

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT 3-2026

SEKTOROVERGRIPENDE INTERNKONTROLL I DOVRE KOMMUNE

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGET I
DOVRE KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

16. februar 2026
2026-146 GSL/THS

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Sektorovergripende internkontroll*» som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Dovre kommune.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave som innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak, jf. Kommunelovens § 23-3.

Prosjektarbeidet er utført i perioden juni 2025 – februar 2026 av forvaltningsrevisor Tone Huuse Svesengen og oppdragsansvarlig revisor Guro Selfors Lund. Ole Inge Gjerald har kvalitetssikret rapporten.

Utkast til rapport ble sendt kommunen for faktasjekk, og merknader er vurdert og innarbeidet i rapporten. Utkast til rapport ble deretter sendt rådmannen til uttalelse.

I høringssvaret av 13. februar 2026 kom rådmannen med bemerkninger til rapporten. Bemerkninger til faktadelen er innarbeidet i rapporten. Bemerkninger til vurderinger og konklusjoner er lagt inn som fotnoter knyttet til de kommenterte avsnittene i teksten. Høringssvaret i sin helhet er lagt ved som vedlegg i rapporten.

Vi vil takke for samarbeidet, og til alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Lillehammer, 16. februar 2026.



Oppdragsansvarlig revisor



Prosjektansvarlig revisor

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	2
SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING.....	7
1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING	7
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	7
1.3 AVGRENSINGER OG VALG	7
1.4 RAPPORTENS OPPBYGGING	8
1.5 ORGANISERINGEN I DOVRE KOMMUNE	8
1.6 GENERELT OM INTERNKONTROLL.....	9
1.7 GJENNOMFØRTE TILSYN OG FORVALTNINGSREVISJONER I DOVRE KOMMUNE.....	10
2 METODE	11
3 REVISJONSKRITERIER	12
3.1 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	13
3.2 REVISJONSKRITERIER.....	17
4 KOMMUNENS SEKTOROVERGRIPENDE INTERNKONTROLL.....	18
4.1 SEKTOROVERGRIPENDE INTERNKONTROLL I DOVRE KOMMUNE	18
4.2 REVISJONENS VURDERINGER	32
5 KOMMUNENS OPPFØLGING AV INTERNKONTROLL.....	35
5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING	35
5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALT SAMARBEID	37
5.3 REVISJONENS VURDERINGER	42
6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	44
6.1 KONKLUSJONER.....	44
6.2 ANBEFALINGER.....	46
REFERANSER	47
VEDLEGG RÅDMANNENS UTTALELSE.....	48

SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Dovre kommune bestilte i juni 2025 en forvaltningsrevisjon om «Sektorovergripende internkontroll».

Formålet var å undersøke om rådmannen har etablert et sektorovergripende internkontrollsystem som sikrer tilfredsstillende kontroll av forvaltningen i kommunen.

Følgende problemstillinger ble undersøkt:

- 1) I hvilken grad har rådmannen etablert et overordnet system for interkontroll?
- 2) I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Prosjektet er gjennomført med en kombinasjon av dokumentanalyse, intervjuer og spørrebrev. Revisjonen har hatt tilgang til kvalitetssystemet Compilo.

Vi hadde et oppstartsmøte i kommunen den 29. august 2025. På møtet deltok rådmann Halvor Nissen, økonomisjef Anne Hesthagen og personalsjef/HR-sjef Rune Pettersen, og vi har mottatt skriftlige tilbakemeldinger på spørsmål vi har hatt underveis i prosjektet fra HR-sjef.

I en forvaltningsrevisjon bruker vi revisjonskriterier. Revisjonskriterier er de krav, normer eller standarder som prosjektet skal vurderes mot, og de skal være begrunnet i eller utledet fra autoritative kilder innenfor det reviderte området. Revisjonskriteriene i rapporten er i hovedsak hentet fra kommuneloven med tilhørende forskrifter og veiledere samt «Orden i eget hus - Kommunedirektørens internkontroll» av KS.

Konklusjonene som følger nedenfor, er utformet og delt inn etter problemstillingene i prosjektet:

Problemstilling 1:

I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for internkontroll?

Konklusjon:

Vår hovedkonklusjon er at Dovre kommune har flere elementer på plass når det gjelder et overordnet system for internkontroll, men at systemet foreløpig ikke er systematisk og fullstendig risikobasert.

Revisjonen anser det som positivt at kommunen gjennom årlig arbeidsdag med gjennomgang av risikovurderinger og årlig oversikt over avvik med spørsmål til de ulike avdelingene, arbeider med å få internkontrollen mer systematisert.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de overordnede reglementene og prosedyrene i hovedsak er samlet og tilgjengelig i Compilo. Det er utarbeidet et system for årlig gjennomgang av disse.

Kommunen har i liten grad etablert en overordnet risikobasert internkontroll. Risikovurderinger gjennomføres i hovedsak innen HMS-området, og revisjonen har i liten grad funnet dokumentasjon på risikovurderinger knyttet til utførelsen av kommunens tjenester. Det er viktig at dette følges opp for at kommunen skal få grunnlag til å vurdere hva slags internkontroll det er behov for i de ulike tjenestene og for kommunen samlet.¹

Valgt metodikk for risikovurdering fanger ikke opp alle sentrale element i en ROS-analyse. Rådmannen har ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene i kommunen. Et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser kan gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Revisjonen ser det som positivt at kommunen har en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik. Det er også et rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Kommunen har selv rapportert at de har et forbedringspotensial i å etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene.

Problemstilling 2:

I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Konklusjon:

Vår hovedkonklusjon er at kommunen i en viss grad har etablert en tilstrekkelig helhetlig og systematisk oppfølging av internkontrollen. Selv om kommunen har enkelte strukturer og aktiviteter som berører internkontroll, kan oppfølgingen samlet sett fremstå som fragmentert og lite forankret i faste rutiner.²

Kommunen har faste møtepunkter i administrativ ledelse, noe som i utgangspunktet gir mulighet for systematisk rapportering. Likevel fremgår det at internkontroll i liten grad er et fast tema i disse møtene, og manglende referatføring gjør at oppfølging og læring over tid ikke sikres.³

Den årlige rapporteringen til kommunestyret gir kun begrenset innsikt i kommunens internkontrollarbeid.

Kommunestyret får dermed ikke et tilstrekkelig grunnlag for å følge opp sitt overordnede ansvar. Informasjon om gjennomførte kontroller og hvordan internkontrollen fungerer i praksis, er i liten grad dokumentert eller kommunisert.

Rådmannen bør vurdere om dagens system for rapportering er tilstrekkelig til at han har trygghet for at kommunen oppfyller kravet om internkontroll etter kommuneloven. Å sikre nødvendig rapportering er viktig ved delegering fordi rådmannen sitter med ansvaret selv om andre gjennomfører oppgavene.

¹ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende tilleggsopplysning: «ROS-analyser i tjenestene er det jobbet mye med også utenfor HMS-begrepet. Eks ved innføring av nye datasystemer, ECOM-bortfall mm.»

² I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende bemerkning: «Vi mener at det i Dovre kommune har gjort mye, noe dere selv også bekrefter i rapporten. Derfor mener vi at begrepet «i noe grad» ikke viser resultatet av det arbeidet vi har gjort».

³ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende bemerkning: «Dette er et bevist valg. Ukentlige møter med ledere gjør at oppfølging og læring skjer. Dovre kommune har nå etablert Intranett. Dette vil gjøre at ledelsen kan kommunisere med alle ansatte på en plattform.»

Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid gjennom samarbeidet i INSAM. Revisjonen kan imidlertid ikke se at rådmannen har en rutine for å følge med på om samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid utenfor INSAM blir fulgt opp. I henhold til viljeserklæringen i INSAM er ikke statusrapporter om samarbeidsordningene lagt frem for kommunestyret.

Anbefalinger på problemstilling 1 og 2:

Rådmannen bør:

- Sette internkontrollarbeidet i system med faste internkontrollaktiviteter gjennom året og etablere rutiner for evaluering av internkontrollen.
- Etablere et system og rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på både overordnet og operasjonelt nivå. I tillegg vurdere om dagens system for risikoanalyser og rapportering er tilstrekkelige til å oppfylle kravet om internkontroll etter kommuneloven.
- Vurdere om rapportering til kommunestyret om internkontroll er tilstrekkelig til at de kan følge opp sitt overordnede ansvar for virksomheten i kommunen.

1 INNLEDNING

1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING

I møte den 10. juni 2025, sak 28/25, vedtok kontrollutvalget (KU) i Dovre kommune følgende:

- «1. Kontrollutvalet tek framlagt prosjektplan til etterretning.*
- 2. Kontrollutvalet bestiller ein forvaltningsrevisjon om sektorovergripande internkontroll basert på framlagt foranalyse og prosjektplan.*
- 3. Prosjektet startar hausten-25 med levering av rapport tidleg i 2026».*

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med revisjonen er å undersøke om rådmannen har etablert et sektorovergripende internkontrollsystem som sikrer tilfredsstillende kontroll av forvaltningen i kommunen.

En revisjon av dette området kan bidra til å identifisere eventuelle forbedringspunkter i internkontrollen i kommunen, som igjen bidrar til at innbyggerne i kommunen får tjenestene de har krav på.

Følgende problemstillinger er behandlet:

- 1) I hvilken grad har rådmannen etablert et overordnet system for interkontroll?
- 2) I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Under problemstilling 1 er det undersøkt om det er etablert sektorovergripende reglement og rutiner som er oppdaterte, dokumenterte og tilgjengelige. Internkontrollen skal være risikobasert, og vi har derfor undersøkt om kommunen har identifisert risiko som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav. Vi har også undersøkt om kommunen har et system for håndtering av avvik.

Gode systemer for internkontroll er i seg selv ikke tilstrekkelig. Det er også viktig at systemet følges opp i praksis. Under problemstilling 2 har vi undersøkt i hvilken grad kommunen har et system for å følge opp at internkontrollsystemet brukes etter hensikten, og at rådmannen sørger for å få relevant informasjon. Dette gjelder både informasjon gjennom faste rapporteringer og oppfølging av interkommunale samarbeid.

1.3 AVGRENSINGER OG VALG

Med internkontroll menes det overordnede administrative kontrollansvaret, det vil si systematiske tiltak og prosesser som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres og utføres i samsvar med krav fastsatt i, eller i samsvar med lov.⁴ Med den sektorovergripende internkontrollen menes det etablerte felles styringssystemet og de verktøyene ledelsen har innført for å nå virksomhetens mål.

⁴<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/internkontroll-i-kommunesektoren/id2876831/?q=oppgavefelleskap&ch=4>

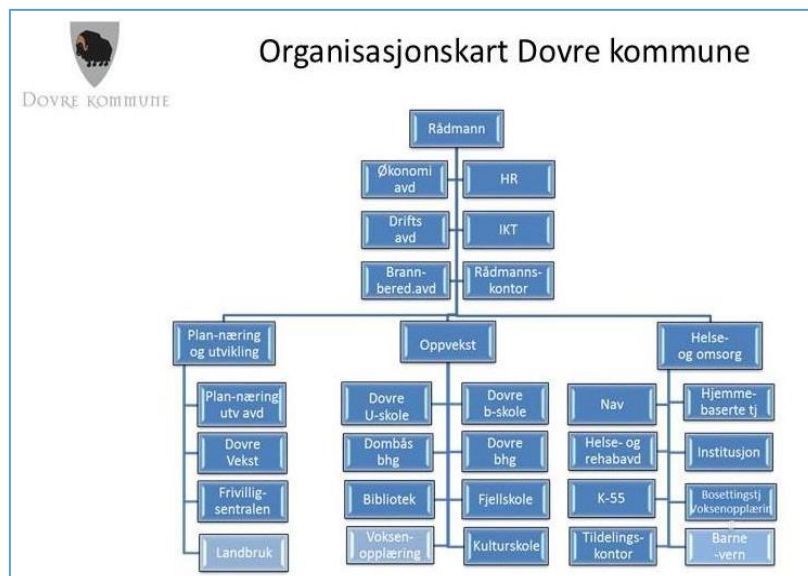
Undersøkelsen har først og fremst vært en overordnet, sektorovergripende gjennomgang av kommunens samlede internkontrollsystem. Den sektorovergripende internkontrollen henger imidlertid tett sammen med, og er i stor grad avhengig av, den tjenestespesifikke internkontrollen. Vi har derfor i noen grad også beskrevet internkontrollen på enhetsnivå. Avgrensningen er gjort i forståelse med kontrollutvalget ut fra ønske om å få et prosjekt som er mest mulig nyttig for kommunen.

1.4 RAPPORTENS OPPBYGGING

Kapittel 2 beskriver bruk av metode og hvordan revisjonen har gått frem for å innhente fakta i rapporten. I kapittel 3 gis en samlet framstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for revisjonen. I kapittel 4 og 5 går vi nærmere inn på de to problemstillingene. Vi presenterer revisjonskriterier, gjennomgår informasjonen vi har innhentet og vurderer resultatene opp mot revisjonskriteriene. Konklusjoner og anbefalinger er samlet i kapittel 6.

1.5 ORGANISERINGEN I DOVRE KOMMUNE

Dovre kommune har beholdt tittelen rådmann for øverste administrative leder, tilsvarende kommunedirektør. Rådmannen er øverste sjef for administrasjonen i kommunen. Kommunestyret ansetter rådmannen.



Figur 1, kilde: Kommunens nettside

Dovre kommune er organisert i en etats-modell med 20 virksomheter og seks stabs-/støtteavdelinger underlagt rådmannen.⁵

⁵ Opplysningene om kommunens organisering er hentet fra Årsmelding for 2024: <https://pub.framsikt.net/2024/dovre/mr-202412-aarsmeld#/> og kommunens nettside.

Stab-/støtteavdelingene er rådmannskontor, økonomiavdeling, HR-avdeling, IKT, driftsavdeling samt brann- og beredskapsavdeling. Kommunens ledergruppe består av rådmann, kommunalsjefene for «plan, næring og utvikling», «oppvekst», «helse og omsorg», samt kommunalsjefer for HR og for økonomi. Ansvar for tjenestene er delegert til tjenesteleder ut fra lover/regler, delegeringsreglement og gjeldende budsjett.

Virksomhetsområdene er inndelt som følger:

- Plan, næring og utvikling: Seksjon plan, næring/utvikling, Lesja-Dovre vekst, Frivilligsentralen
- Oppvekst: Dovre skole, Dovre ungdomsskole, Voksenopplæring, Dovre barnehage, Dombås barnehage, Kulturskolen, Fjellskolen og Biblioteket
- Helse og omsorg: Barnevern, Helse- og rehabiliteringsavdeling, Miljøarbeidertjenestene, Fredheim omsorgssenter, hjemmetjenestene, bosettingstjenesten, tildelingskontoret, kommunepsykologtjenesten og Nav

Det ble opplyst i høringsrunden med rådmannen at:

«Dovre kommune har innført LAFT (som bla samler all dokumentasjon, arbeidsordre, rutiner og kommunikasjon om bygg og eiendomsdrift i én plattform). LAFT skal:

- *Håndterer drift og vedlikehold av bygg, inklusive arbeidsordre, rutiner, avvik og fremdrift.*
- *Samler og organiserer FDV-dokumentasjon (Forvaltning, Drift og Vedlikehold)*
- *Registrerer feil, mangler og behov via mobilapp (*
- *Samarbeide på tvers av moduler som renhold, utleie, nøkkeladministrasjon, avvikssystem, drift og administrasjon».*

Brann- og beredskapsjef er involvert i kommunens internkontrollarbeid, og er bl.a. arrangør av årlig gjennomgang av ROS-analyser sammen med HR-sjef. Tjenesteområdet brann og beredskap omfatter organiseringen av oppgavene til brann- og feiervesenet, slik dette kommer frem av gjeldende lovverk med forskrifter. Brannvesenet i Lesja og Dovre er organisert i et interkommunalt samarbeid med Dovre som vertskommune.

Det er et omfattende vertskommunesamarbeid i region Nord-Gudbrandsdal. En fullstendig oversikt over de ulike vertskommunesamarbeidene framkommer i kapittel 5.2.

1.6 GENERELT OM INTERNKONTROLL

Internkontroll er det overordnede administrative kontrollansvaret, det vil si systematiske tiltak og prosesser som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres og utføres i samsvar med krav fastsatt i, eller i samsvar med lov. Internkontroll kan overlappe med virksomhetsstyring, men er i større grad risikobasert enn det mål- og resultatstyring er, som har oppmerksomheten på å realisere mål.

Selve begrepet internkontroll møtes av mange ulike forståelser. Innenfor helse-, miljø og sikkerhet (HMS) snakkes det om risiko og sårbarhet, innenfor myndighetsutøvelse assosieres internkontroll kanskje mer med fare for korrupsjon og økonomiske misligheter.

Innenfor enkelte tjenesteområder er internkontroll ensbetydende med avvik og avvikshåndtering, særlig knyttet til forsvarlighet i tjenesteutføring. Kommunedirektørens ansvar favner hele kommuneorganisasjonen og alle perspektivene, både arbeidsmiljø og tjenester, etikk og økonomi.

En tilnærming til god internkontroll kan være å dele kontrollbegrepet i to perspektiv; et strategisk perspektiv og et operasjonelt perspektiv:

- Med strategisk perspektiv menes det etablerte felles styringssystemet og de verktøyene ledelsen har innført for å nå virksomhetens mål. Det kan kalles ofte sektorovergripende internkontroll.
- Med operasjonelt perspektiv menes de løpende prosessene og praktiske aktivitetene som gjøres i tjenesteproduksjonen og i støtteprosesser. Det kalles ofte tjenestespesifikk internkontroll og internkontroll i støtteprosesser.

Gjennom den sektorovergripende internkontrollen formidler kommunedirektøren sine forventninger til organisasjonen, og tilrettelegger for etterlevelse, styring og oversikt. Kommunedirektøren bør formulere og formidle sine forventninger til internkontrollen i virksomheter og tjenester. Dette synliggjøres blant annet gjennom strategier og styringsdokumenter, dialog og sektorovergripende reglement. Her inngår også forventninger til risikobasert internkontroll, og hvordan virksomhetene skal arbeide og rapportere. Kommunedirektørens oppfatning av hva som er viktig, formidles også gjennom hvordan kommunedirektørnivået tilrettelegger for internkontroll, og hva som etterspørres og følges opp. Gjennom den sektorovergripende internkontrollen (overordnet risikovurdering, virksomhetsstyring og sektorovergripende reglement) etablerer og tilrettelegger kommunedirektøren for god internkontroll.

Når det gjelder den tjenestespesifikke internkontrollen er det viktig at kommunedirektøren opplever trygghet for at han/hun får relevant informasjon til riktig tid. Dette gjelder oppdatering av avvik eller enkelthendelser som har stor betydning og faste rapporteringer som også bør inneholde avklarte punkter om internkontroll. Det er viktig å anerkjenne at kontrolltiltak som er iverksatt på bakgrunn av tidligere erfaringer eller som ikke er så systematiske kan være gode og fungere i et tjenesteperspektiv, men likevel ikke være tilstrekkelige for kommunedirektørens ivaretagelse av sitt helhetsansvar. Gjennom internkontroll innenfor tjenester og støtteprosesser vedlikeholdes og anvendes internkontrollen, blant annet ved forebygging av risikoreduksjon og læring gjennom avvikshåndtering.

1.7 GJENNOMFØRTE TILSYN OG FORVALTNINGSREVISJONER I DOVRE KOMMUNE

Det kommer frem av tilsyn i 2024 fra Statsforvalteren Innlandet og fra Arbeidstilsynet at det er betydelige mangler i Dovre kommunes internkontroll knyttet til både HMS-arbeidet ved Fredheim omsorgssenter og den overordnede planleggingen og evalueringen av helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Kommunen har igangsatt omfattende omstillings- og forbedringstiltak for å rette opp i disse forholdene. Arbeidstilsynet har varslet at de vil kunne melde oppfølgingstilsyn på et senere tidspunkt. Kommunen har opplyst at alle avvik er lukket og godkjent av Arbeidstilsynet.

Det ble i 2024/2025 gjennomført en forvaltningsrevisjon om informasjonssikkerhet i Dovre kommune. I forbindelse med datainnsamling, var internkontroll på et overordnet nivå omtalt. Temaet var «*Overordnet styring av informasjonssikkerheten*». Denne ble behandlet i kommunestyret 17. februar, sak 12/2025. Formålet med revisjonen var å undersøke om kommunene har tilstrekkelig styring og kontroll på informasjonssikkerheten.

2 METODE

I dette kapittelet beskriver vi hvordan vi har gått frem i våre undersøkelser.

Prosjektet er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er normen for god kommunal revisjonsskikk fastsatt av NKRF. Innlandet Revisjon IKS har et internt kvalitetssikringssystem som er i samsvar med RSK 001.

Det ble avholdt oppstartsmøte for prosjektet den 29. august 2025. På møtet deltok rådmann Halvor Nissen, økonomisjef Anne Hesthagen og personalsjef/HR-sjef Rune Pettersen. Fra Innlandet Revisjon deltok forvaltningsrevisor Tone H. Svesengen og oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Guro Selfors Lund.

Formålet med møtet var å informere om oppstart, gå gjennom prosjektplanen og opplegg for gjennomføring, samt utveksle informasjon. Det ble redegjort for problemstillinger, revisjonskriterier og metode.

Faktaopplysninger i rapporten er innhentet ved intervjuer med kommuneledelsen og gjennomgang av sentrale dokumenter. Datainnsamlingen er i hovedsak gjort i perioden august til oktober 2025.

DOKUMENTANALYSE

Revisjonen sendte kommuneadministrasjonen en oversikt over ønsket dokumentasjon. Administrasjonen opprettet en tilgang til internkontrollsystemet Compilo den 26. juni 2025 der dokumentasjonen ble gjort tilgjengelig. Vi har systematisk gjennomgått dokumentasjonen vi har fått tilgang til. En fullstendig liste over dokumentasjon kommer frem av referanselisten.

INTERVJUER

Det er gjennomført fire intervjuer etter oppstartsmøtet.

Følgende personer er intervjuet:

- Rådmannen
- HR-sjef
- Økonomisjef
- Brann- og beredskapsjef

Med unntak av oppstartsmøtet er intervjuene gjennomført på Teams.

I tillegg til intervjuene ble det sendt kartleggingsspørsmål til tre kommunalsjefer i kommunen samt brann- og beredskapsjef med tema internkontroll. Alle disse svarte på spørsmålene og referater er verifisert. Revisjonen har i tillegg fått informasjon fra INSAM-konsulent om det interkommunale samarbeidet i 6K.

Intervjuene var semistrukturerte. Det innebærer at det i forkant av intervjuet ble utarbeidet en intervjuguide med spørsmål, men at det underveis i intervjuet var rom for å stille ytterligere spørsmål. Referatene fra intervjuene ble verifisert og referatene er brukt som datagrunnlag i rapporten.

RELEVANS OG PÅLITELIGHET

Datas relevans er knyttet til om undersøkelsen representerer den virkelige situasjonen. Vi mener data som er samlet inn i denne undersøkelsen er egnet til å svare på problemstillingene. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at de opplysninger som framkommer i rapporten nødvendigvis er et utvalg av fakta. Ved å gjennomføre intervjuer kun med øverste ledelse i kommunen får vi et oversiktsbilde av hvordan internkontrollen er innrettet i kommunen, men i mindre grad informasjon om hvordan internkontrollen fungerer i praksis lenger ned i organisasjonen. Dette er en svakhet ved datagrunnlaget, men et bevisst valg med tanke på avgrensning.

Med pålitelighet menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dette er blant annet ivaretatt ved verifisering av intervjureferater og ved innhenting av en uttalelse fra rådmannen på utkast til rapport.

3 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriteriene er den målestokken kommunens praksis holdes opp mot, og utgjør grunnlaget for revisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene kan blant annet utledes fra lov, forskrift, rundskriv fra departementer, kommunens egne retningslinjer eller prosedyrer og hva som ansees som god forvaltningsskikk på området.

I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 22. juni 2018 nr. 83.
- Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (1997)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017)
- Prop. 81 L (2019-2020) Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen
- Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner
- NOU 2016:4 Ny kommunelov
- Kommunesektorens organisasjon (KS) 2020: «*Orden i eget hus - Kommunedirektørens internkontroll*»
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021): «*Internkontroll i kommunesektoren*»

3.1 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

3.1.1 KRAVENE TIL INTERNKONTROLL I KOMMUNELOVEN

Internkontrollbestemmelsen i kommuneloven § 25-1 lovfester de mest sentrale kravene for internkontroll⁶, og utgjør minstekrav til kommunenes internkontroll.

Ved internkontroll etter § 25-1 skal kommunedirektøren:

- a) *Utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering*
- b) *Ha nødvendige rutiner og prosedyrer*
- c) *Avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik*
- d) *Dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig*
- e) *Evaluerer og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll*

Bestemmelsen i kommuneloven § 25-1 første ledd slår fast hva som er målet med internkontrollen, som er å sikre at lover og forskrifter følges. Det følger videre at det er kommunedirektøren som er ansvarlig for internkontrollen. Bestemmelsen tydeliggjør at internkontroll er et ledelsesansvar. Som på de fleste andre områder må kommunedirektøren delegere ansvar for og utførelse av det nærmere internkontrollarbeidet nedover i administrasjonen. Ledere av ulike tjenesteområder i kommunen vil typisk få dette ansvaret på sine områder og igjen delegere videre på hensiktsmessig måte. Samspillet mellom kommunedirektøren, den sentrale administrasjonen og de ulike tjenesteområdene er derfor viktig for en helhetlig, risikobasert, tilpasset og systematisk internkontroll, jf. Prop. 81 L (2019-2020). Ved delegering vil lederen av tjenesteområdet få ansvaret for oppgaven, samtidig som kommunedirektøren fortsatt har det overordnede ansvaret for at kommunen har en internkontroll som er i tråd med internkontrollkravet.

Kommuneloven § 25-1 andre ledd sier at internkontrollen skal være *systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold*. Bestemmelsens andre ledd stiller med dette krav til hvilket omfang internkontrollen skal ha og hvordan internkontrollen i kommunen skal innrettes. Det er ikke tilstrekkelig med en tilfeldig og hendelsesbasert internkontroll. Det må gjøres et planmessig og metodisk arbeid, og internkontrollen må være av et slikt omfang og innhold at den kan kalles systematisk. Risikovurderinger er sentralt etter bestemmelsens andre ledd, og kommunen må gjøre en konkret analyse og vurdering av sannsynligheten for at lover og forskrifter ikke følges, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få.⁷

⁶ Bestemmelsen om internkontroll i kommuneloven § 25-1 erstatter en rekke sektorlover, men ikke særbestemmelsen i helse og omsorgstjenesteloven og tilhørende forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Dersom man skal undersøke internkontroll i helse og omsorgssektoren er det den bestemmelsen som er aktuell. Begrunnelsen for hvorfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke reguleres av kommunelovens internkontrollkrav er bl.a. at de inngår i en helhet med spesialisthelsetjenesten.

⁷ https://www.regjeringen.no/contentassets/961e9a785fb34a4d95be4cf2b9cc4c33/veilder-internkontroll_november-2021.pdf

Bestemmelsens tredje ledd inneholder en opplisting med mer konkrete krav til internkontrollen. Disse kravene handler om konkrete internkontrolloppgaver som utarbeidelse av beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering, nødvendige rutiner og prosedyrer, avvikshåndtering osv.

Kommuneloven § 25-2 stiller krav om at kommunedirektøren skal rapportere til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året.

3.1.2 FORSKRIFT OG VEILEDERE OM INTERNKONTROLL

INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN

Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (1997) pålegger virksomheter å innføre og utøve internkontroll, definert som «systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres og vedlikeholdes i samsvar med lovpålagte HMS-krav».

Den øverste ansvarlige skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten, og at det gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter.⁸ Det følger videre 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. Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse».*⁹

FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) har til formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Forskriften slår fast at det er øverste leder som er ansvarlig for at virksomheten styres og forbedres systematisk. Lederen har ikke bare ansvar for at lover følges, men også for å lage systemer som sikrer trygge tjenester av god kvalitet, og at det jobbes kontinuerlig med pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

KOMMUNAL- OG MODERNISERINGSDEPARTEMENTETS VEILEDER OM INTERNKONTROLL

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har utarbeidet en veileder om de rettslige rammene for internkontroll med kommuneplikter (2021). Veilederen beskriver reglene i kommuneloven kapittel 25, og gir en tolkning av disse basert på lovens forarbeider. Dette blir beskrevet nærmere i avsnittene nedenfor. Veilederen sier ikke noe om hva som er god internkontrollpraksis, utover lovens minstekrav.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold

Veilederen understreker at kommunedirektøren må jobbe *systematisk* med internkontrollen. Det er ikke tilstrekkelig med en tilfeldig og hendelsesbasert internkontroll.

⁸ Jf. forskriftens § 4

⁹ Jf. forskriftens § 5

Internkontrollen skal videre *tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold*. En vurdering av disse forholdene danner grunnlaget for innretningen, omfanget og prioriteringen i internkontrollarbeidet.

Risikovurderinger er sentralt, og kommunen må gjøre en konkret vurdering av sannsynligheten for at lover og forskrifter ikke følges, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få. Vurderingene må både gjøres samlet for kommunen som helhet og innenfor de enkelte sektorer. Videre må de både gjøres overordnet og på et mer detaljert nivå. Kommunen må vurdere hvor vesentlige de aktuelle risikofaktorene er. Det er ikke krav om at en spesiell metodikk skal brukes, men vurderingene må gjennomføres på en systematisk måte.

Internkontrollen skal avdekke og følge opp avvik

Å få avdekket konkrete avvik eller feil er helt sentralt for å kunne gjøre korrigeringer eller forbedringer både i den konkrete situasjonen og for fremtiden. Avvik som er avdekket skal følges opp eller korrigeres på egnet måte. Hvordan avvik følges opp, må vurderes konkret.

Internkontrollen skal videre avdekke og følge opp *risiko* for at avvik kan skje. Dette er sentralt i forebyggende arbeid. Kommunedirektøren må blant annet skaffe seg oversikt over (saks)områder i kommunen der det er fare for manglende etterlevelse av lover og forskrifter, og sette inn relevante risikoreducerende tiltak.

Delegering av internkontrollansvar

Kommunedirektøren både kan og vil normalt delegere ansvaret for utførelsen av det konkrete internkontrollarbeidet nedover i administrasjonen, men vil likevel selv ha det overordnede ansvaret. Samspeillet mellom kommunedirektøren, administrasjonen og de ulike tjenesteområdene er dermed viktig for en helhetlig, risikobasert, konkret tilpasset og systematisk internkontroll i samsvar med kravene i § 25-1 andre og tredje ledd. Delegasjonsreglement er viktig for å klargjøre ansvars- og rapporteringslinjer innad i kommunen, både på overordnet nivå for hele kommunen og for de ulike tjeneste- eller virksomhetsområdene.

Spesielt om internkontroll i interkommunale samarbeid

Internkontrollkravet i kommuneloven § 25-1 gjelder også der flere kommuner samarbeider om å utføre lovpålagte oppgaver. Bestemmelsen har ikke egne regler om interkommunale samarbeid, men det er i forarbeidene til kommuneloven en omtale av hvordan bestemmelsen skal forstås i slike tilfeller.

Ved vertskommunesamarbeid vil det være den kommunen som utfører oppgaven (vertskommunen) som har internkontrollansvaret, men de kommunene som ikke utfører oppgavene i samarbeidet (samarbeidskommunene) må likevel påse at innbyggerne i egen kommune får de tjenestene de har krav på.

Det følger av veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser at kommunedirektørens ansvar til å følge opp samarbeid gjelder uavhengig av om det er et interkommunalt oppgavefelleskap, interkommunalt politisk råd, vertskommune, interkommunalt selskap eller aksjeselskap som utfører oppgaven.¹⁰

¹⁰ https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/internkontroll-i-kommunesektoren/id2876831/?q=KOmmunedirekt%C3%B8rens%20ansvar&ch=4#match_1

Det inngår derfor i kommunedirektørens internkontrollansvar å ha rutiner, prosedyrer osv. for å følge med på at samarbeidsavtalen blir fulgt.

Rapportering til kommunestyret

Kommunedirektøren skal minst én gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll. Formålet er å gi kommunestyret viktig informasjon om administrasjonens arbeid og kommunens virksomhet som helhet, slik at de lettere kan følge opp sitt overordnede ansvar for kommunens virksomhet. Det framgår av forarbeidene til kommuneloven at det skal rapporteres om systemer, rutiner og det løpende internkontrollarbeidet. Det skal også rapporteres om konkrete kontroller som er gjennomført og hvordan kommunen arbeider med å følge opp eventuelle avvik/lovbrudd. Hvor omfattende og detaljert rapporteringen ellers skal være, er det opp til kommunestyret å bestemme. Dersom kommunestyret ikke har bestemt noe, er det opp til kommunedirektøren.

KS «ORDEN I EGET HUS»

KS utarbeidet i 2020 veilederen «*Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll*». Veilederen har en praktisk tilnærming, og gir råd om konkrete fremgangsmåter for kommuner som ønsker å forbedre sin internkontroll. Blant annet framgår det at det bør være koblinger mellom internkontroll og virksomhetsstyring, og at internkontrollen bør være tilstrekkelig systematisk, formalisert og dokumentert.

Det er opp til kommunedirektøren å avgjøre hva som er nødvendig å dokumentere, men rutiner og prosedyrer, risikoanalyser, iverksatte tiltak, avvikshåndtering og oppgave- og ansvarsforhold bør dokumenteres.

Nødvendige rutiner og prosedyrer

Kommuneloven oppstiller et krav om å ha nødvendige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse i kommunen. Hvilke og hvor mange rutiner som trengs for de ulike områdene må vurderes konkret.

For å ha en god internkontroll er det ifølge KS en del sektorovergripende reglement og rutiner som en kommune bør ha på plass:

- Delegeringsreglement fra kommunestyret til kommunedirektøren
- Delegering fra kommunedirektøren
- Økonomireglement/-håndbok
- Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak
- Finansreglement
- Anskaffelsesstrategi og -reglement
- Arbeidsgiverstrategi
- Lederavtaler
- Etske reglement
- Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov
- Arkivplan
- Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR)¹¹
- Helse-, miljø og sikkerhet
- Krisehåndtering og beredskap

¹¹ Det er nylig gjennomført en forvaltningsrevisjon i Dovre kommune om IKT-sikkerhet, revisjonen omtaler derfor ikke dette her.

Å ha et reglement «på plass» innebærer både å utarbeide, oppdatere og holde vedlike reglementet, samt gjøre det kjent i organisasjonen og sikre at det blir fulgt. Det bør også avklares hvem som har ansvar for oppdatering av de ulike reglementene. Dokumentasjon av internkontroll bør struktureres og helst samles på ett felles sted.

Vurdering av risiko

KS skriver at det bør utarbeides en felles metode for vurdering av risiko, og at det bør være ensartede maler, kriterier og skalaer. Som en del av dette bør kommunen prioritere å lage et enkelt skjema for å kartlegge risiko og identifisere de områdene det er viktigst å gripe fatt i. KS understreker at det er særlig viktig å benytte like skalaer og vurderingskriterier på tvers av enheter.

En overordnet risikovurdering bør som minimum være en vurdering av helheten i internkontrollen, der formålet er å identifisere og vurdere risikoer som kan ha betydning for hvorvidt internkontrollen fungerer.

En slik vurdering kan også innebære å identifisere og vurdere risikoer for manglende måloppnåelse, samt kritiske suksessfaktorer og hva som kan påvirke disse.

KS har gitt råd om at «den risikobaserte internkontrollen bør ha oppmerksomhet på det man vil unngå (uønskede hendelser), og ikke på det man vil oppnå (målsettinger)». Der kommunen tar utgangspunkt i det man vil oppnå og risikovurderer dette, kan kommunen få utfordringer i vurderingene og komplekse mål. KS trekker også fram at kommunen i tillegg kan gå glipp av å vurdere mange reelt store risikoer, f.eks. har man ikke mål på «ansatte skal ikke bli utsatt for vold».

Håndtering av avvik

KS påpeker i veilederen at merverdien av styrket internkontroll først oppstår når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid. Systematisk håndtering av avvik skal føre til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir registrert.

Dette gir grunnlag for læring og utvikling som kan føre til lavere risiko for at det samme skjer igjen. Rapportering er en sentral del av den sektorovergripende internkontrollen, og det bør avklares hvordan rapportering på internkontrollen skal skje, herunder rapportering av avvik.

3.2 REVISJONSKRITERIER

Med bakgrunn i relevant lovverk og anerkjente veiledere har revisjonen utarbeidet konkrete revisjonskriterier som kommunens praksis måles opp mot. Disse blir presentert for hver av problemstillingene nedenfor.

Problemstilling 1: I hvilken grad har rådmannen etablert et overordnet system for internkontroll?

1. Kommunen bør ha et system som sikrer at sentrale sektorovergripende reglementer og prosedyrer er
 - a. dokumentert
 - b. samlet og tilgjengelig
 - c. oppdaterte og relevante
 - d. avklart ansvar for å oppdatere de ulike reglementene

2. Kommunen bør ha en felles metode for vurdering av risiko, med ensartede maler, kriterier og skalaer.

3. Kommunen bør gjennomføre systematiske risikovurderinger på overordnet nivå og virksomhetsnivå.
4. Det bør være etablert en overordnet prosedyre og et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik.

Problemstilling 2: I hvilken grad blir systemet for internkontroll fulgt opp?

1. Det bør være etablert system for rapportering i kommunen som gir rådmannen god oversikt og kontroll.
2. Rådmannen bør ha etablert rutiner for å følge med på at samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid blir fulgt.
3. Rådmannen skal minst en gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll.

4 KOMMUNENS SEKTOROVERGRIPENDE INTERNKONTROLL

Beskrivelsen av fakta utgjør grunnlaget for våre vurderinger opp mot revisjonskriteriene vi utledet i kapittel 3. Dette kapittelet presenterer fakta og vurderinger for problemstilling 1:

I hvilken grad har rådmannen etablert et overordnet system for interkontroll?

For å undersøke om rådmannen har etablert et overordnet system for internkontroll har vi, foruten intervju med rådmannen, gjennomført intervjuer med HR-sjef og økonomisjef som sitter i rådmannens ledergruppe, brann- og beredskapsjef samt undersøkt dokumentasjon som ligger i kommunens internkontrollsystem Compilo. I tillegg har vi mottatt svar på spørsmål som er stilt til kommunalsjef for helse- og omsorgstjenester, kommunalsjef for oppvekst samt kommunalsjef for plan- og utvikling.

4.1 SEKTOROVERGRIPENDE INTERNKONTROLL I DOVRE KOMMUNE

Et godt utbygd internkontrollsystem med oppdaterte reglementer, prosedyrer, styringsbeskrivelser og instruksjoner m.m., er viktig for at kommunedirektøren skal kunne ha en betryggende kontroll.

Dovre kommune opplyser at kvalitetssystemet Compilo er etablert som kommunens overordnede og sektorovergripende system for internkontroll.

Kvalitetssystemet består av flere ulike moduler og det er mulighet for å tilpasse kvalitetssystemet etter ønsker og behov:

- Modul for dokumenter. Denne modulen muliggjør å samle kvalitetsdokumentasjon slik at prosedyrer og dokumentasjon er tilgjengelig.
- Modul for avvik, der avvik kan rapporteres, behandles og lukkes.

Det ble opplyst på oppstartsmøtet i kommunen at kommunen tidligere hadde en modul for risikoanalyse i kvalitetssystemet Compilo, men at denne senere ble fjernet. Risikoanalyser skal ligge i Compilo knyttet til den enkelte virksomhet i kommunen.

Kommunen har ikke tatt i bruk modulen for årshjul i Compilo som kan gi en samlet oversikt over aktiviteter som skal gjennomføres i organisasjonen i løpet av et kalenderår.

Brann- og beredskapsavdelingen bruker CIM i sin internkontroll. Bakgrunnen for at internkontrollen her føres i CIM er at brannvesenet er underlagt strengere krav til notoritet og dokumentasjon. Kommunen fikk CIM i 2011, og har ifølge brann- og beredskapsjef videreutviklet systemet til å kunne håndtere er oversiktlig, strukturert og formålstjenlig internkontroll.

Brann- og beredskapsjef, rådgiver i brann- og beredskap samt IKT-sjef startet en prosess med å etablere tiltakskort i CIM da de for 2 ½ år siden fikk et varsel fra Statsforvalteren Innlandet om tilsyn på beredskapsområdet. Tiltakskort i CIM er etablert, og knyttet til hele virksomhetens beredskapsplanlegging. Tiltakene er konkret knyttet til ulike uønskede hendelser, f.eks. bortfall av EKOM. Brann- og beredskapsjef sier han har gitt beskjed til virksomhetene i kommunen om at tiltakskortene må oppdateres/evalueres. Alle andre sjekklister/tiltak for virksomhetene skal ligge i kvalitetssystemet Compilo.

Kommunen har en prosedyre, «Formål med internkontroll» som sist ble revidert i juli 2025. Prosedyren er tilgjengelig i Compilo. Det heter at internkontrollsystemet omhandler risikomomenter både i tjenestene som kommunen har ansvar for og ansattes arbeidsforhold. Ved behov skal arbeidet med internkontroll og vurderinger skje i samarbeid med verneombud og tillitsvalgt. Eventuelle forbedringer skal drøftes med leder, verneombud og tillitsvalgt.

Prosedyren skal bl.a. fremstille helheten i kommunens internkontroll.

Det opplyses at internkontrollen består av:

- Dovre kommunes kvalitetsstandarder for de ulike tjenester
- Kommunens avvikssystem i Compilo
- Årlige vernerunder
- Årlig revidering av prosedyrer og GDPR-protokoller
- Årlig revidering og gjennomgang av ROS-analyser
- Utvalgte kontrollpunkter i forhold til sentrale områder for internkontrollen

Compilo brukes som verktøy for utvikling og dokumentasjon av interne rutiner samt avvikhåndtering. Systemet har vært i bruk i mange år, og er videreutviklet over tid. Compilo benyttes som felles plattform for kommunens reglementer, prosedyrer, rutiner, maler og skjemaer, og er ment å gi en samlet oversikt over styrende dokumentasjon på tvers av fagområder og nivåer i organisasjonen.

Det opplyses at alle styrende dokumenter skal ligge i Compilo, og at systemet er lagt opp med faste frister for revisjon. Revisjonsfristen settes til ett år etter forrige gjennomgang, og den som har ansvar for dokumentet mottar automatiske påminnelser i forkant av fristens utløp.

I tillegg gjennomføres det årlige arbeidsdager i avdelingene, der ledere og ansvarlige medarbeidere går gjennom rutiner og prosedyrer på eget område, med deltakelse fra verneombud. Samtidig opplyses det at enkelte rutiner, særlig innenfor økonomiområdet, i praksis forvaltes utenfor Compilo og er dokumentert i egne dokumenter.¹²

På spørsmål til rådmannen om hvilke sektorovergripende internkontrolldokumenter som er gjeldende pr. i dag, og hvor er de plassert, svarer han at han ikke har den totale oversikten, men at alle dokumenter skal ligge i kvalitetssystemet Compilo. Rådmannen forteller videre at han må stole på at de som har fått tildelt dette ansvaret legger de overordnede internkontrolldokumentene der, og at disse oppdateres etter planen.

Videre svarte rådmannen følgende på spørsmål om hva som skal til for at han som rådmann opplever god kontroll knyttet til arbeidet med ansvar for internkontroll:

- Økonomifokus
- Faste møter med sektor- og virksomhetsansvarlige
- Kvalitetssystemet Compilo og oversikt over avvik
- Telefon/henvendelser fra journalister eller utenfra.

HR-sjefen har ifølge kommunen det overordnede ansvaret for internkontrollsystemet. Ansvaret omfatter blant annet koordinering av revisjon av rutiner og prosedyrer, samt oppfølging av systemet for avvikshåndtering. Det opplyses at det de senere årene har vært gjennomført omfattende opplæring i bruk av Compilo, både for ledere og ansatte. Opplæringen har særlig vært rettet mot forståelse av systemet og bruk av avvikssystemet.

Kommunen opplyser at det har vært en betydelig økning i antall registrerte avvik de senere årene. Ifølge kommunen henger dette sammen med økt opplæring, bevisstgjøring og bedre kjennskap til systemet. Avvik kan registreres både via PC og gjennom en egen applikasjon.

Rådmannen opplyser at oppfølging og dialog med ledere skjer gjennom faste møtepunkt, herunder ukentlige møter med kommunalsjefer, månedlige møter med utvidet ledergruppe og lederforum for alle ledere flere ganger i året.¹³ Disse møtene benyttes til å ta opp spørsmål knyttet til fag, økonomi og drift. Det føres ikke referat fra møtene, og rådmannen fortalte at det ikke etterspørres særskilt skriftlig rapportering utover det som framkommer i møtene. Det opplyses videre at kommunen ikke har et samlet årshjul eller en overordnet plan som beskriver internkontrollarbeidet som en helhet.

Flere ledere opplyser at Compilo oppleves som et hensiktsmessig verktøy for internkontroll, og at systemet gir struktur for dokumentasjon, revisjon og avvikshåndtering. Samtidig pekes det på at det fortsatt er behov for å sikre god forankring av rutiner og prosedyrer i hele organisasjonen, og at bruken av avvikssystemet varierer mellom ulike deler av kommunen.

¹² I høringssvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende tilleggsopplysning: «I Compilo ligger det et overordnet årshjul for økonomiavdelingen. I tillegg foreligger det et mer detaljert årshjul for rutiner og prosedyrer i et Excel-ark. Dette regnearket er jobbet inn i Team via Planner - der kan oppgaver tilordnes og settes frist på - og oppdateres jevnlig der. Det er ikke hensiktsmessig å legge dette inn i Compilo fordi det ofte gjøres endringer her».

¹³ I høringssvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende tilleggsopplysning: «Det utarbeides i forkant av hvert halvår både en politisk og en administrativ møteplan som er tilgjengelig og som i tillegg blir sendt ut til alle ledere».

Brann og beredskapsjef, som er involvert i kommunens internkontrollarbeid, forteller at han ser kommunen har arbeidet med å etablere rutiner, øke rapporteringen av avvik og gjennomføre risikoanalyser på virksomhetsnivå. Likevel peker han på enkelte mangler i den overordnede styringen av internkontrollen slik som overordnede styringsdokumenter for internkontroll og dokumentert møtestruktur.

4.1.1 SEKTOROVERGRIPENDE DOKUMENTER

Revisjonen har undersøkt om sentrale sektorovergripende reglementer er dokumentert og samlet i Compilo. Vi har tatt utgangspunkt i reglementene som er anbefalt i veilederen «*Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll*» utgitt av KS. Det er imidlertid ikke et krav at alle disse skal inngå i et internkontrollsystem. Videre har vi sett på når reglementene sist er revidert og om det er avklart hvem som har ansvaret for å oppdatere dem.

Delegeringsreglement fra kommunestyret til kommunedirektøren

Politisk delegeringsreglement er sist revidert av HR-sjef den 7. april 2025, og vedtatt i kommunestyret samme dag i sak 36/25. Dokumentet er tilgjengelig i Compilo.

Politisk delegeringsreglement 2025-2029

Det politiske delegeringsreglementet fastsetter hvordan myndighet og ansvar fordeles mellom kommunestyret, øvrige folkevalgte organer og administrasjonen. Reglementet er en del av kommunens styringssystem og legger premisser for hvordan ansvar utøves og følges opp. En tydelig ansvarsdeling er en forutsetning for at internkontroll kan organiseres og gjennomføres på en systematisk og etterprøvbart måte.

Kort oppsummert omtaler delegeringsreglementet kommunedirektørens hjemmel i kommuneloven, og dennes ansvar for å lede administrasjonen og følge opp kommunens drift. Kommunedirektøren har full instruksjonsmyndighet overfor de ansatte og plikter å rapportere til de folkevalgte organene. Vedkommende skal sikre at saker som legges fram er godt nok utredet, og at vedtak fra de folkevalgte iverksettes uten ugrunnet opphold.

Det framkommer av delegeringsreglementet at rådmannen har ansvar for å

- etablere et system som sikrer tilstrekkelig tilbakemelding til folkevalgt nivå i delegerte saker.
- levere årsmelding og rapport om internkontroll, økonomi, eierskap, overordnet personalpolitikk og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året (jf. kommuneloven §25-2).

I tillegg ligger det under rådmannens myndighet å

- organisere administrasjonen løpende, herunder personalansvar og forhandlinger om lønn og andre avtaler.
- utøve anvisningsmyndighet.
- gjennomføre vedtak om anskaffelser, avtaler og eiendom, innenfor økonomireglementets rammer.
- fremme innstilling til vedtak i saker som behandles av folkevalgte organ.

Delegering fra kommunedirektøren

Administrativt delegeringsreglement er sist revidert den 14. mai 2025 av HR-sjef. Reglementet ble vedtatt i ledergruppen den 7. mai 2025. Dokumentet er tilgjengelig i Compilo. Reglementet har egne kapitler om organisering, ledernivå og lederansvar og et kapittel om delegering, personalansvar samt arkiv og journal.

Administrativt delegeringsreglement

I det administrative delegeringsreglementet betyr delegering overføring av myndighet fra et overordnet til et underordnet nivå for å ta avgjørelser på ulike områder. Det kommer frem av reglementet at all delegering fra rådmann til administrasjonen, skjer til ledere på ledernivå 2. I samråd med rådmannen kan ledere på ledernivå 2 delegerer videre deler av myndigheten de har fått tildelt.

Om internkontroll er det i delegeringsreglementet beskrevet at:

- «Kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Internkontrollen skal være systematisk og forbygge, avdekke og følge opp brudd på regelverket så tidlig som mulig. For å sikre systematikk, skal arbeidet knyttes til kommunens årshjul.
- Ledernivå 2-4 har ansvaret for å vurdere risiko i sine virksomheter og rapportere til sine ledere ved behov. Gjennomføres i form av årlig ROS, protokoll GDPR, vernerunde og gjennomgang av Compilo.
- Kravet til internkontroll gjelder også der hvor kommunen samarbeider med andre kommuner om å utføre lovpålagte oppgaver.
- Kommunedirektøren er ansvarlig for kontrollen og skal rapportere til kommunestyret om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst en gang i året. I Dovre kommune er denne rapporten del av årsrapporten, jf. kommunens felles årshjul».

Ledernivåer i kommunen

	Leder-nivå	Stab	Helse, rehab., omsorg	Oppvekst	Plan, næring, utvikling
Kommunedirektørens lederteam	1	Kommunedirektør			
	2a	Kommunalsjef HR Kommunalsjef - økonomi	Kommunalsjef helse og omsorg	Kommunalsjef oppvekst	Kommunalsjef plan, næring og utvikling
Kommunedirektørens utvidede lederteam	1	Kommunedirektør			
	2b	Kommunalsjef HR Kommunalsjef - økonomi IKT-sjef Driftssjef Brannberedskapssjef Sjef kommunedirektørkontor	Kommunalsjef helse og omsorg	Kommunalsjef oppvekst	Kommunalsjef plan, næring og utvikling
Ledere virksomheter /avdelinger	3		Leder hjemmebaserte tjenester Leder institusjon Leder helse- og rehab-avd. Leder NAV Leder K55 Leder bosettingstj.	Styrer barnehage Rektor Leder bibliotek	PNU-avdeling Leder frivilligsentralen Leder Dovre vekst
Andre med særlig myndighet	4	Eksempelvis avdelingsleder, fagleder, koordinator, konsulent, stedfortreder, rådgiver.			

Figur 2, kilde: Administrativt delegeringsreglement 14.05.2025, vedtatt i ledergruppen 7.5.2025

- Ledernivå 1: Ansvar for utvikling av kommunen ihht. vedtatte mål. Helhetlig strategi-, økonomi- og arbeidsgiveransvar.

- Ledernivå 2: Strategi- og økonomiansvar for eget område.
- Ledernivå 3: Ansvar for tjeneste- og personalutvikling, økonomi, HMS og internkontroll
- Ledernivå 4. Daglig operativt ansvar overfor ansatte, brukere og innbyggere.¹⁴

Økonomireglement/-håndbok

Økonomireglement 2025 ble vedtatt i kommunestyret i februar 2025. Reglementet ble sist godkjent uten forandringer av økonomisjef i Compilo den 28. august 2025. Reglementet ligger i Compilo.

Budsjett og økonomiprosess¹⁵

I Dovre kommune er det fra og med budsjettarbeidet i 2025 gjort endringer i prosessen for utarbeidelse av årsbudsjett og økonomiplan. Kommunestyret fikk en presentasjon i møte 10. mars 2025 hvor det ble lagt fram en plan for hvordan politikerne skal involveres tidligere enn det som har vært praksis fram til nå. Kommunestyret har etterlyst en budsjettprosess der kommunestyrets prioriteringer, målsettinger og premisser som budsjettet bygger på, skal komme tydelig fram. Tidligere fikk kommunestyret i hovedsak presentert et budsjettutkast mot slutten av prosessen. Dette førte ofte til flere endringer i sluttfasen.

Kommunen har siden høsten 2025 brukt systemet Framsikt til budsjettoppfølging.¹⁶

Etiske reglement

Etiske retningslinjer for kommunen ble sist godkjent uten forandringer av rådmannen den 11. mars 2025. Retningslinjen ligger i Compilo, og overskriften er «Etiske retningslinjer for ansatte og folkevalgte i Dovre kommune». Retningslinjene ble vedtatt i kommunestyret i november 2010.

HR-sjef opplyser til revisjonen at han skulle være med å revidere de etiske retningslinjene høsten 2025/vinteren 2026. Et forslag er nå ute på høring.

Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov

Kommunen har en varslingsrutine «Trygg og forsvarlig varsling i virksomheten, jf. arbeidsmiljøloven § 12A». Rutinen ble revidert av HR-sjef den 14. oktober 2025. Dokumentet er tilgjengelig i Compilo.

Arkivplan

Planen ble sist revidert av leder på rådmannskontoret den 2. juni 2025. Dokumentet er tilgjengelig i Compilo. Arkivplanen skal være et redskap for å sikre at arkivforvaltningen blir ivaretatt etter gjeldende lover og regler, og samtidig gi oversikt over hvordan arkivet er bygget opp, hva kommunen har av arkivmateriale og hvor det fysisk er plassert. Planen skal også brukes til å kvalitetssikre den daglige arkivdanningen. Planen er bygget på Arkivverket sin "mal" for arkivplan.

¹⁴ Administrativt delegeringsreglement 14.05.2025, vedtatt i ledergruppen 7.5.2025

¹⁵ Kommunestyret sak RS 7/25, Budsjett og økonomiprosess 2026-2029

¹⁶ Framsikt er et skybasert styringssystem (SaaS) primært for norske kommuner, designet for å knytte politiske vedtak og overordnede planer til detaljert økonomi, budsjettering, og rapportering, slik at administrasjon, politikere og innbyggere får en felles forståelse av kommunens drift og resultater. Systemet fungerer som en plattform for å følge opp virksomhetsplaner, budsjetter og mål, og gir innsikt i økonomi og måloppnåelse.

Helse-, miljø og sikkerhet

HMS-håndboken ble sist revidert av HR-sjef den 11. juli 2025. Dokumentet er tilgjengelig i Compilo. Håndboken skal revideres årlig. Det står innledningsvis i håndboken at den skal være et oppslagsverk og vegviser. Det heter i håndboka at rutiner og retningslinjer er utarbeidet på grunnlag av ulike krav som gjelder på området, hva myndighetene forventer å finne når de kommer på tilsyn og erfaring som er samlet gjennom flere år med forebyggende HMS-arbeid. Det opplyses at det viktigste dokumentet i håndboka er handlingsplanen.

HR-sjef har de to siste årene utarbeidet en årsrapport i HMS som et ledd i virksomhetens internkontroll. Rapporten fra 2024 består i hovedsak av en oversikt over opplæring i avvikssystemet, en oppsummering av og funn i meldte avvik samt forbedringspotensialer og konklusjon. Rapporten inneholder også en oversikt over legemeldt sykefravær i 2024.

Krisehåndtering og beredskap

Kommunen har en felles overordnet beredskapsplan med Lesja kommune, som er kommunenes strategiske rammeverk for å håndtere kriser og uønskede hendelser, basert på kommunens risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse).¹⁷Den overordnede beredskapsplanen ble godkjent av kommunestyret i møte den 12. mai 2025, PS 45/25 og er tilgjengelig i CIM.

Planen dekker områder som krisekommunikasjon, evakuering, helse, psykososial støtte, og IKT-beredskap, og er et styringsverktøy for å sikre innbyggernes trygghet og grunnleggende tjenester ved alvorlige hendelser. Alt planverk er samlet og innlemmet i CIM.

Det overordnede beredskapsarbeidet og fagansvaret for risikostyring og krisehåndtering i Lesja og Dovre kommune er delegert til Lesja og Dovre brannvesen. De har det koordinerende ansvaret for overordnet ROS-analyser og overordnet beredskapsplan, og operativt ansvar for kommunal kriseledelse.

Det er utarbeidet en helhetlig ROS-analyse på dette området for Dovre kommune for perioden 2024-2028. Tiltak som anbefales gjennomført er oppsummert i egen tiltaksplan der eventuelt elementer som omhandler kun en av kommunene er merket spesielt.

Det er opplyst på kommunens nettside at de enkelte enhetene i kommunene har et selvstendig ansvar for risikokartlegging og -styring samt beredskap innenfor sine tjenesteområder. Lesja og Dovre brannvesen bidrar som faglig ressurs og samordner arbeidet. I tillegg har brannvesenet ansvaret for å vedlikeholde den overordna ROS-analysen som er felles for alle seks kommunene i Nord-Gudbrandsdal, samt den overordna beredskapsplanen. Alt planverk er samlet og innlemmet i det statlige felles krisehåndteringsverktøyet CIM.¹⁸

Finansreglement

Finansreglementet 2025 ble vedtatt i kommunestyret i februar 2025. Reglementet ble godkjent uten forandringer av økonomisjef i Compilo den 28. august 2025. Dokumentet ligger i Compilo.

¹⁷ <https://www.dovre.kommune.no/tjenester/beredskap-og-krisehandtering/risikostyring-og-beredskap/>

¹⁸ <https://www.dovre.kommune.no/tjenester/beredskap-og-krisehandtering/risikostyring-og-beredskap/>

Anskaffelsesstrategi og -reglement

Kommunen opplyser at felles innkjøpsstrategi for 6K ligger i Compilo.

Arbeidsgiverstrategi

Kommunen opplyser at deres arbeidsgiverstrategi er splittet på flere dokumenter, bl.a. permisjonsreglement, ansettelsesreglement, gavereglement, arbeidsreglement og lønnspolitisk dokument.

Lederavtaler

Det er ikke lovkrav om å utarbeide lederavtaler, men det er anbefalt for å avklare hvordan myndighet skal delegeres og som et styringsverktøy. Kommunen opplyser at de har to lederavtaler, og at myndighet delegeres i tråd med administrativt delegeringsreglement.

Øvrige sektorovergripende dokument

På åpningsmøte med rådmann, HR-sjef og økonomisjef ble det fortalt at alle sektorovergripende reglement og rutiner skal ligge i Compilo. Følgende dokumenter fant vi ikke i Compilo:

- Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak
Revisjonen har ikke sett dokumentasjon i Compilo på dette. HR-sjef har opplyst at de har en praksis knyttet til iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak, men at denne praksisen ikke er skriftliggjort.

4.1.2 RISIKOBASERT INTERNKONTROLL

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Å jevnlig gjøre vurderinger av hva som kan gå galt i en virksomhet er viktig slik at det kan settes inn tiltak som forebygger eller forhindrer at uønskede hendelser inntreffer. I tillegg til at hver enkelt virksomhet/avdeling gjennomfører slike vurderinger bør det gjøres vurderinger på overordnet nivå i kommunen.

Revisjonen har undersøkt om kommunen har systemer og rutiner for gjennomføring av risikovurderinger.

Retningslinjer for gjennomføring av ROS-analyser i Dovre kommune

HR-sjef opplyste til revisjonen at kommunen ikke har en overordnet retningslinje for gjennomføring av risikoanalyser. Det opplyses fra kommunen at så lenge det gjennomføres årlig samlet revisjon med alle ledere og verneombud har ikke kommunen sett behov for å lage overordnede retningslinjer for dette. Han fortalte at kommunen har en årlig arbeidsdag med tema ROS, og opplæring i bruk av skjemaet Bowtie. Videre at det framkommer i det administrative delegasjonsreglementet pkt. 3.10 at alle områder skal ha en oppdatert ROS-analyse.

Brann- og beredskapsjef forteller at kommunen bruker en grovanalysebasert metode ved risikoanalyser, og at denne metoden er videreutviklet ved at presentasjonen gjøres i et Bowtie-format. Ønsket tilstand/mål plasseres i sentrum på skjemaet mens kartlegging av trusler, forebyggende tiltak, konsekvenser og konsekvensreducerende tiltak bygger ut skjemaet på hver side av ønsket tilstand/mål. Metoden oppfattes som pedagogisk enkel, og den gir mulighet for større grad av medvirkning enn en tradisjonell tilnærming som starter med uønskede hendelser. Det opplyses at metodikken er godkjent av Statsforvalteren, og at den ivaretar sentrale krav i HMS-forskriften. Figuren under viser skjemaet som benyttes.

Sektorovergripende internkontroll

Internkontroll		Fokusområde/ønsket tilstand Slik vil vi ha det.	Beredskap	
Hva forstyrre/kan forstyrre ønsket tilstand?	Forebyggende tiltak (bokstaver fra tabell under)		Skadebegrensende tiltak (tall fra tabell under)	Aktuelle konsekvenser?
		↓		
Forebyggende tiltak			Skadebegrensende tiltak	
a.	i.	1.	6.	
b.	g.	2.	7.	
c.	h.	3.	8.	
d.	i.	4.	9.	
e.	j.	5.	10.	

Figur 3 Bowtie, kilde Compilo, kap. 10 GDPR-informasjonsikkerhet-ROS

HR-sjef opplyser at skjemaet Bowtie ble innført i 2024, og at praksisen for bruk av Bowtie skal være lik for hele kommunen. Bowtie-skjemaet består av tre hoveddeler: internkontroll, fokusområde/ønsket tilstand og beredskap.

I delen om internkontroll registreres hendelser eller forhold som kan forstyrre ønsket tilstand, samt tilhørende forebyggende tiltak. Nederst i delen finnes en tabell for å liste opp forebyggende tiltak i form av punkter. Middelen angir et felt for å beskrive fokusområde og ønsket tilstand.

I delen om beredskap registreres skadebegrensende tiltak, med henvisning til tiltak som skal listes opp i en egen tabell nederst i skjemaet. Det er også et felt for å beskrive aktuelle konsekvenser.

Bruken av skjemaet Bowtie ved risikovurderinger er felles for hele kommunen, og dokumenteres i Compilo i en felles mappe for GDPR-informasjonsikkerhet -ROS.

Selv om metodikken gir god oversikt og fremmer læring, mener brann- og beredskapsjef at det er utfordringer i hvordan arbeidet med risikovurderingene dokumenteres i Compilo. Han er involvert i kommunens internkontrollarbeid, og er bl.a. arrangør av årlig gjennomgang av ROS-analyser sammen med HR-sjef. Når det gjelder Bowtie-metodikken, mener han bl.a. at systemet ikke fanger opp tiltak, ansvar og lukking.

Risikovurderinger på virksomhetsnivå

Når det gjelder risikovurderinger, opplyses det at kommunen gjennomfører en årlig samling der hvert fagområde gjennomgår og evaluerer sine ROS-analyser som ligger i Compilo. Gjennomføring av årlig ROS, protokoll GDPR, vernerunde og gjennomgang av Compilo kommer frem i kapitlet om internkontroll i kommunens administrative delegasjonsreglement.

Kommunen har gjennom årlig samling sett på de risiko- og sårbarhetsanalyser som er gjennomført i alle virksomhetene i kommunen.

Det er HR-sjef og brann- og beredskapsjef som har ledet og gjennomfører denne arbeidsdagen med alle avdelinger, hvor temaet er risiko- og sårbarhetsanalyser. Her har alle avdelinger gått gjennom tidligere ROS-analyser, og eventuelt gjort endringer på disse.

Brann- og beredskapsjef opplyser at dette hovedsakelig er gjort for å etablere flere analyser. Videre stiller han spørsmål ved hva som er tenkt med hensyn til evaluering av tidligere analyser, oppfølging av tiltak og et system for å dokumentere lukking.

Kommunalsjef for oppvekst opplyser at det ved risikovurderinger hos dem er utarbeidet tiltakskort som skal ligge i Compilo, og at de viktigste områdene er pekt ut der. Videre opplyses det at avdelingen har en metodikk med systematisk tilnærming som A3¹⁹ og pedagogisk analyse²⁰ som problemløsning som både kommunalsjef og enhetsledere har ansvar for å følge opp. Det opplyses at risikovurderinger gjennomføres årlig i samarbeid med enhetsledere gjennom den årlige ROS samlingen. Utover dette utfører avdeling oppvekst analyser på enhetsnivå på områder der det kan være en risiko for uønskede hendelser. Ved risikovurderinger ser de på hva som kan forstyrre en ønsket tilstand og hvilke tiltak som kan settes inn. Dersom en hendelse inntreffer vises det i skjemaet til ulike typer konsekvenser og skadebegrensende tiltak. Det opplyses også at leder i den enkelte tjeneste går igjennom alle avvik det siste året med verneombud, og særlig med tanke på gjentakende avvik. Ved gjentakende avvik på et område vil det bli gjort en risikovurdering. Det gjøres ikke risikovurderinger på utførelse av tjenester.

I Compilo under fanen oppvekst er skjemaet for ROS-analyse fylt ut av barnehage, barneskole, ungdomsskole, kulturskolen og biblioteket. I tillegg er skjemaet fylt ut på et par områder som er felles for virksomheten oppvekst. I tre av tilfellene, godkjent i Compilo for 2025, er det i ROS-analysen brukt et annet skjema enn Bowtie. I disse skjemaene er det bl.a. tatt med sannsynlighet og konsekvens, samt en liste over prioriterte tiltak med hvem som har ansvar, samt en tidsfrist for utførelse av ansvaret. Analysene som er utført er i hovedsak knyttet til HMS.

Kommunalsjef for plan og utvikling forteller at det gjennomføres risikovurderinger på eget ansvarsområde ved behov. Da settes det ned interne grupper ut fra saksområde med inntil to til tre personer. Det er metodikken i Bowtie som benyttes. Områdets ansvar er i hovedsak knyttet til forvaltningsoppgaver og det er få risikovurderinger knyttet til utførelse av tjenester. Det opplyses videre at tiltakskortene ligger i beredskapssystemet CIM, men at han i tillegg har valgt å legge disse i Compilo. Bakgrunnen for dette opplyses å være at de er direkte knyttet til de områdene som er analysert. Tiltakskortene er knyttet til konkrete hendelser, og hvordan de skal håndteres (årsak, varsling, ressursbehov, håndtering og normalisering).

I Compilo under fanen plan, næring og utvikling er skjemaet fylt ut av Dovre Vekst, frivilligsentralen og plan. ROS analysene gjelder i hovedsak bruk av maskiner, byggesak og bortfall av kritisk infrastruktur. I to ROS-analyser, godkjent i Compilo for 2025, er det brukt et annet skjema enn Bowtie med risiko, sannsynlighet og konsekvensvurdering. Det er i tillegg lagt ved tiltakskort og plan for kontinuitetsarbeid.

¹⁹ A3 er en metode for problemløsning og tar utgangspunkt i forbedrings sirkelen med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Målet er å sikre en systematisk gjennomføringsplan for alle faser i et forbedringsarbeid.

²⁰ Pedagogisk analyse er en systematisk metode som skoler og barnehager bruker for å forstå og løse utfordringer knyttet til læringsmiljø og adferd ved søkelys på faktorer i omgivelsene som «oppretholder» problemet.

Kommunalsjef for helse, sosial og omsorg opplyser at det gjennomføres risikoanalyser på området der det kan være en risiko for uønskede hendelser. Hun opplyser at det vurderes hva som kan forstyrre en ønsket tilstand, og hva som i så fall kan settes inn som tiltak for å forhindre dette. Dette gir en oversikt over ulike utfordringer. Har det inntruffet en uønsket hendelse fortelles det at det vises til ulike konsekvenser og skadebegrensende tiltak. Kommunalsjefen uttaler at ved mange gjentakende avvik på et område må man sørge for en ROS-analyse. Det er ikke gjort risikovurderinger på utførelse av tjenester.

I Compilo under fanen helse, sosial og omsorg er skjemaet for ROS-analyse fylt ut av legemiddelhåndtering helse og omsorg, brannikkerhet helse og omsorg, Visma samspill og vold og trusler mot ansatte i helse og omsorg samt for Fredheim og hjemmetjenesten. Det er ikke registrert noe under fanene boligtildeling, helse og rehabilitering, kommuneoverlege, kommunepsykolog, Nav og tildelingskontor.

I avdeling for brann og beredskap opplyser brann og beredskapsjef at risikovurderingene gjennomføres som verdiorientert risikokartlegging i Bowtie-format og dokumenteres i CIM. Verktøyet støtter:

- formål og omfang
- avgrensninger
- lovhenvvisninger
- mål/ønsket tilstand
- trusler
- forebyggende tiltak
- konsekvenser
- konsekvensreducerende tiltak
- delegering av tiltak og oppgaver
- dokumentasjon av gjennomføring og revisjon

Han forteller at ved revisjon opprettes en ny versjon, og eksisterende forhold vurderes opp mot ny situasjon. Metoden åpner for bruk av sannsynlighets- og konsekvensvurderinger, men dette brukes i liten grad fordi tilgjengelige tabeller er kompliserte og lite egnet på tvers av fagområder og fordi det er utfordrende å anslå sannsynlighet med presisjon etter en kost og nytte vurdering. Brann- og beredskapsjef opplyser at han har erfaring med at risiko i stor grad (ca. 80 %) handler om organisatoriske forhold, og 20 % om tekniske systemer og utstyr. Tiltakskort som ligger i CIM er hovedsakelig resultatet fra forberedelse til Øvelse Nusse for to år siden.

I avdelingen jobbes det kontinuerlig med risikovurderinger innen brann og beredskap, det vurderes tiltak for hendelser og disse følges opp i linjen med tidsfrist. Alt dokumenteres i CIM.

Risikovurdering på overordnet nivå i kommunen

Rådmannen opplyste til revisjonen at kommunen gjennomførte en helhetlig ROS-analyse for kommunal kriseberedskap for perioden 2024–2028, med tilhørende tiltaksplan. Han opplyser samtidig at det ikke er gjennomført andre risikoanalyser på overordnet nivå i kommunen.

Når det gjelder overordnede risikovurderinger utover helhetlig ROS-analyser opplyser brann- og beredskapsjef at det finnes enkelte sektorvise vurderinger som f.eks. ROS for vannbehandling som pr. i dag er under revisjon. ROS for helseberedskap er igangsatt gjennom 6K-samarbeidet, og forventes ferdigstilt i løpet av 2026. Videre fortelles det at det ikke er kjent at kommunen har definert et akseptabelt risikonivå på tvers av sektorer eller at det systematisk er identifisert hvor risikoen er høyest utover det som kommer frem i helhetlig ROS.

Brann- og beredskapsjef er ikke kjent med hvordan funn og tiltak i analysene følges opp i de enkelte sektorer. Han har fått i oppgave å følge opp handlingsplanen i helhetlig ROS.

På spørsmål fra revisjonen om det er gjennomført overordnede risikovurderinger der kommunen har vurdert akseptabelt risikonivå innen ulike sektorer svarer kommunalsjefene følgende:

- risikovurderinger er gjennomført på de viktigste områdene eller arbeidsprosessene i egen sektor
- det administrative delegeringsreglementet viser til et punkt om at vi skal ha systematisk internkontroll som skal forebygge, avdekke og følge opp brudd
- etter prioriterte områder hvor noen er felles for kommunen og andre i sektorene

En av kommunalsjefene uttaler at beredskap og sikkerhet er det området hvor risiko for svikt er høyest i kommunen, og at tiltakskort er utarbeidet. Videre uttaler samme kommunalsjef at helseberedskapsplan er under utarbeidelse samt kontinuitetsplaner. De to andre kommunalsjefene uttaler at de kjenner til områdene hvor risiko for svikt er høyest i kommunen, hvilke tiltak som er satt inn og hvem som skal følge opp dette.

Når det gjelder risikovurderinger som er dokumentert i Compilo under «felles for kommunen» er skjemaet Bowtie fylt ut på tema kjøp av fagsystemer, sikre tilgang til fagsystemer, sosiale medier og taushetsbelagte opplysninger. Det er imidlertid ikke dokumentert om det er gjennomført en overordnet risikoanalyse og eventuell når dette er gjennomført og fulgt opp.

4.1.3 AVVIKSSYSTEM

Avvikshåndtering handler om å oppdage, melde, rette opp og forebygge uønskede hendelser. At de ansatte motiveres til å si ifra om uønskede hendelser er viktig for å gi ledere god styringsinformasjon og mulighet til å drive utvikling- og forbedringsarbeid.

KOMMUNENS SYSTEMER FOR MELDING AV AVVIK

Kommunen bruker i hovedsak kvalitetssystemet Compilo for melding av ulike typer avvik. I tillegg blir pasientrettede avvik innen helsesektoren registrert i Profil og avvik i barnevernet meldes i Familia. Andre avvik som ikke er knyttet til saksbehandlingen skal registreres i kvalitetssystemet Compilo.

Brann- og beredskapsjef forteller at de i avdelingen registrerer avvik i CIM. Bakgrunnen for dette er at de er interkommunale og har behov for et system som gir en samlet fremstilling av internkontrollen som en helhet med tanke på tilsyn og oppfølging i forbindelse med eventuelle hendelser.

KOMMUNENS OVERORDNEDE PROSEDYRER OG RUTINER FOR AVVIKSMELDING

I Compilo under området HMS og avvikshåndtering er det en prosedyre for avviksmeldinger. Denne ble revidert i juli 2025. Her defineres avvik og det opplyses at alle avvik skal meldes i Compilo. Det kommer frem av prosedyren at «Et avvik er en hendelse som ikke er i henhold til lover, forskrifter eller interne prosedyrer. Melding av avvik har til hensikt å finne årsaken til avviket, og iverksette forebyggende/endrende tiltak slik at lignende hendelser ikke oppstår på nytt. Direkte pasientrettede avvik som er av en slik karakter at de skal dokumenteres i pasientjournalen, skal dokumenteres ved å huke av for Avvik når rapporten om hendelsen skrives. Andre avvik skal dokumenteres i Compilo. I tillegg til leder har verneombud innsyn i alle avvik. Leder sørger for at alle avvik drøftes med verneombud og begge gir sin påtegning i avvikssystemet.

Fra HR-avdelingen sendes det årlig ut alle avvik pr avdeling fra foregående år. Målsettingen er at leder og verneombud gjennomgår alle avvik og ser om det finnes fellesnevner som avdelingen må finne tiltak for».

Vi har undersøkt hvordan prosessen med å melde avvik i Compilo foregår. Når man logger inn i Compilo er det tydelig merket hvor man trykker for å melde avvik. Dette er en elektronisk prosess i Compilo, der man fyller inn opplysninger om avviket direkte i systemet. Følgende obligatoriske punkter må fylles ut:

- Hvilke emne avviket gjelder
- Hvem man melder til – automatisk til nærmeste leder
- Valg av alvorlighetsgrad (lav, middels og høy). De ulike alvorlighetsgradene er oppført med kriterier/hjelpetekst.
- Tidspunkt for hendelse med dato og klokkeslett
- Beskrivelse av hendelse
- Hendelsestype; Om hendelsen angår tjeneste/bruker, organisasjon/internt eller HMS.
- Beskrivelse av konsekvenser
- Forslag til forbedring

I tillegg kan den som melder avviket velge å legge til mer informasjon om emne, risikovurdering, involvert, bilde og legge til dokument.

Ifølge opplysninger fra intervju så går avvik som er meldt i første omgang til den nærmeste lederen til den som melder avviket. Da blir leder informert, og kan iverksette korrigerende tiltak med grunnlag i avviksmeldingen. Lederne kan følge opp avvikene med kommentarer og opprette oppgaver som skal gjennomføres med resultat av avviksmeldingen.

Alle i ledergruppen var godt kjent med avvikssystemet.

Revisjonen spurte hvilke avvik lederne rapporterte videre til rådmannen. Det kom frem at vesentlige avvik som har konsekvenser for liv/helse, styring og økonomi/ressursbruk rapporteres til rådmann.

Kommunen opplyser at tilbakemeldinger, oppfølging og lukking av avvik gis skriftlig i Compilo som verneombudet på arbeidsplassen har full tilgang til. I tillegg har både rådmannen og HR-sjef oversikt over alle avvik. For oppvekst har oppvekstsjef det samme og for helse så har helse- omsorgssjef oversikt. Avvik som ikke er lukket er synlig både for leder, verneombud og for ledelsen.

UTVIKLINGEN I MELDING AV AVVIK

HR-sjef forteller at i perioden 2021 til 2024 har antallet meldte avvik i Compilo økt fra 93 til 359. Det opplyses at det er helt avgjørende at den enkelte leder i samarbeid med verneombud faktisk tar tak i avvikene, og at disse lukkes. I årsrapport HMS fra 2025 kommer det fram at det fra flere avdelinger er meldinger om at avvik som burde vært meldt ikke meldes.

Oppsummering fra året 2024:²¹

Avvik 2021	93
Avvik 2022	184
Avvik 2023	217
Avvik 2024	408 (Inkludert avvik som er meldt i saksbehandlersystemet Profil)

I 2025 er det registrert 341 avvik i Compilo. HR-sjef opplyser at det ved utgangen av 2025 var registrert til sammen 398 avvik i de ulike systemene hvor avvik meldes i kommunen.

Det kommer frem av årsmeldingen for 2024 at det er en klart stigende trend og kultur for at avvik meldes, men at det er store individuelle forskjeller mellom avdelingene, og at enhetene helse og renhold er to områder hvor avvik meldes oftest.

HR-sjef forteller at funnene som er gjort i HR-avdelingen på meldte avvik i Compilo viser klare treff på hvilke typer avvik det er flest av. Videre opplyser han at et skjema med spørsmål knyttet til avvik sendes leder og verneombud i hver enkelt avdeling i januar. Spørsmålene er følgende:

- Er alle avvik lukket?
- Er det avvik som gjelder brudd på informasjonssikkerheten?
- Ser dere gjentakende like avvik gjennom året
- Har dere grunnlag for å si at det er avvik som ikke meldes?

Sammen med skjemaet ligger samtlige avvik som er innmeldt fra den enkelte avdeling i det foregående året. Leder med verneombud skal deretter gjennomgå alle avvik, se om alle er lukket, om det er tilfeller hvor avvik som er gjentakende, om det er avvik som ikke er meldt osv. HR-sjef opplyser at hensikten er at den enkelte leder sammen med verneombud tar tak i dette og sørger for at informasjon og opplæring skjer der det er behov.

Kommunen uttaler at det er viktig å ta tak i disse funnene, men at det også er andre alvorlige avvik som den enkelte må ta tak i. Det kommer frem av årsmeldingen at den enkelte avdeling har gjort sine analyser på alle avvik, og at det er viktig at dette, i samarbeid med verneombudene, brukes i arbeidet fremover. Det opplyses at rutiner og prosedyrer må etableres der hvor dette ikke er gjort, og at de må følges opp i praksis. HR-sjef opplyser til revisjonen at han ikke følger opp det videre arbeidet med avvik ut i sektorene.

Kommunalsjef for helse- og omsorg uttaler at alle avvik blir gjennomgått av leder i den enkelte tjeneste og verneombud, og at det foreslås tiltak. Kommunalsjef for oppvekst opplyser til revisjonen at leder av den enkelte tjeneste går gjennom alle avvik fra det siste året med verneombudet. Det er i denne prosessen søkelys på gjentakende avvik. Det opplyses at ved mange avvik på et område må det sørges for en ROS-analyse. Kommunalsjef for plan- og utvikling uttaler til revisjonen at eventuelle avvik og avviks-skjemaet gjennomgås avdelingsvis og at eventuelle tiltak vurderes.

²¹ <https://pub.framsikt.net/2024/dovre/mr-202412-aarsmld#/generic/summary/personalandorg/?scrollTo=PersonalAndOrg-PersonalAndOrg>

Det er tjenestelederne som rapporterer avvik, og i forvaltningsrevisjonsrapporten om informasjonssikkerhet beskriver tjenestelederne at avvikssystemet er godt innarbeidet, og at HR-sjef rapporterer årlig til kommunestyret på internkontroll gjennom årsmeldingen.

Brann- og beredskapsjef forteller at det er en bedre kultur for å melde avvik i Compilo pr. i dag enn tidligere. I avdeling for brann og beredskap blir det opplyst at det er et tydelig søkelys på registrering, tiltak og lukking i CIM, og at dette har utviklet seg positivt. HR-sjef utarbeider årlige rapporter og oversikter om avvik, men det stilles spørsmål ved hvordan rapporteringen følges opp i de ulike sektorene. Brann- og beredskapsjef er ikke kjent med at fremtredende avvik følges opp med ROS. Han sier at gjentakende avvik betyr i hovedsak at problemer ikke er ivaretatt godt nok, og at han er usikker på om en ROS analyse vil hjelpe ved gjentakende avvik. Han uttaler at søkelyset bør være å styrke kulturen for å følge PUKK-prinsippet.²²

Når det gjelder avvik på overordnet nivå så er det ingen av intervjuobjektene som kjenner til at det er en praksis for gjennomføring av ROS ved gjentatte avvik, at det gjennomføres en systematisk evaluering av tiltak eller at det gjøres en helhetlig lukking av avvik på kommunenivå.

4.2 REVISJONENS VURDERINGER

Sentrale sektorovergripende dokumenter

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør ha et system som sikrer at sentrale sektorovergripende reglementer og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig i Compilo. Videre at disse dokumentene er oppdaterte og relevante. Det skal også være avklart hvem som har ansvar for å oppdatere reglementene. Det er krav om å ha nødvendige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse. Hvilke og hvor mange rutiner som trengs må vurderes konkret.

Revisjonen vurderer at Dovre kommune har et system som sikrer at de sentrale sektorovergripende reglementene og prosedyrene er dokumentert, samlet og tilgjengelig i Compilo. Gjennomgangen viste at kommunen i hovedsak har overordnede reglementer og prosedyrer på plass, og at de er samlet i Compilo.

En sentral del av internkontrollen er å sikre at lover og forskrifter følges. En hjelp for dette er at dokumentasjon er oppdatert og i tråd med regelverket. Compilo bidrar til å sikre oppdatering og godkjenning av rutinene ved årlige påminnelser, og dette fordrer at kommunen følger opp ved å gå gjennom dokumentene for å vurdere eventuelle behov for endringer. Revisjonen fant i løpet av gjennomgangen av reglementene i Compilo at disse var oppdatert i henhold til fastsatt frist.

Revisjonen ser det som positivt at leder og verneombud på den enkelte avdeling årlig har en arbeidsdag hvor de går gjennom rutiner og prosedyrer på eget område.

Sett i sammenheng med kommunens årlige vurdering av ROS-analyser og GDPR, samt den årlige vurderingen av sektorovergripende dokumenter, synes det som kommunen har et system som bidrar til at de får sektorovergripende reglementer på plass, og at disse er oppdaterte.

²² Planlegg: Definer hva som skal oppnås, mål og hva som kan gå galt. Utfør: Iverksett tiltakene og gjør det planlagte arbeidet. Kontroller: Sjekk om arbeidet og tiltakene gir ønsket effekt, mål og resultat. Korrigjer/kvalitetssikre: Juster, forbedre og standardiser basert på det du har lært.

Felles metode for risikovurderinger

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør ha en felles metode for vurdering av risiko, og at det bør brukes ensartede maler, kriterier og skalaer på tvers av enheter. Gjennom et felles vurderingsgrunnlag kan risiko vurderes på tvers av virksomhetsområder og kommunen som helhet. Dette gjør det enklere å prioritere tiltak på tvers av virksomhetsområder.

Etter revisjonens vurdering har kommunen etablert en felles metode for risikovurdering. Selv om kommunen ikke har en overordnet retningslinje for gjennomføring av risikoanalyser, benyttes en ensartet mal, Bowtie, og vurderingene registreres i Compilo. Metoden beskrives som brukervennlig for ansatte som skal gjennomføre analysene.

Kommunen gjennomfører årlig en opplæring og gjennomgang av risikoarbeidet for hele virksomheten. Dette bidrar etter revisjonens vurdering til en enhetlig forståelse av risikoarbeidet. Der gjennomgås tidligere risikovurderinger i regi av HR-sjef og brann- og beredskapsjef, noe som styrker felles læring og kontinuitet i arbeidet.

Revisor merker seg imidlertid at enkelte risikovurderinger er gjennomført på andre måter enn ved bruk av Bowtie-skjemaet. Dette kan tyde på at praksis ikke er fullt ut standardisert på tvers av virksomhetsområdene.

Videre vurderer revisor at den valgte metoden i begrenset grad fanger opp sentrale elementer i risikostyringen. Bowtie-skjemaet legger hovedvekt på å identifisere forhold som kan forstyrre ønsket tilstand, samt forebyggende og skadebegrensende tiltak. Skjemaet inneholder derimot ikke vurderinger av sannsynlighet eller alvorlighetsgrad, og det angir heller ikke ansvar, frister eller planlagt oppfølging. Dette svekker grunnlaget for å fastsette risikonivå, prioritere risikoer og sikre systematisk lukking av identifiserte forhold.

Revisjonen kan heller ikke se at kommunen har fastsatt risikoaksept innen tjenesteområdene eller etablert et felles vurderingsgrunnlag som gjør det mulig å sammenligne og prioritere risikoer på tvers av organisasjonen. Fraværet av tydelige akseptkriterier innebærer at det ikke er definert hvilken risiko som kan tolereres, og hvilke risikoer som krever tiltak.

Revisor viser i denne sammenheng til KS veileder *Orden i eget hus*, hvor det anbefales at risikobasert internkontroll bør rette oppmerksomheten mot det man vil unngå. Dersom risikovurderingen tar utgangspunkt i mål eller ønsket tilstand, kan den bli krevende og i noen tilfeller bidra til at betydelige risikoer ikke identifiseres, slik som risiko for vold mot ansatte. Denne utfordringen vurderes som relevant for kommunens metodebruk, ettersom Bowtie-skjemaet tar utgangspunkt i ønsket tilstand fremfor uønskede hendelser.

Revisjonen vurderer at dagens metodikk bør videreutvikles, slik at den også blir mer helhetlig og at kommunen får en mer sammenlignbar risikostyring på tvers av virksomhetsområdene.

Systematiske risikovurderinger

Internkontrollen skal være risikobasert. Rådmannen må gjøre vurderinger av hvor omfattende internkontrollen skal være og hvordan den skal innrettes. Det må gjøres konkrete vurderinger både samlet sett for hele kommunen, og i den aktuelle virksomhet for å vurdere hvor omfattende og hva slags internkontroll det er behov for.

Revisjonen vurderer at kommunen i stor grad gjennomfører systematiske risikovurderinger på virksomhetsnivå, men at de i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger på overordnet nivå.

Til grunn for vurderingene vektlegger vi at kommunen har satt seg mål om få en helhetstankegang når det gjelder arbeidet med risikovurderinger, og at de gjennomfører ROS-analyser systematisk på virksomhetsnivå.

Det at de har felles arbeidsdager der ROS-analysene er tema, kan bidra til at felles forståelse av risiko, og at risiko kan sammenlignes på tvers av tjenestene i kommunen. Det framkommer imidlertid ikke opplysninger som indikerer at slik sammenligning faktisk foretas.

De risikovurderingene som er gjort på de ulike virksomhetsområdene gjelder i hovedsak HMS, og omhandler i liten grad risiko for brudd på lover og forskrifter i tjenestene kommunen utfører.

Når det gjelder risikovurdering på overordnet nivå, er det gjennomført en helhetlig ROS-analyse om kommunal kriseberedskap. Ut over dette opplyses det at de har enkelte risikovurderingene som gjelder hele kommunen. I Compilo er det registrert enkelte risikovurderinger som er felles for kommunen, men revisjonen kan ikke se at disse inneholder risikovurderinger som omfatter internkontroll på et overordnet nivå.

Etter revisjonens vurdering benyttes ikke de systematiske risikovurderinger på virksomhetsnivå i kommunen som grunnlag for å vurdere hva slags internkontroll det er behov for.

Prosedyre og rapporteringssystem for avvik

Revisjonen har lagt til grunn at det bør være etablert en overordnet prosedyre og et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik.

Etter revisjonens vurdering synes det som kommunen har arbeidet systematisk med å etablere og gjøre kjent avvikssystemet i kommunen. Kommunen har en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik, samt et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Det er gjennomført opplæring i bruk av avvikssystemet, og siste årsmelding viser også at ikke alle tjenesteområdene i like stor grad har tatt i bruk avviksmodulen i Compilo. Revisjonen mener det er viktig at det etableres en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene, slik at kommunen kan gjøre forbedringer både i den konkrete situasjonen og for fremtiden.

Revisjonen vurderer det som positivt for kommunens utviklings- og forbedringsarbeid at HR-avdelingen de siste årene har utarbeidet en HMS-rapport som bl.a. har en oversikt over avvik, og at hver avdeling i den forbindelse får en oversikt over sine avvik det siste året med oppfølgingsspørsmål som leder og verneombud i avdelingen skal besvare. Det er den enkelte leders ansvar å følge opp det videre arbeidet utover i linjen.

Revisjonen vurderer at kommunen per i dag ikke har dokumentert at de systematisk følger opp aggregerte avvik fra tjenestene på ledernivå.²³

²³ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende tilleggsopplysning: «*Dette følges opp ved behov i de ukentlige møtene rådmannen har med sine ledere*».

5 KOMMUNENS OPPFØLGING AV INTERNKONTROLL

Dette kapittelet presenterer fakta og vurderinger for problemstilling 2:

I hvilken grad blir systemet for interkontroll fulgt opp?

Revisjonen har i dette kapittelet undersøkt om kommunen har et system for å følge opp internkontrollen. Med dette menes i hvilken grad rådmannen etterspør og følger opp internkontroll nedover i virksomheten. Dette gjelder både faste rapporteringer, informasjon om hendelser og oppfølging av interkommunale samarbeid.

Problemstillingen er undersøkt ved intervjuer med rådmannen, HR-sjef og økonomisjef, spørrebrev til kommunalsjef for oppvekst, kommunalsjef for helse- og omsorg, kommunalsjef for plan- og utvikling samt brann- og bedskapsjef. I tillegg har det vært en gjennomgang av tertialrapporter fra 2024 og 2025 og årsmelding fra 2023 og 2024 i kommunen.

5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING

Rådmannen fortalte at det er viktig med faste møter med sektor- og virksomhetsansvarlige, søkelys på økonomi samt oversikt over avvikssystemet i Compilo og henvendelser utenfra virksomheten, for at han skal oppleve å ha god kontroll i arbeidet med ansvar for internkontrollen i kommunen.

Rådmannen opplyser at han får rapporteringer fra sine kommunalsjefer og virksomhetsledere gjennom ukentlige møter eller møter hver 14. dag. Videre har han møte med utvidet lederteam en gang i måneden. Han forteller at det ikke føres referat fra disse møtene. Tema kan f.eks. være ulike utfordringer og status på økonomi og fag. Rådmannen har lederforum 2-4 ganger i halvåret. Her får rådmannen bl.a. oppdatering om hva som har skjedd siden sist på de ulike tjenesteområdene. Det opplyses videre at det tverrfaglige møtepunktet i utvidet lederteam anses som viktig for kommunen.

Rådmannen fortalte at det ikke er utarbeidet et eget årshjul for de ulike møtene, men at han har laget sitt eget system i Outlook med oversikt over administrative møter seks måneder frem i tid. Han fortalte at han ikke har en egen oversikt over rapporteringer han får fra kommunalsjefene utover det som er nevnt ovenfor.

Kommunalsjefene opplyser at de rapporterer til rådmannen gjennom de faste ukentlige møtene, ved innspill til tertialrapportene og årsmelding samt i tilfeller det er behov for rapportering i enkeltsaker. Kommunalsjefene har faste møtepunkter med sine avdelingsledere. Kommunalsjef for oppvekst får både skriftlige og muntlige rapporteringer fra sine avdelingsledere gjennom faste møter, statusrapporter, avviksregistreringer og økonomioppfølging. Kommunalsjef for plan- og næring får rapportering fra sine ledere bl.a. gjennom faste møter, løpende skriftlig og muntlig dialog og årsrapporteringer.

Dovre kommune har nylig startet opp med planleggings-, budsjetterings- og rapporteringsverktøyet Framsikt²⁴, og at dette nå benyttes i kommunens økonomiplanarbeid, budsjettarbeid og rapportering. HR-sjefen forteller at kommunen i 2026-budsjettet har lagt inn mål og strategier i Framsikt, samt oppdrag/tiltak som det kan rapporteres på gjennom året. Rapporteringer for 2024 og 2025 ble gjort etter eldre samfunnsplan og relativt nye administrative handlingsplaner.

Tertialrapport 1 og 2 for 2025 er delt opp i driftsbudsjett, investeringer og finansforvaltning.²⁵ Tertialrapportene er i hovedsak basert på økonomi. Det opplyses fra HR-sjefen at alle ansatte involveres i arbeidet med årsmeldingen. Både tertialrapportene og årsmeldingen diskuteres i ledermøtene, og alle har tilgang til saksutredningen som utarbeides av økonomisjefen.

Kommunen forteller at de arbeider systematisk med internkontrollen spesielt gjennom årlige dagssamlinger og opplæring av ansatte i avviksrapportering. Det opplyses videre at det er søkelys på internkontroll i sikkerhetsutvalget. Sikkerhetsutvalget har 12 møter pr år.²⁶

Brann- og beredskapsjef, som bl.a. deltar som arrangør av årlig gjennomgang av ROS-analyser sammen med HR-sjef uttaler til revisjonen at han mener Dovre kommune generelt har en god struktur for viktige møteplasser som lederteam, utvidet lederteam, sikkerhetsutvalg, lederforum, møter med tillitsvalgte osv. Han legger til at han mener at disse møteplassene kunne vært bedre utnyttet som arena for et systematisk arbeid med internkontroll i kommunen.

5.1.1 RAPPORTERING TIL KOMMUNESTYRET

Rådmannen opplyste til revisjonen at den årlige rapporteringen om internkontroll til kommunestyret skjer gjennom årsmeldingen. Innen økonomi rapporteres det om avvik både på overordnet nivå og på de enkelte rammeområdene.

Når det gjelder ytterligere informasjon om internkontroll i årsmeldingen for 2024 nevnes kort at de bruker Compilo:

«Dovre bruker Compilo Kvalitetssystem som verktøy for utvikling og dokumentasjon av interne rutiner samt avvikshåndtering. Økonomikontoret har ansvar for oppfølging av internkontrollen som gjelder økonomi mv. Kommunen har tidligere år arbeidet med og vedtatt mål og rutiner for etikk og verdivalg».

Det framkommer videre av årsmeldingen rapportering om utviklingen i avvik.

²⁴ Framsikt er en norsk skyløsning for offentlig sektor (kommuner, fylker) som digitaliserer og effektiviserer økonomi- og virksomhetsstyring, og skaper en rød tråd fra strategi (mål, bærekraftsmål) til detaljert økonomiplan, årsbudsjett og rapportering. Systemet hjelper organisasjoner med å binde sammen strategisk planlegging med økonomisk styring og internkontroll, slik at alle ledd jobber mot samme mål (Kilde: framsikt.no)

²⁵ https://prod01.elementscloud.no/publikum/939849831_PROD-939849831-DOVRE/DmbMeeting/284

²⁶ Kommunens sikkerhetsutvalg er et organ som skal bidra til å ivareta informasjonssikkerhet, personvern og helhetlig samfunnsikkerhet og beredskap. Det er et rådgivende eller forberedende organ, ofte med søkelys på IKT-sikkerhet, som skal sikre at kommunen oppfyller sine lovpålagte forpliktelser.

HR-sjef har de to siste årene utarbeidet en årsrapport i HMS som et ledd i virksomhetens internkontroll, og det er denne som danner grunnlaget for rapporteringen i årsmeldingen. De peker i meldingen på at det er en stigende trend og kultur for at avvik meldes, samtidig som de ser individuelle forskjeller mellom avdelinger. Det er også rapportert om hva de anser som forbedringspotensialer. De rapporterer at det fortsatt er mange avvik som ikke meldes, og at det er store forskjeller mellom avdelingene i hvordan avvik håndteres og følges opp. De skriver at dette krever tydeligere fokus, etablerte rutiner og aktiv bruk av analyser i samarbeid med verneombud. I tillegg rapporterer de at sykefraværet har økt og at dette må reduseres gjennom systematisk arbeid fra ledere, tillitsvalgte og ansatte.

HR-sjefen forteller at kommunens tertialrapporteringer omfatter økonomi og at de anser tertialrapporteringene som en del av den økonomiske internkontrollen.

5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Flere av kommunens tjenester er organisert i interkommunalt samarbeid. Revisjonen har undersøkt om kommunen har et system for å følge opp de interkommunale samarbeidene.

Rådmannen forteller at Dovre kommune er med i flere fora. I disse forumene blir interkommunale samarbeid tatt opp:

- I kommunesamarbeidet i Nord-Gudbrandsdal (6K) gjennomføres fire møter i året. Her er utgangspunktet at alle kommunedirektørene skal møte. De har et årshjul som bestemmer hvilke områder som tas opp i hvert møte. De ansvarlige for den enkelte virksomhet som er på agendaen deltar i møtet. Regionkontoret på Otta har ansvar for å koordinere møtene.
- I to-kommunesamarbeidet med Lesja er det en enklere oppfølging enn i samarbeidet med de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdal. De forsøker å følge samme struktur, men med hyppigere møter og samarbeid.
- Der Dovre er vertskommune, er det i hovedsak søkelys på økonomi og viktige saker i møtepunktene med samarbeidskommunene.

Interkommunalt politisk råd i Nord Gudbrandsdal (IPR) ble etablert i 2021, med hjemmel i kommuneloven kapittel 18, som en videreføring av det tidligere Regionrådet i Nord-Gudbrandsdal. Samarbeidsorganene er de seks Norddalskommunen og Innlandet fylkeskommune. Representantskapet er det øverste organet i IPR, og består av ordfører, varaordfører og en representant fra mindretallet i hver kommune samt to representanter fra fylkeskommunen. De møtes etter vedtatt møteplan. Regionstyret består av ordførerne i de seks kommunene. Lederen for kommunedirektørutvalget har møte- og talerett. De møtes minst seks ganger i året. IPR Nord-Gudbrandsdal har en regionadministrasjon som ledes av en daglig leder med til sammen fem ansatte. De fire satsingsområdene er utdanning og kompetanse, kommunikasjon og infrastruktur, næringsliv samt attraktivitet og livskvalitet.

I IPR Nord-Gudbrandsdal skal interkommunalt samarbeid (INSAM) være et praktisk virkemiddel for å utvikle et godt og effektivt tjenestetilbud i kommunen.²⁷ INSAM er en arena der kommunedirektørene kan samhandle og koordinere fagkompetansen og rapportering på tvers av kommunegrensene. De seks kommunene samarbeider i nettverk på virksomhetsområdene helse, næring og oppvekst.

I etterkant av forvaltningsrevisjonen av Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) i 2022 ble kommunedirektørene bedt om å utarbeide et forslag til en håndbok for interkommunalt samarbeid av representantskapet i IPR. I 2023 ble det vedtatt en viljeserklæring og håndbok i Regionstyret for IPR og i kommunestyrene i de seks kommunene.

Håndboka består av rutiner for samhandling om eksisterende samarbeid og prosedyrer for videre utvikling av eksisterende og nye samarbeid. Bestillingen inkluderte også en viljeserklæring som konkretiserer kommunenes rettigheter og ansvar. Kommunedirektørenes forslag til Håndbok og viljeserklæring for interkommunalt samarbeid (INSAM) ble godkjent i kommunestyremøter i de seks kommunene i slutten av 2023.²⁸

Det kommer frem av håndboka at formålet med INSAM-møtene er følgende:

«INSAM-møtene er kommunedirektørenes arena for å;

- *Evaluerer måloppnåelse og ressursbruk.*
- *Vurdere utfordringer.*
- *Utvikle grunnlag for prioriteringer inkl. strategisk utviklings- og forbedringsarbeid.*
- *Gjensidig informasjon med vektlegging av delingskultur».*

Fra 2023 har INSAM-møter vært avholdt digitalt, koordinert av regionskontoret, og med lederen for kommunedirektørene som ordstyrer. Møtene er også en plattform for drøfting av forslag til videreutvikling av de ulike samarbeidene. En INSAM-konsulent ble ansatt i januar 2025 for å ivareta sekretærfunksjonen i INSAM. Denne skal tilrettelegge for at kommunedirektørene kan rapportere fra interkommunale samarbeid, både der kommunen er vertskommune og der hvor den er samarbeidskommune. INSAM-konsulentens rolle er også å bistå kommunene i tidsrommene mellom møtene. Rapporteringsskjema til hhv. vertskommunene og samarbeidskommunene legges ut i egen kanal på Teams til kommunedirektørene i forkant av møtene. Samarbeidskommunene og vertskommunene må før møtene svare på spørsmålene i rapporteringsskjemaene. Det er muntlig gjennomgang av rapporteringene i møtet. Alle interkommunale samarbeid blir gått gjennom på hvert møte. Det er fire møter i året, med årshjul. Kommunedirektørene lager et detaljert årshjul med basis i det overordnede årshjulet, og sikrer den nødvendige dialogen med de ulike interkommunale samarbeidsområdene. Møtene har fast møteplan der en systematisk går gjennom de ulike vertskommunesamarbeidene. Disse er: NGLMS, Felles barnevernsvakt, Regional gjeldsrådgivning, Regional pedagogisk-psykologisk tjeneste, Regionalt innkjøpssamarbeid og Personvernombud.²⁹

²⁷ <https://www.nord-gudbrandsdal.no/tjenestemeny/om-interkommunalt-politisk-rad-for-nord-gudbrandsdal/interkommunalt-samarbeid-insam/>

²⁸ https://www.nord-gudbrandsdal.no/_f/p8/i3c150cee-7fff-49bc-8f73-c08cd03f9f0a/handbok-interkommunalt-samarbeid-endelig-versjon-15092023.pdf

²⁹ https://www.nord-gudbrandsdal.no/_f/p8/i86c94228-f80c-42c5-8b76-1893c47eb842/arsmelding-2024.pdf

Kommunedirektørene kan etter behov invitere med medarbeidere fra egen organisasjon inn i møtene. Kommunalsjefene på de respektive områdene deltar i møtene.

Det uttales i årsmeldingen fra IPS for 2024 at erfaringene fra INSAM er gode, at de har fått systematikk i rapportering og samhandling. Samarbeidskommunene har fått bedre innsyn i tjenesteproduksjonen hos vertskommunene og vertskommunene har fått større mulighet til å informere og involvere samarbeidskommunene samt at de har fått systematiske tilbakemeldinger.



Figur 4: Overordnet årshjul i INSAM-møtene, Kilde: Håndbok INSAM.

IPR har en strategisk plan for 2025-2028 som skal være et styringsdokument for satsingsområdene.³⁰ I viljeserklæringen som ble vedtatt i 2023, står det bl.a. at kommunestyrene hvert år ifm. årsrapportering skal få en statusrapport om samarbeidsordningene.³¹

Det framkommer ikke av møteinnkallinger og møteprotokoller i kommunestyret for 2024 og 2025 at statusrapporter om samarbeidsordningene er tatt opp, jf. viljeserklæringen i IPR. Dette bekreftes av HR-sjef, som forteller at statusrapporter om samarbeidsordningene ikke har vært en sak for kommunestyret.

³⁰ <https://prod01.elementscloud.no/publikum/Documents/ShowDocument/71f3a6ba-57e4-439c-8ed3-5b062ee0e765/49315/70679>

³¹ https://www.nord-gudbrandsdal.no/_f/p8/i3c150cee-7fff-49bc-8f73-c08cd03f9f0a/handbok-interkommunalt-samarbeid-enderlig-versjon-15092023.pdf

Sektorovergripende internkontroll

I årsmelding for 2024 er en tabell over interkommunale samarbeid i Nord-Gudbrandsdal lagt ved som vedlegg 7. Dette er den samme tabellen som ligger på nettsiden til de interkommunale samarbeidene i Nord-Gudbrandsdal pr. 31.12.2022³² :

Samarbeidstiltak	IPR	Dovre	Lesja	Lom	Sel	Skjåk	Vågå	Organisert	Merknad
Regionrådet								§ 18	Eget rettssubjekt
RegionData								§ 27	Eget styre
Gudbrandsdalsmusea AS								AS	Nord- og Midtdalen
Attraktivitet									Tilflytting og ungdom
UKM-Ung Kultur Møtes								Samarbeid	
Sekretariat for kontrollutvalga i Nord-Gudbrandsdalen								§ 27	Eget styre, eget rettssubjekt
Innlandet Revisjon								IKS	
NGR - Interkommunalt renovasjonsselskap								IKS	
Felles innkjøpskontor								Vertskommune	Vågå
NGLMS - herunder:								Vertskommune	Sel
Felles legevaktvarsling og alarmentjenester								Vertskommune	Sel
Regional legevakt								Vertskommune	Sel
Sengeavdeling med KAD og intermedieære senger								Vertskommune	Sel
Felles jordmørvakt								Vertskommune	Sel
Hjelpepersonell spesialister								Vertskommune	Sel
Kreftkoordinator								Prosjekt	Sel og Vågå
FACT								Samarbeid	Nav, DPS Lhmr
Helseregion								Partnerskap	SI
Karriere Oppland Gudbrandsdal								Innlandet fylke	Nord- og Midtdalen
6 K Helse, 6 K Skole, 6 K Næring, 6 K Personal/økonomi								Samarbeid	Drøftingsorgan
Kommunedirektørnettverket								Samarbeid	Drøftingsorgan
Fjellnettverket								Medlemskap	Regionrådet
Nasjonalparkkommuner og Nasjonalparklandsbyer								Forening	Norsk Fjellmuseum
NAV - Gjeldsrådgivning								Vertskommune	Sel
NAV - regional modell								Partnerskap	
Geodatasamarbeid - NGGIS								Vertskommune	Sel
PPT NG								Vertskommune	Sel
Nasjonalparkriket Reiseliv AS								AS	Samarbeidsavtaler
Eidefoss AS								AS	
Tilsyn i byggesaker								Vertskommune	Vågå
IKA Opplandene								Oppgavefelleskap	
Gudbrandsdal Kriesenter IKS								IKS	Lillehammer
GDPR								Vertskommune	§20-2 Lesja
Kulturskole								Vertskommune	Dovre
Kulturskole								Vertskommune	Skjåk
Barneverntjenesten								Vertskommune	Sel
Barneverntjenesten								Vertskommune	Lesja
Felles barnevernsvakt								Vertskommune	Sel
Brannvern								Vertskommune	Dovre
Brannvern								Midlert. avtale	Vågå og Sel
Brannvern								Vertskommune	Skjåk
Felles landbrukskontor								Vertskommune	Lesja
Felles landbrukskontor								Vertskommune	Skjåk
Felles landbrukskontor								Vertskommune	Vågå
Skogbrukssjef								samarbeid	Lesja
Skogbrukssjef								Samarbeid	Vågå
IT-tjenester								Vertskommune	Skjåk
Psykolog								Vertskommune	Lom
Psykolog								Vertskommune	Dovre
Psykiatritjeneste								Vertskommune	Lom
Felles kulturkalender								Samarbeid	
Jora Miljøstasjon								Vertskommune	Dovre
Feiervesen								Vertskommune	Dovre

(Figur 5, Kilde: Nettsiden til IPR Nord-Gudbrandsdal)

Kommunens årsmelding og regnskap for 2023 ble tatt til etterretning og godkjent i kommunestyremøte den 10. juni 2024, sak 36/2024, og årsmelding og regnskap for 2024 den 16. juni 2024, sak 53/2025. Interkommunalt samarbeid nevnes enkelte steder i årsmeldingen for 2024, men det foreligger ikke en statusrapport om samarbeidsordningene.

³² <https://www.nord-gudbrandsdal.no/f/p8/i920237b0-bd57-4e66-8f65-a7db5e5e952d/interkommunalt-samarbeid-i-nord-gudbrandsdal.pdf>

HR-sjef og økonomisjef forteller at de interkommunale samarbeidene blir kommentert i årsmeldingen. Kommentarene skal ligge under de respektive områdene. Det er den enkelte kommunalsjef som rapporterer i INSAM. INSAM har en handlingsplan hvor det hvert kvartal tas opp vedtak som berører hele 6K. Nord-Gudbrandsdal renovasjonsselskap IKS (NGR) avlegger eget regnskap med årsrapport, samt tertialrapporter.

HR-sjefen opplyser at det er prosessene i INSAM som bidrar til at samarbeidsavtalene i de interkommunale samarbeidene i 6K blir fulgt.

Revisjonen har spurt den enkelte kommunalsjef hvilke interkommunale samarbeid de har ansvar for å følge opp og hvordan de følger opp samarbeidene.

Kommunalsjef for plan og utvikling har ansvar for oppfølging mot felles landbrukskontor med Lesja kommune. Det følger av vertskommuneavtalen at det er Lesja som er vertskommune i dette samarbeidet. Person fra felles landbrukskontor er med i det ukentlige avdelingsmøtet, og det gjennomføres ellers oppfølgingsmøter ved behov. Det kommer frem av årsmeldingen for 2024 at Dovre kommune har

«(..)omfattende oppgaver innen saksbehandling (ulike ordninger, bl.a. produksjonstilskudd), veiledning og kontroll. Miljø og friluftsliv inkluderer friluftsliv, kulturlandskap, motorferdsel i utmark, båndtvangsbestemmelser i hundeloven, vilt- og fiskeforvaltning og diverse prosjekter. I tillegg til generell saksbehandling også i nærings-saker utenom landbruk, er næring aktiv støttespiller og pådriver i næringsrettede prosjekter/tiltak samt i nettverksbygging mot næringslivet og andre, inkludert førstelinjetjeneste mot enkeltbedrifter».

Videre kommer det fram av årsmeldingen at kommunen administrerer 3 skadefellingslag, og har ansvaret for rovdyrtelefonen som betjenes i beitesesongen.

Kommunalsjef for oppvekst har ansvar for oppfølging av det interkommunale samarbeidet med kulturskole, voksenopplæring og PPT. Dette følges opp gjennom faste samarbeidsmøter, rapportering og evaluering. PPT er interkommunalt med seks kommuner, og leder for PPT sitter i kommunens gruppe med kommunalsjefer for oppvekst. Det rapporteres fire ganger i året til kommunedirektørnettverket i forbindelse med samarbeidet i PPT. For kulturskole og voksenopplæring er det to-kommunesamarbeid, og der er det jevnlig møter ca. to ganger pr. måned. I årsmeldingen for 2024 er det interkommunale samarbeidet for kulturskolen, og innholdet i tilbudet det siste året beskrevet. I samme årsmelding er voksenopplæringen nevnt under temaet utvikling og utfordringer. De har blant annet utvidet skoledagen for voksne med to timer i 2024. Når det gjelder PPT kommer det fram av årsmeldingen at de samarbeider tett med barne- og ungdomsskole samt barnehage.

Kommunalsjef for helse og omsorg har opplyst at Dovre kommune har ansvar for å følge opp det interkommunale samarbeidet med kommunepsykolog (3 kommuner). Det opplyses at det er avtalt å følge INSAM-modellen, og avholde møte på samme dato som for INSAM-møtene som er felles for alle kommunene i 6K. Av årsmeldingen for 2024 kommer det fram at Sel er vertskommune for lokalmedisinsk senter (NGLMS). Videre opplyses det at Nav Lesja-Dovre har et kommunesamarbeid hvor Dovre er vertskommune. De samarbeider også om integreringsprogram for flyktninger. Det avholdes fellesmøter etter behov. I årsmeldingen opplyses det at tildelingskontoret fra 2024 er kommunens boligkontor, og har ansvar for tildeling av kommunale boliger i samarbeid med Nav, Bosettingstjenesten og andre kommunale tjenester.

Barnevernet i Lesja og Dovre er en interkommunal tjeneste med Lesja som vertskommune. Denne tjenesten inngår i et beredskapssamarbeid med alle de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdalen hvor Sel er vertskommune.

Brann- og beredskapsjef forteller til revisjonen at han har ansvar for interkommunalt samarbeid innen beredskap, inkludert regional beredskapskoordinator (som hadde oppstart den 1. oktober 2025) samt tidligere ledelse av 6K-beredskapssamarbeidet. Det opplyses at samarbeidet er under utvikling og følges opp gjennom koordinering, planutvikling, øvelser og dialog.

5.3 REVISJONENS VURDERINGER

System for rapportering til rådmannen

Revisjonen har lagt til grunn at det bør være etablert system for rapportering i kommunen slik at rådmannen får beskjed ved viktige enkelthendelser eller avvik av stor betydning. Videre bør rådmannen få faste rapporteringer som inneholder avklarte punkter om internkontroll.

Revisjonen vurderer at kommunen i noe grad har etablert et system for rapportering til rådmannen.³³

Rådmannen har opplyst at han har faste møtepunkter hvor han får rapporteringer fra sine kommunalsjefer og virksomhetsledere. Det fremgår imidlertid at internkontroll, herunder overordnet internkontroll, ikke er et fast tema på kommunens ledermøter eller utvidede ledermøter, men tas opp sporadisk eller ved behov. Slik revisjonen oppfatter det, skjer det dermed ikke en systematisk rapportering om internkontroll i disse møtene. Videre er det etablert en møtestruktur, men det føres ikke referat. Dette kan medføre at oppfølgingspunkter ikke blir tydeliggjort.

Revisjonen ser det som positivt at kommunen har startet opp med Framsikt, men på revisjonstidspunktet ble ikke dette brukt i forbindelse med planlegging og rapportering utenom økonomiplanarbeid. Sikkerhetsutvalget, som har møter en gang i måneden, trekkes også fram som viktig organ for rapportering som omhandler internkontroll innen områdene informasjonssikkerhet, personvern og helhetlig samfunnssikkerhet og beredskap.

Årlig rapportering til kommunestyret

Kommunedirektør skal minst en gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll. Formålet er at kommunestyret skal få viktig informasjon om administrasjonens arbeid og kommunens virksomhet som helhet, slik at de lettere kan følge opp sitt overordnede ansvar for kommunens virksomhet.

Rådmannen rapporterer til kommunestyret via årsmeldingen. Revisjonen vurderer at årsmeldingene de siste to årene i noen grad inneholder informasjon om kommunens internkontroll. Siste årsmelding inneholder en kort beskrivelse av at kommunen bruker Compilo for dokumentasjon av rutiner og avvikshåndtering samt at økonomikontoret har ansvar for oppfølging av internkontroll på økonomi.

³³ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 ble følgende bemerket: «Vi mener at det i Dovre kommune har gjort mye, noe dere selv også bekrefter i rapporten. Derfor mener vi at begrepet «i noe grad» ikke viser resultatet av det arbeidet vi har gjort»

I omtalen til kommunestyret er det, etter revisjonens vurdering, lite informasjon om kommunens systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Det er ikke rapportert om konkrete kontroller.

Oppfølging av interkommunale samarbeid

Revisjonen har lagt til grunn at rådmannen bør ha etablert rutiner for å følge med på at samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid blir fulgt, slik at innbyggerne i egen kommune får det de har krav på. Dette gjelder uavhengig av hva slags organisasjonsform samarbeidet utføres i. Kommunen deltar i flere interkommunale samarbeid.

Revisjonen vurderer at kommunen har et system for å følge med på at samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid blir fulgt opp i INSAM. Det følger av håndboka i IPR at kommunedirektørene i INSAM skal delta på faste møter i henhold til årshjul. Her skal kommunedirektørene og kommunalsjefene i forkant av hvert møte rapportere på skjema fra INSAM-konsulenten om forhold knyttet til samarbeidene i de ulike virksomhetene. Revisjonen vurderer at ved å gå gjennom rapportene fra både vertskommune og samarbeidskommuner vil kommunene få en god oversikt over hva som er status på de ulike virksomhetsområdene.

Revisjonen ser det som positivt at det tverrfaglige interkommunale nettverket 6K samarbeider på helse, næring og oppvekst i de 6 kommunene i Nord-Gudbrandsdal (INSAM). INSAM er opprettet for å proporsjonere tjenesteutviklingen som skal skje i hver kommune. Statusrapporter om samarbeidsordningene har ikke vært en sak som er tatt opp i kommunestyremøtene i kommunen de to sist årene, jf. viljeserklæringen til IPR.

I tillegg har kommunen kommunesamarbeid som ikke er knyttet til INSAM, hvor det er faste møter. Dette er både to- og tre-kommunesamarbeid.

Revisjonen har ikke sett at internkontroll er vektlagt i kommunens tertialrapport eller siste årsmelding der Dovre kommune er vertskommune eller er i et kommunesamarbeid. Selv om interkommunalt samarbeid kort nevnes under enkelte virksomheter i den siste årsmeldingen, kommer det ikke frem opplysninger om interkontroll der. Internkontroll er heller ikke et tema som er beskrevet i årsmeldingen for IPR for 2024.

Kommunen har imidlertid ingen skriftliggjort rutine som beskriver hvordan rådmannen følger med på at de ulike samarbeidsavtalene i de interkommunale samarbeidene utenfor INSAM blir fulgt opp i egne virksomheter for å sikre at innbyggerne får de tjenester de har krav på.

6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

6.1 KONKLUSJONER

På bakgrunn av vurderingene skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene. Dersom revisor finner vesentlige avvik, skal dette komme tydelig til uttrykk i forvaltningsrevisjonsrapporten.

6.1.1 PROBLEMSTILLING 1 – OVERORDNET INTERNKONTROLLSYSTEM

Problemstillingen er:

I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for internkontroll?

Vår hovedkonklusjon er at Dovre kommune har flere elementer på plass når det gjelder et overordnet system for internkontroll, men at systemet foreløpig ikke er systematisk og fullstendig risikobasert.

Revisjonen anser det som positivt at kommunen gjennom årlig arbeidsdag med gjennomgang av risikovurderinger og årlig oversikt over avvik med spørsmål til de ulike avdelingene, arbeider med å få internkontrollen mer systematisert.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de overordnede reglementene og prosedyrene i hovedsak er samlet og tilgjengelig i Compilo. Det er utarbeidet et system for årlig gjennomgang av disse.

Kommunen har i liten grad etablert en overordnet risikobasert internkontroll. Risikovurderinger gjennomføres i hovedsak innen HMS-området, og revisjonen har i liten grad funnet dokumentasjon på risikovurderinger knyttet til utførelsen av kommunens tjenester. Det er viktig at dette følges opp for at kommunen skal få grunnlag til å vurdere hva slags internkontroll det er behov for i de ulike tjenestene og for kommunen samlet.³⁴

Valgt metodikk for risikovurdering fanger ikke opp alle sentrale element i en ROS-analyse. Rådmannen har ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene i kommunen. Et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser kan gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Revisjonen ser det som positivt at kommunen har en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik. Det er også et rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Kommunen har selv rapportert at de har et forbedringspotensial i å etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene.

³⁴ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende tilleggsopplysning: «ROS-analyser i tjenestene er det jobbet mye med også utenfor HMS-begrepet. Eks ved innføring av nye datasystemer, ECOM-bortfall mm.»

6.1.2 PROBLEMSTILLING 2 - OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN

Problemstillingen er:

I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Vår hovedkonklusjon er at kommunen i en viss grad har etablert en tilstrekkelig helhetlig og systematisk oppfølging av internkontrollen. Selv om kommunen har enkelte strukturer og aktiviteter som berører internkontroll, kan oppfølgingen samlet sett fremstå som fragmentert og lite forankret i faste rutiner.³⁵

Kommunen har faste møtepunkter i administrativ ledelse, noe som i utgangspunktet gir mulighet for systematisk rapportering. Likevel fremgår det at internkontroll i liten grad er et fast tema i disse møtene, og manglende referatføring gjør at oppfølging og læring over tid ikke sikres.³⁶

Den årlige rapporteringen til kommunestyret gir kun begrenset innsikt i kommunens internkontrollarbeid.

Kommunestyret får dermed ikke et tilstrekkelig grunnlag for å følge opp sitt overordnede ansvar. Informasjon om gjennomførte kontroller og hvordan internkontrollen fungerer i praksis, er i liten grad dokumentert eller kommunisert.

Rådmannen bør vurdere om dagens system for rapportering er tilstrekkelig til at han har trygghet for at kommunen oppfylder kravet om internkontroll etter kommuneloven. Å sikre nødvendig rapportering er viktig ved delegering fordi rådmannen sitter med ansvaret selv om andre gjennomfører oppgavene.

Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid gjennom samarbeidet i INSAM. Revisjonen kan imidlertid ikke se at rådmannen har en rutine for å følge med på om samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid utenfor INSAM blir fulgt opp. I henhold til viljeserklæringen i INSAM er ikke statusrapporter om samarbeidsordningene lagt frem for kommunestyret.

³⁵ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende bemerkning: «Vi mener at det i Dovre kommune har gjort mye, noe dere selv også bekrefter i rapporten. Derfor mener vi at begrepet «i noe grad» ikke viser resultatet av det arbeidet vi har gjort».

³⁶ I høringsvaret fra rådmannen den 13. februar 2026 kom følgende bemerkning: «Dette er et bevist valg. Ukentlige møter med ledere gjør at oppfølging og læring skjer. Dovre kommune har nå etablert Intranett. Dette vil gjøre at ledelsen kan kommunisere med alle ansatte på en plattform.»

6.2 ANBEFALINGER

Ut fra konklusjonene ovenfor er det enkelte forhold vi mener kan forbedres. Disse fremmer vi som anbefalinger nedenfor:

Rådmannen bør:

- Sette internkontrollarbeidet i system med faste internkontrollaktiviteter gjennom året og etablere rutiner for evaluering av internkontrollen.
- Etablere et system og rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på både overordnet og operasjonelt nivå. I tillegg vurdere om dagens system for risikoanalyser og rapportering er tilstrekkelige til å oppfylle kravet om internkontroll etter kommuneloven.
- Vurdere om rapportering til kommunestyret om internkontroll er tilstrekkelig til at de kan følge opp sitt overordnede ansvar for virksomheten i kommunen.

REFERANSER

Kommunale dokumenter

- Administrativt delegasjonsreglement
- Arkivplan
- Etisk retningslinje
- Formål med internkontroll
- Handlingsplan 2025, Interkommunalt politisk råd
- Helhetlig ROS-analyse for Dovre kommune 2024-2028, vedlegg 1 Tiltaksplan Dovre kommune og vedlegg 3
- HMS håndbok
- HMS rapport 2023 og 2024
- Kommuneplanens samfunnsdel 2025-2036
- Overordnet beredskapsplan
- Politisk delegasjonsreglement
- Strategisk plan 2025-2028, Interkommunalt politisk råd Nord-Gudbrandsdal
- Varslingsrutine
- Viljeserklæring og håndbok, Interkommunalt politisk råd
- Økonomiplan og årsbudsjett 2025-2028
- Økonomireglement
- Årsmelding 2023, del 1 og del 2
- Årsmelding 2024
- Årsmelding 2024, Interkommunalt politisk råd

Øvrige dokumenter

- Veileder om Internkontroll i kommunesektoren, kravene i kommuneloven, kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Prop. 46 L (2017–2018)
- NOU 2016:4
- Veileder om interkommunalt samarbeid, kommunal- og distriktsdepartementet
- Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser, kommunal- og moderniseringsdepartementet, 13. oktober 2021

VEDLEGG RÅDMANNENS UTTAELSE

Fra: Pettersen, Rune <Rune.Pettersen@dovre.kommune.no>

Sendt: fredag 13. februar 2026 09:21

Til: Guro Selfors Lund <guro.selfors.lund@irev.no>; Tone Huuse Svesengen <tone.huuse.svesengen@irev.no>

Kopi: Nissen, Halvor <halvor.nissen@dovre.kommune.no>

Emne: Svar på utkast til rapport i forvaltningsrevisjon

Viktighet: Høy

Hei

Vi ønsker å bemerke følgende:

- S.8, nest siste avsnitt. Her skriver dere at kommunen har igangsatt omfattende omstillings- og forbedringstiltak for å rette opp i disse forholdene:
Vi bemerker: Alle avvik er lukket og godkjent av Arbeidstilsynet.
- S.10, første avsnitt. Internkontrollen skal videre dekke og følge opp risiko for at avvik skal skje.
Vi bemerker: Avvik skal vel i utgangspunktet ikke skje? Setningen kan misforstås.
- S.17, fjerde avsnitt: »Samtidig opplyses det et enkelte rutiner, særlig innenfor økonomiområdet, i praksis forvaltes utenfor Compilo og er dokumentert i egne dokumenter»
Vi bemerker: I Compilo ligger det et overordnet årshjul for Økonomiavdelingen. I tillegg foreligger det et mer detaljert årshjul for rutiner og prosedyrer i et Excel-ark. Dette regnearket er jobbet inn i Team via Planner - der kan oppgaver tilordnes og settes frist på - og oppdateres jevnlig der. Det er ikke hensiktsmessig å legge dette inn i Compilo fordi det ofte gjøres endringer her.
- S.18, tredje avsnitt «Likevel peker han på enkelte mangler i den overordnede styringen av internkontrollen slik... dokumentert møtestruktur»
Vi bemerker: Det utarbeides i forkant av hvert halvår både en politisk og en administrativ mateplan som er tilgjengelig og som i tillegg blir sendt ut til alle ledere.
- S.18, pkt 4.1.1 andre avsnitt
Vi bemerker: Her blandes det mellom begrepene delegeringsreglement og delegasjonsreglement. Vi benytter kun begrepet delegeringsreglement
- S.20 Økonomireglement/ - håndbok
Vi bemerker: Reglementet er ikke revidert av økonomisjefen. Datoen dere finner i Compilo er kun at dokumentet er godkjent uten forandring fra vedtaket i kommunestyret.
- S.21 Etiske retningslinjer
Vi bemerker: Denne ble ikke revidert av rådmannen den 11. mars 2025. Retningslinjene er ikke revidert etter kommunestyrevedtaket i 2010. Datoen dere finner i Compilo er kun at dokumentet er godkjent uten forandring fra vedtaket i kommunestyret. Forslag til etiske retningslinjer er nå ute på høring.
- S.22 Finansreglementet
Vi bemerker: Reglementet er ikke revidert av økonomisjefen. Datoen dere finner i Compilo er bare at dokumentet er godkjent uten forandring fra vedtaket i kommunestyret.
- S.22, siste avsnitt. Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak. Revisjonen har ikke sett dokumentasjon på dette.
Vi bemerker: Praksis eksisterer, men denne er ikke nedskrevet.
- S.24 fjerde avsnitt under «Risikovurdering på virksomhetsnivå».
Vi bemerker: Evaluering av tidligere analyser gjennomføres ifm. ROS-analyse dagen.
- S.25 tredje avsnitt «Tiltakskortene er ikke ferdig utfyllt».
Vi bemerker: De er utfyllt iht intensjonen de har med de ulike kortene.
- S.28 Utvikling av melding av avvik.
Vi bemerker: Ved utgangen av 2025 var det registrert 398 avvik.
- S.30 Felles metode for risikovurderinger
Vi bemerker: Bow-tie ble innført i 2024. De dere omtaler er ROS-analyser som er utarbeidet før vi tok i bruk Bow-tie. Praksisen for bruk av Bow-tie er nå lik for hele kommunen.
- S.31. Siste avsnitt Revisjonen bemerker at kommunen pr i dag ikke har dokumentert at systematisk følger opp aggregerte avvik fra tjenestene på ledernivå.
Vi bemerker: Dette følges opp ved behov i de ukentlige møtene rådmannen har med sine ledere.
- S.33: Første avsnitt «... Framsikt, men det opplyses at dette pr. i dag ikke brukes i forbindelse med planlegging og rapportering»
Vi bemerker: Framsikt er brukt i økonomiplanarbeid, budsjettarbeid og rapportering
- S.38: Det siteres fra årsrapporten til Landbrukskontoret.
Vi bemerker: Disse oppgavene utføres ikke av Landbrukskontoret, men av Dovre kommune.
- S.39 Avsnitt 2: «Revisjonen vurderer i noe grad har etablert et system ...»
Vi bemerker: Vi mener at det i Dovre kommune har gjort mye, noe dere selv også bekrefter i rapporten. Derfor mener vi at begrepet «i noe grad» ikke viser resultatet av det arbeidet vi har gjort.
- S.41, andre avsnitt: «Arbeidet med risikovurderinger gjøres i hovedsak på HMS, og er i liten grad iverksatt i tjenestene»
Vi bemerker: ROS-analyser i tjenestene er det jobbet mye med også utenfor HMS-begrepet. Eks ved innføring av nye datasystemer, ECOM-bortfall mm.
- S.41. Pkt 6.1.2 første avsnitt.
Vi bemerker: Vi mener at det i Dovre kommune har gjort mye, noe dere selv også bekrefter i rapporten. Derfor mener vi at begrepet «i noe grad» ikke viser resultatet av det arbeidet vi har gjort.
- S.41. pkt 6.1.2 andre avsnitt. «manglende referatføring»
Vi bemerker: Dette er et bevisst valg. Ukentlige møter med ledere gjør at oppfølging og læring skjer. Dovre kommune har nå etablert Intranett. Dette vil gjøre at ledelsen kan kommunisere med alle ansatte på en plattform.
- Mangler i rapporten og ikke nevnt av oss tidligere: (Kontaktperson for LAFT i Dovre kommune er Driftsjef Torstein Wigensstad)
Dovre kommune har innført LAFT (som bla samler all dokumentasjon, arbeidsordre, rutiner og kommunikasjon om bygg- og eiendomsdrift i én plattform.)
 - Håndterer drift og vedlikehold av bygg, inklusive arbeidsordre, rutiner, avvik og fremdrift.
 - Samler og organiserer FDV-dokumentasjon (Forvaltning, Drift og Vedlikehold)
 - Registrerer feil, mangler og behov via mobilapp (
 - Samarbeide på tvers av moduler som renhold, utleie, nøkkeldokumentasjon, avvikssystem, drift og administrasjon.

Med vennlig hilsen

Rune Pettersen

Sjef HR- og lønnsavdelingen

Tlf 91 85 21 88 / Sentralbord 61 24 21 00

