

Forvaltningsrevisjon av internkontroll i Bergen kommune

Kalfaret sykehjem



Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	6
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
2. Om resultatenheten Kalfaret sykehjem	10
3. Internkontrollsystem	11
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
4. Mål- og resultatstyring	21
4.1 Innledning	21
4.2 Revisjonskriterier	21
4.2.1 Lov og forskrift	21
4.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer	21
4.3 Oppsummering	21
4.4 Observasjoner og vurderinger	22
5. Økonomistyring	25
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
6. Offentlige anskaffelser	32
6.1 Innledning	32
6.2 Revisjonskriterier	32
6.2.1 Lov og forskrift	32
6.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer	33
6.3 Oppsummering	34
6.4 Observasjoner og vurderinger.....	34

7. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)	36
7.1 Innledning	36
7.2 Revisjonskriterier	36
7.2.1 Lov og forskrifter	36
7.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer	37
7.3 Oppsummering	39
7.4 Observasjoner og vurderinger	40
8. Informasjonssikkerhet	44
8.1 Innledning	44
8.2 Revisjonskriterier	44
8.2.1 Lov og forskrift	44
8.2.2 Kommunale vedtak og retningslinjer	44
8.3 Oppsummering	45
8.4 Observasjoner og vurderinger	46
9. Avslutning	50
9.1 Innledning	50
9.2 Oppsummering av forslag til tiltak	50
9.2.1 Internkontrollsystem.....	50
9.2.2 Mål og resultatstyring.....	50
9.2.3 Økonomistyring.....	51
9.2.4 Offentlige anskaffelser	51
9.2.5 HMS	51
9.2.6 Informasjonssikkerhet.....	51
Vedlegg 1: Høringsuttalelse	52
Vedlegg 2: Revisjonens merknader til høringsuttalelsen	55
Vedlegg 3: Dokumentforespørsel	57
Vedlegg 4 Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur	59

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 ved Kalfaret sykehjem. 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 helse og omsorg, 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 i kommunen. 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 har fokus på **internkontroll** og at ledelsen har opparbeidet seg god oversikt over systemer og rutiner i enheten. Revisjonen mener likevel at resultatenheten bør utarbeide en samlet beskrivelse av internkontrollsystemet sitt. Videre går det fram at enheten foretar løpende risikovurderinger, men etter revisjonens vurdering bør resultatenheten risikokartlegginger og vurderinger i større grad systematiseres og formaliseres. Etter revisjonens vurdering er det heller ikke etablert tilstrekkelige systemer for å sikre at internkontrollen blir overvåket og fulgt opp på en systematisk måte.

Videre går det fram at resultatenheten har implementert kommunens system for balansert **målstyring**, og har styringskort med mål for alle områder. Enheten har også etablert egen handlingsplan for oppfølging av hovedområdene i styringskortet og rapporterer på disse i tråd med kommunens rutiner. Samtidig merker revisjonen seg at enheten ikke har oppnådd målsetningen knyttet til indikatoren «Medarbeidersamtaler», under hovedområdet «Medarbeider». Etter revisjonens vurdering bør resultatenheten gjennomføre systematisk kartlegging og vurdering av risiko knyttet til enhetens måloppnåelse, som sikrer at sårbare punkter identifiseres og tiltak utarbeides.

Resultatenheten driver innenfor tildelte rammer, og det er ikke identifisert svakheter i enhetens **økonomistyring**. Revisjonen mener samtidig at resultatenheten i større grad bør sikre oversikt over refusjonsinntekter for ha kontroll over alle inntekter som vedrører enheten. Når det gjelder **offentlige anskaffelser** viser undersøkelsen at det har forekommet at enheten har benyttet vikarer fra andre firma enn de kommunen har rammeavtale med, men at dette avviket nå er håndtert.

Undersøkelsen av resultatenheten systematiske **helse, miljø og sikkerhetsarbeid** viser at enheten har utarbeidet årsplan og handlingsplan for HMS, og at det gjennomføres årlig HMS-gjennomgang/vernerunde. Enheten har også etablert arbeidsmiljøgruppe (AMG) og valgt

verneombud/resultatenhetsverneombud. Samtidig går det fram at enheten ikke har utarbeidet en lokal HMS-håndbok i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer, at årsplanen har mangler i forhold til kommunens krav til slike, og at enheten i sin oversikt over virksomheten ikke i tilstrekkelig grad har beskrevet hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt. Enheten gjennomfører medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler. Revisjonen mener likevel at enheten bør sette i verk tiltak for å få en høyere svarprosent på medarbeiderundersøkelsen, og at enheten må sikre at alle ansatte får tilbud om medarbeidersamtale. Enheten bør etter revisjonens vurdering også forbedre sine rutiner for overvåkning og gjennomgang av internkontrollen knyttet til HMS-arbeidet.

Når det gjelder **informasjonssikkerhet** viser undersøkelsen at resultatenheten har system for å sikre at ansatte må gjøre seg kjent med regelverk og rutiner før IT-tilganger innvilges, og systemer for å sikre lagring av brukerrelatert informasjon, samt tilgangskontroller og brukeridentifikasjoner. Det går samtidig fram at opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldte ansatte i noen tilfeller blir sendt på e-post, og enheten bør derfor vurdere sine rutiner for håndtering av opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldt personell. Videre bør enheten etter revisjonens vurdering vurdere om dagens kombinerte elektroniske- og papirbaserte journalsystem i tilstrekkelig grad sikrer oversikt over nødvendig informasjon om pasientene.

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 resultatenheten Kalfaret sykehjem.

Bergen kommune er organisert etter en tonivå-modell og har 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 resultatenheterne 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 resultatenheterne vil vi i denne undersøkelsen se 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 regionaldepartementet¹, 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

¹ 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 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»² 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 inngikk 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. Vi valgte ut følgende enheter:

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

² 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 helse og omsorg og Byrådet ved Byrådsleder. Hørings svar 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

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

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. Om resultatenheten Kalfaret sykehjem

Resultatenheten Kalfaret sykehjem er en del av Etat for alders- og sykehjem. Denne etaten er igjen underlagt Byrådsavdeling for helse og omsorg.

Resultatenheten er lokalisert i Bergen sentrum og består av Kalfaret sykehjem, og fra juni 2011 også Enkers aldershjem. Sykehjemmet holder til i Kalfarveien 20, mens avdeling Enkers aldershjem ligger i Kong Oscars gate 90. Resultatenehetsleder ved Kalfaret sykehjem ble ansatt ultimo 2012.

Til sammen har enheten 57 brukere, fordelt på 34 langtidsplasser i Kalfaret sykehjem og 21 på Enkers aldershjem, samt to korttidsplasser på Enkers aldershjem. Alle rommene er enkeltrom med eget bad/toalett. Det var per 2011 ansatt 75 personer fordelt på 44,5 årsverk i enheten. Resultatenhetens brutto utgifter i 2011 var kr. 39 770 000.

3. Internkontrollsystem

3.1 Innledning

Internkontroll kan som nevnt i innledningskapittelet både være sektorovergripende 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 Kalfaret sykehjem er underlagt dette regelverket.

3.2 Revisjonskriterium

3.2.1 Lov og forskrift

Det fremgår av kommuneloven³ § 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.⁴ 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.⁵ Hovedelementene i COSO-modellen består av elementer som er felles for flere av de ulike rammeverkene for internkontroll. Viktige elementer er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering

³ Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.

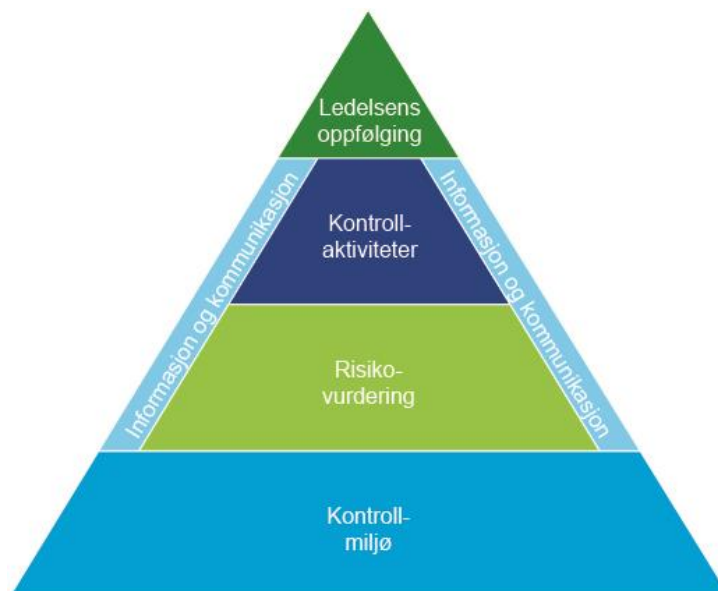
⁴ <https://www.bergen.kommune.no/politikk/slik-styres-bergen/7006/article-79692>

⁵ 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
Kontrollmiljø	Fundamentet for god internkontroll. Ledelsens holdning, adferd og definerte retningslinjer er utgangspunktet for god internkontroll.	<ul style="list-style-type: none">• Retningslinjer, organisering, ansvars- og myndighetsfordeling• Retningslinjer og rutiner• Ressurser og kompetanse• Samhandling
Risikovurdering	Risikovurdering foretas på både overordnet og detaljert plan. Konkrete handlinger iverksettes for å møte risikoen.	<ul style="list-style-type: none">• Fastsette mål• Identifisere risiko• Vurdere og prioritere risiko• Håndtere risiko
Kontrollaktiviteter	Kontrollaktiviteter etableres for å sikre at retningslinjer, prosedyrer og andre krav etterleves i praksis. Etableres for å redusere risiko og unngå uønsket adferd.	<ul style="list-style-type: none">• Retningslinjer, prosedyrer og rutiner• Nøkkelkontroller, detaljerte kontrollaktiviteter som møter identifisert risiko• Systemstøtte og IT-kontroller
Informasjon og kommunikasjon	Det må legges til rette for effektiv kommunikasjon, informasjonsdeling og rapportering	<ul style="list-style-type: none">• Rapportering oppover• Kommunikasjon nedover / oppover / til siden• IT-systemstøtte for effektiv kommunikasjonsflyt
Oppfølging	Ledelsen må etablere mekanismer for å følge opp at internkontrollen fungerer	<ul style="list-style-type: none">• Løpende oppfølging• Evalueringer• Korrigerende tiltak ved avvik

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

Kalfaret sykehjem 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.»⁶

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.»

⁶ 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 resultatenheter 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 resultatenhetsledere.

3.3 Oppsummering

Resultatenhetens internkontrollsystem er satt sammen både av elementer som er utviklet lokalt, elementer som er felles for alle kommunens sykehjem, og av elementer som er felles for alle resultatenheter i kommunen. Undersøkelsen viser at ledelsen ved resultatenheten har fokus på internkontroll og har opparbeidet seg god oversikt over og kunnskap om systemer og rutiner som er relevante i driften av enheten.

Revisjonen mener likevel at resultatenheten bør utarbeide en samlet beskrivelse av internkontrollsystemet sitt. Videre går det fram at enheten foretar løpende risikovurderinger, men

etter revisjonens vurdering bør resultatenhetsens risikokartlegginger og vurderinger i større grad systematiseres og formaliseres. Videre er det etter revisjonens vurdering ikke etablert tilstrekkelige systemer for å sikre at internkontrollen blir overvåket og fulgt opp på en systematisk måte.

3.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Ledelsens fokus	Leder viser gjennom revisjonsbesøk god oversikt og kunnskap om enhetens systemer og rutiner. Det går fram at ledelsen har løpende drøftinger med ansatte og har etablert flere fora og ordninger for håndtering av etikk, regelbrudd og kvalitet på tjenester. Det opplyses at viktigheten av å etterleve regelverk og system tas opp i kvalitetsutvalgsmøter og avdelingsmøter. Leder er samtidig tydelig på at det er hennes ansvar å følge opp delegerte oppgaver, samt rapportere resultatenhetsens avvik og måloppnåelse.	Basert på de opplysningene som er forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Kommunikasjon og informasjon	Resultatenhetsleder opplyser at hun opplever at organisasjonen er åpen, at det er god intern kommunikasjon, og at det er lav terskel for å si fra om kritikkverdige forhold.	Basert på de opplysningene som er forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Hvordan enheten jobber med etikk	Resultatenheten har en egen etikkveileder. Det opplyses at enheten har egen «etikklunsj», at de ansatte er kjent med kommunens etiske standard, og at etikk er et generelt tema i resultatenheten.	Basert på de opplysningene som er forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p>Overordnet organisering av internkontroll</p>	<p>Internkontrollsystemet som er forevist revisjonen er satt sammen og basert på elementer hentet fra</p> <ul style="list-style-type: none"> • kommunens overordnede systemer og rutiner (felles styrende og utførende dokumenter og ressurser, elektroniske verktøy for utføring av kontroll- og oppfølgingsrutiner, bruk av Balansert målstyring) • etat for aldersinstitusjoners felles systemer og rutiner (krav om rapportering og driftsgjennomgangsmøter, bruk av kvalitetsutvalg, etatsvise utførende prosedyrer knyttet til håndtering av beboermidler, innkjøp m.m.) • resultatenshetens lokalt utviklede systemer og rutiner (avdelingsmøter, lokale rapporteringsrutiner, og informasjonsrutiner knyttet til ansatte, pårørende og brukere, samt lokale rutiner for håndtering av verdisaker m.m.) <p>Det er ikke utarbeidet rutine for risikokartlegging og vurdering. Det er utarbeidet et dokument som viser oversikt over hvor man kan finne prosedyrer, men det er ikke dokumentert en samlet beskrivelse av hele internkontrollsystemet.</p>	<p>Enheten har etablert sentrale elementer som inngår i god internkontroll. Revisjonen mener likevel at enheten bør gi en samlet beskrivelse av internkontrollsystemet for bedre å kunne avdekke eventuelle mangler i internkontrollen. Det er også viktig at enheten etablerer en rutine for risikokartlegging og vurdering i samsvar med krav i internkontrollforskriften i helsetjenesten</p>	<p>Resultatenheten bør utarbeide en samlet beskrivelse av enhetens internkontrollsystem, og sikre at alle elementer er på plass i forhold til krav om internkontroll i helsetjenesten.</p>
<p>Oversikt over regelverk</p>	<p>Oversikt over lov- og regelverk for aldersinstitusjoner er spesifisert og tilgjengelig på kommunens intranett. I tillegg har enheten dokumentert lokale mapper for brannvern og beredskap.</p>	<p>Basert på foreliggende dokumentasjon, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
System for at ansatte er kjent med regelverk, system og rutiner som gjelder for tjenestene	<p>Ansatte i resultatenheten har tilgang til regelverket gjennom kommunens intranett.</p> <p>Resultatenheten har PC-er i hver etasje, og alle faste ansatte har tilgang til å logge på disse maskinene.</p> <p>Det blir opplyst at resultatenheten gjennomgår regelverk med nyansatte på resultatenhetens egne introduksjonskurs, samt at det gjøres lokale gjennomganger av regelverk i ulike fora.</p> <p>Kurs/kompetansehevede tiltak knyttet til regelverk for tjenestene er ikke del av resultatenhetens dokumenterte kompetanseplan for 2012.</p>	<p>Revisjonen mener at det vil styrke enhetens gjennomganger av regelverk at disse formaliseres i enhetens kompetanseplan.</p>	<p>Resultatenheten bør vurdere å inkludere gjennomgang av regelverk som et tema i enhetens kompetanseplan.</p>
System for å fange opp endringer i regelverk og retningslinjer	<p>Det blir opplyst at endringer i regelverk fanges opp sentralt i kommunen og bekjentgjøres/oppdateres på kommunens intranett.</p> <p>Resultatenhetsleder viderefremmer disse endringene til de ansatte i møter.</p> <p>Eventuelle regelendringer knyttet til brannvern må enheten oppdatere selv i sin lokale brannvernperm. Denne gjennomgås årlig.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>
Oppdatering av prosedyrer og rutiner	<p>Resultatenheten benytter BK-dok. I dette systemet er prosedyrer og rutiner ordnet etter områder og nivå. Under områdene Økonomi, HR og IKT ligger først kommunale fellesrutiner, deretter etatsvise rutiner for aldersinstitusjoner og endelig 36 rutiner som er spesifikke for resultatenheten. Dokumentene har begrenset gyldighetsperiode og må oppdateres av bemyndiget på det nivå de er lagt inn. For resultatenheten er dette resultatenhetsleder.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Kompetanse og opplæring	<p>Enheten har gjennomført kompetansekartlegging for 2012.</p> <p>Det opplyses at nyansatte gis opplæring på bakgrunn av en fastsatt sjekklister.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p> 
Risikokartlegging og vurdering	<p>Enhetsleder viser til at i forbindelse med årlig besvarelse av kommunens egen internkontrollundersøkelse, blir det gjort en vurdering av egen risiko ifht alle punkter som gjennomgås.</p> <p>Videre opplyses det at resultateneheten gjennomfører løpende risikovurderinger i månedlige avdelingsmøter, avdelingsledermøter, i kvalitetsutvalgsmøter og i forbindelse med enhetens avvikshåndtering.</p> <p>Det opplyses at dokumentasjonen gjøres som notat og lagres på fellesområdet, men enheten har ikke standardiserte metoder eller skjema for å kartlegge risiko. Leder mener det med fordel kunne vært utarbeidet et fastsatt skjema for risikokartlegging og -vurdering.</p>	<p>De ordninger enheten har per i dag, synes å bidra til å fange opp en rekke utfordringer og risikoer.</p> <p>Samtidig er det etter revisjonens mening et forbedringspotensial når det gjelder å ha en helhetlig og metodisk tilnærming til kartleggingen og vurderingen av enhetens identifiserte utfordringer og risikoer.</p> <p>Etter revisjonens vurdering bør risikokartlegginger og vurderinger i større grad systematiseres og formaliseres. Dette kan bidra til å sikre at enheten får en mer fullstendig oversikt over enhetens risikoer og hvordan disse skal håndteres.</p>	<p>Resultatenhetens risikokartlegginger og vurderinger bør i større grad systematiseres og formaliseres.</p> 

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Avvikssystem	<p>Resultatenheten har dokumentert og implementert avvikssystem for HMS-, økonomi - og kvalitetsavvik.</p> <p>Kvalitetsavvik føres i journalsystemet Profil og avdelingsledere lukker avvik på avdelingsnivå. Avdelingsledere gjennomgår avvikene kvartalsvis og oppsummerer kvalitetsavvikene på standard skjema. Alle avviksskjema blir samlet av enhetsleder som sender en samlet oversikt til etat for aldersinstitusjoner.</p> <p>Økonomiavvik og korrigerende tiltak registreres og rapporteres i Agresso.</p> <p>HMS-avvik meldes på Bergen kommunes avviksskjema for HMS. Avvikene gjennomgås på AMG-møtene. Det opplyses at det er en utfordring å få de ansatte til å melde avvik, særlig HMS-avvik. I resultatenhetens utkast til HMS Handlingsplan for 2013 er melding av avvik satt opp som eget prioritert område.</p>	<p>Resultatenheten har etter revisjonens vurdering implementert et avvikssystem som kan bidra til at uønsket praksis avdekkes og at nødvendige tiltak blir gjennomført for å korrigere praksis. Samtidig vil revisjonen påpeke viktigheten av at resultatenheten fortsetter arbeidet med å sikre at ansatte melder avvik, særlig HMS-avvik.</p>	<p>Resultatenheten bør følge opp foreslåtte tiltak knyttet til avvik i resultatenhetens utkast til HMS Handlingsplan for 2013.</p>
Involvering av brukere i utvikling av tjenestene	<p>Det blir opplyst at medvirkning fra brukerne og pårørende skjer gjennom inntakssamtale, daglig dialog og tilbakemeldinger, årlige oppfølgingssamtaler, samt kvartalsvise brukerrådsmøter.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>
Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene	<p>Ansatte eller deres representanter blir involvert i utvikling av tjenestene gjennom AMG, etikkklunsj, personalmøter og kvalitetsgruppe. Det gjennomføres også medarbeidersamtaler med ansatte i store stillinger.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Systematisk overvåking og oppfølging av internkontrollen	<p>Det er ikke dokumentert en samlet beskrivelse av hele internkontrollsystemet til enheten, eller hvordan man sikrer at dette blir systematisk overvåket og fulgt opp.</p>		
	<p>Det blir opplyst at resultatenheten gjennomfører løpende risikovurderinger, men at disse ikke gjøres etter standardiserte metoder eller skjema.</p>	<p>Etter revisjonens vurdering gjennomfører enheten en del aktiviteter som bidrar til å overvåke og følge opp internkontrollen.</p>	
	<p>Det blir gjort jevnlige gjennomganger av avvik, samt årlige gjennomganger av enheten i forbindelse med driftsgjennomgangsmøter.</p>	<p>Revisjonen kan likevel ikke se at det er etablert en samlet beskrivelse av hvordan enheten sikrer at internkontrollen blir systematisk overvåket og</p>	<p>Enheten må etablere et system som sikrer systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen.</p>
	<p>Det opplyses videre at enhetens prosedyrer og rutiner i BK-dok blir oppdatert årlig.</p>	<p>fulgt opp, jf. krav i internkontrollforskriften i helse § 4, 2. ledd bokstav h.</p>	
	<p>Resultatenheten har besvart kommunens elektroniske internkontrollundersøkelse for 2013.</p> <p>Det blir opplyst at resultatensleder er nyansatt ultimo 2012 og derfor ikke selv har gjennomført overvåking og oppfølging 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. I tillegg setter kommunen egne mål for virksomheten og nivå på tjenestene. For å sikre måloppnåelse er kommunen avhengig både av å definere tydelige mål som er styrende for virksomheten (målstyring) og 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 balansert målstyring 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 alle enheter i kommunen ennå ikke elektronisk styringskort i Corporator, men på sikt skal alle det.

4.3 Oppsummering

Resultatenheten bruker Bergen kommune sitt system for balansert målstyring, og har et styringskort med mål for alle områder. Enheten rapporterer også på måloppnåelse for hovedområdene i styringskortet (inkl. indikatorer) i tråd med kommunens rutiner for dette, og har utarbeidet en egen handlingsplan for oppfølging av styringskortets hovedmål. Undersøkelsen viser at enhetens rapportering og oppfølgingsrutiner er i tråd med kommunens krav. Rapporteringen viser også at enheten i stor grad oppnådde sine mål for 2012. Samtidig merker revisjonen seg at enheten ikke har oppnådd målsetningen knyttet til indikatoren «Medarbeidersamtaler», under hovedområdet «Medarbeider». Revisjonen mener at

resultatenheten bør gjennomføre systematiske kartlegginger og vurderinger av risiko knyttet til enhetens måloppnåelse, som sikrer at sårbare punkter identifiseres og tiltak utarbeides.

4.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Styringskort for resultatenheten	<p>Resultatenheten har dokumentert bruk av kommunens felles, elektroniske system for balansert målstyring, Corporator.</p> <p>Styringskortet til enheten er identisk med styringskortene til alle andre aldersinstitusjoner i etat for aldersinstitusjoner. Styringskortet inneholder mål innenfor de fire perspektivene brukere, medarbeidere, arbeidsprosesser og økonomi.</p> <p>I Corporator er det etablert faste indikatorer på måloppnåelse på mål i styringskortet. Resultatenheten har dokumentert rapportering på alle indikatorer for 2012.</p>	<p>Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p>Enhetens arbeid med å følge opp mål i styringskortet i enheten</p>	<p>For å følge opp styringskortet med egne tiltak og aktiviteter som er tilpasset lokale forhold, har resultatenheten utarbeidet årlige handlingsplaner med mål, bakgrunn, status, tiltak og ansvar. Handlingsplan for 2013 er ennå ikke utarbeidet. Dette skyldes at man er litt forsinket da enheten fikk ny leder ultimo 2012.</p> <p>Det opplyses at internt i enheten er det etablert rapportering av diverse styringsinformasjon enten i faste avdelingsmøter hver 14. dag (sykefravær, økonomi), eller i arbeidsmiljø- eller kvalitetsgruppen (avvik knyttet til henholdsvis HMS og brukere/medisinhåndtering).</p> <p>Rapportering fra enheten til overordnet nivå gjøres via Corporator etter felles rutine for hele kommunen.</p> <p>Rapportering på økonomi gjøres i Agresso og gjennomføres av resultatenhetsleder i samarbeid med økonomirådgiver i Økonomiservice</p> <p>Innrapportering av lønnsdata gjøres i lønssystemet ERV og fraværsregistrering skjer via ERV og turnussystemet RS.</p> <p>Det opplyses at etat for aldersinstitusjoner gjennomfører årlig tilsyn med resultatenhets måloppnåelse knyttet til styringskortet.</p>	<p>Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Risikokartlegging og vurdering	Resultatenhetsleder har inntrykk av at etat for aldersinstitusjoner har gjort en risikokartlegging og vurdering av mål når disse ble etablert i styringskortet. Det opplyses at resultatenheten gjør sine risikovurderinger fortløpende i avdelingsmøter og kvalitetsutvalgsmøter. Enheten har ikke standardiserte metoder eller skjema for å kartlegge risiko, og det opplyses at dokumentasjonen gjøres som notat.	Etter revisjonens vurdering er det viktig at enheten gjennomfører en egen systematisk kartlegging og vurdering av risiko for manglende måloppnåelse som sikrer at sårbare punkter identifiseres og tiltak utarbeides.	Resultatenheten bør gjennomføre systematisk kartlegging og vurdering av risiko knyttet til enhetens måloppnåelse, som sikrer at sårbare punkter identifiseres og tiltak utarbeides.
Oppnådde resultater	Resultatenheten har for 2012 dokumentert samlet måloppnåelse på alle mål for brukere, økonomi og medarbeidere. Samtidig fremgår det at enheten ikke har oppnådd ett av kravene på medarbeiderområdet som gjelder tilbud om av medarbeidersamtaler for alle ansatte. Enheten har gjennomført medarbeidersamtaler for 80 % av de ansatte med stilling over 35 %.	Resultatenheten har stor grad av måloppnåelse, men revisjonen merker seg samtidig at den ikke har oppnådd ett av kravene på medarbeiderområdet om å tilby medarbeidersamtaler for alle ansatte.	IA (se ellers forslag til tiltak knyttet spesifikt til Medarbeidersamtaler i kapittel 7)
Årsrapport	Resultatenheten har levert årsrapport for 2011. I årsrapporten går det ikke tydelig fram hva som er mål, resultat og tiltak.	Etter revisjonens mening bør resultatenheten utarbeide en årsrapport som i større grad gir et tydelig bilde av resultatenhetens mål og resultater.	Resultatenheten bør vurdere å utvikle årsrapporten slik at den i større grad reflekterer de mål som er satt og resultatene som enheten oppnår.

5. Økonomistyring

5.1 Innledning

Økonomistyring er «den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger»⁷. 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

⁷ 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.⁸

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.»⁹

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 budsjettramme.»

5.3 Oppsummering

Resultatenheten har ikke overskredet budsjettrammen de har fått tildelt de tre siste år. Undersøkelsen av økonomistyringen i enheten har ikke identifisert svakheter når det gjelder oppfølging av budsjett, men etter revisjonens vurdering bør resultatenheten i større grad sikre oversikt over refusjonsinntekter for ha kontroll over alle inntekter som vedrører enheten. Det er ikke identifisert svakheter knyttet til elementer som organisering av ansvar, delegasjoner og fullmakter innen økonomiområdet, oppfølging og rapportering på prognoser, eller til enhetens forebygging av misligheter og forvaltning av beboermidler. Når det gjelder risikovurdering innen økonomiområdet og iverksetting av tiltak for å redusere uønsket risiko, går det fram at dette gjøres fortløpende i forbindelse med gjennomgang av prognoser.

⁸ Bergen kommune: Anvisningsmyndighet. BKDOK-2011-01006. Sist oppdatert: 07.11.2011.

⁹ Bergen kommune: Anvisningsmyndighet. BKDOK-2011-01006. Sist oppdatert: 07.11.2011.

5.4 Observasjoner og vurderinger



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Økonomiske resultater	Resultatenheten har ikke overskredet budsjettet de tre siste år.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Skriftlige rutiner og prosedyrer som dekker alle vesentlige oppgaver	Det blir opplyst, og er forvist revisjonen, at rutiner knyttet til overordnet økonomistyring er felles for hele kommunen og ligger i økonomihåndboken på kommunens felles Økonominett. Videre er det utarbeidet flere etatsvise rutiner innen økonomiområdet. Blant disse rutinene finner man bl.a. rutiner for håndtering av beboermidler. Endelig er det utarbeidet spesifikke rutiner for resultatenheten, herunder bl.a. rutiner for skriving av testament, bestilling av pasientreiser og gaver.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Kompetanse og ressurser	Økonomirådgiver i Økonomiservice bistår enheten med månedlige gjennomganger i forbindelse med prognoser og bistår også resultatenheten ved budsjettering. Resultatenheten har lønns- og personalmedarbeiderstilling på til sammen 55 % som gjennomfører personal- og økonomiarbeid, inkludert kontroll av timelister, håndtering av pasientregnskap og fakturering av felleskostnader.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Ansvarsdeling, fullmakter og delegasjon	<p>Det er resultatenhetsleder som er ansvarlig for budsjett for sykehjemmet og aldershjemmet. Det opplyses at på avdelingen «Enkers aldershjem» er det avdelingsleder som har ansvar for praktisk økonomistyring av avdelingen, men at resultatenhetsleder godkjenner og har det overordnede ansvaret.</p> <p>Det opplyses at resultatenhetsleder har ansvar for prognoser og rapportering for resultatenheten, men arbeidet gjøres i samarbeid med økonomikonsulenten.</p> <p>Det opplyses at pasientregnskapet føres i fagsystemet Profil. Både resultatenhetsleder og konsulent med ansvar for pasientregnskapet må godkjenne bruk av pasientmidler.</p> <p>Verdigjenstander lagres i egen safe og det er utarbeidet en egen oversikt over verdigjenstandene. Det opplyses at nevnte konsulent må kvittere og signere for hvis noe tas ut/legges inn i safe, lønnsmedarbeider eller resultatenhetsleder er stedfortredere. Det er kun disse tre som har kode til safe.</p> <p>Alle innkjøp på beløp over 5000 skal godkjennes av resultatenhetsleder. Faktura kontrolleres i Agresso.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>



Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Budsjett	<p>Enheten har hatt et årlig mindreforbruk på rundt 1 % av justert budsjett de tre siste år. Det blir opplyst at resultatenheten i desember utarbeider en kostnadsberegning som skal være til hjelp i forbindelse med detaljeringen av neste års budsjett. Når endelig budsjett for 2013 ble tildelt, var det et avvik på om lag 2,5 stillinger mellom enhetens kostnadsberegning og tildelt budsjett. Det blir opplyst at resultatenhetsleder likevel er trygg på at driften er forsvarlig, og at signalene fra hennes overordnede er at hensyn til pasienten alltid skal prioriteres.</p> <p>Det blir opplyst at resultatenhetsleder har fullmakt til å foreta budsjettjusteringer innenfor resultatenheten, men at da inntektene er faste og kostander i hovedsak er lønn, er det lite mulighet for omdisponeringer.</p>	<p>Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>
Prognoser	<p>Resultatenheten utarbeider prognoser som det rapporteres på månedlig (med unntak av perioden desember-februar da det ikke er krav om månedlig rapportering). Ved avvik mot prognosene dokumenteres tiltak direkte i Agresso i forbindelse med innlevering av prognoserapporten.</p>	<p>Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>
Risikovurdering	<p>Det opplyses at resultatenheten i forbindelse med prognosegjennomgangen gjør en vurdering av risiko på økonomiområdet. I tillegg gjøres det kvartalsvise vurderinger av resultatenhetens prognoser. Enhetens tiltak er dokumentert i Agresso.</p>	<p>Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak	
Iverksetting av tiltak for å redusere uønsket risiko	Tiltak er dokumentert i Agresso, jf. tema «Prognoser», ovenfor.	Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	
Rapportering	Resultatenheten har dokumentert månedlig og tertialvis rapportering på økonomisk status.	Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	
Oppfølging av budsjettet i resultateneheten	Resultatenheten går gjennom økonomisk status og prognoser hver måned i forbindelse med rapportering fra resultateneheten. Det opplyses at det også rapporteres internt i resultateneheten på økonomi i de faste avdelingsledermøtene hver 14. dag.	Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	
Kontroll med alle utgifter og inntekter som vedrører resultateneheten	Det blir opplyst at resultatenehetens inntekter og utgifter i liten grad kan påvirkes, og at mesteparten av utgiftene er knyttet til lønn. Det blir opplyst at en del inntekter bokføres sent på året. Dette førte til at resultateneheten i 2012 satte i verk tiltak for å unngå merforbruk, men endte opp med et mindreforbruk når de ekstra inntektene ble bokført.	Det er ikke identifisert vesentlige svakheter når det gjelder kontroll med utgifter og inntekter. Revisjonen merker seg likevel at enheten ikke har fullstendig oversikt over bl. a. refusjonsinntekter.	Resultatenheten bør sikre oversikt over refusjonsinntekter for ha kontroll over alle inntekter som vedrører resultateneheten.	
Forebygging av misligheter	Det opplyses at resultateneheten fører oversikt over og holder pasientenes verdisaker innelåst. Det blir også opplyst til pårørende om at det er ønskelig at pasienten ikke skal ha større kontantmidler tilgjengelig på rommene sine. For å forebygge svinn av medikamenter har enheten rutiner knyttet til telling av medikamenter, og bruker også Multidose (eksternt tillaget og forseglet dosett). I forhold til A- og B-preparater har man krav til dobbelsignatur ved uttak.	Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Forvaltning av klientmidler	<p>Det opplyses at beboermidler forvaltes etter kommunens sentrale retningslinjer. Det framgår av en ekstern revisjon av forvaltning av beboermidler ved kommunens institusjoner i 2012 at det ikke ble gitt bemerkninger i revisjonsberetningen for resultatenheten.</p>	<p>Basert på de opplysningene revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p> 
Betryggende kontroll på fakturaer på mindre beløp	<p>Det blir opplyst at det er kun er personer med registrert ressursnummer i Agresso som kan gjøre innkjøp. Dette gjelder også ved innkjøp under 5000,-. Fakturaer går automatisk til enhetsleder for godkjenning. Hvis man skal handle utenfor rammeavtale må dette gjøres på rekvisisjon. Enhetsleder signerer alltid rekvisisjon.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</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 forretningsmessighet, 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 2003/6010 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.¹¹ 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.¹²

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.¹³

I Veileder for anskaffelser i Bergen kommune fremgår det at «alle anskaffelser over EØS terskelverdi skal kvalitetssikres og publiseres av innkjøpsseksjonen.» (over kr. 1.600 000,-). 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.

¹⁰ Klagenemndas avgjørelse 4. august 2003.

¹¹ NOU 1997 : 21 s. 139 og s. 145







¹² KOFA sin avgjørelse 13. februar 2006 i sak 2005/286

¹³ Veileder for anskaffelser i Bergen kommunen

6.3 Oppsummering

Resultatenheten har i undersøkelsesperioden ikke gjennomført innkjøp over kr 100 000,-. Enhetens innkjøp er i hovedsak mat, medisinsk materiell, og kontormateriell i mindre volum, og dette gjøres gjennom kommunens rammeavtaler. De fleste innkjøpene gjøres via E-handel. Revisjonen har gjennom undersøkelsen ikke identifisert svakheter knyttet til organisering av bestilling og innkjøp, opplæring av ansatte med fullmakt til innkjøp, eller svakheter knyttet til kjennskap til regelverk blant dem som har fått fullmakt. Undersøkelsen viser at det har forekommet at resultatenheten har benyttet vikarer fra andre firma enn de kommunen har rammeavtale med, men at dette nå er håndtert.

6.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak	
Tilstrekkelig opplæring	Det blir opplyst at for å få fullmakt til å gjøre innkjøp må den ansatte i resultatenheten gjennomføre et tredagers kurs i bruk av Agresso.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	
Gjennomføring av anskaffelser	En gjennomgang av anskaffelser i 2012 viser at resultatenheten ikke gjennomfører større enkeltinnkjøp.	IA	IA	
Konkurransesponering av innkjøp over kr 100 000,-	Resultatenheten gjennomfører ikke innkjøp over kr 100 000,-	IA	IA	
Konkurransesponering av innkjøp over kr 500 000,-	Resultatenheten gjennomfører ikke innkjøp over kr 500 000,-	IA	IA	
Kjennskap til regelverk og formidling av dette til de ansatte	Reglement og rutiner for innkjøp er tilgjengelig på intranett. Det opplyses at ansatte som har fullmakt til å gjøre innkjøp gjennomgår regelverk i forbindelse med opplæring i Agresso.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	
Fullmakt til å gjennomføre innkjøp	Det framgår av stillingsinstruksen til lederne hvilke beløpsgrenser de har fullmakt til å gjøre innkjøp innen. Det opplyses at i tillegg til avdelingsledere har økonomikonsulent og ansvarlig for innkjøp av mat fullmakt til å gjennomføre innkjøp innen rammeavtale. Resultatenhetsleder har ikke videre delegert anvisningsmyndighet internt i resultatenheten.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA	

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Bruk av rammeavtaler	<p>Enhetsleder kjenner til at det tidligere har forekommet innleie av vikarer fra vikarbyråer som kommunen ikke har rammeavtaler med, men opplyser at dette har blitt fanget opp fra sentralt hold i kommunen og nå skal være rettet opp.</p> <p>Det ble forevist revisjonen under revisjonsbesøket at resultatenheten har oversikt over kommunens rammeavtaler på Økonominytt på intranettet.</p>	<p>Det er viktig at resultatenheten følger opp at kjøp fra andre enn de parter kommunen har avtale med ikke forekommer.</p>	<p>Resultatenheten bør sikre at det ikke forekommer kjøp utenfor rammeavtaler på områder der kommunen har inngått rammeavtaler.</p>
Bruk av e-handel	<p>Det blir opplyst at resultatenheten gjør de fleste kjøp via E-handel og benytter kommunens sentrale rutiner for E-handel.</p>	<p>Revisjonen har ikke undersøkt hvor mye e-handel faktisk brukes i enheten. Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

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:

Internkontroll innebærer at virksomheten skal:	Dokumentasjon
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 instruksjer, 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

I den overordnede HMS-håndboken blir blant annet følgende krav stilt til HMS arbeidet i resultatenehetene:

- Resultatenhetsleder har ansvar for at HMS arbeidet blir forsvarlig ivaretatt i det daglige arbeidet innenfor resultateneheten.
- Hver resultatenehet 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 resultatenehet skal de etableres en arbeidsmiljøgruppe (AMG). Denne gruppen skal fungere som resultatenehetens 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 resultateneheten. Utover det er det opp til resultateneheten hvor mange medlemmer gruppen skal ha. Det skal avholdes minst fire møter hvert år. AMG skal sørge for at § 5 i internkontrollforskriften blir tilpasset resultateneheten 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 medarbeidertilfredshetsundersøkelsen
 - 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 enheten har utarbeidet årsplan og handlingsplan for HMS, og at det gjennomføres årlig HMS-gjennomgang/vernerunde. Enheten har også etablert arbeidsmiljøgruppe (AMG) og valgt verneombud/resultatenhetsverneombud. Samtidig går det fram at enheten ikke har utarbeidet en lokal HMS-håndbok i samsvar med Bergen kommune sine retningslinjer, at årsplanen har mangler i forhold til kommunens krav til slike, og at enheten i sin oversikt over virksomheten ikke i tilstrekkelig grad har beskrevet hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt. Enheten gjennomfører medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler. Revisjonen mener likevel at enheten bør sette i verk tiltak for å få en høyere svarprosent på medarbeiderundersøkelsen, og at enheten må sikre at alle ansatte får tilbud om medarbeidersamtale. Enheten bør etter revisjonens vurdering også forbedre sine rutiner for overvåkning og gjennomgang av internkontrollen knyttet til HMS-arbeidet.

7.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Fastsatt mål for HMS i resultatenheten	Resultatenheten har prioriterte mål for HMS i enhetens HMS-plan. Disse revideres årlig.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Utarbeidet lokal HMS håndbok	Resultatenheten har utarbeidet et dokument som viser hvor HMS-blad er lagret og hvem som er REVO og medlem av AMG, men det er ikke utarbeidet en samlet, lokal HMS-håndbok som viser en oversikt over enhetens samlede HMS-system.	Enheten har ikke etablert en HMS håndbok i samsvar med kommunens retningslinjer for HMS.	Resultatenheten må utarbeide en egen lokal HMS-håndbok.
Årsplan for HMS	Resultatenheten har dokumentert årsplan for HMS. Av denne går det fram HMS aktiviteter, hyppighet for gjennomføring og fordeling av ansvar. Årsplanen mangler henvisning til gjennomgang og oppdatering av lokal HMS håndbok og evt. oppdatering av rutiner og prosedyrer	Innholdet i årsplanen er ikke fullt ut dekkende i forhold til Bergen kommunes krav til innhold i årsplan for HMS.	Årsplanen bør oppdateres slik at den dekker Bergen kommunes krav til innhold i årsplan for HMS.
Oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt	Resultatenheten har utarbeidet en oversikt over virksomheten og over hvem som er REVO og medlemmer i AMG. Denne er tilgjengelig på server og oppslått på vegg i enheten. Oversikten beskriver ikke hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i forhold til HMS i hele enheten. Det blir opplyst at for mange oppgaver knyttet til HMS og personal har vært lagt til resultatensleder, og at ansvar i større grad kan fordeles til avdelingsledere. Det blir derfor arbeidet med avklaring av roller og ansvar innen HMS og personalområdet, og at oppfølgingsansvaret flyttes nærmere de ansatte.	Enheten har ikke en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet er fordelt. Revisjonen mener på bakgrunn av dette at krav i internkontrollforskriften § 5 ikke er oppfylt.	Resultatenheten må utarbeide en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt i enheten.

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Årlig HMS gjennomgang - Kartlegging av farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene	Resultatenheten har levert ut individuell HMS-sjekkliste til de ansatte, gjennomført HMS-runde og laget handlingsplan. Planene er gjennomgått i AMG-møte 24.01.13 og det utarbeidet en handlingsplan med prioriterte tiltak på de områdene der det er ønske om utvikling og forbedring av arbeidsmiljøforholdene.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Handlingsplan for HMS	Resultatenheten har dokumentert handlingsplan for 2012. Av denne går det fram HMS-områder som skal arbeides med i prioritert rekkefølge, hvilke tiltak som skal iverksettes, tidspunkt og ansvar. Handlingsplan for 2013 er utarbeidet, men vil først endelig godkjennes på neste møte i AMG.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Rutine for overvåking og gjennomgang av HMS arbeid	Enhetsleder viser til en rekke tiltaksom bidrar til gjennomgang av HMS-arbeidet i enheten. Enheten har likevel ikke avdekket at den mangler lokal HMS-håndbok, og at HMS-årsplanen har mangler.	Etter revisjonens vurdering er ikke enhetens rutiner for overvåking og gjennomgang av internkontrollen knyttet til HMS-arbeidet tilstrekkelige, da de ikke har avdekket at enheten ikke tilfredsstillere alle kravene til lokalt HMS-arbeid i Bergen kommune.	Resultatenheten må forbedre sine rutiner for overvåking og gjennomgang av internkontrollen knyttet til HMS-arbeidet.
Gjennomføring av årlige vernerunder	Enheten gjennomfører årlig vernerunde, sist gjennomført 16.1.2013.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Verneombud og REVO	Det er valgt resultatenhetsverneombud i resultatenheten. Navn på hvem som er verneombud er oppslått på vegg i enheten. Enheten er ett verneområde og har kun ett verneombud, som da er REVO.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Arbeidsmiljøgruppe (AMG)	Det opplyses at resultatenheten har etablert AMG-gruppe. AMG-gruppen har møte hvert kvartal og gjennomgår bl. a HMS-avvik . I møtet 24.01.13 utarbeidet AMG handlingsplan for HMS.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA
Medarbeidersamtaler	I rapportering på indikatoren «medarbeidersamtale» i styringskortet for 2012, er det dokumentert at det er gjennomført medarbeidersamtaler med 80 % av de ansatte med stillingsstørrelse over 35 %. I Byrådsavdeling for helse og omsorgs kommentarer til rapportutkastet går det fram at kravet, – og målet, - er at alle ansatte skal tilbys medarbeidersamtale, men at de ansatte kan takke nei. Dette får innvirkning på hvor stor andel av de ansatte som har hatt medarbeidersamtale.	Etter revisjonens vurdering er ikke resultatenheten praksis med å tilby medarbeidersamtaler bare til ansatte med stillingsstørrelse over 35 %, i tråd med de krav som er stilt i Bergen kommune. Praksisen innebærer også at resultatenheten mister muligheten til å ha en strukturert samtale med mange av sine ansatte om forhold på arbeidsplassen, da flere ansatte ved norske sykehjem erfaringsmessig har mindre stillinger.	Resultatenheten må sikre at alle ansatte får tilbud om medarbeider-samtale.
Oppfølging av sykefravær	Enheden har et mål om nærvær på 89 %. I følge sykefraværstatistikken for 2012 klarte enheten å nå dette målet (91,8 %). Ansvaret for oppfølging av sykemeldte ansatte er definert i kommunens IA-avtale, og i stillingsbeskrivelser. Avdelingsledere har ansvar for oppfølging av sykemeldte og rapporterer kvartalsvis til enhetsleder. Enhetsleder blir involvert i utfordrende saker, eller i de tilfeller der dialogmøter er aktuelt.	Basert på opplysningene som revisjonen har fått forelagt er det ikke identifisert vesentlige utfordringer på dette området.	IA
Gjennomføring av opplæring for ledere og verneombud	Både resultatenhetsleder og resultatenhetsverneombud har gjennomført lovpålagt 40 timers HMS-opplæring i regi av Bergen kommune.	Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Gjennomføring av medarbeiderundersøkelse	Det er dokumentert gjennomført medarbeiderundersøkelse for 2012, med en svarprosent på 44 %. Det opplyses at resultateneheten har prosedyrer for oppfølging av resultatene fra medarbeiderundersøkelsene.	Det er etter revisjonens mening viktig at man sikrer en så høy svarprosent som mulig på slike undersøkelser, for å sikre trygghet for at svar er representative, og for å sikre legitimitet til de tiltak som evt. igangsettes på bakgrunn av undersøkelsene.	Resultatenheten bør sette i verk tiltak for å øke deltagelse på medarbeiderundersøkelsen
Avviksmeldesystem og bruk av skademeldingsskjema	Resultatenheten har et avvikssystem for HMS-avvik og bruker kommunens skademeldingsskjema. Det opplyses at det er en utfordring er å få de ansatte til å melde avvik, særlig HMS-avvik. I resultatenehetens utkast til HMS Handlingsplan for 2013 går det fram at det er en utfordring at avvik ikke blir skrevet, og at man derfor vil ha en gjennomgang av rutinene, og gjennomføre avviksbehandling på alle personalmøter.	Etter revisjonens mening er det viktig at resultateneheten sikrer at ansatte melder HMS-avvik, og at disse meldes skriftlig i tråd med Bergen kommunes retningslinjer. Revisjonen vil også peke på at medarbeidere etter regelverket ikke bare har rett til, men også plikt til, å medvirke i en virksomhets HMS-arbeid.	Resultatenheten bør følge opp foreslåtte tiltak knyttet til avvik i resultatenehetens utkast til HMS Handlingsplan for 2013.
Rutine for hvordan resultateneheten følger opp medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skader	Det opplyses at resultateneheten har etablert rutiner for å følge opp medarbeidere som har vært utsatt for vold, trusler eller tilløp til skader.	Basert på de opplysningene som fremkommer er det ikke identifisert utfordringer på dette området.	IA

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».¹⁴ 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:

¹⁴ 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 instruksens 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

Det går fram at resultatenheten har oversikt over IT-systemene de benytter, og enheten har system for å sikre at ansatte må gjøre seg kjent med regelverk og rutiner før IT-tilganger innvilges. Enheten har også rutiner for å sikre lagring av brukerrelatert informasjon, samt tilgangskontroller og brukeridentifikasjoner. Det går samtidig fram at opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldt personell i noen tilfeller blir sendt på e-post. Dette er etter revisjonens mening sensitive personopplysninger (jf. § 2-8 i personopplysningsloven) og enheten bør utarbeide rutiner for å sikre håndtering av slike opplysninger. Videre bør enheten etter revisjonens vurdering vurdere om dagens kombinerte elektroniske- og papirbaserte journalsystem i tilstrekkelig grad sikrer oversikt over nødvendig informasjon om pasientene.

8.4 Observasjoner og vurderinger

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Oversikt over IT systemer som er i bruk, og hvilken informasjon som behandles i de ulike systemene	<p>Det blir opplyst at oversikt over IT-systemene og hvilken informasjon som behandles i dem, ligger til ansvarlige for IKT sentralt i kommunen. Det blir opplyst at innføring av nye systemer eller oppgradering av systemer også gjøres av ansvarlige for IKT sentralt i kommunen.</p> <p>Resultatenheten behandler pasientinformasjon i journalsystemet Profil, mens lønns- og personalinformasjon behandles i ERV.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>
Journalføring og behandling av personopplysninger	<p>Det blir opplyst at alle opplysninger som vedrører pasienter skal behandles i sikker sone. Videre må alle ansatte som bruker datamaskinene i resultatenheten logge seg inn med sin unike brukerkode. Tilganger i fagsystemet Profil er styrt av den ansattes arbeidsoppgaver. Det opplyses samtidig at det også benyttes papirjournal i låsbare medisintraller.</p> <p>Det går fram at opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldt personell i noen tilfeller blir sendt på e-post.</p>	<p>Revisjonen merker seg at pasientopplysninger journalføres både elektronisk og i papirformat. En slik løsning kan innebære en risiko for at helsepersonell ikke har fullstendig oversikt over nødvendig informasjon om pasientene. Videre fremkommer det at opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldt personell i noen tilfeller blir sendt på e-post. Dette er etter revisjonens mening sensitive personopplysninger som kan omfatte opplysninger om en persons helse (jf. § 2-8 i personopplysningloven) og må derfor sikres konfidensialitet gjennom f. eks kryptering (jf. § 2-11).</p>	<p>Resultatenheten bør vurdere om dagens kombinerte journalsystem i tilstrekkelig grad sikrer oversikt over nødvendig informasjon om pasientene.</p> <p>Enheten må også utarbeide rutiner for håndtering av opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldt personell.</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Arkivering	<p>Pasientopplysning arkiveres i Profil, samt i låsbare medisintraller. Når pasienten dør eller flytter, lagres dokumentasjon i eget arkivrom før informasjonen endelig videresendes til sentralarkivet.</p> <p>Universalnøkler oppbevares i egen safe som bare resultatenhetsleder har tilgang til.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p> 
Risikokartlegging og vurdering	<p>Resultatenhetsleder opplyser at enheten ikke har anskaffet nye systemer eller gjort vesentlige oppgraderinger av systemer i den tiden hun har vært leder. Det opplyses at risikokartlegging og -vurdering av risiko knyttet til hvilke systemer som skal benyttes, blir vurdert av ansvarlige for IKT sentralt i kommunen.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p> 
Oversikt og kontroll på IKT-utstyr (maskinvare)	<p>Enheten deler ikke ut utstyr til ansatte. Det er kun IKT-utstyr som tilhører enheten som benyttes.</p>	<p>Basert på de opplysningene som revisjonen har fått forelagt, er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p> 

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
<p>Tildeling av brukertilganger og tilgangskontroller</p>	<p>Det blir opplyst at det er IKT-ansvarlig sentralt i kommunen som tildeler og avslutter tilganger, men at det er resultatenhetsleders ansvar å melde inn behov for tilgang og avslutning. Leder opplyser at tilganger avsluttes fortløpende ved hjelp av kommunens skjema for meldinger om endring i tilganger.</p> <p>Tilgangskontrollen i fagsystemet Profil er styrt av arbeidsoppgaver slik at f. eks sykepleiere har full tilgang innen resultatenheten, mens andre har begrensede tilganger.</p> <p>For regnskapssystemet er det kun leder og merkantilt ansatt som har tilgang, og for Agresso er det kun ansatte med ressursnummer som har tilgang.</p>	<p>Basert på de opplysningene som fremkommer er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>
<p>Signering av taushets-erklæring</p>	<p>Resultatenheten har dokumentert rutine for signering av taushetserklæring.</p>	<p>Basert på de opplysningene som fremkommer er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</p>

Tema	Observasjoner	Vurderinger	Forslag til tiltak
Ansattes kjennskap til regelverk og til kommunens retningslinjer	<p>Det blir opplyst at alle ansatte må signere en elektronisk egenerklæring om kommunens retningslinjer for IT før de får tilgang til datasystem og Profil, der bl.a. journalene ligger.</p> <p>Det blir opplyst at resultatenheten har sjekkliste for hva alle nyansatte skal gjennom, og at denne inkluderer opplæring i retningslinjer for informasjonssikkerhet og bruk av IT-systemer.</p> <p>Det blir opplyst at det ikke er utarbeidet lokale retningslinjer i resultatenheten for bruk av mobile enheter, eller for ansattes bruk av e-post, sms eller facebook.</p> <p>Resultatenheten benytter kommunens sentrale retningslinjer.</p>	<p>Basert på de opplysningene som fremkommer er det ikke identifisert utfordringer på dette området.</p>	<p>IA</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 blir de slått sammen.

9.2.1 Internkontrollsystem

Revisjonen mener at Kalfaret sykehjem bør prioritere følgende tiltak knyttet til internkontrollsystem:

Tiltak	
1	Resultatenheten bør utarbeide en samlet beskrivelse av enhetens internkontrollsystem, og sikre at alle elementer er på plass i forhold til krav om internkontroll i helsetjenesten.
2	Resultatenhetens risikokartlegginger og vurderinger bør i større grad systematiseres og formaliseres.
3	Enheden må etablere et system som sikrer systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen.
4	Resultatenheten bør vurdere å inkludere gjennomgang av regelverk som et tema i enhetens kompetanseplan.
5	Resultatenheten bør følge opp foreslåtte tiltak knyttet til avvik i resultatenhetens utkast til HMS Handlingsplan for 2013.

9.2.2 Mål og resultatstyring

Revisjonen mener at Kalfaret sykehjem bør prioritere følgende tiltak knyttet til mål og resultatstyring:

Tiltak	
1	Resultatenheten bør gjennomføre systematisk kartlegging og vurdering av risiko knyttet til enhetens måloppnåelse, som sikrer at sårbare punkter identifiseres og tiltak utarbeides.
2	Resultatenheten 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 Kalfaret sykehjem bør prioritere følgende tiltak knyttet til økonomistyring:

Tiltak	
1	Resultatenheten bør sikre oversikt over refusjonsinntekter for ha kontroll over alle inntekter som vedrører resultatenheten.

9.2.4 Offentlige anskaffelser

Revisjonen mener at Kalfaret sykehjem bør prioritere følgende tiltak knyttet til offentlige anskaffelser:

Tiltak	
1	Resultatenheten bør sikre at det ikke forekommer kjøp utenfor rammeavtaler på områder der kommunen har inngått rammeavtaler.

9.2.5 HMS

Revisjonen mener at Kalfaret sykehjem bør prioritere følgende tiltak knyttet til HMS:

Tiltak	
1	Resultatenheten må utarbeide en egen lokal HMS-håndbok.
2	Resultatenheten må sikre at alle ansatte får tilbud om medarbeidersamtale.
3	Resultatenheten må forbedre sine rutiner for overvåkning og gjennomgang av internkontrollen knyttet til HMS-arbeidet.
4	Årsplanen bør oppdateres slik at den dekker Bergen kommunes krav til innhold i årsplan for HMS.
5	Resultatenheten må utarbeide en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt i enheten.
6	Resultatenheten bør sette i verk tiltak for å øke deltagelse på medarbeiderundersøkelsen.
7	Resultatenheten bør følge opp foreslåtte tiltak knyttet til avvik i resultatenhetens utkast til HMS Handlingsplan for 2013.

9.2.6 Informasjonssikkerhet

Revisjonen mener at Kalfaret sykehjem bør prioritere følgende tiltak knyttet til informasjonssikkerhet:

Tiltak	
1	Resultatenheten bør vurdere om dagens kombinerte journalsystem i tilstrekkelig grad sikrer oversikt over nødvendig informasjon om pasientene
2	Enheden må utarbeide rutiner for håndtering av opplysninger knyttet til oppfølging av sykemeldt personell.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse



BERGEN KOMMUNE

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG

Bergen Rådhus
Postboks 7700, 5020 Bergen
Sentralbord 05556
Telefaks 55 56 74 99
postmottak.helse.sosial@bergen.kommune.no
www.bergen.kommune.no

Deloitte AS

Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		201216471-3 NSNY	ESARK-126	2. mai 2013

Byrådsavdeling for helse og omsorgs kommentarer til utkast til forvaltningsrevisjonsrapport av IK i Bergen kommune - Kalfaret sykehjem

Byrådsavdeling for helse og omsorg og Kalfaret sykehjem har fått utkast til forvaltningsrevisjonsrapport til uttale. Fakta i tidligere utkast er kommentert av Kalfaret sykehjem. Her kommenteres revisjonens vurderinger og forslag til tiltak. Enkelte av revisjonens vurderinger og anbefalinger i kapitlene Internkontroll og Helse, Miljø og sikkerhet er overlappende. For ordens skyld kommenteres disse samlet i kulepunktene under.

- *Overordnet organisering av internkontrollen*

Revisjonen påpeker at enheten bør utarbeide en samlet beskrivelse av internkontrollsystemet, og sikre at alle elementer er på plass i forhold til krav om internkontroll i helsetjenesten.

Høsten 2012 nedsatt Etat for Alders- og Sykehjem en arbeidsgruppe som utarbeider mal for felles internkontrollsystem for alle resultatenheter tilliggende etaten, med plan om implementering i løpet av høsten 2013. Malen utarbeides i tråd med bl.a. kravene i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene, Helsedirektoratets veileder for internkontroll i sosial- og helsetjenesten (IS-1183) og inkorporerer flere av anbefalingene fra PWCs «Gjennomgang av tilsynssak ved Florida sykehjem» (2012). Malen omfatter i tillegg kravene til internkontrollsystem som er nedfelt i andre relevante forskrifter, som blant annet forskrift om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter. Malen gir enhetene et verktøy for å kunne gi en samlet beskrivelse av eget internkontrollsystem, og skal bidra til at enhetene har et komplett internkontrollsystem.

- *Risikokartlegging og vurdering*

Revisjonen anbefaler at Resultatenhetens kartlegginger og vurderinger av enhetens utfordringer og risikoer i større grad systematiseres og formaliseres. I forbindelse med utarbeidelse av mal for internkontrollsystem, jf. forrige kulepunkt, vurderes det om det skal lages en felles mal for gjennomføring av risikovurderinger.

- *Systematisk overvåking og oppfølging av internkontrollen*

Revisjonen skriver at det bør utarbeides et system som sikrer systematisk gjennomgang og overvåking av internkontrollen for sosial- og helsetjenesten (kapittel Internkontroll), også internkontrollen knyttet til HMS-arbeidet.

Vi viser til kommentar over om utarbeidelse av mal for internkontrollsystem. Malen vil også bidra til at enhetene innarbeider rutiner for slik overvåking og gjennomgang.

- *Oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt*

Revisjonen skriver at resultatenheten må utarbeide en oversikt som beskriver hvordan ansvar og myndighet for HMS er fordelt i enheten.

Vi viser til kommentar over angående utarbeidelse av mal for internkontrollsystem, som vil være en påminnelse, og et hjelpemiddel, for enhetsleder til å kunne lage slike beskrivelser.

- *Kompetanse og ressurser*

Revisjonen skriver at resultatenheten har en økonomikonsulent i 5 % stilling, som bistår med månedlige gjennomganger etc. Dette er noe upresist hvis det er økonomirådgiveren i Økonomiservice det siktes til. Vedkommende er ansatt i en annen byråsavdelingen og skal gi service til alle de kommunale institusjonene (+ enhetene innenfor psykisk helse i BSBO). Økonomirådgiveren har ingen stillingsmessig tilknytning til institusjonen,

- *Budsjett*

Setningen om at «reduert med om lag 2,5 stillinger i forhold til resultatenhets kostnadsberegning» er noe upresist. Kostnadsberegningen er ment som en teknisk hjelp i forbindelse med detaljeringen av budsjettet og er et verktøy initiert av Økonomiservice (BFEE). Når budsjettet tildeles og det er et avvik i forhold til kostnadsberegningen er det nettopp det, det vil si et avvik. Det er ikke budsjettet som er redusert, dvs. det er ikke meningen at kostnadsberegningens verktøy skal være noe selvstendig budsjetteringsgrunnlag.

- *Medarbeidersamtaler*

Revisjonen skriver at kravet er at leder gjennomfører av medarbeidersamtaler i alle stillingsstørrelser over 35 %. Kravet, – og målet, - er imidlertid at alle skal tilbys medarbeidersamtaler. Den ansatte kan med andre ord takke nei, noe som får innvirkning på hvor stor andel av de ansatte som har hatt medarbeidersamtale.

Med hilsen

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG

*****	<i>Ikke skriv eller endre det som står</i>	*****
*****	<i>på de 4 linjene.</i>	*****
*****	<i>Elektronisk godkjenning</i>	*****
*****	<i>flettes inn her</i>	*****

Side 2 av 3

Side 3 av 3

Vedlegg 2: Revisjonens merknader til høringsuttalelsen

I sin høringsuttalelse har Byrådsavdeling for helse og omsorg kommentert punktene «*Overordnet organisering av internkontrollen*», «*Risikokartlegging og vurdering*», «*Systematisk overvåking og oppfølging av internkontrollen*», «*Oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt*», «*Kompetanse og ressurser*», «*Budsjett*» og «*Medarbeidersamtaler*».

Revisjonen har i sine følgende merknader til Byrådsavdelingens høringsuttalelse ikke kommentert de punkter der Byrådsavdelingen aksepterer rapportutkastet, men kun skrevet merknader til høringsuttalelse på de punkter der Byrådsavdelingen har kommentarer til revisjonens vurderinger, eller påpeker faktafeil i rapportutkastet. Vi viser ellers til høringsuttalelsen i sin fulle lengde i foregående vedlegg til rapporten (se Vedlegg 1: Høringsuttalelse).

Under punktet «*Overordnet organisering av internkontrollen*», har Byrådsavdeling for helse og omsorg følgende kommentarer:

«Revisjonen påpeker at enheten bør utarbeide en samlet beskrivelse av internkontrollsystemet, og sikre at alle elementer er på plass i forhold til krav om internkontroll i helsetjenesten.

Høsten 2012 nedsatt Etat for Alders- og Sykehjem en arbeidsgruppe som utarbeider mal for felles internkontrollsystem for alle resultatenheter tilleggende etaten, med plan om implementering i løpet av høsten 2013. Malen utarbeides i tråd med bl.a. kravene i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene, Helsedirektoratets veileder for internkontroll i sosial- og helsetjenesten (IS-1183) og inkorporerer flere av anbefalingene fra PWCs «Gjennomgang av tilsynssak ved Florida sykehjem» (2012). Malen omfatter i tillegg kravene til internkontrollsystem som er nedfelt i andre relevante forskrifter, som blant annet forskrift om systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid i virksomheter. Malen gir enhetene et verktøy for å kunne gi en samlet beskrivelse av eget internkontrollsystem, og skal bidra til at enhetene har et komplett internkontrollsystem.»

Revisjonen vil i denne sammenheng kommentere at det er positivt at Etat for Alders- og Sykehjem har igangsatt utarbeiding av en mal som vil kunne bidra til å gi en samlet beskrivelse av internkontrollen, og at denne er planlagt implementert i løpet av 2013. Revisjonen vil samtidig påpeke at revisjonen er gjort på grunnlag av den praksis som forelå på revisjonstidspunktet.

Under punktet «*Kompetanse og ressurser*» har Byrådsavdeling for helse og omsorg følgende kommentarer:

«Revisjonen skriver at resultatenheten har en økonomikonsulent i 5 % stilling, som bistår med månedlige gjennomganger etc. Dette er noe upresist hvis det er økonomirådgiveren i Økonomiservice det siktes til. Vedkommende er ansatt i en annen byrådsavdelingen og skal gi service til alle de kommunale institusjonene (+ enhetene innenfor psykisk helse i BSBO). Økonomirådgiveren har ingen stillingsmessig tilknytning til institusjonen»

Revisjonen registrerer at økonomirådgiveren som bistår enheten i en del prosesser knyttet til økonomistyringen, er ansatt i Økonomiservice. Revisjonen har i samsvar med presiseringen fra Byrådsavdelingen gjort endringer i teksten i rapporten under kapittelet om økonomistyring samt kapitlet om mål- og resultatstyring.

Under punktet «*Budsjett*» har Byrådsavdeling for helse og omsorg følgende kommentarer:

«Setningen om at «reduisert med om lag 2,5 stillinger i forhold til resultatenhets kostnadsberegning» er noe upresis. Kostnadsberegningen er ment som en teknisk hjelp i forbindelse med detaljeringen av budsjettet og er et verktøy initiert av Økonomiservice (BFEE). Når budsjettet tildeles og det er et avvik i forhold til kostnadsberegningen er det nettopp det, det vil si et avvik. Det er ikke budsjettet som er redusert, dvs. det er ikke meningen at kostnadsberegningens verktøy skal være noe selvstendig budsjetteringsgrunnlag.»

Revisjonen registrerer at omtalen i rapporten har vært noe upresis, og har derfor endret teksten i rapporten, under kapittelet om økonomistyring, i samsvar med presiseringen fra Byrådsavdelingen.

Under punktet «*Medarbeidersamtaler*» har Byrådsavdeling for helse og omsorg følgende kommentarer:

«Revisjonen skriver at kravet er at leder gjennomfører av medarbeidersamtaler i alle stillingsstørrelser over 35 %. Kravet, – og målet, - er imidlertid at alle skal tilbys medarbeidersamtaler. Den ansatte kan med andre ord takke nei, noe som får innvirkning på hvor stor andel av de ansatte som har hatt medarbeidersamtale.»

Revisjonen merker seg i denne sammenheng at det er et krav at alle ansatte, uavhengig av stillingsstørrelse, skal få tilbud om medarbeidersamtale. Teksten i rapporten som omtaler dette er derfor endret, både under kapitlet om mål- og resultatstyring, og kapitlet om helse, miljø og sikkerhet.

Vedlegg 3: 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 resultatenhets 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 4 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.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR-2002-12-20-1731.
- 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.
- 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)

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.com/no/omoss for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 150 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 170,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2013 Deloitte AS