

MØTEINNKALLING

Utvalg: Kontrollutvalget i Dovre
Møtested: Båtsto - Kommunestyresalen
Dato: 03.03.2026
Tid: 09:00

Forfall, eller spørsmål om habilitet, blir å melde til SKNG v/Elin Marit Andgard (telefon 481 96 875 eller e-post: elin-marit.andgard@sel.kommune.no), som sørger for innkalling av varamedlemmer. Forfall må grunngis. Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Tilleggsinformasjon:

Godkjenning av møteinnkalling og sakliste

Godkjenning av protokoll frå utvalsmøtet 9. desember 2025

Drøftingssaker

- Saker/tema til dialogmøte mellom kontrollutvalet, ordfører og rådmann
- Evt. høyringsuttaler, jamfør referatsaker
- Utvalsmedlemmer blir bedne om å melde inn eventuelle saker til drøfting ved møtestart under godkjenning av saklista.

Saka om forvaltningsrevisjonsrapport behandles kl. 10 og forvaltningsrevisor deltar. Saken er lagt til sist på lista av praktiske forhold (stort vedlegg).

Kaffe/te og enkel formiddagsmat.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevet signatur

SAKLISTE

Saksnr.	Innhold
PS 2026/1	Årsrapport/avregning 2025 frå Innlandet Revisjon IKS
PS 2026/2	Kontrollutvalets påsjå-ansvar i 2025
PS 2026/3	Årsmelding 2025 for kontrollutvalet
PS 2026/4	Prosjektplan oppfølgingskontroll av NGLMS
PS 2026/5	Rutine for verksemdsbesøk
PS 2026/6	Budsjett 2026
PS 2026/7	Eigenvurdering av uavhengigheit frå revisor
PS 2026/8	Referatsaker
PS 2026/9	Forvaltningsrevisjonsrapporten "Sektorovergripende internkontroll i Dovre kommune"

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-5

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/1	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Årsrapport/avregning 2025 frå Innlandet Revisjon IKS

Vedlegg

- 1 3431 Dovre 3-2025**
- 2 3431 Dovre, avregning 2025**

Saksutredning

I følge oppdragsavtala skal Innlandet Revisjon IKS rapportere ressursbruk til kontrollutvalet 1. og 2. tertial (30/4 og 31/8) i tillegg til ein årsrapport (31/12). Selskapet fakturerer etter medgått tid pr. oppdrag. Rapportering skjer på samme nivå som oppdragsavtala og blir oversendt kontrollutvalet seinast ein måned etter utløpet av rapporteringsperioda. Eventuelle vesentlege avvik mellom budsjett og prognose skal grunngjevast.

	Oppdragsavtale	Ressursbruk	
Regnskapsrevisjon	445	472	timar
Forvaltningsrevisjon/eigarskapskontroll	300	300	timar
Møter	17	15	timar
Sum timar	762	787	timar
Revisjonskostnad	993 710	1 024 867	kr

Beløpet i oppdragsavtala er A-konto beløp som blir fakturert kommunen. Differanse mellom denne og kostnad etter medgått tid blir gjort opp på andre tertial i 2026. Timesatser kr 1250 for regnskapsrevisjon og kr 1380 for forvaltningsrevisjon.

Statusrapport for 3. tertial viser fordeling av timar pr. prosjekt og blir ikkje attgjeve her.

Revisjonstimar dei siste 6 åra	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Snitt
Regnskapsrevisjon	351	423	611	533	428	472	470
Forvaltningsrevisjon/eigarskapskontroll	0	70	28	86	277	300	127
Møter	11	14	10	12	10	15	12
Sum	362	507	649	631	715	787	609

Vurdering

Det var samla for regnskapsrevisjon ikkje vesentleg avvik mellom oppdragsavtala og medgått tid.

Ifølge statusrapport pr. 3. tertial er det ingen nummererte brev til oppfølging. Det betyr at forhold i nummerert brev etter gjennomført etterlevelsekontroll med økonomiforvaltninga 2023 (etterlevelse av bestemmelser for oppstilling av kapitalvarer og dokumentasjon på bruk av kapitalvarer), er retta og tilstrekkeleg fulgt opp.

Det er ynskjeleg med best mogleg samsvar mellom timar i oppdragsavtala og ressursbruk. I tillegg til tertialrapportering har sekretariatet dialog med revisjonen om tidsbruk/framdrift. Det største revisjonsprosjektet i 2025 kom i gang om hausten og hadde god framdrift. Kontrollutvalet var kjent med at tidsbruken dermed ville bli større enn budsjettet, men i samsvar med oppdragsavtala.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalet tar årsrapport og avregning for 2025 frå Innlandet revisjon IKS til orientering.

Innlandet Revisjon IKS

Lillehammer, 21.01.2026
J.nr./Referanse: 2026-017/RAK

Til Kontrollutvalget i Dovre kommune
v/sekretariatet

Statusrapport 3. tertial 2025

Det vises til oppdragsavtalen pkt. 4.5. Innlandet Revisjon IKS skal rapportere til kontrollutvalget per 30.04., 31.08. og 31.12. Rapporten skal begrunne eventuelle vesentlige avvik mellom budsjett og prognose.

Nedenfor følger oversikt over ressursbruk per 31.12.2025.

	Oppdrags avtale Timer	Forbruk Timer	Differanse Timer
REGNSKAPSREVISJON			
Revisjon av årsregnskapet	310	367	- 57
Attestasjoner og revisjonsuttalelser	120	104	16
Veiledning og bistand	15	1	14
SUM REGNSKAPSREVISJON	445	472	- 27
BESTILTE TJENESTER			
Bestilte mindre undersøkelser	-	-	-
Forvaltningsrevisjon	300	300	-
Eierskapskontroll	-	-	-
SUM BESTILTE TJENESTER	300	300	-
Møter i KU og KST/FT, info. og KU sekretariat	17	15	2
SUM TIMER	762	788	- 26

Kommentarer vedrørende regnskapsrevisjon:

Det er samlet for regnskapsrevisjon ikke vesentlig avvik mellom oppdragsavtalen og medgåtte ressurser.

Det er ingen nummererte brev til oppfølging.

Kommentarer vedrørende forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll vises på siste side.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 22 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3 A
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 1604 11 46927



Innlandet Revisjon IKS

Følgende timesatser for 2025 er benyttet i oppdragsavtalen:

- Regnskapsrevisjon kr 1 250
- Forvaltningsrevisjon, gjennomsnitt kr 1 380
- Møter kr 1 250/1 380

Med hilsen

Rita Kvamme
Rådgiver

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 22 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3 A
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 1604 11 46927



Innlandet Revisjon IKS

Prosjekt	Total ramme (FA, PP, FR)	Påløpt i år (1.1-31.12)		Prognose 2026		Levering KU	Kommentar
		Timer	Kroner	Timer	Kroner		
10580 IKT-sikkerhet	300	12	15 870	-	-	KU 11.02.2025	00.01.1900
10642 Internkontroll, kvalitetssikring og avvikssystem	250	232	320 160	40	55 200	KU 03.03.2026	00.01.1900
10642F Internkontroll, kvalitetssikring og avvikssystem	0	52	71 070	-	-	KU 26.05.2025	Foranalyse
10654 Helsesamarbeid NGLMS	40	5	6 900	40	55 200	Høst 2026	
,	590	300	414 000	80	110 400		
Oppdragsavtale		300	414 000				

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 22 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahlgate 3 A
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 1604 11 46927



Innlandet Revisjon IKS

Lillehammer, 21.01.2026

J.nr./Referanse: 2026-042/RAK

Til Dovre kommune
v/Kontrollutvalget

Avregning av total ressursbruk revisjon 2025

Selskapsavtalen for Innlandet Revisjon IKS fastsetter prinsipp for prising og fakturering. Vi viser til avtalens § 5.

"Selskapet skal fakturere sine tjenester ut i fra reelt medgått ressursbruk på det enkelte oppdrag. Regnskapsrevisjon (inkl. attestasjoner/bekreftelser), forvaltningsrevisjon og veiledningstjenester m.v. skal forhåndsavtales med den enkelte deltaker i en oppdragsavtale. Selskapet skal alltid operere med en timesats som gjør at selskapet over tid ikke er egnet til å gå med overskudd (selvkostprinsipp)."

Avregningen for kommunen viser følgende akontofakturering, tidsforbruk og revisjonskostnader i 2025:

	Timer	Pris	Kostnad
REGNSKAPSREVISJON			
Revisjon av årsregnskapet	367	1 250	459 125
Attestasjoner og revisjonsuttalelser	104	1 250	130 000
Veiledning og bistand	1	1 250	1 250
SUM REGNSKAPSREVISJON	472	1 250	590 375
BESTILTE TJENESTER			
Bestilte mindre undersøkelser	-	1 380	-
Forvaltningsrevisjon	300	1 380	414 000
Eierskapskontroll	-	1 380	-
SUM BESTILTE TJENESTER	300	1 380	414 000
Møter i KU og KST/FT, info. og KU sekretariat	15	1 339	20 492
Sum leverte tjenester	788	1 301	1 024 867
Betalt akonto gjennom året			993 710
Differanse leverte tjenester og betalt			31 157

For lite betalt vil bli lagt til akontobeløpet for 2. tertial 2026.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 23 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Med hilsen



Rita Kvamme
Rådgiver

Kopi til: Kommunedirektøren og postmottak

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-4

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/2	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Kontrollutvalets påsjå-ansvar i 2025

Vedlegg

1 Vurdering av kontrollutvalgets påse-ansvar i 2025 - Dovre

Saksutredning

Ei av kontrollutvalets oppgåve er påsjå-ansvaret, som følgjer av kommunelova § 23-2 og forskrift for kontrollutvalg og revisjon § 3 og 5. Kontrollutvalet skal sjå til at kommunens regnskap blir revidert på ein trygg måte i samsvar med lovverket og faglege standardar og at revisor innfrir lovkrava. Vidare skal utvalet sjå til at det blir utført forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll og at revisjonsvedtak blir fulgt opp.

Vedlagte skjema er ein skjematisk oversikt over korleis kontrollutvalet har utført dette påsjå-ansvaret i 2025. Det dokumenterer korleis kontrollutvalet har fulgt opp ansvaret og er ein del av grunnlaget for årsmeldinga.

Grunnlag for skjemaet er kommuneloven, forskrift for kontrollutvalg og revisjon og NKRFs "Veileder for kontrollutvalgets påseansvar". Rettleiaren frå NKRF omhandlar det totale påsjå-ansvaret, medan skjemaet i hovudsak tar for seg utvalets påsjå-ansvar overfor revisjonen.

Vurdering

For å ivareta påsjå-ansvaret overfor revisjonen er det viktig med god dialog med revisor gjennom året. Sekretariatet vurderer at kontrollutvalet har følgd opp sitt påsjå-ansvar overfor revisjonen og tilrår kontrollutvalet å slutte seg til dei vurderingar som er gjort.

Sekretariatets forslag til vedtak:

1. Kontrollutvalet sluttar seg til dei vurderingar som går fram av skjemaet "Vurdering av kontrollutvalgets påse-ansvar i 2025" og at kontrollutvalets påsjå-ansvar overfor revisjonen for 2025 med dette er utført og dokumentert.
2. Kontrollutvalet orienterer kommunestyret om sitt påsjå-ansvar via årsmeldinga.

Vurdering av kontrollutvalgets påse-ansvar i 2025

Krav i kolonnen lov og forskrift i kursiv er hentet direkte fra lovteksten. KL=Kommuneloven. F=Forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

	Krav i lov og forskrift	Lovref.	Vurdering
1	<u>Kontrollutvalgets ansvar og myndighet</u> Kontrollutvalget skal påse at a. kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte b. det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak c. det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens virksomhet, og av selskaper kommunen har eierinteresser i d. det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eierinteresser i selskaper mv. (eierskapskontroll) e. vedtak som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp.	KL § 23-2	* Kommunen har valgt Innlandet Revisjon IKS (IRev) som revisor, og samarbeidet er regulert gjennom en selskapsavtale. Kontrollutvalget inngår årlig oppdragsavtale med revisjonen på vegne av kommunen. Selskapsavtalen og oppdragsavtalen innfrir de krav som er satt til engasjementbrev etter internasjonale standarder. * Kontrollutvalgets påse-ansvar med revisjonen ivaretas gjennom utvalgets oppfølging av oppdragsavtalen. * Kontrollutvalget har utarbeidet plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, og bestiller slike revisjoner etter nærmere vedtak. * Punkt a, b og e omtales ytterligere nedenfor.
2	<u>Revisors ansvar og myndighet</u> * Revisor skal utføre regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon, eierskapskontroll og annen kontroll som er bestemt i lov eller i medhold av lov, og skal planlegge, gjennomføre, dokumentere og rapportere sitt arbeid i samsvar med lov og forskrift og god kommunal revisjonsskikk. * Revisor skal rapportere om sitt arbeid og resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget. Forskrift § 21 presiserer kravene til dokumentasjon av revisors virksomhet.	KL § 24-2	* Revisors planlegging, gjennomføring og rapportering av revisjonsoppdrag er beskrevet i oppdragsavtalen. Avtalen omhandler bl.a. rapportering, kvalitetskontroll, faglige standarder, kvalitetssystem, betaling. * IRev har kvalitetssystemet ISQM1 som skal sikre at de etterlever faglige standarder og krav. Revisjonen bekrefter at de følger lov, forskrift, standarder for de ulike revisjonsoppdrag og god kommunal revisjonsskikk. * IRev er medlem av NKRF og underlagt deres kvalitetskontroll. Kontrollutvalget blir orientert om resultat av dette, prissammenligning m.m. * Revisjonen sender revisjonsrapporter til kontrollutvalget og orienterer om gjennomføring av revisjonsarbeidet. * Kontrollutvalget har mottatt nødvendig dokumentasjon.
3	Kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapittel 2 og 3.	F § 3	* Kontrollutvalget mottar og behandler egenvurdering om

	Kommuneloven § 24-4 omtaler krav til revisors uavhengighet og vandel. Forskriften § 9 samt §§ 16-18 omhandler kvalifikasjonskrav, krav til revisors uavhengighet, grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten, grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha.		bl.a. uavhengighet fra revisjonsselskapets leder, fagansvarlig for forvaltningsrevisjon og regnskapsrevisjon samt oppdragsansvarlig revisor for regnskap og forvaltningsrevisjon. * Kommunelovens krav etter § 24-4 inngår i godkjenningen som registrert revisor. * Egenvurderingen omhandler forskriftens krav, og ifølge tilsendte egenvurderinger er kravene innfridd. * Kvalifikasjonskravene i forskriftens § 9 er innfridd etter det som er presentert på revisjonens hjemmeside pr. 27.1.2026.
4	<i>Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune, skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget.</i>	F §19	
5	<u>Kontrollutvalgets oppgaver ved regnskapsrevisjon</u> <i>Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet</i>	F § 3	* Kontrollutvalget blir orientert om revisjonens arbeid gjennom behandling av oppdragsavtalen, overordnet revisjonsstrategi og revisjonsrapporter samt revisors orientering om revisjonsarbeidet og tertialrapporter.
6	<i>Kontrollutvalget skal påse at</i> - <i>kommunens årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte</i> - <i>regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruks og avtaler med revisor</i> - <i>det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak</i> Krav til revisor er hjemlet i kommuneloven § 24-5 Regnskapsrevisjonens innhold § 24-6 Revisors plikter ved utførelsen av regnskapsrevisjonen § 24-7 Skriftlige påpekninger fra regnskapsrevisor § 24-8 Revisjonsberetning § 24-9 Forenklet etterlevelsekontroll med økonomiforvaltningen samt forskriften § 21 om krav til revisors dokumentasjon	KL § 23-2 F § 3	* Kontrollutvalget inngår oppdragsavtale med revisjon, men ingen avtaler utover denne. * IRev har kvalitetssystem med rutiner for sitt arbeid. Revisor bekrefter at de utfører regnskapsrevisjon og kontroll av økonomisk forvaltning i samsvar med lovkrav, faglige standarder og god kommunal revisjonsskikk. * Revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon og forenklet etterlevelseskontroll med risiko- og vesentligvurdering er lagt fram for kontrollutvalget. * Kontrollutvalget har mottatt revisjonsrapporter og revisors orientering om revisjonsarbeidet. * Sekretariatet vurderer hvorvidt rapporter er i henhold til lovkrav og bestilling. Rapportens innhold, vurderinger og konklusjon faller inn under revisors faglige ansvar.

7	<i>Kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisorens påpekinger etter kommuneloven § 24-7 til § 24-9 blir rettet eller fulgt opp. Hvis påpekingene ikke blir rettet eller fulgt opp, skal kontrollutvalget rapportere det til kommunestyret.</i> Kommuneloven § 24-7 omhandler skriftlige påpekninger fra regnskapsrevisor, revisjonsberetning og forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen. Revisor skal varsle kontrollutvalget dersom det avdekkes misligheter eller vesentlige feil og mangler ved regnskapet eller kommunens økonomiforvaltning. Videre skal revisor årlig gi kontrollutvalget en skriftlig oppsummering om forhold som er tatt opp, men ikke rettet opp eller fulgt opp tilstrekkelig.	F § 3	* Kontrollutvalget følger opp at revisors påpekninger blir rettet og fulgt opp. Dette kommer i tillegg til revisors ansvar for å følge opp. * Kontrollutvalget mottok i 2024 et nummerert brev etter forenklet etterlevelseskontroll av økonomiforvaltningen. Utvalget fikk i utvalgsmøtet i april/mai orientering om hvilke tiltak og rutiner som kommunen har iverksatt. Revisor har fulgt opp dette ved bl.a. attestasjon og generelt revisjonsarbeid. I årsrapport for 2025 angir revisjonen at det er ingen nummererte brev til oppfølging. * Kontroll og rutiner for å avdekke feil, mangler og mislighet er omtalt i forbindelse med revisjonsstrategien og revisjonsarbeidet, og kontrollutvalget har anledning til å stille spørsmål til revisor.
8	<i>Revisors møterett, opplysningsplikt m.v</i> - <i>Oppdragsansvarlig revisor har møte- og talerett i kontrollutvalgets møter. Oppdragsansvarlig revisor har møteplikt i kommunestyrets møter når kommunestyret skal behandle saker som er knyttet til revisors oppdrag.</i> - <i>Oppdragsansvarlig revisor har møterett i kommunestyret.</i> - <i>Oppdragsansvarlig revisor skal gi opplysninger om kommunen som han eller hun har fått kjennskap til under revisjonen, hvis et medlem av kommunestyret eller kontrollutvalget krever det. Revisor kan kreve å få gi sitt svar i et møte.</i>	KL § 24-3	* Revisjonen mottar møteinnkalling og møter ved behov og etter avtale i kontrollutvalgets møter. Regnskapsrevisor møter alltid når utvalget behandler kommunens regnskap. * Forvaltningsrevisor deltar i kontrollutvalgets møte for å presentere revisjonsrapporter, og ved orienteringer underveis. * Revisor avtaler sin tilstedeværelse i kommunestyret vedr. behandling av revisoroppdrag. * Kontrollutvalget har mottatt de opplysninger fra revisor som det har bedt om.
9	<i>Revisor skal etablere revisjonskriterier for det enkelte revisjonsprosjektet.</i> Dette kravet gjelder alle revisjonsoppgaver etter kommuneloven § 24-2, altså for regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.	F § 15	* Revisor presenterer overordna revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon og forenklet etterlevelseskontroll for kontrollutvalget. * Før kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll, utarbeider revisjonen foranalyse og prosjektplan m/revisjonskriterier som kontrollutvalget

			behandler. Utvalget er orientert om revisjonskriterier, faglige standarder, framdrift og ressursbruk. * Revisjonen orienterer om framdrift, bl.a. gjennom tertialrapporter. "Løypemelding" med status kan avtales.
10	Revisor skal sende utkast av forvaltningsrevisjons-rapporten til uttalelse til kommunedirektøren eller til det kommunale foretaket, selskapet eller det interkommunale selskapet som er gjenstand for revisjon. Videre skal utkast til rapport om eierskapskontroll sendes til uttalelse til selskapet som er omfattet av kontrollen og til den som utøver kommunens eierfunksjon.	F §14	* Uttaleretten er ivarettatt ved revisjonsprosjekter i 2025.
11	<i>Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets vedtak om regnskapsrevisjoner, forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller blir fulgt opp og skal rapportere til kommunestyret om vedtaket er fulgt opp.</i>	KL § 23-2 F § 5	* Kontrollutvalgets oppfølging av revisjonsprosjekter: - Gjennomgang av revisjonsprosjekter i perioden 2014-23 - Forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS (NGR)
12	Fra NKRFs veileder om kontrollutvalgets påse-ansvar * Kontrollutvalget bør bli orientert om den uavhengige vurderingen av om kommunens finansreglement legger opp til en forvaltning i samsvar med loven. * Kontrollutvalget bør vurdere rapporter fra forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll med hensyn til språk og lesbarhet. * Vurderer revisor det som aktuelt å gjennomføre en forvaltningsrevisjon innen utvalgte deler av den økonomiske forvaltningen? * Kontrollutvalget bør vurdere om resultatet av en gjennomført etterlevelseskontroll bør medføre at kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon innen angjeldende område.		* Dette er punkter som kontrollutvalget kan vurdere i sitt arbeid framover.

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-6

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/3	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Årsmelding 2025 for kontrollutvalet

Vedlegg

- 1 Årsmelding 2025 - kontrollutvalet i Dovre kommune

Saksutredning

Kontrollutvalet skal rapportere om resultatet av arbeidet sitt til kommunestyret (kommuneloven § 23-5). Det kan gjerast via kontinuerleg rapportering, årsmelding eller ein kombinasjon av dei to måtane. Rapportering til kommunestyret for året 2025 skjer i form av kontrollutvalets årsmelding for 2025.

Vurdering

Sekretariatets forslag til vedtak:

1. Kontrollutvalet godkjenner årsmelding 2025 med endringar som vart gjort i møtet.
2. Kontrollutvalet sender årsmeldinga til kommunestyret med følgande INNSTILLING:
Kommunestyret tar kontrollutvalets årsmelding for 2025 til orientering.

ÅRSMELDING 2025

KONTROLLUTVALET I DOVRE KOMMUNE

Behandla i kontrollutvalet 3. mars 2026

Innhold

1. Innleiing	side 2
2. Kontrollutvalet	side 2
2.1. Samansetning	
2.2. Mandat, ansvar og mynde	
2.3. Møter og saker	
2.4. Kompetanse og fagleg samarbeid	
2.5. Kontrollutvalets ressursar	
○ Sekretariat for kontrollutvalet	
○ Revisjonsselskapet	
2.6. Økonomi for kontroll og revisjon	
3. Kontrollutvalets arbeid i 2025	side 5
3.1. Saker frå kontrollutvalet til kommunestyret	
3.2. Regnskapsrevisjon og kontroll med økonomiforvaltninga	
3.3. Forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll	
3.4. Kontrollutvalets påsjå-ansvar overfor revisjonen	
3.5. Anna arbeid i kontrollutvalet	
○ Samordning tilsyn og eigenkontroll	
○ Orienteringar frå administrasjonen	
○ Verksemdsbesøk	
○ Henvendelser og innspel	
Vedlegg 1: Oversikt over møter og saker i 2025	side 9

1. Innleiing

"Kontrollutvalget skal rapportere resultatene av sitt arbeid til kommunestyret." ¹

Kontrollutvalet rapporterer om sitt arbeid til kommunestyret gjennom årsmeldinga, samt gjennom rapportar, planar og møteprotokollar som er oversendt i løpet av året.

2. Kontrollutvalet

2.1 Samansetning

Kommunestyret har valgt følgende kontrollutval for perioda 2023-2027:

<u>Faste medlemmer</u>	<u>Varamedlemmer</u>
Martin Killi, AP (leiar)	Elisabeth Stende Simonsen, AP (fritak frå 17.2.25) Oddlaug Espe Hammerstad, AP (valgt 10.3.25)
Magne Lunde, H (nestleiar)	Jan Vidar Haugen, H
Greta Helene Talleraas, SP	Gunvor Gauteplass, SP
Guri Ruste, DOV	Mathias Skrugstad, DOV
Hans-Jacob Dahl, uavh.	Magne Botten, DOV

Guri Ruste er valgt blant kommunestyrets medlemmer.

Utvalets størrelse, representasjon i kommunestyret og kjønnsfordeling er i samsvar med kommunelovens krav.

2.2 Mandat, ansvar og mynde

Kontrollutvalets ansvar og mynde følger av kommuneloven § 23, forskrift om kontrollutvalg og revisjon samt Kontrollutvalsboka (retteleiar frå Kommunal- og distriktsdepartementet).

Mandat og ansvar

Kommunestyret har det øvste ansvaret for å kontrollere kommunens verksemd ², og velger sjølv eit kontrollutval som skal føre løpande kontroll på deira vegner. ³

Kontrollutvalet skal påsjå at: ⁴

- * kommunens regnskaper blir revidert på ein trygg måte
- * det blir ført kontroll med den økonomiske forvaltninga
- * det blir utført forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll
- * kommunestyrets vedtak ved behandling av revisjonsrapportar blir fulgt opp

Mynde

- * Utvalsleiar har møte- og talerett i kommunestyret når det behandler utvalets saker. ⁵
- * Kontrollutvalet har ein generell informasjons, innsyns- og undersøkingsrett utan omsyn til teieplikt. ⁶

¹ Kommuneloven § 23-5 Rapportering til kommunestyret

² Kommuneloven § 22-1 Kommunestyrets kontrollansvar

³ Kommuneloven § 23-1 Kontrollutvalget

⁴ Kommuneloven § 23-2 Kontrollutvalgets ansvar og myndighet

⁵ Kommuneloven § 23-2

⁶ Kommuneloven § 23-2 inkl. kommentar

- * Kontrollutvalet kan ikkje overprøve politiske prioriteringar gjort av kommunens organ.⁷ Det har heller ikkje mynde til å fatte enkeltvedtak og er ikkje noko klageorgan.
- * Saker frå kontrollutvalet skal leggjast fram til behandling i kommunestyret.
- * I saker der utvalet har innstillingsrett, har ikkje kommunedirektør eller folkevalgte organ høve til å gje innstilling. Det gjeld m.a. plan for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll, revisjonsrapportar og oppfølging av desse samt valg av sekretariat og revisjonsordning.⁸

2.3 Møter og saker

Kontrollutvalet følger kommunelovens regler om saksbehandling i folkevalgte organ. Ordførar og oppdragsansvarleg revisor har møte- og talerett i utvalets møter. Utvalet kan innkalle kommunedirektør og andre for å orientere om saker og aktuelle tema. Møtene er som hovudregel opne og saker blir kunngjort på sekretariatets heimeside: <https://www.nord-gudbrandsdal.no/skng/>

Kontrollutvalet hadde 7 møter i 2025 og behandla totalt 46 saker (oversikt på siste side). Utvalet inviterte også i fjor ordførar og rådmann til dialogmøte.

2.4 Kompetanse og fagleg samarbeid

Kontrollutvalets ansvar er både omfattande og krevande, og opplæring om kommunen, lovverk og kontrollansvaret er naudsynt for å kunne utføre utvalets arbeid og oppgåver. Nasjonale konferansar for kontrollutvala i regi av NKRF og FKT er nyttige og viktige arena for opplæring, fagleg påfyll og ikkje minst motivasjon for utvalets arbeid. Utvalets budsjett bør derfor ha rom for at utvalet kan delta på ein konferanse årleg.

Kontrollutvala i 6K hadde felles møte 11.9 og behandla oppfølging av revisjonen av NGR. Møtet vart også nytta til orientering/ opplæring om

- samfunnssikkerhet og beredskap
- offentleglova og forvaltningslova med fokus på innsyn

Utvalsleiarane hadde eit møte i januar for å drøfte årsplan, samarbeid og felles prosjekt.

2.5 Kontrollutvalets ressursar

Sekretariat for kontrollutvalet

Sekretariat for kontrollutvalet er SKNG (Sekretariat for Kontrollutvala i Nord-Gudbrandsdal), eit kommunalt oppgavefelleskap mellom dei seks kommunane Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja og med Sel som vertskommune.

Sekretariatet utgreier saker, bistår utvalet i praktisk tilrettelegging og oppfølging av vedtak. Det utfører oppgåver på vegner av kontrollutvalet og er eit bindeledd mellom utvalet og revisjonsselskapet.

Kontrollutvalgssekretariatet Innlandet KO var settesekretariat vedr. oppfølging av revisjon av Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS.

⁷ Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 1 Rammer for kontrollutvalgets myndighet

⁸ Kontrollutvalgsboka kap. 2 (Rettleiar frå Kommunal- og distriktsdepartementet)

Revisjonsselskapet

Kommunen er medeigar i Innlandet Revisjon IKS saman med 23 andre kommunar og fylkeskommunen. Selskapsavtale er vedtatt av kommunestyret. Innlandet Revisjon IKS leverer samtlege revisjonstenester til kommunen til sjølkost og i samsvar med lover, forskrifter og anerkjente standardar. Kontrollutvalet inngår årleg oppdragsavtale med revisjonen på vegner av kommunen.

2.6 Økonomi for kontroll og revisjon

For å kunne utføre sin lovpålagte kontrollfunksjon på ein god måte er det viktig at kontrollutvalget er gjeve tilstrekkelege ressursar. Kontrollutvalet utarbeider årleg forslag til budsjett for kontroll og revisjon, og dette skal følge innstillingen til årsbudsjett til kommunestyret.⁹ Budsjettet skal omfatte kontrollutvalets drift, sekretariat og revisjon.

	Budsjettforslag	Vedtatt budsjett	Forbruk 2025
Kontrollutvalets drift	125 000	86 825	86 515
Sekretariat	202 400	202 400	217 192
Revisjon	990 950	909 530	1 024 867
Sum	1 318 350	1 198 755	1 328 574

Utvalets drift

- Utgiftene avheng av antal møter, utvalets samansetning og godtgjering samt kor mange som deltar på kurs/konferanse.

Sekretariatet

- Utgiftene blir fordelt med 1/6 pr. kommune, og inkluderer også fellesmøtet i 6K.

Revisjonsutgifter

- Revisjonen fakturerer i tre rater basert på oppdragsavtala, kr 993.710. Basert på faktisk medgått tidsbruk var revisjonskostnadene i 2025 kr 1 024 867. Differansen kjem på 2. termin påfølgande år.
- Budsjettramma for revisjon i 2024 var høgare enn ellers pga. pågåande/avtalte revisjonsprosjekt, medan oppdragsavtala ikkje var justert tilsvarende. Differansen kom i 2025, og revisjonsutgiftene i kommunens regnskap blir tilsvarende høgare.
- Revisjonsomfanget, og særskilt forvaltningsrevisjon, varierer frå år til år, jmf tabellen:

	Avtale-25	Timar-25	Snitt 20-25
Regnskapsrevisjon	445	472	470
Forvaltningsrevisjon/ eigarskapskontroll	300	300	127
Møter	17	15	12
Sum revisjonstimar	762	787	609

- Kontrollutvalet har liten påverknad på tidsbruk til regnskapsrevisjon, her blir lovbestemmelser og praksis om god regnskapsskikk fulgt.
- Forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll blir bestilt etter vedtatt plan, risiko- og vesentlegvurdering og oppdragsavtala. Men det er mange forhold som påverkar kor godt ein treffer budsjettramma, m.a. oppstart og revisjonens kapasitet.
- Det er ynskjeleg om revisjonsutgifter til forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll kunne fordelast over ei lengre perioda (ein slags fond/buffer) eller ein form for "timebank" hjå revisjonen med faste overføringar pr. år. Det ville gje jevnare utgifter og være meir forutseieleg.

⁹ Kommuneloven § 14-3 tredje ledd og forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2

3. Kontrollutvalets arbeid i 2025

3.1 Saker frå kontrollutvalet til kommunestyret

Kontrollutvalet oversendte 7 saker m/innstilling til kommunestyret for endeleg behandling:

1. Kontrollutvalets årsmelding 2024
2. Forvaltningsrevisjonsrapporten "Overordnet styring av informasjonssikkerheten"
3. Uttale til kommunens årsregnskap
4. Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS
5. Oppfølging av rapport eierskapskontroll Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS
6. Budsjettforslag for kontroll og revisjon for 2026
7. Årsplan for kontrollutvalet 2026

3.2 Regnskapsrevisjon og kontroll med økonomiforvaltninga

*"Kontrollutvalget skal påse at kommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte og at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak."*¹⁰

Kontrollutvalet har utført dette gjennom følgende kontrollhandlingar:

- ✓ Behandla og gjeve uttale til kommunens årsregnskaper og årsmelding. Administrasjonen orienterte om regnskapet. Revisors beretning var utan førehald. Utvalets uttale til årsregnskapet går til kommunestyret med kopi til formannskapet. Utvalets uttale og revisjonsmeldinga var vedlagt kommunestyrets behandling.
- ✓ Behandla rapport frå forenkla etterlevelseskontroll med økonomiforvaltninga i 2024. Tema for kontrollen var attestasjon og anvisning av utbetalinger på innkjøpsområdet.
- ✓ Oppfølging av nummerert brev etter forenkla etterlevelseskontroll med økonomiforvaltninga 2023. Tema for kontrollen var oppstilling av kapitalvarer og dokumentasjon på bruk av kapitalvarer. Administrasjonen og revisor orienterte utvalet om dei tiltak og rutiner som var iverksatt. Det er pr. 31.12.25 ingen nummererte brev til oppfølging, som betyr at kommunen har fulgt opp revisjonens påpeikingar.
- ✓ Utvalet har fått orientering frå revisor om revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon 2025 og risiko- og vesentlegvurdering som grunnlag for forenkla etterlevelsekonroll med økonomiforvaltninga 2025. Tema for 2025 blir godkjenning av variabel lønn og utvalet vil behandle revisjonsrapporten når den er klar våren-2026.
- ✓ Orienteringar og dialog med revisor gjennom året.

3.3 Forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll

*Kontrollutvalet skal påsjå at det blir utført forvaltningsrevisjon¹¹ og eigarskapskontroll¹² og at kommunestyrets vedtak ved behandling av revisjonsrapportar blir fulgt opp.*¹³

Kontrollutvalet har utført dette gjennom fleire handlinger som blir nærare omtalt nedanfor.

¹⁰ Kommuneloven § 23-2, bokstav a og b

¹¹ Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderingar av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkningar ut fra kommunestyret vedtak (kommuneloven § 23-3)

¹² Eierskapskontroll innebærer å kontrollere om den som utøver kommunen eierinteresser, gjør dette i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring (kommuneloven § 23-4)

¹³ Kommuneloven § 23-2 Kontrollutvalgets ansvar og myndighet

Behandling av revisjonsrapportar

- ✓ Utvalet har behandla forvaltningsrevisjonsrapport nr 20/25: "Overordnet styring av informasjonssikkerheten". Kommunestyret vedtok kontrollutvalets innstilling i sak 12/25.

Oppfølging av tidlegare revisjonsrapportar

- ✓ Kontrollutvalet har behandla oppfølging av kommunestyrets vedtak av to revisjonsrapportar. Utvalet mottok skriftleg attandemelding om korleis kommunestyrets vedtak er fulgt opp og denne var etterfulgt av muntleg orientering. Kontrollutvalets sak og vedtak til innstilling er oversendt som eigen sak til kommunestyret.
 - * Forvaltningsrevisjon Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS (rapport 13-2024)
Saka oversendt 23.9.25, ikkje behandla i kommunestyret.
 - * Eierskapskontroll Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS (rapport 12-2024)
Saka oversendt 23.9.25, ikkje behandla i kommunestyret.
- ✓ Kontrollutvalet behandla i juni-møtet revisjonsprosjekter som var gjennomført før 2024. Bakgrunnen var at utvalet tidlegare i liten grad har hatt nokon formell oppfølging av rapportar og kommunestyrets vedtak eller rapportering til kommunestyret om korvidt vedtak og revisjonens anbefalingar er fulgt opp tilfredsstillande.
Nedanfor ei oppsummering av utvalets vedtak:
 - * "Regionale samarbeid" (rapport 2014): Utvalet tar med revisjonens tilrådingar som bakgrunnsinformasjon ved evt. bestilling av eigarskapskontroll.
 - * "Selskapskontroll – ansettelser i Nord-Gudbrandsdal regionråd" (rapport 23-2019): Utvalet vurderer at kommunestyrets vedtak er fulgt opp.
 - * "Gjelds- og fondsforvaltning" (rapport 17-2018):
Kontrollutvalet ber rådmannen orientere om kva tiltak kommunen har gjort og vurdering av i kva grad revisjonens tilrådingar er innfridde. Planlagt oppfølging/orientering i mai-2026.
 - * "Helsesamarbeidet NGLMS (rapport 8-2022): Kontrollutvalet bestiller ein oppfølgingskontroll.

Behandling av foranalyser og prosjektplaner

Kontrollutvalet bestiller revisjonsprosjekt på bakgrunn av "Plan for forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll for perioda 2025-2028" som bygger på ei risiko- og vesentlegvurdering. Kommunestyret vedtok planen i 2025 og gav utvalet fullmakt til å endre den.

Planen har følgande prioritert tema for forvaltningsrevisjon:

1. Internkontroll, kvalitetsikring og avvikssystem
 2. Økonomi – offentlig innkjøp og anskaffelse
- ✓ Kontrollutvalet har bestilt forvaltningsrevisjon av temaet "Sektorovergripende internkontroll" på bakgrunn av mottatt foranalyse og prosjektplan frå revisjonen. "Formålet med revisjonen er å undersøke om rådmannen har etablert et sektorovergripende internkontrollsystem som sikrer tilfredsstillende kontroll av forvaltningen i kommunen." ¹⁴
Rapporten er mottatt februar-2026.

¹⁴ Frå foranalyse og prosjektplan

Rapportering til kommunestyret

Ifølge kommuneloven og forskrift om kontrollutvalg og revisjon, skal kontrollutvalet rapportere til kommunestyret om gjennomførte forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller og resultatet av dem.

- ✓ I løpet av 2025 har kontrollutvalet oversendt 3 saker om dette, jmfør punkt 3.1.

3.4 Kontrollutvalets påsjå-ansvar overfor revisjonen

"Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at kommunens årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte, at regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruksjer og avtaler med revisor og at regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i kapittel 2 og 3." ¹⁵

Kontrollutvalet har fulgt opp dette ansvaret gjennom:

- ✓ Løpande dialog med revisjonen gjennom året om revisjonsarbeidet.
- ✓ Orienteringar frå oppdragsansvarleg regnskapsrevisor om revisjonsarbeidet, revisjonsmelding for årsregnskapet, resultat av forenkla etterlevelsekontroll med økonomiforvaltninga og revisors overordna revisjonsstrategi med risikovurdering.
- ✓ Behandla eige sak om utvalets "påsjå-ansvaret" overfor revisjonen.
- ✓ Inngått oppdragsavtale med revisjonen på vegner av kommunen.
- ✓ Behandla tertialvis rapportering frå revisjonen.
- ✓ Behandla eigenvurdering frå revisor om uavhengigheit m.m.
- ✓ Dialog og "løypemeldinger" vedr. forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll.

3.5 Anna arbeid i kontrollutvalet

Samordning tilsyn og eigenkontroll

"Statleg tilsyn og kommunal eigenkontroll har til felles at dei skal medverke til at kommunen løyer sine oppgåver innanfor rammene av lover og forskrifter. Kontrollutvalet bør innhente tilsynsrapportar og halde seg orientert om kommunedirektørens si oppfølging av eventuelle lovbrøt." ¹⁶

Kontrollutvalet har fulgt opp denne oppgåva gjennom:

- ✓ Gjennomgang av statlege tilsyn i 2024 og 2025 med resultat og status
- ✓ Sekretariatet legg inn forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll i den nasjonale tilsynskalenderen.

Det har ikkje lukkast å få kommunen til å etablere rutine slik kontrollutvalet blir løpande orientert om varsel om tilsyn og mottatte tilsynsrapportar.

Orienteringar frå administrasjonen

"Kontrollutvalet kan be kommunedirektøren om å orientere om saker og aktuelle tema i kontrollutvalet. Dette kan gje kontrollutvalet eit grunnlag for å vurdere om eit saksfelt er tilstrekkeleg belyst, eller om det er behov for yttarlegare oppfølging og undersøking." ¹⁷

¹⁵ Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3

¹⁶ Kontrollutvalgsboka side 77

¹⁷ Kontrollutvalgsboka side 32

Orienteringar er viktige for å få kjennskap til og status om aktuelle tema og områder, bli kjent i organisasjonen og gje kontrollutvalet god forståing for risikobildet i kommunen.

- ✓ Kontrollutvalget har i løpet av året bedt om og fått orientering om følgende tema:
 - Kommunens kjøp av konsulenttenester i 2023 og 2024 (11.2.25)
 - Tilsyn 2024 (11.2.25)
 - Kommunale planer og revidering av desse (18.3.25)
 - Status revidering av reglement (18.3.25)
 - Rutiner for svar på henvendelser (18.3.25)
 - Kommunens arbeid om vedlikehald av bygg og anlegg (10.6.25)
 - Rådmannens mynde om stillingsheimlar og personale (10.6.25)
 - Gjennomførte brukarundersøkingar (når, område) (10.6.25)
 - Avtale om bruk av kommunalt areal (10.6.25)
 - Tilsyn 2025 (4.11.25)

Kontrollutvalet takkar kommuneleiinga for mange og nyttige orienteringar!

Verksemdsbesøk

*"For å bli kjent med den kommunale forvaltninga og for at tilsette i kommunen skal bli kjende med kontrollutvalet, kan utvalet vitje ulike kommunale verksmeder. Dette kan også omfatte kommunale føretak og selskap."*¹⁸

Kontrollutvalet drøfta utkast til rutine for besøk, og valgte å utsette vidare arbeid i påvente av veileder frå NKRF/FKT som kom på slutten av året.

Henvendelser og innspel

*"Kontrollutvalet skal handsame saker knytta til revisjon og eigarskapskontroll, men dette er ikkje tilstrekkeleg for å ta hand om det løpande kontrollansvaret. Kontrollutvalet er difor avhengig av å ta opp saker på eige initiativ og få innspel til saker frå andre."*¹⁹

Kommunestyret kan be kontrollutvalet utføre konkrete kontrolloppgåver på sine vegner. Dette har ikkje kommunestyret gjort i 2025.

Kontrollutvalet vurderer sjølv korvidt og korleis det vil behandle henvendelser og innspel frå andre enn kommunestyret. Innhaldet i henvendelse blir vurdert ut frå utvalets ansvar og mandat og ei risiko- og vesentlegvurdering.

Kontrollutvalets behandling av henvendelser:

- ✓ Korvidt kommunens kjøp av konsulenttenester skjer i samsvar med regelverket for offentlig anskaffelse. Kontrollutvalet tok henvendelsen og mottatt informasjon til etterretning og avsluttar saka.

¹⁸ Kontrollutvalsboka side 33

¹⁹ Kontrollutvalsboka side 28

Vedlegg 1: Oversikt over møter og saker i 2025

Møtedato	Saksnr.	Sak
11. februar	Sak 1/25	Protokoll og referatsaker
	Sak 2/25	Forvaltningsrevisjonsrapport om IKT-sikkerheit
	Sak 3/25	Orienteringar
	Sak 4/25	Førespurnad til kontrollutvalet
	Sak 5/25	Forvaltningsrevisjon i 2025
	Sak 6/25	Årsrapport/avregning 2024 frå Innlandet Revisjon
	Sak 7/25	Eigenvurdering frå revisor om uavhengigheit
	Sak 8/25	Kontrollutvalets påsjå-ansvar i 2024
	Sak 9/25	Årsmelding 2024 for kontrollutvalet
	Sak 10/25	Kontrollutvalets årsplan
18. mars	Sak 11/25	Protokoll og referatsaker
	Sak 12/25	Rutine for verksemdsbesøk
	Sak 13/25	Forvaltningsrevisjon i 2025
	Sak 14/25	Planlegging av verksemdsbesøk
	Sak 15/25	Orienteringar
26. mai	Sak 16/25	Foranalyse – internkontroll
	Sak 17/25	Oppfølging av nummerert brev etter forenkla etterlevelseskontroll med økonomiforvaltninga 2023
	Sak 18/25	Forenkla etterlevelseskontroll med økonomiforvaltninga 2024
	Sak 19/25	Kommunens regnskap og årsberetning for 2024
	Sak 20/25	Godkjenning av protokoll
	Sak 21/25	Budsjett-2025
	Sak 22/25	Referatsaker
10. juni	Sak 23/25	Godkjenning av protokoll
	Sak 24/25	Orienteringar
	Sak 25/25	Statleg tilsyn
	Sak 26/25	Oppfølging av revisjonsprosjekter
	Sak 27/25	Referatsaker
	Sak 28/25	Prosjektplan – internkontroll
	Sak 29/25	Eigenvurdering frå revisor om uavhengigheit
11. september	Sak 30/25	Godkjenning av protokoll
	Sak 31/25	Orienteringar
	Sak 32/25	Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS (NGR)
	Sak 33/25	Oppfølging av rapport etter eierskapskontroll Nord-Gudbrandsdal Renovasjon IKS
4. november	Sak 34/25	Godkjenning av protokoll
	Sak 35/25	Budsjettforslag for kontrollarbeid i kommunen
	Sak 36/25	Uavhengighetsvurdering frå regnskapsrevisor
	Sak 37/25	Referatsaker
	Sak 38/25	Drøftingssaker
	Sak 39/25	Orienteringar
9. desember	Sak 40/25	Godkjenning av protokoll
	Sak 41/25	Kontrollutvalets årsplan for 2026
	Sak 42/25	Oppdragsavtale 2026 med Innlandet Revisjon IKS
	Sak 43/25	Revisjonsstrategi for regnskapsrevisjon 2025
	Sak 44/25	Risiko- og vesentlegvurdering som grunnlag for forenkla etterlevelseskontroll med økonomiforvaltninga 2025
	Sak 45/25	Referatsaker og orienteringar
	Sak 46/25	Drøftingssaker og ope post

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-2

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/4	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Prosjektplan oppfølgingskontroll av NGLMS

Vedlegg

- 1 Prosjektplan NGLMS endelig**

Saksutredning

Bakgrunn

Kontrollutvala i 6K bestilte i mars-2021 forvaltningsrevisjon av NGLMS. Formålet med revisjonen var å evaluere helsesamarbeidet knyttet til NGLMS. Helsesamarbeidet vart formalisert som eit vertskommunesamarbeid 1.1.2012, og det var derfor nyttig å kartlegge og vurdere korleis ulike sider av samarbeidet fungerte.

Rapport 8-2022 "Helsesamarbeidet NGLMS" vart presentert i fellesmøte 1. juni 2022. Rapporten ligg på sekretariatets heimeside <https://www.nord-gudbrandsdal.no/skng/>

Kommunestyrene vedtok tilnærma kontrollutvalas innstilling i møter februar-april 2023.

Kontrollutvala har fått orientering om tiltak basert på revisjonens anbefalinger og kommunestyrevedtaka i to fellesmøter, 16. juni 2023 og 16. september 2024. Skriftleg attandemelding frå kommunedirektøren i Sel av 19.6.23 er også gjort kjent for utvala.

I juni-møter i 2025 vedtok kontrollutvalet under sak "Oppfølging av revisjonsprosjekter" å bestille ein oppfølgingskontroll av revisjonsprosjektet "Helsesamarbeid – NGLMS". Kontrollen skulle bestillast i samarbeid med øvrige kontrollutval i 6K.

Innlandet Revisjon IKS leverte første utkast til prosjektplan 2. oktober-2025, og har deretter revidert denne. Endeleg prosjektplan av 3. februar er vedlagt.

Prosjektplan

Prosjektplanen har to alternativ med følgende formål, tidsbruk og framdrift:

- Oppfølgingskontroll av kommunestyrenes vedtak
"Formålet med oppfølgingskontrollen vil være å undersøke hvordan og i hvilken grad den enkelte kommune har fulgt opp kommunestyrevedtaket knyttet til anbefalingene i revisjonsrapporten om NGLMS." Ressursbruk 30-50 timar pr kommune. Rapport innan utgangen av 2026.

2. Oppfølgingskontroll gjennomført som ny revisjon

"Formålet med kontrollen vil være å evaluere helsesamarbeidet knyttet til NGLMS."

Ressursbruk ca 400 timer, 70 timar pr. kommune. Gjennomføring i 2026.

Vurdering

Revisjonen tilrår kontrollutvala å bestille ein oppfølgingskontroll av kommunestyra sine vedtak. Dei meiner at det er for tidleg å ha ein ny revisjon om NGLMS, da det tek tid å gjennomføre endringer på eit område som involverer mange parter.

Revisjonen vurderer at det er hensiktsmessig å kontrollere korleis og i kva grad kommunene har fulgt opp kommunestyrets vedtak med bakgrunn i revisjonens anbefalinger i rapporten.

Sekretariatet sluttar seg til revisjonens vurderingar og tilråding.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalet tar prosjektplanen for oppfølgingskontroll av helsesamarbeidet NGLMS til orientering, og bestiller oppfølgingskontroll av kommunestyrenes vedtak, alternativ 1 i planen.

PROSJEKTPLAN

Oppfølgingskontroll av helsesamarbeidet Nord-gudbrandsdal lokalmedisinske senter

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGENE I NORD-
GUDBRANDSDALEN



INNLANDET REVISJON IKS

3. februar 2026
2026-085/JGB

INNHold

1	INNLEDNING	3
1.1	BESTILLING	3
1.2	FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKTET OM NGLMS	3
1.2.1	Problemstillinger og konklusjoner	3
1.2.2	Kommunestyrevedtak	8
2	FORMÅL, METODE OG GJENNOMFØRING	9
2.1	ALTERNATIV 1: OPPFØLGINGKONTROLL AV KOMMUNESTYRENE VEDTAK	9
2.1.1	Formål	9
2.1.2	Metode	9
2.1.3	Ressursbruk og gjennomføring	10
2.2	ALTERNATIV 2: OPPFØLGINGKONTROLL GJENNOMFØRT SOM NY REVISJON	10
2.2.1	Formål	10
2.2.2	Problemstillinger og revisjonskriterier	11
2.2.3	Metode	11
2.2.4	Ressursbruk og gjennomføring	11
2.3	VEIEN VIDERE	11

1 INNLEDNING

1.1 BESTILLING

Kontrollutvalgene i Nord-Gudbrandsdal bestilte i juni 2025 en oppfølgingskontroll fra Innlandet Revisjons IKS av revisjonsprosjektet *Helsesamarbeidet NGLMS – Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter*.

Bestillingsskjemaet fra kontrollutvalgssekretariatet omfatter ikke ønsket ramme og omfang for oppfølgingskontrollen. En oppfølgingskontroll kan ha ulikt omfang.¹ Vi kan gjøre en kontroll der vi innhenter og analyserer informasjon fra kommunene om hvordan de har fulgt opp kommunestyrenes vedtak. Vi kan alternativt gjøre en ny forvaltningsrevisjon på temaet. Etter nærmere avtale med kontrollutvalgssekretariatet, vil vi her gjennomgå disse to ulike alternativene.

1.2 FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKTET OM NGLMS

Her vil vi først gjennomgå forvaltningsrevisjonsprosjektet fra 2022 og informere om problemstillinger, konklusjoner og anbefalinger som ble gitt for det videre arbeidet.

Innlandet Revisjon IKS gjennomførte forvaltningsrevisjonsprosjektet om Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) i 2022.² Formålet var å evaluere helsesamarbeidet knyttet til NGLMS. Helsesamarbeidet ble formalisert som et vertskommunesamarbeid i Nord-Gudbrandsdalen fra 1. januar 2012. Sel kommune er vertskommune.

Bakgrunnen for kontrollutvalgenes bestilling av revisjonen i 2022, var først og fremst et ønske om å se nærmere på styringen av vertskommunesamarbeidet.³ Det omfattet blant annet forklaringer på variasjonen mellom kommunene i bruken av enkelte tjenester, om kostnadsberegningene knyttet til samarbeidet var riktige, samt om føringene gitt i samarbeidsavtalen var fulgt opp, herunder spesielt hvilken kommunikasjon som er etablert mellom vertskommunen og samarbeidskommunene.

1.2.1 PROBLEMSTILLINGER OG KONKLUSJONER

Det ble formulert fem problemstillinger for prosjektet. Nedenfor gjengis konklusjonene fra 2022 for hver enkelt problemstilling.

Problemstilling 1:

I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?

¹ For mer informasjon: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/om-riksrevisjonen/1.4-faglige-retningslinjer-for-forvaltningsrevisjon.pdf>, kapittel 6.4.

² Rapport 8-2022: <https://irev.no/wp-content/uploads/2022/12/2022.8-NGLMS-Helsesamarbeid.pdf>, datert 20. mai 2022.

³ Ibid.

Konklusjon:

Bestemmelser i vertskommuneavtalen er i noen grad fulgt opp, men revisjonen finner flere områder som ikke gjennomføres iht. avtalen.

Begrunnelse:

Revisjonen har undersøkt samarbeidets praksis på sentrale punkter i vertskommuneavtalen. Dette gjelder i hovedsak hvilke rutiner som er gjennomført når det gjelder å informere og gi innsyn, rutiner for budsjettprosess og rapportering, samt om ulike møtefora er etablert.

Som vertskommune har Sel kommune et særskilt ansvar for å informere om tjenestene som utøves ved NGLMS. I tillegg har samarbeidskommunene også et ansvar for å informere sine innbyggere om tjenester ved NGLMS, som er en del av eget tjenestetilbud. Sel kommune har opprettet nettsiden NGLMS.no, som er primærkanalen for informasjon om tjenestene ved NGLMS. Revisjonen finner at denne nettsiden ikke er oppdatert og inneholder mye utdatert informasjon. Videre finner revisjonen at samarbeidskommunene ikke har gode rutiner for å informere innbyggerne sine om tjenestene som utøves ved NGLMS, og at de prioriterer å informere om helsetilbudet som utøves i egen kommune. Revisjonens funn tyder på at samarbeidskommunene ikke ser på de regionale helsetjenestene som «sine» tjenester, og at det er en mangel på eierskapsfølelse i samarbeidet.

Når det gjelder kommunikasjon mellom vertskommunen og samarbeidskommunene, og innsyn i vertskommunens virksomhet, trekkes budsjett og kostnadsavregninger fram som en kilde til misnøye og frustrasjon. Flere samarbeidskommuner sier at disse er kompliserte og vanskelige å forstå, og at kommunikasjonen rundt disse avregningene fungerer dårlig.

I henhold til vertskommuneavtalen skal vertskommunen utarbeide tertialrapporter og årsmelding som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. Sel kommune utarbeider ikke egne tertialrapporter om driften ved NGLMS. Det er utarbeidet årsmeldinger i tidligere år, men dette ble ikke gjort for 2020.

Vertskommunen skal videre etablere og drifte flere møtefora. Det er etablert et brukerutvalg, et kvalitetsutvalg og et drifts- og utviklingsutvalg iht. avtalen. Videre gjennomføres det et administrativt dialogmøte hver vår, der alle deltakerkommunene deltar. Det er imidlertid ikke etablert rutine for å gjennomføre årlig politisk dialogmøte mellom partene, som også er et punkt i vertskommuneavtalen.

Problemstilling 2:

Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler⁴ i samarbeidet?

Konklusjon:

Det er i liten grad etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet.

⁴ Et styringsmiddel er et virkemiddel eller en metode som benyttes til å styre eller kontrollere noe med, f.eks. budsjettprosess, rapportering, og møtestruktur, jf. rapporten side 12 hentet fra NIBR-rapport 2016:18; *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering*.

Begrunnelse:

I et vertskommunesamarbeid har samarbeidskommunene delegert myndighet innenfor et bestemt område til en vertskommune. Vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe vedtak på vegne av samarbeidskommunene. Selv om samarbeidskommunene har delegert til en annen kommune å utføre en tjeneste har de ikke delegert ansvaret for sine egne innbyggere, og for at disse får de tjenestene de har krav på. Det er derfor viktig at samarbeidet etablerer gode styringsmidler slik at relevant styringsinformasjon når ut til deltakerkommunene, og slik at deltakerkommunene kan delta og påvirke gjennom etablerte kanaler. Revisjonen bygger sin konklusjon på vurderingen av om det er etablert tilfredsstillende rutiner for budsjettprosess, rapportering og møteplasser i det regionale helsesamarbeidet.

Revisjonen vurderer at budsjettprosessen, slik den fungerer i dag, ikke benyttes som et godt virkemiddel for styring i samarbeidet. Revisjonen finner at det ikke er etablert en formell struktur for samhandling knyttet til budsjettprosessen, og at prosessen er preget av mangelfull dialog og liten grad av involvering. Videre finner revisjonen at deltakerkommunene i varierende grad benytter budsjettdokumentene til å formidle nyttig styringsinformasjon om samarbeidet, slik som kommunenes budsjetterte andel i samarbeidet.

Når det gjelder rapporteringsrutiner i samarbeidet finner revisjonen at vertskommunen har etablert rutiner for rapportering, men at rapporteringen i mindre grad inneholder relevant styringsinformasjon. Dette gjelder spesielt tertialrapporteringen, som i dag er en ren kostnadsavregning. Revisjonen mener at både tertial- og årsmeldinger bør si noe om status for tjenestene, måloppnåelse, avvik ift. plan, foreslåtte tiltak, prognoser for videre drift, status for internkontroll, eller andre resultater fra rapporter, tilsyn, undersøkelser som kan si noe om kvaliteten på tjenestene.

Revisjonen mener det er positivt at det er etablert flere møtefora i tilknytning til samarbeidet, samt andre regionale møtefora der NGLMS er et naturlig tema. Jordmødrene og tildelingskontorene er i dag ikke representert i noen fora, og revisjonen mener at også disse faggruppene ville dra nytte av å delta i regionale fora knyttet til NGLMS og regionale helsetjenester.

Problemstilling 3:

Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene på en tilfredsstillende måte?

Konklusjon:

Samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene fungerer tilfredsstillende.

Begrunnelse:

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal det legges til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder uavhengig av om de kommunale tjenestene er organisert lokalt eller i et regionalt samarbeid. Revisjonen har ikke vurdert samarbeidet mellom kommunene og det regionale helseforetaket.

De kommunale tjenestene som samarbeider med NGLMS er først og fremst legene og tildelingskontorene. Legene har en nøkkelrolle når det gjelder vurdering av behov for helsetjenester, også tjenester fra NGLMS. Det er tildelingskontorene i deltakerkommunene som fattet vedtak om intermediær sengeplass ved NGLMS, og

sengeavdelingens kontakt med helsetjenester i pasientens hjemkommune skal i hovedsak skje gjennom tildelingskontorene.

Med bakgrunn i innsamlet informasjon vurderer revisjonen at samarbeidet mellom NGLMS og deltakerkommunene fungerer godt, både i forhold til legene og tildelingskontorene.

Problemstilling 4:

Hva er årsaken til den store variasjonen mellom deltakerkommunene når det gjelder bruk av plasser ved sengeavdelingen?

Det er ikke utarbeidd revisjonskriterier for problemstilling 4 som revisjonen kan vurdere kommunenes praksis opp mot. Det er derfor heller ikke utarbeidet en konklusjon, men en oppsummering av gjennomgangen i kapittel 8.

Statistikken viser at det er stor variasjon i kommunenes bruk av sengeavdelingen ved NGLMS, dette gjelder både intermediaersenger og KAD. Samarbeidskommunene oppgir følgende punkter som viktig når det gjelder bruken av sengeavdelingen:

- Kapasitet og kompetanse i egen kommune
- Avstand
- Økonomi

Så lenge kommunene har ledig kapasitet i institusjon i egen kommune, og en kompetent bemanning, er det mer økonomisk å benytte ledige plasser i egen kommune. Dette ser også ut til å gjelde for bruken av KAD. Bruken av sengeavdelingen øker når kommunene har liten kapasitet i egen kommune, og omvendt. Videre gir kommunene tilbakemeldinger om at avstand er et viktig argument for å gi et tilbud i hjemkommunen, særlig for de eldste. Dette gjelder ikke Vågå.

Det kan altså se ut som at bruken av sengeavdelingen, i særlig grad intermediaersenger, i liten grad er styrt av diagnoser og innleggelseskriterier, men at avdelingen fungerer mer som et ekstratilbud eller avlastning for kommunene når det ikke er ledig kapasitet i hjemkommunen.

Problemstilling 5:

Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?

Konklusjon:

Fordelingen av kostnader mellom deltakerkommunene er i samsvar med finansieringsmodellen som er gitt i vertskommuneavtalen. Vertskommuneavtalen gir imidlertid ingen føringer for hvordan kostnadene skal beregnes. Det er i liten grad dokumentert at sentrale faktorer og beregningsmetoder som har betydning for kostnadsgrunnlagene er i samsvar med vedtak eller felles beslutninger.

Begrunnelse:

Revisjonen har gjennomført en overordnet sjekk av kostnadsgrunnlagene for å se om noen utgifter virker urimelige eller ikke tilhører tjenesten. Kostnadsgrunnlagene inneholder både direkte og indirekte fordelte

kostnader, dvs. kostnader som fordeles mellom avdelingene ved NGLMS, eller mellom Sel kommunes ulike tjenesteområder, etter fastlagte fordelingsnøkler. Siden sengeavdelingen består av både kommunale og interkommunale senger, må kostnadsgrunnlaget også fordeles mellom Sel kommune og det regionale helsesamarbeidet. Dette blir gjort gjennom en komplisert modell der pleiefaktorer benyttes som fordelingsnøkkel. Modellen gir grobunn for tvil vedrørende kostnadsgrunnlagene og om kommunale og interkommunale kostnader blandes sammen. Ifølge Sel kommune var fastsettelsen av pleiefaktorene gjenstand for et grundig arbeid ved oppstarten av LMS. Revisjonen mener at pleiefaktorene er vesentlige i fordelingen av kostnader ved sengeavdelingen og at disse bør vurderes med jevne mellomrom og i forståelse med samarbeidskommunene.

Andre kostnader som fordeles mellom avdelingene er felleskostnader knyttet til bygget. Eiendomsavdelingen har ansvaret for å fakturere, men sier at de ikke har kjennskap til avtaler eller grunnlag som har ligget i bunn for faktureringen.

På bakgrunn av konklusjonene ovenfor, gav revisjonen følgende anbefalinger til kommunene i samarbeidet:

1. *Sel kommune* bør vurdere å etablere en mer utfyllende tertialrapportering som gir relevant styringsinformasjon for samarbeidskommunene, og som gir et godt grunnlag for evaluering av driften og kvaliteten på de regionale helsetjenestene.
2. *Sel kommune* bør utarbeide årsmelding for driften ved NGLMS som inneholder relevant styringsinformasjon, herunder resultater av tilsyn, klager, brukerundersøkelser, etc.
3. *Sel kommune* bør vurdere å revidere modellen for økonomisk avregning slik at det blir enklere for samarbeidskommunene å forstå hvordan tallene framkommer.
4. *Sel kommune* bør gå igjennom rutinene for fordeling av fellesutgifter knyttet til bygget LMS.
5. *Sel kommune* bør gjennomgå på nytt og dokumentere sentrale faktorer i beregningsgrunnlagene, slik at disse er oppdatert og kjent i samarbeidskommunene.
6. *Sel kommune* bør rutinemessig oppdatere nettsiden NGLMS.no, slik at informasjonen er aktuell, relevant og oppdatert.
7. *Samarbeidskommunene* bør etablere rutiner for å informere innbyggerne sine om tjenestene som utøves ved NGLMS. Samarbeidskommunene bør omtale de regionale helsetjenestene som tilbys ved NGLMS på lik linje med sine lokale helsetjenester, og alle bør ha link til NGLMS.no lett tilgjengelig på kommunenes nettsider.
8. *Samarbeidskommunene* bør vurdere å benytte budsjettdokumenter og årsmeldinger til å formidle nyttig informasjon om samarbeidet de deltar i.
9. *Deltakerkommunene* bør etablere en formell struktur for budsjettprosessen i helsesamarbeidet, herunder rutiner for samhandling mellom deltakerkommunene knyttet til budsjettarbeid.
10. *Deltakerkommunene* bør diskutere bruken av intermediær-senger, da det kan tyde på at bruken styres mer av kapasitet på institusjonsplasser i egen kommune, enn av innleggelseskriterier og diagnoser.
11. *Deltakerkommunene* bør vurdere om organiseringen av sengeavdelingen skal evalueres. En blanding av kommunale og interkommunale tjenester gir grobunn for tvil om kostnadsgrunnlagene er korrekte.
12. *Deltakerkommunene* bør vurdere å forenkle kriteriene for innleggelse på intermediær-sengeplass slik at de blir enklere å forholde seg til og mer relevante å benytte for tildelingskontorene. Kriteriene bør evalueres jevnlig.

13. *Deltakerkommunene* bør revidere kriteriene for innleggelse ved KAD-plass årlig. Kriteriene oversendes til den enkelte lege i deltakerkommunene.
14. *Deltakerkommunene* bør vurdere å etablere møteplasser også for jordmødre og tildelingskontorene. Disse gruppene deltar i dag ikke i regionale fora.
15. *Deltakerkommunene* bør evaluere punktet i vertskommuneavtalen om dialogmøte i regionrådet, da dette ikke gjennomføres iht. avtalen.
16. *Deltakerkommunene* bør vurdere om tertial- og årsrapporter vedrørende NGLMS skal behandles politisk i egen kommune.

Deltakerkommunene omfatter alle seks kommunene, mens *samarbeidskommunene* ikke inkluderer Sel kommune som vertskommune.

1.2.2 KOMMUNESTYREVEDTAK

Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 5 fastslår at kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets vedtak om forvaltningsrevisjoner blir fulgt opp og rapportere om dette til kommunestyret.

I en forvaltningsrevisjon/oppfølgingskontroll bruker vi revisjonskriterier. Revisjonskriterier er lover, forskrifter eller vedtak i kommunestyret som sier noe om hvordan virksomheten skal drives.⁵ I en forvaltningsrevisjon gir kriteriene autoritative «standarder» som revisjonen kan måle kommunens praksis opp mot og som er grunnlaget for våre vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

Utgangspunktet for en oppfølgingskontroll vil være det enkelte kommunestyrets vedtak etter behandlingen av aktuell forvaltningsrevisjonsrapport. Vedtaket blir således kilden til revisjonskriterier. Vi vil derfor her gjennomgå den politiske behandlingen av revisjonsrapporten om NGLMS.

Kommunestyret i Sel behandlet forvaltningsrevisjonsrapporten 13.2.2023 (sak 2023/7) og vedtok blant annet at:⁶

- *Kommunestyret forventer at kommunedirektør følger opp de anbefalingene i rapporten som gjelder kommunen.*

Kommunestyret i Lom behandlet rapporten 16.03.2023 (sak 12/2023)⁷. De fattet vedtak:

- *Kommunestyret forventer at kommunedirektør følger opp de anbefalingene i rapporten som gjelder kommunen.*

Kommunestyret i Dovre behandlet rapporten 20. mars 2023 (sak 9/2023).⁸ Vedtaket omfattet blant annet at:

- *Kommunestyret forventer at rådmannen følger opp de anbefalingene i rapporten basert på de 8 siste anbefalingene som gjelder deltakerkommune, av 16 anbefalinger totalt.*

⁵ Jf. Veileder i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll side 57:

https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/Veileder_forvaltningsrevisjon_og_eierskapskontroll_10_2023_FERDIG.pdf

⁶ <https://prod01.elementscloud.no/publikum/Documents/ShowMeetingDocument/21158995-eae0-480a-93e4-5f37a606c5a7/135/MP/585>

⁷ https://prod01.elementscloud.no/publikum/959377677_PROD-959377677-LOM/DmbMeeting/213

⁸ <https://prod01.elementscloud.no/publikum/Documents/ShowDmbHandlingDocument/71f3a6ba-57e4-439c-8ed3-5b062ee0e765/1926/Protokoll>

I Vågå behandlet kommunestyret revisjonsrapporten 30. mars 2023 (sak 12/2023).⁹ De fattet blant annet følgende vedtak:

- *Kommunestyret følger opp de anbefalingene i rapporten som gjelder kommunen.*

Kommunestyret i Skiåk behandlet rapporten 30. mars 2023 (sak 2023/28).¹⁰ De fattet vedtaket:

- *Kommunestyret tek forvaltningsrevisjonsrapporten Helsesamarbeid NGLMS til orientering, og ber vertskommuna imøtekomme og rette opp dei forbettringspunkta og dei anbefalingar revisjonen påpeikar.*
- *Kommunestyret forventer at kommunedirektør følgjer opp dei anbefalingane i rapporten som gjeld kommunen.*

Kommunestyret i Lesja behandlet rapporten 27.april 2023 (sak 13/2023).¹¹ De fattet vedtaket:

- *Kommunestyret forventer at kommunedirektør følger opp de anbefalingene i rapporten som gjelder kommunen.*

I vedtakene omtalt ovenfor, tok også kommunestyret rapporten til orientering, de merket seg forbedringspunktene og flere bad kommunedirektøren om å gi kontrollutvalget en skriftlig tilbakemelding på hvordan anbefalingene blir fulgt opp.

2 FORMÅL, METODE OG GJENNOMFØRING

Nedenfor skisserer vi formål, metode og gjennomføring for to alternative oppfølgingskontroller, som nevnt innledningsvis. De to forslagene har ulik innretning. Det første alternativet innebærer å innhente og analysere informasjon fra kommunene om hvordan de har fulgt opp kommunestyrenes vedtak etter tidligere gjennomført forvaltningsrevisjon. Det andre alternativet er mer omfattende, og innebærer å gjennomføre en ny forvaltningsrevisjon på temaet.

2.1 ALTERNATIV 1: OPPFØLGINGSKONTROLL AV KOMMUNESTYRENE'S VEDTAK

2.1.1 FORMÅL

Formålet med oppfølgingskontrollen vil være å undersøke hvordan og i hvilken grad den enkelte kommune har fulgt opp kommunestyrevedtaket knyttet til anbefalingene i revisjonsrapporten om NGLMS.

2.1.2 METODE

Vi vil etterspørre hvordan de ulike kommunene har fulgt anbefalingene på bakgrunn av kommunestyrevedtaket. Vi vil be om at eventuelle iverksatte tiltak dokumenteres, for eksempel ved at utarbeidede rutiner, retningslinjer

⁹ <https://prod01.elementscloud.no/publikum/Documents/ShowMeetingDocument/ec4050a5-a04b-432a-8cae-866c134322f6/132/MP/620>

¹⁰ <https://prod01.elementscloud.no/publikum/Documents/ShowMeetingDocument/cf603756-f8d7-485b-b01e-8855441d3a5b/189/MP/747>

¹¹ https://prod01.elementscloud.no/publikum/964949204_PROD-964949204-LESJA/DmbMeeting/234

og lignende legges ved tilbakemeldingen. Ved å analysere administrasjonenes redegjørelser og medfølgende dokumentasjon, vil vi vurdere oppfølgingene av de ulike anbefalingene.

Kommunestyrevedtaket i Dovre omfatter kun rapportens anbefalinger til *deltakerkommunene*, ikke de to anbefalingene til *samarbeidskommunene*, selv om disse nok også var ment for Dovre. Vi vil likevel etterspørre kommunens oppfølging av disse anbefalingene. Vi kan imidlertid ikke benytte dem som revisjonskriterier i oppfølgingskontrollen, slik vi vil gjøre i oppfølgingen av de andre kommunene. Et revisjonskriterium må alltid utledes fra en autoritativ kilde, som i dette tilfellet er kommunestyrevedtaket. Så lenge kommunestyrevedtaket i Dovre ikke omfatter anbefalingene til *samarbeidskommunene*, kan vi derfor ikke benytte disse som revisjonskriterier.

I kommunestyrevedtaket til Vågå står at kommunestyret, ikke kommunedirektøren, skal følge opp anbefalingene. Vi påpeker at vi ikke kan revidere et kommunestyre, og at en løsning på dette må avklares nærmere.

2.1.3 RESSURSBRUK OG GJENNOMFØRING

Ressursbruken til et eventuelt prosjekt er blant annet avhengig av følgende forhold:

- Antall problemstillinger som ønskes undersøkt
- Hvor omfattende datagrunnlag det er nødvendig å samle inn for å vurdere kommunens praksis opp mot revisjonskriteriene
- Hvilke metoder som benyttes for å framskaffe datagrunnlaget
- Hvor kompliserte og krevende vurderinger som må foretas
- Hvor godt dokumentert og tilgjengelige data fra kommunens systemer er

Det er vanskelig å anslå ressursbruken på forhånd fordi vi ikke har detaljkunnskap om kommunenes systemer og hvor arbeidskrevende det blir å innhente nødvendige data. Vi vet heller ikke på forhånd hvilke funn vi kommer til å gjøre og i detalj hvilke vurderinger som vi må gå inn på. Ressursbruken kan derfor bli både litt høyere eller litt lavere enn anslått.

Vi har i forbindelse med prosjektplanen gått gjennom aktivitetene i prosjektet og anslår ressursbruken til 30-50 timer per kommune (eksklusive arbeidet med prosjektplanen).

Vi planlegger hovedsakelig gjennomføring fra mars/april 2026. Utkast til rapport skal sendes kommunedirektørene til uttalelse med en frist på 2 uker. Vi legger til grunn at kontrollutvalgene får endelig rapport til behandling innen utgangen av 2026. Vi vil gi beskjed til kontrollutvalgssekretariatet dersom denne fremdriftsplanen blir vesentlig endret.

2.2 ALTERNATIV 2: OPPFØLGINGSKONTROLL GJENNOMFØRT SOM NY REVISJON

2.2.1 FORMÅL

Formålet med kontrollen vil være å evaluere helsesamarbeidet knyttet til NGLMS.

2.2.2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

Vi kan følge opp rapporten fra 2022 ved å gjennomføre en ny forvaltningsrevisjon. Vi foreslår i så fall å undersøke følgende tre av de opprinnelige fem problemstillingene fra 2022:

- *I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?*
- *Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet?*
- *Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?*

Her foreslår vi å benytte de samme revisjonskriteriene som i 2022 tilknyttet disse tre problemstillingene.

De to siste problemstillingene mener vi det er mindre hensiktsmessig å undersøke igjen:

- *Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene på en tilfredsstillende måte?*

Ifølge konklusjonen fra 2022 fungerte dette samarbeidet tilfredsstillende.

- *Hva er årsaken til den store variasjonen mellom deltakerkommunene når det gjelder bruk av plasser ved sengeavdelingen?*

Dette var en deskriptiv problemstilling som ble svart opp i rapporten. Det ble ikke utarbeidet revisjonskriterier for denne problemstillingen som revisjonen kunne vurdere kommunenes praksis opp mot. Det ble derfor heller ikke utarbeidet en konklusjon eller anbefalinger knyttet til denne.

2.2.3 METODE

I gjennomføringen av prosjektet vil vi samle inn data gjennom dokumentanalyse, kartlegginger og kartlegging/intervjuer.

Vi vil hente inn relevante styringsdokumenter, samarbeidsrutiner, prosedyrer og møtereferater. Vi vil også gjennomgå informasjonen som ligger på kommunenes hjemmesider.

Vi vil sende ut kartleggingsskjema med relevante spørsmål for undersøkelsen. Vi utarbeider et skjema for aktuelle ansatte i kommunene og et annet til ansatte ved NGLMS. I kartleggingen vil vi benytte åpne svarfelt, ikke fastlagte svaralternativer. Slik kan vi få svar fra mange. I tillegg kan det være aktuelt å gjennomføre enkelte intervjuer.

2.2.4 RESSURSBRUK OG GJENNOMFØRING

Vi har i forbindelse med prosjektplanen gått gjennom aktivitetene i prosjektet og anslår ressursbruken til 400 timer (eksklusive arbeidet med prosjektplanen).

Vi planlegger gjennomføring i 2026. Utkast til rapport skal sendes kommunedirektørene til uttalelse med en frist på 2 uker. Vi legger til grunn at kontrollutvalgene får endelig rapport til behandling vinteren 2027. Vi vil gi beskjed til kontrollutvalgssekretariatet dersom denne fremdriftsplanen blir vesentlig endret.

2.3 VEIEN VIDERE

Vi anbefaler kontrollutvalgene å bestille en oppfølgingskontroll av kommunestyrenes vedtak, jf. kapittel 2.1 ovenfor. Det tar tid å gjennomføre endringer på et komplekst område som involverer mange parter. Vi mener derfor at det er tidlig å skulle gjøre en ny revisjon om helsesamarbeidet NGLMS. Rapporten fra 2022 har mange

anbefalinger. Etter vår vurdering er det hensiktsmessig å kontrollere hvordan og i hvilken grad den enkelte kommune har fulgt opp vedtaket i kommunestyret med hensyn til disse.

Prosjektet vil bli gjennomført i henhold til *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon* som er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk fastsatt av Norges Kommunerevisorforening. Innlandet Revisjon IKS har et kvalitetssikringssystem som bygger på denne standarden.

Prosjektarbeidet vil i hovedsak bli utført av forvaltningsrevisor Jorun Gilje Buggeland. Guro Selfors Lund er oppdragsansvarlig for prosjektet, og det vil kvalitetssikres av fagansvarlig revisor Ole Inge Gjerald.

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-1

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/5	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Rutine for verksemdsbesøk

Vedlegg

- 1 Rutine for verksemdsbesøk**

Saksutredning

Virksomhetsbesøk er et verktøy kontrollutvalget har for å utøve sin kontrollfunksjon, for å være kjent med kommunens virksomhet og forvaltning. Utvalget kan også besøke foretak og selskap som kommunen har eierinteresser i.

Ved behandling av *utkast* til rutine for virksomhetsbesøk i fjor, kom det flere gode betraktninger både fra utvalgene og kommunene ved kommunedirektør og ordfører. Disse er i hovedsak tatt inn i rutinen.

Kommunedirektørene har fått tilsendt saksframlegg og rutine for evt. uttale. Sekretariatet har pr. 9.2 ikke mottatt noen innspill.

Rutinen bygger på:

- Kontrollutvalgsboka kap. 4 (rettleiaren fra kommunal- og distriktsdepartementet)
- Anbefaling for god skikk og praksis i kontrollutvalgssekretariatene – Virksomhetsbesøk (vedtatt av FKT og NKRF oktober-2025)

Kontrollutvalgsboka fra departementet går lenger i formål og besøkets innhold enn anbefalingen fra FKT og NKRF, og her følger rutinen i hovedsak anbefalingen.

Vurdering

En felles rutine for kontrollutvalgene, vil bidra til god planlegging, bedre forutsigbarhet og mer ensartet gjennomføring av slike besøk over tid. Den vil også ivareta ulike forhold sett fra både kontrollutvalgets, kommunens og virksomhetens side, samt klargjøre hva besøk er og hvilken rolle sekretariatet har.

Sekretariatet anbefaler at vurderingene nedenfor, legges til grunn for å forstå/tolke og følge rutinen.

Generelt

1. Virksomhetsbesøk er et verktøy kontrollutvalget har for å bli kjent med virksomheten. Utvalget utøver ikke tilsyn eller forvaltningsrevisjon etter faglige standarder, og bør være forsiktig med vurderinger og konklusjoner på grunnlag av besøket.
2. Et virksomhetsbesøk kan være nokså krevende med tanke på tid, ressurser og plass/lokalteter samt skape ekstra oppmerksomhet og forventninger. Kontrollutvalget og sekretariater skal derfor ikke ta lett på slike besøk. Besøket må planlegges godt og ad-hoc besøk bør unngås. Besøket omfatter planlegging og etterarbeid, - det er ikke en enkeltstående hendelse, men et ledd i helhetlig prosess.
3. Kontrollutvalget kan ifølge kommuneloven be om enhver opplysning. Utvalet bør imidlertid ikke innhente og vurdere informasjon "på direkten" og på egenhånd. Det er sekretariatet som skal utrede saker for kontrollutvalget og passe på at sakene er forsvarlig opplyste.

Valg av virksomhet

4. Virksomhetsbesøk med prioritering/valg av virksomhet bør gjøres i forbindelse med kontrollutvalgets årsplan. Hvis utvalget ønsker tillegg, bør årsplanen revideres.
5. Før valg av virksomhet bør kontrollutvalget være kjent med om det er gjennomført eller planlagt andre kontrollhandlinger som f.eks. tilsyn.
6. Det bør utvises ekstra forsiktighet med å velge virksomhet på bakgrunn av mediaoppslag eller politisk aktualitet. Dette kan skape uro og risiko for at besøket tar form som høring, føre til uklar rolleavgrensning i forhold til andre utvalg og rokke ved kontrollutvalgets rolle.

Forberedelser

7. Kontrollutvalget bør tidlig drøfte og bestemme formålet med besøket. Dette vil bidra til å gjøre besøket mer målrettet og avklart for både utvalget og de som får besøk.
8. Sekretariatet tar kontakt med kommunedirektør (tilsvarende daglig leder i et kommunalt selskap), og avtaler tidspunkt, deltakere, videre forberedelser og kontakt.
9. Sekretariatet utarbeider besøksplan (bakgrunn for kontrollutvalgets besøk av virksomhet, formål, tema/spørsmål, timeplan, evt. orientering og dokumenter) og gjør den kjent for de involverte i god tid før besøket.
10. Sekretariatet kan signalisere hvem kontrollutvalget ønsker å treffe, men det har ikke direkte kontakt med ansatte, elever, brukere osv.
11. Besøket har eget saksnummer og sekretariatet lager sak med forslag til vedtak, f.eks. at kontrollutvalget tar orienteringene fra besøket til etterretning.
12. Sekretariatet vurderer sammen med kommunedirektør/daglig leder hvorvidt møtet og besøket kan være åpent. Det kan være forhold som sikkerhet, personvern, adgangsbegrensning, sensitiv informasjon, begrenset kapasitet og driftshensyn som gjør at møtet må lukkes under saken/besøket. Dersom møtet må lukkes under saken/besøket, må det framkomme i innkallingen og det bør også vurderes om evt. orienteringer er bedre egnet som egen sak i andre lokaler.

Gjennomføring av besøket

13. Kontrollutvalgets møter, herunder orienteringer og besøk, er åpne for media og offentligheten, med mindre det er forhold som tilsier noe annet. Se punkt over.
14. Ved evt. medieinteresse, er det kommunedirektør/virksomhetsleder som representerer virksomheten og utvalgsleder representerer kontrollutvalget.

Etterarbeid

15. Etterarbeid bør være fast praksis, ikke noe som sekretariatet vurderer pr. besøk.
16. Kontrollutvalget bør gjennomføre en oppsummering/evaluering, ikke minst for egen læring og forbedring. Aktuelle momenter er gjennomføring og nytte i forhold til besøkets formål, hvorvidt utvalget har mottatt informasjon som er relevant for utvalgets kontrollarbeid og risiko- og vesentlighetsvurdering, evt. oppfølging og hvordan kontrollutvalgets oppsummering blir å formidle til kommunestyret.
17. Ved evt. oppsummering/referat av en muntlig orientering, sjekkes dette ut med kommunedirektør/virksomhetsleder slik at det ikke framkommer informasjon i åpen protokoll som ledelsen ikke står inne for.
18. Dersom kontrollutvalget under besøket mottar informasjon som tilsier oppfølging, bør dette være i egen sak som sekretariatet forbereder. Kommunedirektør gis anledning til å uttale seg om dette før utvalgets behandling.

Sekretariatet anbefaler at kontrollutvalget slutter seg til overstående betraktninger og vurderinger og godkjenner framlagt rutine.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner det framlagt forslaget "Rutine for verksemdsbesøk".

Rutine for verksemdsbesøk

1. Omfang

Rutinen gjeld for kontrollutvalets besøk i kommunens verksemd og kommunale føretak og selskap som kommunen har eigarinteresser i.

2. Definisjon

Verksemdsbesøk er eit møte mellom kontrollutvalet og ein av kommunens verksemdar.

3. Formål

Kontrollutvalets formål med verksemdsbesøk er å gjere seg kjent med og skaffe seg kunnskap om korleis kommunens verksemdar blir drive. Besøket kan bidra til å gjere kontrollutvalsarbeidet kjent.

4. Lovheimel og referanser

- Kommunelovens § 23-1: "Kommunestyret velger selv et kontrollutvalg som skal føre løpende kontroll på deres vegne".
- Kontrollutvalsboka side 32-33 (retteleiar frå kommunal- og distriktsdepartementet)
- Kommuneloven kap. 11 om saksbehandling i folkevalgte organ
- Anbefaling frå FKT/NKRF om verksemdsbesøk

5. Prosess for verksemdsbesøk

a. Initiating og valg av verksemd

- Kontrollutvalet vurderer verksemdsbesøk ved behandling av årsplanen, og prioriterer kva verksemd dei ynskjer å besøke.
- Valg av verksemdar er basert på risiko- og vesentlegvurdering og øvrig kontrollarbeid.
- Ved evt. besøk i interkommunale selskap, skal øvrige kontrollutval være orienterte.

b. Forberedelser

- Kontrollutvalet drøftar formål med besøket, om det er spesielle tema det ynskjer å ha fokus på, kven utvalet ynskjer å møte, evt. dokumenter tilsendt i forkant osv.
- Sekretariatet tar skriftleg kontakt med kommunedirektør¹ og avklarar tidspunkt, deltakere, vidare forberedelser, relevante dokumenter som utvalet bør kjenne til osv.
- Sekretariatet lager besøksplan som er kjent for alle involverte i god tid før besøket.
- Besøket har eige saksnummer og er eindel av saklista som blir kunngjort. Sekretariatet lager saksutgreiing med innstilling til vedtak.
- Sekretariatet vurderer om det er forhold som gjer at utvalet må lukke møtet heilt eller delvis.
- Kontrollutvalet forbereder seg til besøket.

c. Gjennomføring av besøket

- Besøket blir gjennomført i tråd med prinsippet om møteoffentlegheit.
- Besøket blir innleia med presentasjon av deltakarane og at kontrollutvalgsleiar orienterer om utvalets arbeid og formålet med besøket.
- Verksemda orienterer om arbeidet sitt. Omvisning etter avtale.
- Kontrollutvalet kan stille eventuelle spørsmål undervegs i besøket.

d. Etterarbeid

- Kontrollutvalet oppsummerer og evaluerer besøket. Sekretariatet lager deretter eit notat.
- Utvalet tar stilling til evt. oppfølging av besøket.
- Sekretariatet sørger for at dokumenter knytta til besøket blir arkivert.

¹ Tilsvarende dagleg leiar ved besøk i selskap

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-8

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/6	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Budsjett 2026

Saksutredning

Bakgrunn

Kontrollutvalet vedtok i møtet 4. november 2025 følgende budsjettforslag:

Kontrollutvalet foreslår kr 1 337.880 som budsjettramme for kontrollarbeidet i kommunen i 2026 med denne fordelinga:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ○ Kontrollutvalets drift | 125.000 kr |
| ○ Kontrollutvalsekretariatet (SKNG) | 216.000 kr |
| ○ Revisjon (Innlandet Revisjon IKS) | 996.880 kr |

Vedtaket var gjort med forbehold om budsjett-ramme og timesatsar.

Kontrollutvalet inngjekk i møtet 9. desember 2025 oppdragsavtale for 2026 mellom Dovre kommune og Innlandet Revisjon IKS med ei total økonomisk ramme på kr 993.710, under føresetnad av at kontrollutvalet sitt budsjettforslag for kontrollarbeid blir vedtatt av kommunestyret samt at oppgjøre timeprisar i avtala blir vedtatt av revisjonsselskapets representantskap.

Kommunestyret vedtok 15. desember 2025 ei ramme for kontroll og revisjon på kr 1.231.807. Dette er 3 % auke i forhold til vedtatt budsjett for 2024, og 106.073 kroner lågare enn kontrollutvalets forslag. Kommunestyrets vedtak har ikkje føringer for kvar nedtrekket skal skje, og det må da forståast slik at det er kontrollutvalet sjølv som prioriterer.

Kontrollutvalet må behandle budsjettet på nytt og inngå oppdragsavtale med revisjonen i samsvar med vedtatt budsjettramme.

Budsjettposter

Representantskapet for SKNG vedtar budsjettet for samarbeidet og utgiftane blir fordelt med 1/6 pr. deltakarkommune.

Utvalets budsjett la opp til 445 timar til rekneskapsrevisjon, 300 timar til forvaltningsrevisjon/eigarskapskontroll og 17 timar til møtedeltaking, totalt 762 timar. Både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon er lovpålagt. Kontrollutvalet har liten påverknad på timebruken for regnskapsrevisjon. Forvaltningsrevisjon blir utført etter bestilling av kontrollutvalet.

Oversikten nedanfor viser minimum for kontrollutvalets drift med 6 møter i året:

	KUs forslag	Rev.forslag	Grunnlag for oppsettet
Møtegodtgjering	21.000	23 500	6 møter * 5 p * 747 kr = 22 410
Tapt arbeidsforteneste	30.000	9 200	4 møter * 4 t * 1 p * 199 kr = 3 184 4 dager * 7,5 t * 1p * 199 kr = 5 970
Godtgjering leder		9 954	
PC-godtgjering leder		2 500	
Ekstra møter leder		5 500	20 t * 199 + 2 * 747
Arbeidsgjevaravgift	4.000	3 200	6,4 % av ca 50.000
Reiseutgifter	10.000	4 500	150 km/møte*5 km
		?	Ca 700 kr pr. konf.deltaker
Møter, konferanser	48.000	?	10 000 pr. person pr. konf
Møteservering m.m.	8.000	8 000	inkl. eit felles dagmøte
Kontingent FKT	4.000	4 000	Forum for kontroll og tilsyn
Sum	125.000	ca 70 000	

Vurdering

Sekretariatet vil tilrå 6 møter årleg for å oppretthalde kontinuitet og at utvalet kan føre ein løpande kontroll. Det er to poster som kan reduserast for eitt år utan store konsekvensar; konferanse/kurs-deltaking og antal timar forvaltningsrevisjon. 10.000 kr innan utvalets drift tilsvarar 7-8 timar forvaltningsrevisjon. Oppdragsavtaler t.o.m. 2023 hadde 241 timar til forvaltningsrevisjon. Kommunestyrets budsjettvedtak for området kontroll og revisjon, kan tolkast som at det er nøgd med tidlegare års aktivitetsnivå.

Det blir foreslått oppdragsavtale for 2026 med 445 timar regnskapsrevisjon, 240 timar forvaltningsrevisjon og 17 timar møter, totalt 702 timar. Total kostnad kr 909.807. Ramme for kontrollutvalets drift blir foreslått til kr 106.000 som gjev rom for at 3 kan delta på ei konferanse i år.

Sekretariatets forslag til vedtak:

- Kontrollutvalet vedtek revidert budsjett kr 1.231.807 med følgende fordeling:
 - Kontrollutvalets drift 106.000 kr
 - Sekretariat 216.000 kr
 - Revisjon 909.807 kr
- Kontrollutvalet inngår oppdragsavtale med 702 timar og ein kostnad på kr 909.807.

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-7

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/7	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Eigenvurdering av uavhengighet frå revisor

Vedlegg

- 1 2026 Uavhengighet - Daglig leder
- 2 2026 Uavhengighet - leder forvaltningsrevisjon
- 3 2026 Uavhengighet - leder regnskapsrevisjon
- 4 2026 Uavhengighet - OA Guro Selfors Lund
- 5 2026 Uavhengighet - OA Kaija Skaare Lier
- 6 2026 Uavhengighet - OA Kristian Lein

Saksutredning

Forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19: "Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig eigenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget."

I følge Kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Forskrift om kontrollutvalg og revisjon har flere krav til revisor.

Kontrollutvalet har fått tilsendt eigenvurdering for dagleg leiar, leiar for regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon og oppdragsansvarleg forvaltningsrevisor. Andre som utfører revisjonsoppdrag leverer eigenvurdering til sin overordna.

Vurdering

Ifølge eigenvurderingane er samtlige uavhengige i forhold til kommunen.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalet tar uavhengighetserklæringene til orientering.

Lillehammer, 09.01.2026
J.nr./Referanse:2026-009 /Rak

Til
Kontrollutvalgene i deltakerkommunene til Innlandet Revisjon IKS

Daglig leder, Anne Live Jensvoll, egenvurdering av sin uavhengighet.

Innledning

I henhold til Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22.06.18 § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Kravene til uavhengighet følger av kapittel 3 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19 og av revisjonsstandarder.¹

Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19. Ledere med kontrollfunksjon gjør tilsvarende vurdering.

Daglig leders egenvurdering av uavhengighet

Ansettelsesforhold (§18a)	<i>Daglig leder har ikke stillinger i noen av deltaker kommunene.</i>
Ansettelsesforhold (§ 18b)	<i>Daglig leder har ikke stillinger i en virksomhet som noen av deltaker kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18c)	<i>Daglig leder er ikke medlem av styrende organer i en virksomhet som noen av deltaker kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Deltar i eller har funksjon i annen virksomhet (§ 18d)	<i>Daglig leder deltar ikke i eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til noen av deltaker kommunene, eller på annen måte er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Rådgivingstjenester eller andre tjenester (§ 18e)	<i>Daglig leder utfører ikke rådgivingstjenester eller andre tjenester for noen av deltaker kommunene som er egnet til å svekke revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Yte ledelses- eller kontrolloppgaver (§ 18f)	<i>Daglig leder utfører ikke ledelses- eller kontrolloppgaver for noen av deltaker kommunene.</i>
Fullmektig (§ 18g)	<i>Daglig leder opptre ikke som fullmektig for noen av deltaker kommunene.</i>

¹ ISA 200 - Overordnede mål for den uavhengige revisor og gjennomføringen av en revisjon i samsvar med revisjonsstandardene pkt. 14, ISA 220 - Kvalitetskontroll av revisjon av regnskaper pkt 11, ISA 300 - Planlegging av revisjon av et regnskap pkt. 7, Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61222568

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
www.irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Grenser for revisors tilknytning til revidert virksomhet (§ 17)	<i>Daglig leder har ikke en slik tilknytning til virksomheten i noen av deltaker kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Nærstående (§ 17)	<i>Daglig leder er ikke kjent med at nærstående har en slik tilknytning til virksomheten i noen av deltaker kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Særegne forhold (§ 16)	<i>Daglig leder er ikke kjent med særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet i noen av deltakerkommunene.</i>
Eventuelle merknader	

Med hilsen



Anne Live Jensvoll
Daglig leder

Krav til revisors uavhengighet i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19.

§ 16. Krav til revisors uavhengighet

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.

Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

§ 17. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.

Nærstående etter første ledd er:

- a) revisorens ektefelle eller samboer og deres søsken,
- b) revisorens slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere,
- c) revisorens søsken og deres ektefeller eller samboere,
- d) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer.

§ 18. Grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha

- a) Revisor kan ikke ha andre stillinger i kommunen eller fylkeskommunen,
- a) ha andre stillinger i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av,
- b) være medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av. Dette gjelder ikke hvis virksomheten utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap, samvirkeforetak eller aksjeselskap,
- c) delta i eller ha funksjoner i en annen virksomhet, hvis det kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen eller fylkeskommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisoren,
- d) utføre rådgivningstjenester eller andre tjenester for kommunen eller fylkeskommunen, hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet,
- e) yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrolloppgaver,
- f) opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter [domstolsloven § 218](#).

Lillehammer, 09.01.2026

J.nr./Referanse: 2026-009/Rak

Til kontrollutvalgene i deltakerkommunene i Innlandet Revisjon IKS

Egenvurdering av uavhengighet – leder forvaltningsrevisjon Ole Inge Gjerald

Innledning

I henhold til Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22.06.18 § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. De nærmere kravene til uavhengighet følger av kapittel 3 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19 og av revisjonsstandarder.¹

Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19. Ledere med kontrollfunksjon gjør tilsvarende vurdering.

Egenvurdering av uavhengighet

Ansettelsesforhold (§18a)	<i>Fagansvarlig har ikke stillinger i noen av deltakerkommunene.</i>
Ansettelsesforhold (§ 18b)	<i>Fagansvarlig har ikke stillinger i en virksomhet som noen av deltakerkommunene deltar i eller er eier av.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18c)	<i>Fagansvarlig er ikke medlem av styrende organer i en virksomhet som noen av deltakerkommunene deltar i eller er eier av.</i>
Deltar i eller har funksjon i annen virksomhet (§ 18d)	<i>Fagansvarlig deltar ikke i eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til deltaker kommunene, eller på annen måte er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Rådgivingstjenester eller andre tjenester (§ 18e)	<i>Fagansvarlig utfører ikke rådgivingstjenester eller andre tjenester for noen av deltakerkommunene som er egnet til å svekke revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Yte ledelses- eller kontrolloppgaver (§ 18f)	<i>Fagansvarlig utfører ikke ledelses- eller kontrolloppgaver for noen av deltakerkommunene.</i>
Fullmektig (§ 18g)	<i>Fagansvarlig opptre ikke som fullmektig for noen av deltakerkommunene.</i>

¹ ISA 200 - Overordnede mål for den uavhengige revisor og gjennomføringen av en revisjon i samsvar med revisjonsstandardene pkt. 14, ISA 220 - Kvalitetskontroll av revisjon av regnskaper pkt 11, ISA 300 - Planlegging av revisjon av et regnskap pkt. 7, Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61222568

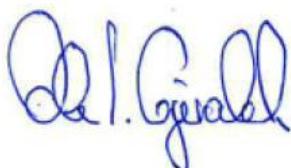
Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
www.irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Grenser for revisors tilknytning til revidert virksomhet (§ 17)	<i>Fagansvarlig har ikke en slik tilknytning til virksomheten i noen av deltaker kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Nærstående (§ 17)	<i>Fagansvarlig er ikke kjent med at nærstående har en slik tilknytning til virksomheten i noen av deltakerkommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Særegne forhold (§ 16)	<i>Fagansvarlig er ikke kjent med særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet i noen av deltakerkommunene.</i>
Eventuelle merknader	<i>Fagansvarlig for forvaltningsrevisjon har tiltrådt stillingen etter å ha hatt en lederfunksjon i Innlandet fylkeskommune. For å ivareta habilitet og tillit i revisjonsarbeidet, vil undertegnede i en overgangsperiode ikke ha direkte involvering i forvaltningsrevisjon eller eierskapskontroll rettet mot Innlandet fylkeskommune.</i>

Med hilsen



Ole I. Gjerald

Krav til revisors uavhengighet i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19.

§ 16. Krav til revisors uavhengighet

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.

Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

§ 17. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.

Nærstående etter første ledd er:

- a) revisorens ektefelle eller samboer og deres søsken,
- b) revisorens slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere,
- c) revisorens søsken og deres ektefeller eller samboere,
- d) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer.

§ 18. Grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha

- a) Revisor kan ikke ha andre stillinger i kommunen eller fylkeskommunen,
- a) ha andre stillinger i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av,
- b) være medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av. Dette gjelder ikke hvis virksomheten utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap, samvirkeforetak eller aksjeselskap,
- c) delta i eller ha funksjoner i en annen virksomhet, hvis det kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen eller fylkeskommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisoren,
- d) utføre rådgivningstjenester eller andre tjenester for kommunen eller fylkeskommunen, hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet,
- e) yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrolloppgaver,
- f) opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter [domstolsloven § 218](#).

Lillehammer, 15.01.2025
J.nr./Referanse: 2026-009/SCB

Til
Kontrollutvalget i deltakerkommunene i Innlandet Revisjon IKS

Egenvurdering av uavhengighet - leder regnskapsrevisjon Steinar Christen Berg

Innledning

I henhold til Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22.06.18 § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. De nærmere kravene til uavhengighet følger av kapittel 3 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19 og av revisjonsstandarder.¹

Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19. Ledere med kontrollfunksjon gjør tilsvarende vurdering.

Egenvurdering av uavhengighet

Ansettelsesforhold (§18a)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon har ikke stillinger i noen av deltakerkommunene.</i>
Ansettelsesforhold (§ 18b)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon har ikke stillinger i en virksomhet som noen av deltakerkommunene deltar i eller er eier av.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18c)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon er ikke medlem av styrende organer i en virksomhet som noen av deltakerkommunene deltar i eller er eier av.</i>
Deltar i eller har funksjon i annen virksomhet (§ 18d)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon deltar ikke i eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til deltakerkommunene, eller på annen måte er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Rådgivingstjenester eller andre tjenester (§ 18e)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon utfører ikke rådgivingstjenester eller andre tjenester for noen av deltakerkommunene som er egnet til å svekke revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Yte ledelses- eller kontrolloppgaver (§ 18f)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon utfører ikke ledelses- eller kontrolloppgaver for noen av deltakerkommunene.</i>
Fullmektig (§ 18g)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon opptrer ikke som fullmektig for noen av deltakerkommunene.</i>

¹ ISA 200 - Overordnede mål for den uavhengige revisor og gjennomføringen av en revisjon i samsvar med revisjonsstandardene pkt. 14, ISA 220 - Kvalitetskontroll av revisjon av regnskaper pkt 11, ISA 300 - Planlegging av revisjon av et regnskap pkt. 7, Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61222568

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
irev.no
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Grenser for revisors tilknytning til revidert virksomhet (§ 17)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon har ikke en slik tilknytning til virksomheten i noen av deltaker kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Nærstående (§ 17)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon er ikke kjent med at nærstående har en slik tilknytning til virksomheten i noen av deltakerkommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Særegne forhold (§ 16)	<i>Fagansvarlig regnskapsrevisjon er ikke kjent med særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet i noen av deltakerkommunene.</i>
Eventuelle merknader	

Med hilsen

Steinar C. Berg

Steinar Christen Berg
Fagansvarlig regnskapsrevisjon

Krav til revisors uavhengighet i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19.

§ 16. Krav til revisors uavhengighet

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.

Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

§ 17. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.

Nærstående etter første ledd er:

- a) revisorens ektefelle eller samboer og deres søsken,
- b) revisorens slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere,
- c) revisorens søsken og deres ektefeller eller samboere,
- d) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer.

§ 18. Grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha

- a) Revisor kan ikke ha andre stillinger i kommunen eller fylkeskommunen,
- a) ha andre stillinger i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av,
- b) være medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av. Dette gjelder ikke hvis virksomheten utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap, samvirkeforetak eller aksjeselskap,
- c) delta i eller ha funksjoner i en annen virksomhet, hvis det kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen eller fylkeskommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisoren,
- d) utføre rådgivningstjenester eller andre tjenester for kommunen eller fylkeskommunen, hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet,
- e) yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrolloppgaver,
- f) opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter [domstolsloven § 218](#).

Lillehammer, 15.01.2026
J.nr./Referanse: 2026-009/Rak

Til

Kontrollutvalgene i deltakerkommunene i Innlandet Revisjon IKS

- Sør-Aurdal
- Etnedal
- Nord-Aurdal
- Vestre Slidre
- Øystre Slidre
- Vang
- Gjøvik kommune
- Østre Toten kommune
- Vestre Toten kommune
- Jevnaker kommune
- Lunner kommune
- Gran kommune
- Søndre Land kommune
- Nordre Land kommune
- Lillehammer kommune
- Øyer kommune
- Gausdal kommune
- Innlandet fylkeskommune
- Dovre kommune
- Sel kommune
- Lesja kommune
- Vågå kommune
- Skjåk kommune
- Lom kommune

Egenvurdering av uavhengighet - oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Guro Selfors Lund

Innledning

I henhold til Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22.06.18 § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Kravene til uavhengighet følger av kapittel 3 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19 og av revisjonsstandarder.¹

Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget (jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19.)

Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering av uavhengighet, jf forskrift om kontrollutvalg og revisjon

Ansettelsesforhold (§18a)	<i>Undertegnede har ikke stillinger i kommunene.</i>
Ansettelsesforhold (§ 18b)	<i>Undertegnede har ikke stillinger i en virksomhet som kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18c)	<i>Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Deltar i eller har funksjon i annen virksomhet (§ 18d)	<i>Undertegnede deltar ikke i eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunene, eller på annen måte er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>

¹ ISA 200 - Overordnede mål for den uavhengige revisor og gjennomføringen av en revisjon i samsvar med revisjonsstandardene pkt. 14, ISA 220 - Kvalitetskontroll av revisjon av regnskaper pkt 11, ISA 300 - Planlegging av revisjon av et regnskap pkt. 7, Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 22 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik
Tlf. 61289080

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta
Tlf. 61289080

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
www.irev.no
Postboks 153
2626 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Rådgivingstjenester eller andre tjenester (§ 18e)	<i>Undertegnede utfører ikke rådgivingstjenester eller andre tjenester for kommunene som er egnet til å svekke revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Yte ledelses- eller kontrolloppgaver (§ 18f)	<i>Undertegnede utfører ikke ledelses- eller kontrolloppgaver for kommunene.</i>
Fullmektig (§ 18g)	<i>Undertegnede opptre ikke som fullmektig for kommunene.</i>
Grenser for revisors tilknytning til revidert virksomhet (§ 17)	<i>Undertegnede har ikke en slik tilknytning til virksomheten i kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Nærstående (§ 17)	<i>Undertegnede er ikke kjent med at nærstående har en slik tilknytning til virksomheten i kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Særegne forhold (§ 16)	<i>Undertegnede er ikke kjent med særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet i kommunene.</i>
Eventuelle merknader	

Med hilsen

Guro Selfors Lund

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Krav til revisors uavhengighet i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19.

§ 16. Krav til revisors uavhengighet

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.

Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

§ 17. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.

Nærstående etter første ledd er:

- a) revisorens ektefelle eller samboer og deres søsken,
- b) revisorens slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere,
- c) revisorens søsken og deres ektefeller eller samboere,
- d) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer.

§ 18. Grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha

- a) Revisor kan ikke ha andre stillinger i kommunen eller fylkeskommunen,
- a) ha andre stillinger i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av,
- b) være medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av. Dette gjelder ikke hvis virksomheten utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap, samvirkeforetak eller aksjeselskap,
- c) delta i eller ha funksjoner i en annen virksomhet, hvis det kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen eller fylkeskommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisoren,
- d) utføre rådgivingstjenester eller andre tjenester for kommunen eller fylkeskommunen, hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet,
- e) yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrolloppgaver,
- f) opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter [domstolsloven § 218](#).

Lillehammer, 22.1.2026
J.nr./Referanse: 2026-009/Rak

Til

Kontrollutvalget i deltakerkommunene i Innlandet Revisjon IKS

Egenvurdering av uavhengighet - oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Kaija Skaare Lier

Innledning

I henhold til Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22.06.18 § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Kravene til uavhengighet følger av kapittel 3 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19 og av revisjonsstandarder.¹

Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget (jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19.)

Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering av uavhengighet, jf forskrift om kontrollutvalg og revisjon

Ansettelsesforhold (§18a)	<i>Undertegnede har ikke stillinger i kommunene.</i>
Ansettelsesforhold (§ 18b)	<i>Undertegnede har ikke stillinger i en virksomhet som kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18c)	<i>Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Deltar i eller har funksjon i annen virksomhet (§ 18d)	<i>Undertegnede deltar ikke i eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunene, eller på annen måte er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Rådgivingstjenester eller andre tjenester (§ 18e)	<i>Undertegnede utfører ikke rådgivingstjenester eller andre tjenester for kommunene som er egnet til å svekke revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Yte ledelses- eller kontrolloppgaver (§ 18f)	<i>Undertegnede utfører ikke ledelses- eller kontrolloppgaver for kommunene.</i>
Fullmektig (§ 18g)	<i>Undertegnede opptre ikke som fullmektig for kommunene.</i>
Grenser for revisors tilknytning til revidert virksomhet (§ 17)	<i>Undertegnede har ikke en slik tilknytning til virksomheten i kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>

¹ ISA 200 - Overordnede mål for den uavhengige revisor og gjennomføringen av en revisjon i samsvar med revisjonsstandardene pkt. 14, ISA 220 - Kvalitetskontroll av revisjon av regnskaper pkt 11, ISA 300 - Planlegging av revisjon av et regnskap pkt. 7, Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 22 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik
Tlf. 61289080

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta
Tlf. 61289080

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
www.irev.no
Postboks 153
2626 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Nærstående (§ 17)	<i>Undertegnede er ikke kjent med at nærstående har en slik tilknytning til virksomheten i kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Særegne forhold (§ 16)	<i>Undertegnede er ikke kjent med særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet i kommunene.</i>
Eventuelle merknader	

Med hilsen



Kaija Skaare Lie
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Krav til revisors uavhengighet i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19.

§ 16. Krav til revisors uavhengighet

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.

Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

§ 17. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.

Nærstående etter første ledd er:

- revisorens ektefelle eller samboer og deres søsken,
- revisorens slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere,
- revisorens søsken og deres ektefeller eller samboere,
- slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer.

§ 18. Grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha

- Revisor kan ikke ha andre stillinger i kommunen eller fylkeskommunen,
- ha andre stillinger i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av,
- være medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av. Dette gjelder ikke hvis virksomheten utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap, samvirkeforetak eller aksjeselskap,
- delta i eller ha funksjoner i en annen virksomhet, hvis det kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen eller fylkeskommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisoren,
- utføre rådgivningstjenester eller andre tjenester for kommunen eller fylkeskommunen, hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet,
- yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrollopgaver,
- opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter [domstolsloven § 218](#).

Lillehammer, 9.1.2026
J.nr./Referanse: 2026-009/Rak

Til

Kontrollutvalget i deltakerkommunene i Innlandet Revisjon IKS

Egenvurdering av uavhengighet - oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Kristian Lein

Innledning

I henhold til Lov om kommuner og fylkeskommuner av 22.06.18 § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Kravene til uavhengighet følger av kapittel 3 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19 og av revisjonsstandarder.¹

Den som utfører revisjon eller annen kontroll for en kommune eller fylkeskommune skal løpende vurdere sin uavhengighet. Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget (jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19.)

Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering av uavhengighet, jf forskrift om kontrollutvalg og revisjon

Ansettelsesforhold (§18a)	<i>Undertegnede har ikke stillinger i kommunene.</i>
Ansettelsesforhold (§ 18b)	<i>Undertegnede har ikke stillinger i en virksomhet som kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Medlem av styrende organer (§ 18c)	<i>Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunene deltar i eller er eier av.</i>
Deltar i eller har funksjon i annen virksomhet (§ 18d)	<i>Undertegnede deltar ikke i eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunene, eller på annen måte er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.</i>
Rådgivingstjenester eller andre tjenester (§ 18e)	<i>Undertegnede utfører ikke rådgivingstjenester eller andre tjenester for kommunene som er egnet til å svekke revisors uavhengighet og objektivitet.</i>
Yte ledelses- eller kontrolloppgaver (§ 18f)	<i>Undertegnede utfører ikke ledelses- eller kontrolloppgaver for kommunene.</i>
Fullmektig (§ 18g)	<i>Undertegnede opptre ikke som fullmektig for kommunene.</i>
Grenser for revisors tilknytning til revidert virksomhet (§ 17)	<i>Undertegnede har ikke en slik tilknytning til virksomheten i kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>

¹ ISA 200 - Overordnede mål for den uavhengige revisor og gjennomføringen av en revisjon i samsvar med revisjonsstandardene pkt. 14, ISA 220 - Kvalitetskontroll av revisjon av regnskaper pkt 11, ISA 300 - Planlegging av revisjon av et regnskap pkt. 7, Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8.

Hovedkontor:
Kirkegata 72
2609 Lillehammer
Tlf. 61 22 25 68

Kontor Gjøvik:
Studievegen 7
2815 Gjøvik
Tlf. 61289080

Kontor Otta:
Ola Dahls gate 3
2670 Otta
Tlf. 61289080

Firma:
E-post: postmottak@irev.no
www.irev.no
Postboks 153
2626 Lillehammer
Reg. nr. 987 769 386 MVA
Bank kto. 16041146927

Nærstående (§ 17)	<i>Undertegnede er ikke kjent med at nærstående har en slik tilknytning til virksomheten i kommunene, deres ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet.</i>
Særegne forhold (§ 16)	<i>Undertegnede er ikke kjent med særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet i kommunene.</i>
Eventuelle merknader	

Med hilsen

Kristian Lein

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Krav til revisors uavhengighet i forskrift om kontrollutvalg og revisjon av 17.6.19.

§ 16. Krav til revisors uavhengighet

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis det foreligger særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisorens uavhengighet og objektivitet.

Ansettelse som revisor i kommunen eller fylkeskommunen eller i en interkommunal samarbeidsordning medfører ikke i seg selv at revisoren mangler nødvendig uavhengighet og objektivitet.

§ 17. Grenser for revisors tilknytning til den reviderte virksomheten

Revisor kan ikke utføre revisjon eller annen kontroll for kommunen eller fylkeskommunen hvis revisoren eller revisorens nærstående har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.

Nærstående etter første ledd er:

- a) revisorens ektefelle eller samboer og deres søsken,
- b) revisorens slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje og deres ektefeller eller samboere,
- c) revisorens søsken og deres ektefeller eller samboere,
- d) slektninger i rett oppstigende eller nedstigende linje til revisorens ektefelle eller samboer.

§ 18. Grenser for hvilke stillinger, verv og tjenester som revisor kan ha

- a) Revisor kan ikke ha andre stillinger i kommunen eller fylkeskommunen,
- a) ha andre stillinger i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av,
- b) være medlem av styrende organer i en virksomhet som kommunen eller fylkeskommunen deltar i eller er eier av. Dette gjelder ikke hvis virksomheten utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap, samvirkeforetak eller aksjeselskap,
- c) delta i eller ha funksjoner i en annen virksomhet, hvis det kan føre til at revisorens interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen eller fylkeskommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisoren,
- d) utføre rådgivningstjenester eller andre tjenester for kommunen eller fylkeskommunen, hvis dette er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet,
- e) yte tjenester som hører inn under den reviderte virksomhetens egne ledelses- og kontrolloppgaver,
- f) opptre som fullmektig for den reviderte virksomheten, unntatt ved bistand i skattesaker etter [domstolsloven § 218](#).

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-3

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/8	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Referatsaker

Vedlegg

1 Debatt Kommunal rapport - Kontrollutvalets innstillingsrett

Saksutredning

- Status kommunestyrets behandling av kontrollutvalssaker
- Aktuelle kommunestyresaker
- Høyring – strategi for FKT
Styret for FKT har sendt ut forslag til strategi for FKT, basert på innspel i medlemsundersøkinga hausten 2025. Høyringsfristen er 10. mars 2026. Endeleg forslag til strategi blir lagt fram på FKts årsmøte 2026.
- Høyring – veileder for kontrollutvalgets påseansvar for kontroll med økonomiforvaltningen
FKT og NKRF har sendt ut forslag til felles veileder. Høyringsfristen er 22. april 2024.
- Bernt svarer
Jan Fridthjof Bernt er professor emeritus ved Universitetet i Bergen. Bernt har stor kunnskap om forvaltningsrett, kommunalrett, offentlighetsloven og forvaltningsloven. Spalten "Bernt svarer" blir publisert i Kommunal Rapport.
 - 25. november: Er det brudd på personvernet når vi i sakslista oppgir navn på folkevalgte som søker om fritak? Bernt svarer: – Navnet på den som søker og eventuelt får fritak, kan ikke hemmeligholdes
 - 2. desember: Når den alkoholpolitiske handlingsplanen i realiteten bare omhandler to skjenkesteder, er det da snakk om et enkeltvedtak som kan påklages? Bernt svarer: – Klageretten gjelder for enkeltvedtak
 - 9. desember: Politikerne krever at alle nye lederstillinger skal godkjennes av formannskapet. Er det i tråd med kommuneloven? Bernt svarer: – Kommunestyret har det øverste ansvar for all virksomhet i kommunen
 - 22. desember: Kan kommunedirektøren legge fram en innstilling i saker hvis kommunestyret ikke har delegert denne myndigheten til kommunedirektøren? Bernt svarer: – Kommunedirektøren har ingen formell forslagsrett

- 6. januar: Ordfører vil ha konfidensielt møte med gruppeledere og kommunedirektør. Bernt svarer: – Grensen mellom kommunal saksbehandling og rent politiske møter kan være vanskelig
- 14. januar: Ordføreren avlyste et formannskapsmøte mindre enn to timer før møtestart. Er det lov? Bernt svarer: – Møtet må i alle fall settes på vanlig måte for at en slik utsettelse kan vedtas
- 16. januar: Er kommunikasjonen mellom kommunens verneombud og en avis saksdokumenter det går an å kreve innsyn i etter offentleglova? Bernt svarer: – Rimelig klart at verken kommunen eller andre kan kreve innsyn i verneombudets kommunikasjon
- 4. februar: Hvilke krav kan man stille til forsvarlighet i saksbehandlingen knyttet til prosessen for en mulig kommunesammenslåing? Bernt svarer: – Nokså upløyd mark og et komplisert terreng
- Debattinnlegg i Kommunal rapport
 - Om kontrollutvalgets innstillingsrett (16.1 Anne-Karin Pettersen FKT)
 - Kommunen før og nå (30.1 Eirik Leren, ass. direktør i Lørenskog kommune)
- Kontrollutvalget – podkast fra Kommunal Rapport

Vurdering

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalet tar referatsakene til orientering.

DEBATT

Bevissthet om roller viktig for kontrollutvalgets uavhengighet

Kommunedirektøren må være bevisst på hvilke regler som gjelder innstillingsretten for egen del og for kontrollutvalget.



Kontrollutvalget har innstillingsrett i saker der utvalget rapporterer resultatene av sitt arbeid, påpeker Anne-Karin Femanger Pettersen. Illstrasjonsfoto: Magnus Knutsen Bjørke

[Anne-Karin Femanger Pettersen](#) SENIORRÅDGIVER I FORUM FOR KONTROLL OG TILSYN

PUBLISERT 16.01.2026 - 12:50

Meninger i debattinnlegg står for skribentens regning

For å sikre ryddige prosesser og respekt for kontrollutvalgets uavhengige rolle, må kommunedirektøren være bevisst på hvilke regler som gjelder innstillingsretten for egen del og for kontrollutvalget.

En bevisst praksis bidrar til legitimitet og troverdighet i kommunens kontrollarbeid.

Innstillingsretten er en rett til å levere et begrunnet forslag til vedtak forut for et møte i et folkevalgt organ og få dette satt under votering der.

Hvis kommunestyret ønsker å gi innstillingsrett til kommunedirektøren, må det nedfelles i kommunens politiske reglement.

Professor Jan Fridthjof Bernt [skrev nylig i Kommunal Rapport](#) at kommunedirektøren etter kommuneloven i utgangspunktet ikke er gitt formell innstillingsrett til saker som skal behandles i kommunale folkevalgte organ.

I henhold til [kommunelovens § 8-1, 2. avsnitt](#), er det bare de valgte medlemmene av et folkevalgt organ som har rett til å sette fram et forslag som organet må votere over:

«Medlemmer av et kommunalt eller fylkeskommunalt folkevalgt organ har møte-, tale- og forslagsrett i organets møter. Det kan ikke gis møte-, tale- og forslagsrett til andre enn organets medlemmer, hvis ikke noe annet følger av lov.»

Hvis kommunestyret ønsker å gi innstillingsrett til kommunedirektøren, må det nedfelles i kommunens politiske reglement.

Bernt viser til bestemmelsen i kommuneloven § 5-14, der det står at kommunestyret eller fylkestinget «fastsetter selv et reglement for hvordan vedtaksmyndighet og innstillingsrett skal delegeres».

Bestemmelser om innstillingsrett i lov eller reglement er et unntak fra dette prinsippet, skriver Bernt.

Han viser til [kommuneloven § 14–3 tredje avsnitt](#) som den eneste bestemmelsen i kommuneloven om slik innstillingsrett. Der er det fastsatt at formannskapet eller fylkesutvalget, eventuelt kommunerådet eller fylkesrådet, «innstiller til vedtak om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning».

Bestemmelsen er videre tydelig på grensene mellom formannskapet og fylkesutvalget, og kontrollutvalgets rolle når det gjelder behandlingen av årsregnskap og årsberetning:

«Kontrollutvalget skal uttale seg til kommunestyret eller fylkestinget om årsregnskapene og årsberetningene før formannskapet eller fylkesutvalget innstiller til vedtak.»

Kontrollutvalget er imidlertid gitt formell innstillingsrett etter kommuneloven i andre saker.

I en [tolkningsuttalelse](#) datert 7. oktober 2010 slo Kommunal- og regionaldepartementet fast at kontrollutvalget har en lovfestet innstillingsrett i saker hvor utvalget rapporterer resultatene av sitt arbeid.

Innstillingsretten til kontrollutvalget må ikke nedfelles i kommunes delegasjonsreglement.

Kontrollutvalget har innstillingsrett i saker der utvalget rapporterer resultatene av sitt arbeid:

- Plan for eierskapskontroll
- Rapporter fra gjennomførte eierskapskontroller
- Plan for forvaltningsrevisjon
- Rapporter fra gjennomførte forvaltningsrevisjoner
- Rapportering om saker som ikke er fulgt opp av administrasjonen

I tillegg har kontrollutvalget lovfestet innstillingsrett i saker som gjelder valg av revisjonsordning. Dersom kommunen har egen revisjon, skal kontrollutvalget innstille til kommunestyret i saker om å tilsette, suspendere, si opp eller avskjedige lederen av revisjonen.

Kontrollutvalget har også innstillingsrett når kommunestyret velger sekretariat for kontrollutvalget.

Kommunedirektøren har etter [kommuneloven § 13-1, 5. avsnitt](#) møte- og talerett i alle kommunale eller fylkeskommunale folkevalgte organer, med unntak av kontrollutvalget.

Kontrollutvalgets sekretariat har det samme ansvaret for saksbehandling til kontrollutvalget som kommunedirektøren etter [kommunelovens § 13-1, 3. avsnitt](#) har til kommunestyret.

Begge skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet. Utredningen skal gi et faktisk og rettslig grunnlag for å treffe vedtak.

Det skaper derfor unødvendig forvirring når kommunedirektøren legger fram sin egen saksfremstilling og innstilling i saker fra kontrollutvalget til kommunestyret.

Kommunedirektøren har derimot rett til å uttale seg før kontrollutvalget behandler saker som skal sendes videre til kommunestyret, jf. [kommuneloven § 23–5](#).

At kommunedirektøren har slik uttalelsesrett, følger av det alminnelige prinsippet om at en sak skal være så godt opplyst som mulig før det treffes vedtak.

Når saker som kontrollutvalget har behandlet, oversendes til kommunestyret eller fylkestinget, vil kommunedirektørens rolle være å ekspedere saken videre til behandling der.

Kommunedirektøren kan gi supplerende opplysninger ved oversendelsen av saken til kommunestyret, jf. prinsippet om at saker skal være forsvarlig opplyst.

Kommunedirektøren kan imidlertid ikke endre saksframstillingen til kontrollutvalget. Dette er presisert i merknadene til kommuneloven § 23–5 ([Prop. 46 L \(2017–2018\)](#)), s. 405.

Eventuelle supplerende kommentarer til kontrollutvalgets sak skal da legges som vedlegg til kontrollutvalgets saksfremlegg og innstilling.

Kontrollutvalgets innstillingsrett er heller ikke til hinder for at andre folkevalgte organer kan behandle saken og uttale seg om den før kommunestyret. Men kontrollutvalgets innstilling skal gå uendret til kommunestyret og fremgå tydelig av saksdokumentene.

Kontrollutvalget bør gi sin innstilling til saken før andre folkevalgte organ behandler samme sak.

SAKSFRAMLEGG

Arkivreferanse: 2026/93-9

Saksbehandler:
Elin Marit Andgard

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
2026/9	03.03.2026	Kontrollutvalget i Dovre

Forvaltningsrevisjonsrapporten "Sektorovergripende internkontroll i Dovre kommune"

Vedlegg

1 Rapport 3-2026 Sektorovergripende internkontroll i Dovre kommune

Saksutredning

Bakgrunn

Kontrollutvalget vedtok 18. mars 2025 å bestille foranalyse for å vurdere evt. forvaltningsrevisjon om internkontroll, kvalitetsikring og avvikssystem. Foranalysen ble behandlet 26. mai 2025 og kontrollutvalget vedtok å bestille prosjektplan om internkontroll i et strategisk perspektiv. Denne ble så behandlet 10. juni 2025 og utvalget vedtok å bestille forvaltningsrevisjon om sektorovergripende internkontroll basert på framlagt foranalyse og prosjektplan.

Innlandet Revisjon IKS levert 16. februar 2026 rapport 3/2026 «Sektorovergripende internkontroll i Dovre kommune» og denne er vedlagt. Forvaltningsrevisor vil være til stede i utvalgsmøtet for å presentere rapporten og svare på spørsmål.

Begreper

To ulike perspektiv ved internkontrollbegrepet:

- Strategisk perspektiv: Det etablerte felles styringssystemet og de verktøy ledelsen har innført for å nå virksomhetens mål. Sektorovergripende internkontroll.
- Operasjonelt perspektiv: De løpende prosesser og aktiviteter som blir gjort i tjenesteproduksjon og i støtteprosesser.

Revisjonens formål

"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."

Revisjon og rapporten

Revisjonen er gjennomført i perioden juni-2025 til februar-2026. Det er gjennomført dokumentanalyse og innhentet opplysninger, via spørreskjema og intervju, fra kommunens ledelse og stabsfunksjoner.

Kapittel 1 og 2 presenterer bakgrunn for prosjektet og metodevalg. I kapittel 3 beskrives revisjonskriterier til de to problemstillingene. Kapittel 4 og 5 beskriver funn/resultater og revisjonens vurderinger i henhold til revisjonskriterier. Konklusjoner og anbefalinger i kapittel 6. Rådmannens uttalelse er vedlagt rapporten.

Problemstillinger og revisjonskriterier:

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

Revisjonskriterier:

1. Kommunen bør ha et system som sikrer at sentrale sektorovergrepene reglementer og prosedyrer er dokumentert samlet og tilgjengelig oppdaterte og relevante 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 internkontrollen fulgt opp?

Revisjonskriterier:

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.

Revisjonens funn, vurdering og konklusjon

For funn og revisjonens vurdering vises til rapportens kapittel 4 og 5 og konklusjon i kap. 6.

Revisjonens anbefalinger

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.

Vurdering

Sekretariatet mener at rapporten svarer ut problemstillingene som ble vedtatt for prosjektet, og er i tråd med bestillingen. Rapporten gir et godt innblikk i kommunens internkontroll på overordnet nivå. Rapporten vil gi et godt grunnlag for forbedringsarbeid i kommunen, samt gi nyttig informasjon til kommunestyret som har det overordnede ansvaret for virksomheten. Læring og forbedring er overordnet formål for både revisjoner og tilsyn.

En merker seg at kommunen har et system med sentrale sektorovergripende reglement og prosedyrer. Det gjennomføres bl.a. årlig arbeidsdag med gjennomgang av risikovurderinger, men det er i liten grad etablert en overordnet risikobasert internkontroll. Det er heller ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene. Revisjonen peker på at kommunen må vurdere sannsynlighet for at lover og forskrifter ikke følges og evt. konsekvenser, både samlet og helhetlig for kommunen og pr. sektor på overordnet og mer detaljert nivå. Det er positivt at kommunen har felles system og prosedyre for melding og oppfølging av avvik, og at kommunen gir opplæring og motiverer de tilsette til å bruke systemet.

Kommunen følger opp internkontrollen på flere måter, men det er også forbedringspunkter. Det er etablert regelmessige møter med rapportering til rådmannen, hvor internkontroll tas opp sporadisk og ved behov. Det føres ikke møtereferat, og det kan føre til uklarheter om avtalt oppfølging. Kommunen har system for å følge opp interkommunale samarbeid for 6K gjennom InSam, men mangler rutine for oppfølging av samarbeid utenfor InSam (f.eks. 2K-samarbeid). Kommunestyret har ikke behandlet sak om statusrapporter om samarbeidsordningene de siste to årene. Rapportering til kommunestyret om internkontroll skjer gjennom årsmeldingen, og vurderes som begrenset. Denne bør utvides slik at kommunestyret kan følge opp sitt overordnede ansvar for virksomheten i kommunen. F.eks. informasjon om rutiner, løpende arbeid, konkrete kontroller, internkontroll i interkommunale samarbeid.

Sekretariatet anbefaler at kontrollutvalget slutter seg til konklusjoner og anbefalinger i forvaltningsrevisjonsrapporten og oversender den til kommunestyret for endelig behandling. Rapporten bør følges opp med en skriftlig og muntlig tilbakemelding til kontrollutvalget i løpet av året på hvilke tiltak som er satt i verk for å følge opp anbefalinger og vedtak.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalet tar rapport 3-2026 «Sektorovergripende internkontroll i Dovre kommune» til orientering.

Kontrollutvalet sender forvaltningsrevisjonsrapporten til kommunestyret med
KONTROLLUTVALETS INNSTILLING:

1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Sektorovergripende internkontroll i Dovre kommune» til orientering og merker seg de funn og forbedringspunkter som er gjort i revisjonen.
2. Basert på revisjonens konklusjoner og anbefalinger, ber kommunestyret om at rådmannen gjennomfører følgende:
 - Setter internkontrollarbeidet i system med faste internkontrollaktiviteter gjennom året.
 - Etablerer rutiner for evaluering av internkontrollen.
 - Etablerer et system og rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på både overordnet og operasjonelt nivå.
 - Forbedrer dagens system/metodikk for risikoanalyser, m.a. inkludere ansvarlig og tidsfrister.
 - Skriftliggjør avtalte oppfølgingspunkter ved rapportering til rådmannen.
 - Etablerer rutine for å følge opp alle interkommunale samarbeid, inkl. rapportering til kommunestyret.
 - Utvider rapporten(e) til kommunestyret om internkontroll slik at det kan følge opp sitt overordnede ansvar for virksomheten i kommunen.
3. Kommunestyret ber rådmannen gi kontrollutvalget skriftlig tilbakemelding på hvordan anbefalingene er fulgt opp innen 15. november 2026. Dette blir fulgt opp med en muntlig orientering i kontrollutvalgets møte når det behandler oppfølging av revisjonsrapporten.

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 høringsvaret 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. Høringsvaret 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=oppgavefellesskap&ch=4>

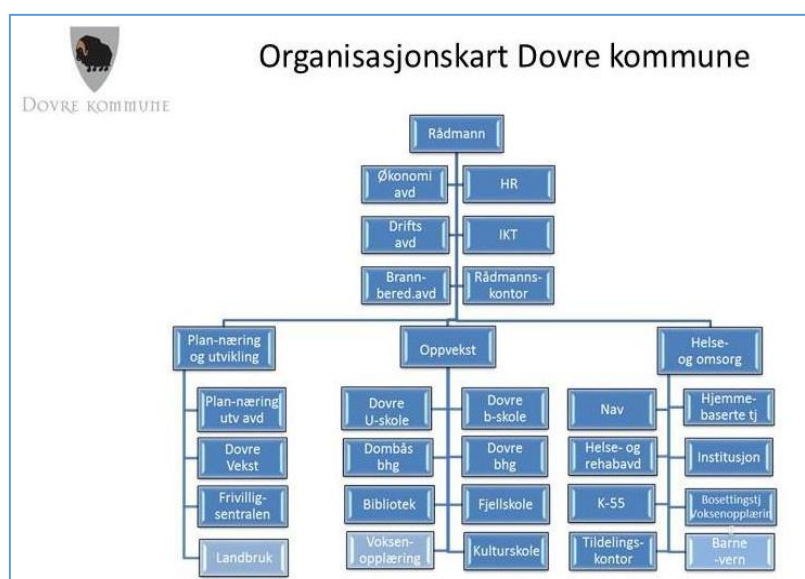
Undersøkelsen har først og fremst vært en overordnet, sektorovergripende gjennomgang av kommunens samlede internkontrollsystem. Den sektorovergripende internkontrollen henger imidlertid tett sammen med, og er i stor grad avhengig av, den tjenestespesifikke internkontrollen. Vi har derfor i noen grad 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-aarsmld#/> 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 forbedrer 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 risikoreduserende 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. Samspillet 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 avvikshåndtering. 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 høringsvaret 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 høringsvaret 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 etterprøvbar 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 delegere 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 2a	Kommunedirektør Kommunalsjef HR Kommunalsjef - økonomi	Kommunalsjef helse og omsorg	Kommunalsjef oppvekst	Kommunalsjef plan, næring og utvikling
Kommunedirektørens utvidede lederteam	1 2b	Kommunedirektør Kommunalsjef HR Kommunalsjef - økonomi IKT-sjef Driftssjef Brannberedskapssjef Sjef kommune-direktørkontor	Kommunalsjef helse og omsorg	Kommunalsjef oppvekst	Kommunalsjef plan, næring og utvikling
Ledere virksomheter /avdelinger	3		Leder hjemme-baserte tjenester Leder institusjon Leder helse- og rehab-avd. Leder NAV Leder K55 Leder bosettingstj.	Styrer barnehage Rektor Leder bibliotek	PNU-avdeling Leder frivillig-sentralen 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).¹⁷ Den 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

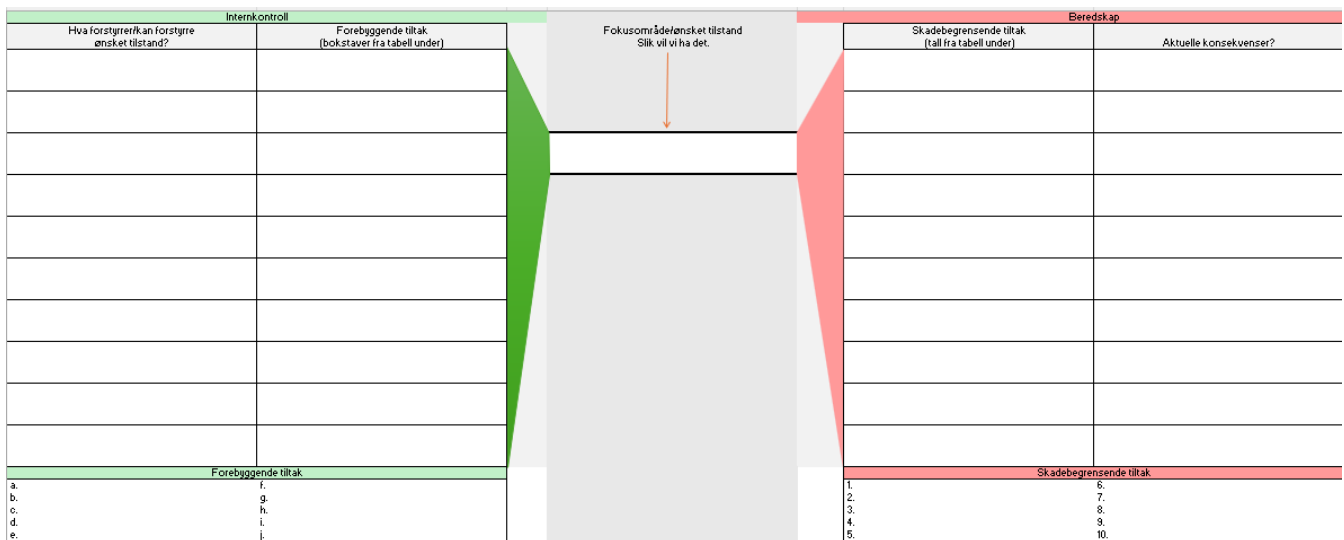
Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Å jevnlig gjøre vurderinger av hva som kan gå galt i en virksomhet er viktig slik at det kan settes inn tiltak som forebygger eller forhindrer at uønskede hendelser inntreffer. I tillegg 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.



Figur 3 Bowtie, kilde Compilo, kap. 10 GDPR-informasjonssikkerhet-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. Midtdelen 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-informasjonssikkerhet -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 virksamhetsnivå

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 forbedringssirkelen med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering. 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 «opprettholder» 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, brannsikkerhet 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 gjentagende 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 reglementerlevelse. 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 høringssvaret 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 saksutredninger 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 samfunnssikkerhet 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 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;

- Evaluere 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

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 alarmtjenester								Vertskommune	Sel
Regional legevakt								Vertskommune	Sel
Sengeavdeling med KAD og intermediaere senger								Vertskommune	Sel
Felles jordmorvakt								Vertskommune	Sel
Hjelpespersonell 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 oppfyller 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 UTTALELSE

Fra: Pettersen, Rune <Rune.Pettersen@dovre.kommune.no>
 Sendt: fredag 13. februar 2025 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 avdekke 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. «mangelde 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 Wigenstad)
 Dovre kommune har innført LAFT (som ble 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, nøkkelforvaltning, avvikssystem, drift og administrasjon.

Med vennlig hilsen

Rune Pettersen

Sjef HR- og lønnsavdelingen

Tlf 91 85 21 88 / Sentralbord 61 24 21 00

