiale medier (2010)

