

## Forvaltningsrevisjon | Hordaland fylkeskommune HMT og internkontroll



# Samandrag

På oppdrag frå kontrollutvalet i Hordaland fylkeskommune har Deloitte gjennomført ein forvaltningsrevisjon av internkontroll og HMT.

Revisjonskriteria som er lagt til grunn for revisjonen sine vurderingar går fram av kapittel 3, medan faktagrunnlaget blir presentert i kapittel fire. For ein meir utfyllande versjon av revisjonen sine vurderingar blir det vist til kapittel fem i rapporten, medan tilrådingane går fram av kapittel seks. Høyringsuttale frå fylkesrådmannen er vedlagt (vedlegg 1).

## Gjennomføring av forvaltningsrevisjonen

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonen undersøkt og vurdert i kva grad Hordaland fylkeskommune har etablert eit overordna system for internkontroll, med eit særskilt fokus retta mot helse, miljø og tryggleik (HMT).

Revisjonen har gjennomgått elektronisk kvalitetssystem og dokumentasjon knytt til området. I tillegg er det gjennomført intervju med til saman 14 tilsette og leiarar som arbeider ved stabs- og fagavdelingane i fylkeskommunen. Det er også gjennomført ei spørjeundersøking til einings- og avdelingsleiarar (47 av 55 leiarar svarte på undersøkinga).

## Gjennomgang av revisjonen sine vurderingar

**Problemstilling 1:** *Har Hordaland fylkeskommune etablert eit overordna system for internkontroll (kvalitetssystem)?*

### Revisjonen si vurdering:

Fylkeskommunen har etablert eit system for internkontroll gjennom kvalitetssystemet som er vedteke at fylkeskommunen skal bruke. Revisjonen vurderer at fylkeskommunen har kome langt på veg i å etablere systemet i store delar av organisasjonen, men det er framleis variasjon mellom einingane når det gjeld i kva grad systemet er teke i bruk, og etter revisjonen si vurdering kan retningslinjene for internkontrollen gjerast meir konkrete og tydelege.

Ei av årsakene til manglande bruk av systemet i enkelte einingar kan vere manglande kunnskap og kompetanse, og revisjonen vurderer difor at fylkeskommunen bør leggje vekt på å gi tilstrekkeleg opplæring i systemet.

Vidare vurderer revisjonen at det på nokre område ikkje er formulert tilstrekkeleg med krav og forventningar til korleis ein skal gjennomføre kvalitetsarbeidet. Dette gjeld både den overordna skildringa av korleis internkontrollsystemet er meint å skulle fungere som eit heilskapleg system, og kva praksis som er forventa for nokre konkrete prosessar, til dømes korleis det er forventa at organisasjonen skal nytte risikovurderingar i sitt arbeid.

**Problemstilling 2:** *I kva grad har fylkeskommunen arbeidd for å utvikle eit godt kontrollmiljø?*

Revisjonen si vurdering:

Med kontrollmiljø meiner vi summen av medarbeidarane sine haldningar, etiske verdiar og kompetanse. Revisjonen vurderer at fylkeskommunen har sett i verk viktige tiltak knytt til kontrollmiljøet, som til dømes etiske retningslinjer, medlemskap i Transparency International og varslingsrutinar. Trass i desse tiltaka viser undersøkinga at ikkje alle leiarane er kjende med kva sentrale retningslinjer som gjeld, og at ikkje alle opplever at dei har fått tilstrekkeleg informasjon om internkontroll frå sin leiar. Det kjem også fram at det er ulikt fokus og ulike haldningar mellom dei ulike avdelingane knytt til sentrale element i internkontrollarbeidet, slik som t.d. avviksregistrering. Revisjonen vurderer difor at det er viktig at fylkeskommunen arbeider for å få forståing blant tilsette i alle avdelingar for at internkontroll er ein viktig del av leiaransvaret, og at det vert tydeleg korleis leiarane skal arbeide med internkontroll.

**Problemstilling 3:** *I kva grad har fylkeskommunen etablert tydelege mål for tenestene?*

Revisjonen si vurdering:

Hordaland fylkeskommune har fastsett mål for tenestene gjennom vedtak i fylkestinget og overordna planverk. Det går likevel fram av undersøkinga at det i liten grad har vore ei systematisk tilnærming til korleis måla vert formidla og korleis måltal vert fastsett for dei enkelte avdelingane og einingane. Det vert til dømes ikkje utarbeidd oppdragsbrev frå fylkesrådmannen til avdelingane som skildrar kva oppgåver og mål dei skal arbeide med.

Revisjonen vurderer at det tidlegare i liten grad har vorte synleggjort korleis fylkeskommunen arbeider med å operasjonalisere måla avdelingane og einingane skal arbeide med til konkrete styringsparameter. I samband med budsjett og økonomiplan for 2015 er det starta eit arbeid for å konkretisere kva mål fylkeskommunen skal jobbe med. Revisjonen meiner at det er viktig å leggje vekt på arbeidet med å tydeleggjere måla for tenestene, og at det er viktig å få eit godt system rundt korleis mål og måltal vert fastsett og kommunisert til einingane. Dette vil vere til hjelp for å sikre at fylkeskommunen når dei overordna måla som er fastsett for tenestene.

**Problemstilling 5:** *Korleis blir risikovurderingar nytta i internkontrollen i fylkeskommunen?*

Revisjonen si vurdering:

Det er formulert krav og/eller anbefalingar knytt til bruk av risikovurderingar både i anerkjende rammeverk for internkontroll og i konkrete lov- og forskriftskrav til internkontroll på område som HMT og informasjonstryggleik. Revisjonen finn at det er utarbeidd og gjort tilgjengeleg ulike skjema for risikovurdering, men det er ikkje fastsett overordna krav for bruk av risikovurderingar, eller for kva rolle risikovurderingar skal ha i det overordna kvalitetsarbeidet. I mange delar av fylkeskommunen vert også risikovurderingar liten grad nytta. Revisjonen vurderer difor at fylkeskommunen bør bruke risikovurdering meir aktivt som verktøy i internkontrollarbeidet.

**Problemstilling 6:** I kva grad har fylkeskommunen etablert kontrollaktivitetar som skal sikre at sentrale arbeidsprosessar følgjer fylkeskommunen sine krav og retningslinjer?

Revisjonen si vurdering:

Revisjonen vurderer at fylkeskommunen har etablert fleire viktige kontrollaktivitetar og prosedyrar, mellom anna gjennom avvikssystemet i det elektroniske kvalitetssystemet. Det går samtidig fram at det også på dette området er utfordringar knytt til å gi tilstrekkeleg med informasjon til heile organisasjonen om kontrollaktivitetane/verktøya, samt å få heile organisasjonen til å ta verktøya i bruk.

Revisjonen meiner det er viktig at linjeleiing og kvalitetsansvarlege frametter følgjer opp kva dokument som er gjort tilgjengelege i kvalitetssystemet og sikrar at dei er oppdaterte. Til hjelp i denne prosessen bør også fylkeskommunen utbetre dokumentstyringa i det elektroniske kvalitetssystemet. Vidare vurderer revisjonen at det i liten grad er utarbeidd eller dokumentert tilstrekkeleg med kontrollrutinar for å sikre at prosedyrar og retningslinjer vert gjennomført som tenkt.

Avviksmeldingssystemet er ein del av det elektroniske kvalitetssystemet. Dette systemet er eit sentralt verktøy for kontroll og forbetring, og det er difor viktig at det vert nytta fullt ut for å få ønskt effekt på internkontrollarbeidet. Revisjonen vurderer at avviksrapporteringa er mangelfull, og registrerer at fleire peiker på manglar knytt til kultur og/eller tradisjonar i enkelte einingar som gjer det vanskeleg å få dei tilsette til å nytte avvikssystemet aktivt.

Revisjonen meiner også det er viktig at fylkeskommunen nyttar innspel og kunnskap frå dei tilsette og brukarane aktivt for å forbetre drifta.

**Problemstilling 7:** Er det etablert rutinar for oppfølging av at internkontrollen fungerer slik den var tenkt innanfor fylkeskommunen sine einingar?

Revisjonen si vurdering:

I undersøkinga kjem det fram fleire sentrale prosessar og fora knytt til oppfølging av internkontroll, mellom anna kvalitetsforum, som er sett saman av representantar frå dei ulike avdelingane, årleg eigenkontroll i alle avdelingar og toppleiinga sin årlege gjennomgang av kvalitet/internkontroll. Undersøkinga viser likevel at det i mindre grad er systematiserte gjennomgangar av internkontrollarbeidet på lågare nivå, og revisjonen vurderer at fylkeskommunen har eit forbetringspotensial knytt til å systematisere leiaroppfølginga på avdelings- og einingsnivå.

**Problemstilling 8:** Har fylkeskommunen system og rutinar som sikrar etterleving av sentrale krav i regelverket når det gjeld arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT)?

Revisjonen si vurdering:

Revisjonen vurderer at fylkeskommunen i stor grad har etablert system og rutinar knytt til dei ulike krava til internkontroll i arbeidsmiljølova. Samstundes kjem det fram at enkelte einingar ikkje har gjennomført aktivitetar i samsvar med dei sentrale krava, som til dømes å fastsetje mål for HMT-arbeidet og å utarbeide handlingsplanar. Det er vidare enkelte av einingsleiarane som ikkje kjenner til sentrale retningslinjer. Revisjonen meiner difor at Hordaland fylkeskommune må følgje opp og sikre at alle einingane gjennomfører HMT-arbeidet i samsvar med krava, og at leiarane kjenner til dei sentrale retningslinjene.

## Tilrådingar

Basert på vurderingane tilrår revisjonen fylkeskommunen å:

1. Gjere tydeleg at fylkesrådmannen har eit overordna ansvar for arbeidet med kvalitet, HMT og informasjonstryggleik.
2. Vurdere å innføre årlege oppdragsbrev eller tilsvarende systematisering av måltal og krav til dei enkelte leiarar, og forsikre seg om at alle leiarar kjenner til kva fullmakter dei har.
3. Utvikle styrande dokument slik at det går fram meir konkrete krav til internkontrollen og korleis dei ulike prosessane/aktivitetane i internkontrollen er meint å fungere, under dette:
  - a) Setje tydelegare krav til korleis einingsleiarar og fylkesdirektørar skal følgje opp internkontrollen i eigne einingar.
  - b) Setje tydelegare krav til risikovurderingar og kva rolle desse skal spele i kvalitetsarbeidet i fylkeskommunen (ikkje berre innanfor HMT og informasjonstryggleik, men på alle område der det er fastsett mål, reglar og krav til rapportering).
4. Syte for at alle einingar og avdelingar tar i bruk risikovurderingar som eit verktøy i kvalitets- og internkontrollarbeidet for å kartlegge risiko for svakheiter knytt til måloppnåing, regeletterleving og rapportering.
5. Sikre at alle einingar og avdelingar set i verk risikoreduserande tiltak basert på gjennomførte risikovurderingar, og at dei utarbeider tilstrekkeleg med kontrollerande rutinar.
6. Vurdere korleis ein kan bruke innspel frå brukarar og tilsette på ein meir systematisk måte for å forbetre tenestene.
7. Få på plass system for dokumentstyring med rutinar for godkjenning og oppdatering av prosedyrar.
8. Sikre at alle leiarar og tilsette set seg inn i fylkeskommunen sine etiske retningslinjer, og gjere tiltak for å setje rette merksemd mot førebygging av korrupsjon og misleghald.
9. Gi tilstrekkeleg opplæring til leiarar og tilsette i kvalitetsarbeid og bruk av kvalitetssystemet, og som ein del av dette gi alle tilsette tilstrekkeleg informasjon om målet med avvikshandsaminga og korleis ein registrerer og følgjer opp avvik.
10. Vurdere å omtale varslingsrutinane i modulen for avviksregistrering i det elektroniske kvalitetssystemet, slik at det vert lettare for dei tilsette å forstå skilnaden mellom dei to typene meldingar.
11. Fastsetje tydelegare krav til korleis leiarar skal gjennomføre oppfølging av internkontrollen i si verksemd, og som ein del av dette korleis dei skal følgje opp resultatata frå eigenkontrollen.
12. Setje krav til at alle underliggende einingar (til dømes Skyss) rapporterer om arbeidet med HMT og internkontroll.
13. Sikre at alle einingar har system og rutinar på plass i samsvar med krav til internkontroll i arbeidsmiljølova § 3-1 (2). Spesielt må fylkeskommunen sjå til:
  - a) at dei einingane som ikkje har fastsett eigne mål for HMT i eininga gjer det.
  - b) at alle einingar gjennomfører HMT-kartlegging – td. vernerundar, vernemøte mv. Og utarbeider handlingsplanar med bakgrunn i funn frå desse kartleggingane.
  - c) at einingsleiarar systematisk følgjer opp internkontrollen i eiga eining.

14. Vurderer om verneområda på nokre av skulane er for store til at verneombodet har full oversikt og kan ivareta sine oppgåver på ein forsvarleg måte.
15. Syte for at det kjem på plass tilstrekkeleg internkontroll knytt til elektronisk behandling av personopplysningar (jf. krav i personopplysningsforskrifta). Under dette m.a.
- a) At avdelingar og einingar får oversyn over behandlingar av personopplysningar i systema dei arbeider med, og at dette vert samla i ei oversikt for fylkeskommunen.
  - b) At det vert gjennomført risikovurderingar knytt til system som behandlar personopplysningar.

# Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Innleiing</b> .....	<b>9</b>
1.1 Føremål og problemstillingar .....	9
<b>2 Metode</b> .....	<b>11</b>
2.1 Dokumentanalyse .....	11
2.2 Spørjeundersøking .....	11
2.3 Intervju .....	11
2.4 Verifiseringsprosessar .....	11
<b>3 Revisjonskriterium</b> .....	<b>12</b>
3.1 Internkontroll .....	12
3.2 Helse, miljø og tryggleiksarbeid (HMT) .....	14
3.5 Informasjonstryggleik .....	18
<b>4 Data</b> .....	<b>19</b>
4.1 Mål for tenestene .....	19
4.2 Delegasjon og fullmakter .....	19
4.3 Kvalitets- /internkontrollsystem .....	20
4.3.1 Dokumentstruktur i kvalitetssystemet .....	22
4.3.2 Bruk av kvalitetssystemet .....	23
4.3.3 Utvikling og bruk av prosedyrar .....	25
4.3.4 Avviksregistrering .....	27
4.3.5 Varsling .....	31
4.3.6 Risikovurdering .....	31
4.4 Organisering og ansvar knytt til kvalitetssystemet .....	34
4.5 HMT 37	
4.5.1 Mål for HMT-arbeidet .....	37
4.5.2 Organisering og ansvar knytt til HMT .....	38
4.5.3 HMT-seksjonen og HMT-ansvarlege .....	39
4.5.4 Vernetenesta og bedriftshelsetenesta .....	40
4.5.5 HMT-arbeidet i einingane .....	41
4.6 Informasjonstryggleik .....	42
4.7 Kommunikasjon, kompetanse og opplæring .....	45
4.7.1 Innhenting av innspel frå brukarane og dei tilsette .....	45
4.7.2 System og rutinar knytt til kompetanse og opplæring .....	46
4.7.3 Opplæring i kvalitetsarbeid .....	47
4.8 Etikk og kontrollmiljø .....	48
4.8.1 Kontrollmiljø .....	49
4.9 Oppfølging av internkontrollen .....	51
4.9.1 Eigenkontroll .....	51
4.9.2 Toppleiinga sin gjennomgang av internkontrollsystemet .....	52
4.10 Kvalitet-/internkontroll i avdelingane .....	53
4.10.1 Opplæringsavdelinga .....	53
4.10.2 Tannhelseavdelinga .....	54
4.10.3 Kulturavdelinga .....	56
4.10.4 Regionalavdelinga .....	56
4.10.5 Samferdsleavdelinga .....	57

<b>5</b>	<b>Vurdering</b>	<b>59</b>
5.1	Har Hordaland fylkeskommune etablert eit overordna system for internkontroll (kvalitetssystem)?	59
5.2	I kva grad har fylkeskommunen arbeidd for å utvikle eit godt kontrollmiljø?	60
5.3	I kva grad har fylkeskommunen etablert tydelege mål for tenestene?	61
5.4	I kva grad er det på overordna nivå i fylkeskommunen etablert ei rapportering som gjer det mogleg å ha oversikt og kontroll med fylkeskommunen si verksemd?	62
5.5	Korleis blir risikovurderingar nytta i internkontrollen i fylkeskommunen?	62
5.6	I kva grad har fylkeskommunen etablert kontrollaktivitetar som skal sikre at sentrale arbeidsprosessar følgjer fylkeskommunen sine krav og retningslinjer?	63
5.7	Er det etablert rutinar for oppfølging av at internkontrollen fungerer slik den var tenkt innanfor fylkeskommunen sine einingar?	65
5.8	Har fylkeskommunen system og rutinar som sikrar etterleving av sentrale krav i regelverket når det gjeld arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT)?	66
<b>6</b>	<b>Tilrådingar</b>	<b>70</b>
	<b>Vedlegg 1: Høyringsuttale</b>	<b>72</b>
	<b>Vedlegg 2: Oversikt over sentrale dokument og litteratur</b>	<b>75</b>
	<b>Vedlegg 3: Skjema for risikovurdering</b>	<b>76</b>

## Figurar og tabellar

Figur 1	Illustrasjon av COSO-modellen	13
Tabell 1	Elementa i COSO-modellen	14
Figur 2	Einingisleiarane sin kjennskap til fullmaksreglementet. Prosent	20
Figur 3	Illustrasjon av kvalitetsarbeidet frå «Felles kvalitetssystem i Hordaland fylkeskommune»	21
Figur 4	Skjermkopi som viser framsida på dokumentstyringsdelen av kvalitetssystemet	23
Figur 5	Leiarane si vurdering av kvalitetssystemet og eiga eining, prosent som er eining/ueinig i påstandar.	25
Figur 6	I kva grad er skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar i eininga oppdaterte, prosent.	26
Figur 7	Avviksmelding i Kvalitetssystemet	28
Tabell 2	Registrerte avvik i kvalitetssystemet	29
Figur 8	Prosent av einingar/avdelingar som registrerer avvik	30
Figur 9	Gjennomføring av risikovurderingar i einingane, prosent	33
Figur 10	Tema i risikovurderingane, prosent av einingar	33
Tabell 3	Roller og ansvar - kvalitetssystem	34
Figur 11	Årshjul for kvalitetsarbeidet	37
Tabell 4	Roller og ansvar knytt til HMT	38
Figur 12	Prosent av einingane/avdelingane som fastsett mål for, dokumenterer organisering av og kartlegg HMT	42
Figur 13	Innspel frå brukarar og tilsette	45
Figur 14	Del tilsette som har gjennomført medarbeidersamtale det siste året. Prosent av leiarar (einingar/avdelingar)	46
Figur 15	Prosent av einingane som har tatt i bruk dokument	46
Figur 16	Prosent leiarar som er einig/ueinig i at fylkeskommunen har tilstrekkeleg fokus på fare for korrupsjon/misleghald.	49
Figur 17	I kva grad leiarane har fått tilstrekkelig informasjon frå sin leiar om krav og forventingar knytt til internkontroll, prosent.	50
Figur 18	Informasjonskanalar som blir nytta, prosent.	50
Figur 19	Kultur for å melde avvik i eiga eining? Prosent leiarar som er einig/ueinig	51
Figur 20	Del av leiarar som i løpet av det siste året gått systematisk gjennom korleis internkontrollen i eininga fungerer, etter område. Prosent.	53
Figur 21	Skjema for risikovurdering "eigenvurdering av arbeidsmiljøet" (eitt av fleire område)	76
Figur 22	Handlingsplan (nytta i samband med eigenvurdering av arbeidsmiljøet)	77
Figur 23	Skjema for risikovurdering/handlingsplan under «beredskap» i kvalitetssystemet	78



# 1 Innleiing

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av internkontroll og HMT i Hordaland fylkeskommune. Prosjektet vart bestilt av kontrollutvalet 17.2.2014 i sak PS 8/14.

## 1.1 Føremål og problemstillingar

Føremålet med dette prosjektet er å undersøke i kva grad Hordaland fylkeskommune har etablert eit overordna system for internkontroll, med eit særskilt fokus retta mot helse, miljø og tryggleik (HMT). Det er formulert følgjande problemstillingar for prosjektet:

1. Har Hordaland fylkeskommune etablert eit **overordna system for internkontroll (kvalitetssystem)**?
  - a) I kva grad er det etablert eit felles system for internkontroll i Hordaland fylkeskommune?
  - b) I kva grad er det gjeve felles retningslinjer for korleis internkontroll skal utøvast i einingane?
2. I kva grad har fylkeskommunen arbeidd for å utvikle eit godt **kontrollmiljø**?
  - a) I kva grad har leiinga sett fokus på internkontroll og leiarane sitt ansvar for internkontrollen?
  - b) Har fylkeskommunen etablert føremålstenlege etiske retningslinjer og korleis er desse gjort kjent i verksemda?
  - c) I kva grad har fylkeskommunen sett fokus på fare for korrupsjon og misleghald?
  - d) I kva grad er det etablert eit system for varsling og oppfølging av varslarar?
3. I kva grad har fylkeskommunen etablert tydelege **mål** for tenestene?
4. I kva grad er det på overordna nivå i fylkeskommunen etablert ei **rapportering** som gjer det mogleg å ha oversikt og kontroll med fylkeskommunen si verksemd?
5. Korleis blir **risikovurderingar** nytta i internkontrollen i fylkeskommunen?
6. I kva grad har fylkeskommunen etablert **kontrollaktivitetar** som skal sikre at sentrale arbeidsprosessar følgjer fylkeskommunen sine krav og retningslinjer?
  - a) I kva grad er det etablert ei klar arbeidsdeling med tydelege fullmakter/delegasjonar?
  - b) I kva grad er det etablert skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar?
  - c) I kva grad er det eit system for dokumentstyring som sikrar at rutinar blir oppdaterte og gjort tilgjengeleg for dei tilsette på ein føremålstenleg måte?
  - d) I kva grad er det etablert kontrollar for å sikre etterleving av sentrale rutinar og retningslinjer?
  - e) I kva grad er eventuelle kontrollar basert på ei systematisk risikovurdering?
  - f) Har fylkeskommunen etablert eit tenleg avviksmeldesystem?
7. Er det etablert rutinar for **oppfølging** av at internkontrollen fungerer slik den var tenkt innanfor fylkeskommunen sine einingar?
8. Har fylkeskommunen system og rutinar som sikrar etterleving av sentrale krav i regelverket når det gjeld arbeid med **helse, miljø og tryggleik (HMT)**? Under dette:

- a) Har fylkeskommunen sentrale system, rutinar eller retningslinjer for korleis HMS arbeidet skal ivaretakast av einingane i fylkeskommunen?
- b) Er det fastsett mål for helse, miljø og tryggleik i fylkeskommunen og i dei einskilde einingane?
- c) Har fylkeskommunen oversikt over korleis ansvar, oppgåver og mynde for arbeidet med helse, miljø og tryggleig er organisert?
- d) Er det etablert eit felles system for kartlegging av farar og problem og vurdering av risikotilhøva i einingane i fylkeskommunen?
- e) Er det etablert rutinar for å utarbeide planar og for å sette i verk tiltak for å redusere identifiserte risikoar?
- f) Har fylkeskommunen rutinar som sikrar at verksemdene under planlegging og gjennomføring av endringar, vurderer om arbeidsmiljøet vil vere i samsvar med lovkrav, og blir det sett i verk naudsynte tiltak?
- g) Har fylkeskommunen etablert rutinar for å avdekke, rette opp og førebygge brot på HMT regelverket?
- h) Gjennomfører fylkeskommunen ei systematisk overvaking og ein gjennomgang av det systematiske HMT arbeidet for å sikre at det fungerer som føresett?
- i) I kva grad er det etablert ei verneteneste i samsvar med sentrale krav i regelverket?
- j) I kva grad er det etablert eit arbeidsmiljøutval som fungerer i samsvar med sentrale krav i regelverket?

# 2 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), og er gjennomført i tidsrommet august til november 2014

## 2.1 Dokumentanalyse

Revisjonen fekk oppretta egne brukartilgangar i det elektroniske kvalitetssystemet, og relevante prosedyrar og malar som ligg i systemet er gjennomgått. I kvalitetssystemet ligg også rapportar for gjennomførte eigenkontrollar i Hordaland Fylkeskommune. Resultat frå eigenkontrollane har blitt nytta som data i denne rapporten

## 2.2 Spørjeundersøking

September 2014 blei det sendt ut ei spørjeundersøking til 55 leiarar for einingane og avdelingane i Hordaland Fylkeskommune. I forkant av undersøkinga fekk alle leiarane ein e-post med informasjon om undersøkinga. Spørjeundersøkinga blei gjennomført med anonymisering av respondentane. Det vil seia at verken Deloitte eller andre har innsyn i kven som har gjeve dei ulike svara. Det var til saman 47 leiarar som valde å svare på undersøkinga. Det gjer ein svarprosent på 86 prosent. Fleirtalet av mottakarar av spørjeundersøkinga var rektorar ved dei vidaregåande skulane. Berre til saman ni leiarar ved andre einingar (tannhelse, Bybanen Utvikling, Skyss og økonomiavdelinga) fekk spørjeundersøkinga. Alle desse har svart, og såleis er dei åtte leiarane som valde å ikkje delta alle tilsett i opplæringsavdelinga/dei vidaregåande skulane.

## 2.3 Intervju

Det har blitt gjennomført åtte intervju med til saman 14 tilsette i Hordaland fylkeskommune. I tillegg har fylkesrådmann svart på spørsmål via e-post. Revisjonen har intervjuet leinga ved følgjande avdelingar:

- Opplæringsavdelinga
- Samferdselsavdelinga
- Regionalavdelinga
- Organisasjonsavdelinga
- Tannhelsetenesta

Ved fleire av intervju har det også delteke ein rådgjevar ved avdelinga. Revisjonen har vidare intervjuet hovudverneombod, ein tilsett ved HMT-seksjonen, og kvalitetskoordinator/informasjonsikkerheitsrådgjevar (ved IT-seksjonen).

## 2.4 Verifiseringsprosessar

Oppsummering av intervju er sendt til dei som er intervjuet for verifisering og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering og høyring. Fylkesrådmannen sin uttale ligg som vedlegg I til rapporten.

# 3 Revisjonskriterium

Revisjonskriterium er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderast opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon.

## 3.1 Internkontroll

Det går fram av kommunelova<sup>1</sup> § 23 nr. 2 at administrasjonssjefen i fylkeskommunen ”skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjer, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.”

Kommunelova gjev inga nærare skildring av kva som ligg i ”betryggende kontroll,” men det går fram av *Ot.prp. nr. 70 (2002–2003)*<sup>2</sup> at

«Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må det regnes som fast praksis at administrasjonssjefen har ansvar for etablering av internkontroll i administrasjonen. Etableringen av en tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.»<sup>3</sup>

I *Ot.prp. nr. 70 (2002–2003)* går det vidare fram at internkontroll blir definert i vid forstand som ein prosess, sett i verk og gjennomført av leiarar og tilsette i verksemda med føremål å sikre måloppnåing på følgjande område:

- Målretta og effektiv drift
- Påliteleg ekstern rapportering
- Etterleving av gjeldande lover og regelverk.

Det finst fleire rammeverk for korleis ein kan utarbeide eit internkontrollsystem. Eit av dei mest brukte rammeverka for internkontroll er COSO-modellen.<sup>4</sup> Hovudelementa i COSO-modellen er felles for fleire av dei ulike rammeverka for internkontroll. Dei viktigaste elementa er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering
- kontrollaktivitetar
- kommunikasjon og informasjon
- leiinga si oppfølging

Komponentane er gjensidig avhengige av kvarandre, og likeverdige delar av eit internkontrollsystem. COSO-modellen kan illustrerast slik:

---

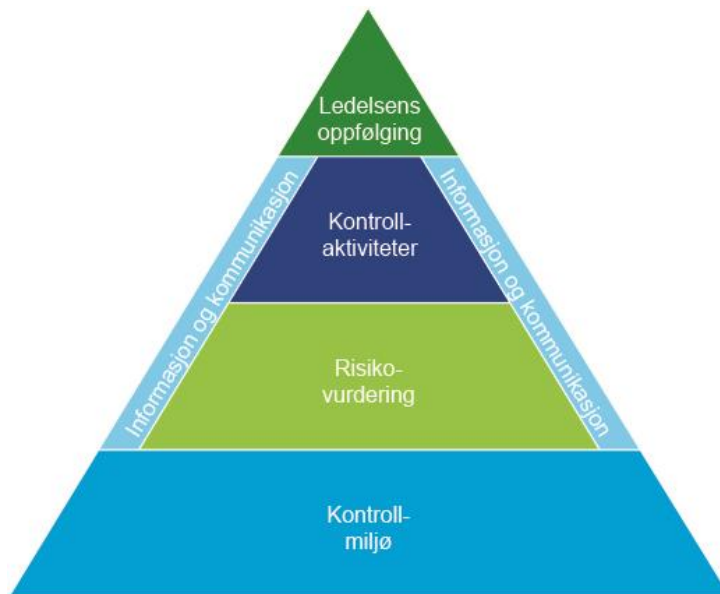
<sup>1</sup> Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), LOV-1992-09-25-107.

<sup>2</sup> Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).

<sup>3</sup> Kapittel 1.5.4

<sup>4</sup> Sjå norsk oversetting i Internkontroll – et integrert rammeverk. Norges interne revisorers forening (1996), Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF).

Figur 1 Illustrasjon av COSO-modellen



Kontrollmiljøet er grunnmuren i internkontrollsystemet, og består av medarbeidarane sine haldningar, etiske verdiar og kompetanse. Kontrollmiljøet blir påverka av korleis verksemda er organisert, kva leiingsfilosofi som er gjeldande og korleis leiarskapen blir praktisert.

Vidare skal risikovurderingar sikre at dei arbeidsprosessane som har høgast sannsyn for, og konsekvens av, svikt, feil eller manglar blir identifiserte. Det er eit mål at leiinga skal ta omsyn til risikovurderinga i utforming av internkontrollen, ved at ein fokuserer og avgrensar internkontrollen til dei arbeidsprosessane som har høgast risiko.

Kontrollaktivitetane er dei tiltak som blir sett i verk for å sikre etterleving av regelverk, retningslinjer og krav til tenesteutføring, og for handtere risiko avdekka i risikovurderingar. Føremålet med kontrollaktivitetane er å medverke til at rutinar og system skal fungere slik som bestemt.

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

For å sikre gjennomføring av handlingar eller endringar som er naudsynte for å oppnå ein god internkontroll er også leiinga si oppfølging viktig. Resultat skal bli følgt opp for å avdekke om dei er i samsvar med verksemda sine strategiar og planar.

Dei ulike elementa er lista opp i tabellen under:

Tabell 1 Elementa i COSO-modellen

COSO område	Skildring	Praktiske eksempel
<b>Kontrollmiljø</b>	Fundamentet for god internkontroll. Leiinga sin haldning, åtferd og definerte retningslinjer er utgangspunktet for god internkontroll.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retningslinjer, organisering, fordeling av ansvar og mynde</li><li>• Retningslinjer og rutinar</li><li>• Ressursar og kompetanse</li><li>• Samhandling</li></ul>
<b>Risikovurdering</b>	Risikovurdering foretas på både overordna og detaljert plan. Konkrete handlingar vert sett i verk for å møte risikoen.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fastsette mål</li><li>• Identifisere risiko</li><li>• Vurdere og prioritere risiko</li><li>• Handtere risiko</li></ul>
<b>Kontrollaktivitetar</b>	Kontrollaktivitetar vert etablerte for å sikre at retningslinjer, prosedyrar og andre krav vert etterlevde i praksis. Etablerast for å redusere risiko og unngå uønskt åtferd.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retningslinjer, prosedyrar og rutinar</li><li>• Nøkkelkontroller, detaljerte kontrollaktivitetar som møter identifisert risiko</li><li>• Systemstøtte og IT-kontroller</li></ul>
<b>Informasjon og kommunikasjon</b>	Det må leggest til rette for effektiv kommunikasjon, informasjonsdeling og rapportering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapportering oppover</li><li>• Kommunikasjon nedover / oppover / til sida</li><li>• IT-systemstøtte for effektiv kommunikasjonsflyt</li></ul>
<b>Oppfølging</b>	Ledelsen må etablere mekanismer for å følge opp at internkontrollen fungerer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Løpande oppfølging</li><li>• Evalueringar</li><li>• Korrigerande tiltak ved avvik</li></ul>

Det er ikkje eit krav at internkontrollsystemet i kommunen skal vere basert på COSO-modellen, men modellen representerer eit sett med hovudelement som bør inngå i ei overordna vurdering av internkontroll. I dette prosjektet er modellen nytta som eit retningsgivande rammeverk for god internkontroll.

### 3.2 Helse, miljø og tryggleiksarbeid (HMT)

Av § 1-1 i arbeidsmiljølova går det fram at føremålet med lova mellom anna er å sikre eit arbeidsmiljø som gir grunnlag for ein helsefremmande og meningsfylt arbeidssituasjon, og som gir full tryggleik mot fysiske og psykiske skadeverknader.

§ 2-4 i arbeidsmiljølova omhandlar varsling om kritikkverdige forhold i verksemda. Her går følgjande fram:

«(1) Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten.

(2) Arbeidstakers fremgangsmåte ved varslingen skal være forsvarlig. Arbeidstaker har uansett rett til å varsle i samsvar med varslingsplikt eller virksomhetens rutiner for varsling. Det samme gjelder varsling til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter.

(3) Arbeidsgiver har bevisbyrden for at varsling har skjedd i strid med denne bestemmelsen.»

§ 2-5 i arbeidsmiljølova omhandlar vern mot gjengjelding ved varsling, og av § 3-6 går følgjande fram:

«Arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, utarbeide rutiner for intern varsling eller sette i verk andre tiltak som legger forholdene til rette for intern varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten i samsvar med § 2-4, dersom forholdene i virksomheten tilsier det.»

I kommentarane til § 3-6 i forarbeida til lova, går det fram at risikoforholda og yringsklimaet i verksemda vil bestemme om det er behov for tiltak. Dette må vurderast i samband med ei vurdering av risikoforholda, jf § 3-1 i arbeidsmiljølova. Samtidig blir det peikt på at «*Det skal ikke være høy terskel for at det skal være plikt til å sette i verk tiltak som beskrevet i bestemmelsen, og det er først og fremst «ukompliserte» virksomheter med få ansatte som vil falle utenfor.*»<sup>5</sup>

Av arbeidsmiljølova § 3-1 går krav til systematisk arbeid med helse, miljø og tryggleik fram:

«(1) For å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, skal arbeidsgiver sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.

(2) Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid innebærer at arbeidsgiver skal:

- a) fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet,
- b) ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt,
- c) kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen,
- d) under planlegging og gjennomføring av endringer i virksomheten, vurdere om arbeidsmiljøet vil være i samsvar med lovens krav, og iverksette de nødvendige tiltak,
- e) iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av denne lov,
- f) sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær,
- g) sørge for løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, jf. bokstav c,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet for å sikre at det fungerer som forutsatt.»

Kravet om å drive systematisk helse-, miljø og tryggleiksarbeid er nærare presisert gjennom *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter* (Internkontrollforskriften). I forskrifta er *internkontroll* definert som «*systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen*». Det går her fram at den som er ansvarleg for verksemda skal sørge for at internkontroll blir innført og utøvd i verksemda, og at dette blir gjort i samarbeid med arbeidstakarane og deira representantar.

---

<sup>5</sup> Ot.prp.nr.84 (2005-2006) (endringslov). Kapittel 9 Merknader til lovteksten.

Av § 5 i internkontrollforskrifta går det fram at følgjande forhold må kunne dokumenterast skriftleg:

- Fastsetting av mål for helse, miljø og tryggleik
- Utarbeiding av oversikt over verksemda sin organisasjon, under dette korleis ansvar, oppgåver og mynde for arbeidet med helse, miljø og tryggleik er fordelt
- Kartlegging av farar og problem og på denne bakgrunn vurdering av risiko, samt utarbeiding av tilhøyrande planar og tiltak for å redusere risikoforholda
- Iverksetting av rutinar for å avdekke, rette opp og førebygge brot på krav fastsett i eller i medhald av helse-, miljø- og tryggleikslovgevinga
- Gjennomføring av systematisk overvaking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som føreset

Av arbeidsmiljølova § 3-2 første ledd bokstav b går det fram at arbeidsgjevar har ansvar for at «*arbeidstaker som har til oppgave å lede eller kontrollere andre arbeidstakere har nødvendig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte*». Vidare går det fram av § 2-3 tredje ledd at «*Arbeidstaker som har til oppgave å lede eller kontrollere andre arbeidstakere, skal påse at hensynet til sikkerhet og helse blir ivaretatt under planleggingen og utførelsen av de arbeidsoppgaver som hører under eget ansvarsområde.*»

### 3.3 Vernetenesta

Vernetenesta er omtalt i kapittel 6 i arbeidsmiljølova. Ved alle verksemdar som har 10 tilsette eller meir skal det etter § 6-1 veljast verneombod. For verksemdar med færre enn ti arbeidstakarar kan det gjerast unntak for kravet om verneombod. Kwart verneområde skal vere klart avgrensa og må ikkje vere større enn at verneombodet kan ha full oversikt og ivareta sine oppgåver på ein forsvarleg måte.

Om verneombodet sine generelle oppgåver står det følgjande i § 6-2 (1):

«Verneombudet skal ivareta arbeidstakernes interesser i saker som angår arbeidsmiljøet. Verneombudet skal se til at virksomheten er innrettet og vedlikeholdt, og at arbeidet blir utført på en slik måte at hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt i samsvar med bestemmelsene i denne lov.»

Under (2) i same paragraf går det fram at verneombodet har særleg ansvar for tilhøve knytt til m.a. fysisk arbeidsmiljø, å avverje ulykker, å sikre at tilsette har naudsynt opplæring og å melde frå om ulykkes- og helsefare. Verneombodet skal takast med på råd under planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet innanfor ombodet sitt verneområde.

Av § 6-5 går det fram at arbeidsgjevar har ansvar for å sørge for at verneombod får naudsynt opplæring, tilstrekkeleg tid til å utføre vernearbeidet, at utgifter til opplæring mv. skal dekkast og at arbeidsgjevar skal sørge for at verneombodet ikkje har inntektstap som følge av vervet. Av *forskrift om organisering, ledelse og medvirkning* går det fram kva som skal vere føremålet med opplæringa, og at opplæringa normalt skal ha ei varigheit på minst 40 timar.

Verksemdar med fleire enn eitt verneombod skal ifølgje arbeidsmiljølova § 6-1 (3) ha minst eitt hovudverneombod, som har ansvar for å samordne verneomboda si verksemd. Hovudverneombodet skal veljast blant verneomboda eller andre som har eller har hatt tillitsverv ved verksemda. Det skal også veljast ein stedfortredar for hovudverneombodet, jf. § 3-6 i *forskrift om organisering, ledelse og medvirkning*.



### 3.4 Arbeidsmiljøutval

Alle verksemdar som sysselsett meir enn 50 arbeidstakarar har etter arbeidsmiljølova § 7-1 plikt til å opprette eit arbeidsmiljøutval (AMU), der arbeidsgjevaren, arbeidstakarane og bedriftshelsetenesta er representert. Arbeidsgjevar og arbeidstakarane skal ha like mange representantar i utvalet, og leiar for utvalet skal vekselvis veljast av arbeidsgjevar og arbeidstakar sine representantar. Kva personar som til ei kvar tid er medlemmar av utvalet skal kunngjerast ved oppslag på arbeidsplassen.

Arbeidsmiljøutvalet sine generelle oppgåver er omtalt i arbeidsmiljølova § 7-2 (1):

«Arbeidsmiljøutvalget skal virke for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet, og nøye følge utviklingen i spørsmål som angår arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd.»

Under (2) går det vidare fram kva type saker arbeidsmiljøutvalet skal behandle. Spørsmål som angår bedriftshelseteneste og den interne vernetenesta er eit av dei områda arbeidsmiljøutvalet skal dekke.

Vidare blir det i § 2-3 i *forskrift om organisering, ledelse og medvirkning* sagt følgjande om arbeidsmiljøutvalet sine oppgåver:

«Arbeidsmiljøutvalget er et besluttende og rådgivende organ som skal virke for gjennomføringen av arbeidsmiljølovgivningen i virksomheten. Foruten de oppgaver som er spesielt nevnt i arbeidsmiljøloven § 7-2, skal

- a) utvalget delta i å utarbeide en handlingsplan for verne- og miljøarbeidet i virksomheten,
- b) utvalget eller representanter for utvalget foreta befaringer i virksomheten for å kartlegge og vurdere behovet for verne- og miljøtiltak. Verneombud og arbeidsledere for de enkelte områder i virksomheten bør delta under befaringen av områder som de er verneombud eller arbeidsleder for,
- c) utvalget gi råd om prioritering av virksomhetens planer i arbeidsmiljøspørsmål og selv ta opp spørsmål om nye tiltak,
- d) utvalget fastsette retningslinjer for introduksjon av nye tilsatte arbeidstakere om det som gjelder verne- og miljøarbeidet i virksomheten og se til at arbeidsgiveren sørger for opplæring av nye tilsatte så snart som mulig etter tilsettingen,
- e) utvalget også arbeide for at de tilsatte i virksomheten får innsikt i arbeidsmiljøproblemer og søke deres medvirkning i verne- og miljøarbeidet. (...)»

Vidare går det fram av § 3-16 i forskrifta at arbeidsmiljøutvalet normalt skal halde minst 4 møte per år, og at utvalet tar opp spørsmål både på eige initiativ, etter førespurnad frå verneombod og etter førespurnad frå andre arbeidstakarar. Det skal førast referat frå møta i arbeidsmiljøutvalet.

Medlemmar av arbeidsmiljøutvalet har ifølgje *forskrift om organisering, ledelse og medvirkning* §§ 3-18 og 3-19 same rett til opplæring som verneomboda.

### 3.5 Informasjonstryggleik

Regelverket knytt til informasjonstryggleik omfattar mellom anna personopplysningslov og – forskrift. I personopplysningsforskrifta er det gitt utfyllande avgjørsler og rettleiingar rundt informasjonstryggleik. Sentrale punkt i forskrifta er å:<sup>6</sup>

- Fastsette tryggleiksstrategi for verksemda (§ 2-3)
- Ha oversyn over kva slags personopplysningar som vert behandla (§ 2-4)
- Gjennomføre risikovurderingar etter fastsette kriterium (§ 2-4)
- Etablere klare ansvars og –myndigheitsforhold for bruk av informasjonssystem (§ 2-7)
- Etablere fysiske og tekniske tiltak for informasjonstryggleik (§§ 2-10 til 2-14)
- Sørge for at dei tilsette har tilstrekkeleg kunnskap om informasjonstryggleik (§ 2-8)
- Gjennomføre tryggleiksrevisjonar for å etterprøve at tiltak er sett i verk og fungerer (§ 2-5)
- Foreta regelmessig gjennomgang på leiar nivå av tryggleiksmål og –strategi (§ 2-3)

For å kunne tilfredstille desse krava må kommunen etablere eit styringssystem for informasjonstryggleik.

---

<sup>6</sup> Følgjande punkt kjem fram i personopplysningsforskriften kap. 2

# 4 Data

## 4.1 Mål for tenestene

Overordna mål for Hordaland fylkeskommune går fram gjennom regelverk, overordna planar og vedtak frå fylkestinget. I intervju går det fram at sjølv om det er fastsett ei rekkje mål som fylkeskommunen skal arbeid etter, kan det vere behov for å samle måla til ei meir einsarta bestilling til den enkelte leiar. Det er ikkje fastsett rammeverk for målstyring (som til dømes balansert målstyring) eller system med oppdragsbrev til leiarar i fylkesadministrasjonen. I forvaltningsrevisjonen knytt til økonomistyring<sup>7</sup>, vert bruk av måltal i budsjettarbeidet omtala, og det går fram av høyringssvar at fylkesrådmannen har sett i gang arbeid med å finne fram betre måltal i tertialrapportering. I samband med budsjett 2015, går det fram av intervju at fylkesrådmannen har utfordra fylkesdirektørane om å formulere mål for einingane, og at avdelinga sine sentrale mål er gjennomgått med fylkesrådmann. I budsjett og økonomiplan for 2015 er det trekt fram målsettingar og tiltak for kvar avdeling. For tannhelseavdelinga, regionalavdelinga, samferdsleavdelinga og kulturavdelinga er det fastsett fire til sju målsettingar med tilhøyrande effektmål, resultatmål, tiltak og indikatorar. For opplæringsavdelinga er det fastsett to målsettingar, der det er knytt måltal til ei av målsettingane. Også stabsavdelingane økonomiavdelinga og organisasjonsavdelinga har fastsett målsettingar med tilhøyrande effektmål, resultatmål, tiltak og indikatorar. Økonomiavdelinga har fastsett eit mål for kvar av dei fire seksjonane, medan organisasjonsavdelinga har fastsett fire mål knytt til område som ein ynskjer å forbetre i drifta av fylkeskommunen.

Fastsette mål for einingane vil bli gjennomgått i statusmøte mellom fylkesdirektør og fylkesrådmann. På eit årleg møte gjennomgår fylkesrådmannen sentrale mål for Hordaland fylkeskommune med sine fylkesdirektørar. Toppleiinga har vidare statusmøte rundt kvar 8. veke der ein følgjer opp at dei ulike tenesteområda si verksemd vert drive i samsvar med mål og regelverk. Sakliste for statusmøtet er; prioriterte oppgåver og arbeidsmål, sjukefråvær, HMT, økonomi - status og prognose for avdelinga, eventuelt. Fylkesrådmannen har oppmoda fylkesdirektørane å gjennomgå fastsette mål med sine leiarar.

Fast rapportering til politisk nivå frå drifta i fylkeskommunen omfattar rapportar annankvar månad til fylkesutvalet og kvart tertial til fylkestinget.<sup>8</sup> Årsmeldinga gjev nærare informasjon om aktiviteten i fylkeskommunen det føregåande året, saman med rekneskap for året.

## 4.2 Delegasjon og fullmakter

Delegasjonsreglementet for fylkeskommunen er det interne regelverket i fylkeskommunen om kva organ som har mynde til å ta avgjerd på fylkeskommunen sine vegner. Det omfattar reglement for dei ulike utvala og organa som er sett ned av fylkestinget, med spesifisering av samansetjing, oppgåver og reglar for sakshandsaming i organa. Delegasjonsreglementet omfattar også kva oppgåver og fullmakter som er lagt til fylkesrådmannen. Det er utarbeidd eit eige fullmaktsreglement som viser korleis dei ulike delegasjonane er subdelegerte til direktørar og andre leiarar i fylkesadministrasjonen.

---

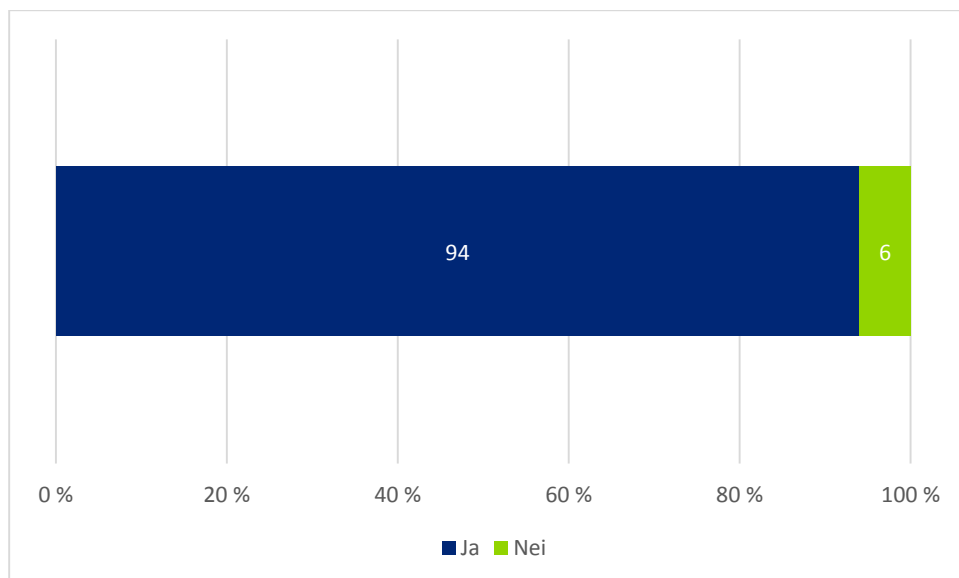
<sup>7</sup> Forvaltningsrevisjon av økonomistyring i Hordaland fylkeskommune (november 2013)

<sup>8</sup> Sjå nærare forklaring i forvaltningsrevisjonsrapporten om økonomistyring.

Både fylkesrådmannen og fylkesdirektørane som vart intervjua opplever sine fullmakter/delegasjonar som tilstrekkelig tydelege. Samstundes går det fram at fylkesrådmannen har fått spørsmål knytt til økonomiske fullmakter, som då vart gjennomgått i eit toppleiar møte. Fylkesrådmannen gjev uttrykk for at fullmaktene på underliggende nivå generelt kan bli tydelegare.

Spørjeundersøkinga viser at seks prosent av einingsleiarane ikkje kjenner til fullmaktsreglementet.

**Figur 2 Einingsleiarane sin kjennskap til fullmaktsreglementet. Prosent**



Kjelde: Spørjeundersøking til einingsleiarar, n=48

### 4.3 Kvalitets- /internkontrollsystem

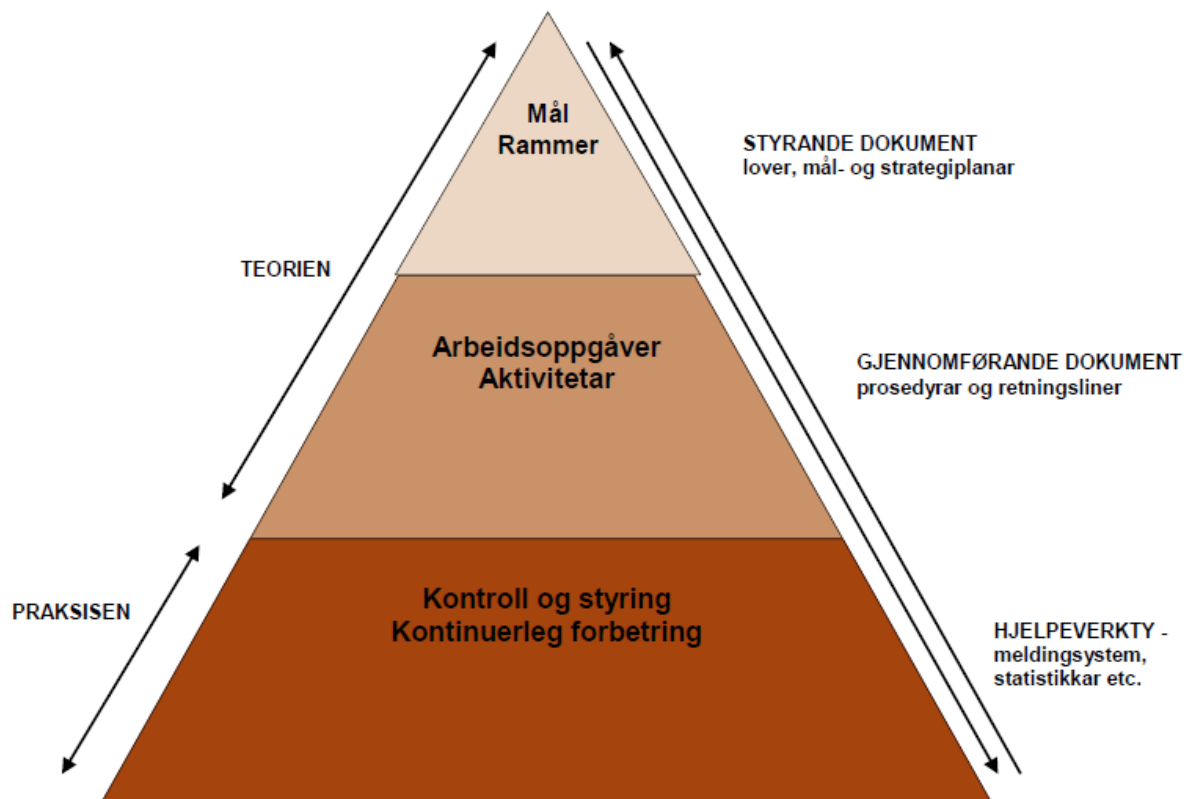
Hordaland fylkeskommune har innført eit elektronisk, webbaserte kvalitetssystem<sup>9</sup>. Verktøyet omfattar prosedyrebibliotek, skjema/sjekklistar, avvikshandsamingssystem og ulike rapportmoglegheiter.

I skildringa av kvalitetssystemet vert det påpeikt at «eit felles kvalitetssystem [inneber] ein felles metode for å utvikle, praktisere og halde vedlike system for kvalitet på arbeidet vi utfører». Det går fram av skildringa at kvalitetssystemet er felles for Hordaland fylkeskommune. Systemet er illustrert med følgjande figur:

---

<sup>9</sup> Systemet vert levert av Quality manager +com AS.

Figur 3 Illustrasjon av kvalitetsarbeidet frå «Felles kvalitetssystem i Hordaland fylkeskommune»



Kvalitetssystemet viser såleis både til det elektroniske systemet som understøttar kvalitetsarbeidet, og til det samla styringssystemet, det vil seie heilskapen av måldokument, prosedyrar, verktøy, prosessar og praksis, slik dette er sett saman og meint å fungere som rammeverk for kvalitetsarbeidet i fylkeskommunen.<sup>10</sup>

Kvalitetssystemet vart innført i organisasjonen gjennom prosjektet «felles kvalitetssystem – innføring og vidareutvikling», som vart sett i gong i mars 2011 og avslutta i juli 2012. Bakgrunnen for prosjektet var at fylkeskommunen har hatt fleire ulike system i ulike format (handbøker, portalar mv.), og det var ikkje krav til å standardisere oppbygginga av systema. I sluttrapporten for prosjektet med innføring av kvalitetssystem går det fram at det tidlegare har vore krevjande å finne fram dokumentasjon, og at det i nokre tilfelle har vorte avdekkja manglar i systema.<sup>11</sup> Prosjektet omfatta to fasar. Første fasen var innføring av kvalitetssystemet med pilotprosjekt i delar av organisasjonen, utvikling av verktøy innan HMT og informasjonstryggleik, samt opplæring. Den andre fasen var vidareutvikling av systemet for andre fellesoppgåver, samt spesifikke fagområde.

Det går fram av sluttrapporten at målet med innføringa av kvalitetssystemet var å sikre at organisasjonen tilfredsstillir eksterne og interne krav om systematisk arbeid og kontroll innan dei ulike arbeidsområda. Gjennom felles prosedyrar, kontrollsystem og meldingshandtering for både felles område (HMT, personale mv.) og spesifikke fagområde, skulle systemet medverke til å samordne og standardisere systema i fylkeskommunen.

<sup>10</sup> I notat frå organisasjonsdirektør og kvalitetskoordinator 25.8.2014 går det fram at Kvalitetsforum anbefalar å endre namnet på verktøyet, med følgjande grunngjeving: «Eit kvalitetssystem er eit omgrep som vert brukt om dei prosedyrar, retningslinjer og rutinar som skal sikre kvalitet på tenestane ein organisasjon leverer. Når verktøyet i Hordaland fylkeskommune har fått dette namnet, vert det ei uheldig samanblanding mellom verktøyet og arbeidsmetoden. Kvalitetsforum har diskutert namnet «Kvalitetsportalen», men har òg eit ønskje om ei namnekonkurranse, då dette kan skape litt interesse for systemet hjå dei tilsette.»

<sup>11</sup> «Sluttrapport felles kvalitetssystem – innføring og vidareutvikling»

### 4.3.1 Dokumentstruktur i kvalitetssystemet

Prinsippet bak dokumentstyringa i kvalitetssystemet er at all relevant dokumentasjon skal samlast i ein fast struktur i det elektroniske systemet. Dokumentasjonsdelen av systemet er bygd rundt ulike faner som er felles for alle avdelingar/einingar:

- Om kvalitetssystemet
- Beredskap
- HMS-dokument
- Administrasjon
- Personal
- IT
- Økonomi
- Innkjøp
- Drift/Eigedom

I tillegg til desse fanene kan avdelingar og einingar har egne faner som berre gjeld for deira del av organisasjonen. Under kvar fane er dokumenta inndelt grupper av dokument<sup>12</sup> (sjå skjermbilde). Dei fleste fanene har følgjande grupper:

- **Styringsdokument** – t.d. mål- og strategidokument og oversyn over organisert
- **Gjennomføringsdokument** – t.d. prosedyrar for korleis ein skal gjennomføre bestemte oppgåver
- **Aktuelle lover** – Lenkje til lover eller avtaledokument som gjeld for det aktuelle området.

I tillegg har nokre også lagt til kontrolldokument:

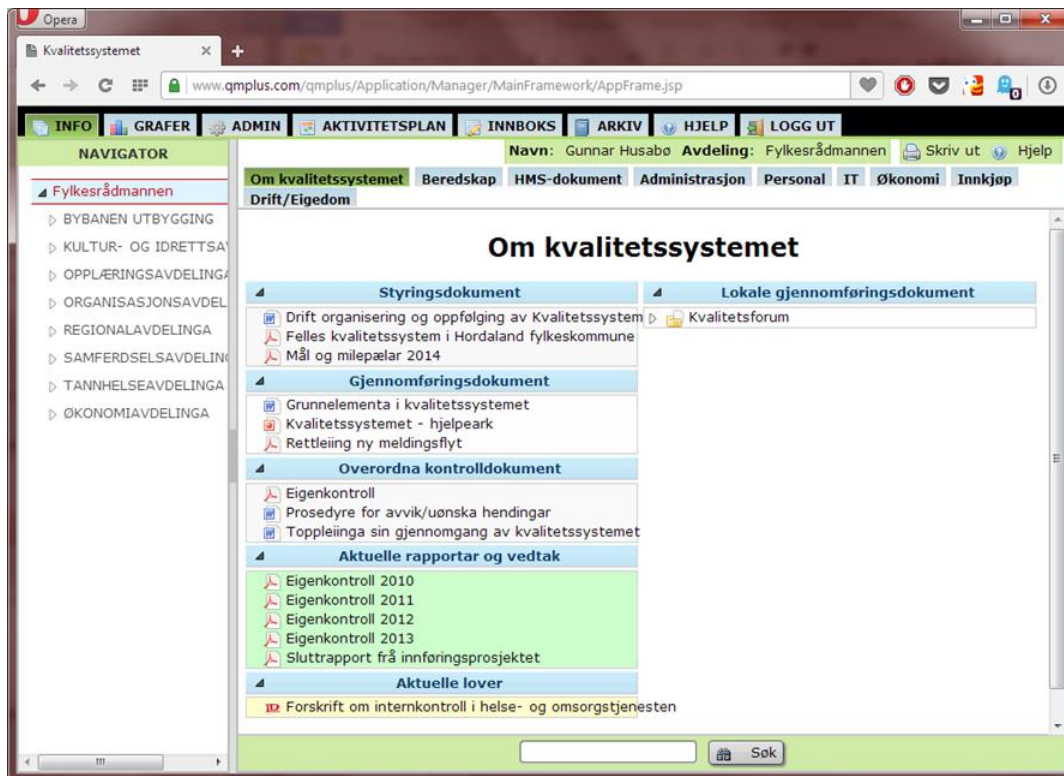
- **Kontrolldokument** – retningslinjer for kontroll, oppfølging og korrigerer av om ein følgjer gjeldande prosedyrar

Systemet legg til rette for å leggje inn dokument som er overordna og som gjeld alle i Hordaland Fylkeskommune, eller lokale, som gjeld berre for ei avdeling/eining.

---

<sup>12</sup> I tillegg er der egne grupper for aktuelle rapporter og vedtak, og aktuelle lover.

Figur 4 Skjermkopi som viser framsida på dokumentstyringsdelen av kvalitetssystemet



Dei overordna skildringane av korleis systemet skal fungere og kva som er grunnelementa i systemet er datert til oktober 2010.

Det er utarbeidd hjelpear til kvalitetssystemet som m.a. omhandlar dokumentstyring. Her er det forklaring til korleis ein lagar og legg inn lokale dokument.

I intervju går det fram at slik dokumentstyringa for prosedyrar i kvalitetssystemet er meint å skulle fungere, skal dokument opprettast og godkjennast i sak-/arkivsystemet Ephorte, og så skal det leggjast inn lenkje til desse dokumenta i kvalitetssystemet (for å unngå dobbeltlagring). Det har vore tekniske problem i Ephorte som gjer at dette ikkje har kome i orden. Det er difor i dag i varierende grad dokumentasjon av utarbeiding og godkjenning frå sak-/arkivsystemet i dokumenta i kvalitetssystemet, og det er inga automatisk lenkje.

#### 4.3.2 Bruk av kvalitetssystemet

Brukartilgangar til det elektroniske kvalitetssystemet er synkronisert med den sentrale katalogtenesta, som gjer at alle som får oppretta ein brukartilgang til fylkeskommunen sine datasystem også får ein tilgang til kvalitetssystemet. Dette omfattar alle fast tilsette, samt ein stor del av dei som arbeider i vikariat.

Det kjem fram i intervju at dei fleste tilsette har tilgang til PC for å nytte kvalitetssystemet, sjølv om det kan vere utfordringar knytt til enkelte grupper arbeidstakarar, til dømes reinhaldarar på vidaregåande skular. Dette kan ha samanheng med både IT-kompetanse og språklege barrierar.

I praksis har dei ulike avdelingane i fylkeskommunen nytta systemet i ulik grad. Det går fram av sluttrapporten frå innføringa av kvalitetssystemet at innføringsprosjektet mellom anna hadde som mål at alle avdelingar/einingar hadde starta arbeidet med å samle dokument knytt til HMT og informasjonstryggleik, og at alle avdelingar hadde gjort seg erfaringar med meldingssystemet og rapportmodulen i Kvalitetssystemet. Desse to måla står som «delvis gjennomført» i rapporten.

I toppleiar møte 11. november 2013 vart det påpeikt at gruppa meiner det er behov for å få opp bruken av kvalitetssystemet, og at heile organisasjonen nyttar det. I toppleiar møtet vart det sett fram fleire konkrete mål for det vidare arbeidet med kvalitetssystemet.

I eit notat frå fylkesdirektør organisasjon og kvalitetskoordinator til toppleiar gruppa («Status på kvalitetsarbeidet i HFK» 25.8.2014), som mellom anna går gjennom status for dei ulike måla som toppleiar gruppa vedtok, går det fram følgjande:

Etter at *Kvalitetssystemet* vart tatt i bruk i 2011 vart det våren 2012 ein stillstand i kvalitetsarbeidet i HFK. I enkelte avdelingar og einingar har engasjerte tilsette gjort godt arbeid i fortsetjinga, medan det andre stader i organisasjonen ikkje har vore fokusert på kvalitetsarbeid. Målet må være å samordne einingane slik at vi kjem på same høge nivå med kvalitetsarbeidet i heile organisasjonen.

Arbeidet med å fremje bruken av kvalitetssystemet skjer mellom anna gjennom kvalitetsforum, som frå våren 2014 har bestått av kvalitetsansvarlege for avdelinga og nokre fagansvarlege ressursar frå organisasjons- og økonomiavdelinga (sjå kap. 4.4 for ei nærare forklaring av dei ulike rollene i høve til kvalitetssystemet). Det har også vore presentasjonar av kvalitetsarbeidet på leiaropplæringa og artikkel om kvalitetsarbeidet på intranettet.

Av spørjeundersøkinga (september 2014) går det fram at 98 prosent av leiarane seier at kvalitetssystemet vert nytta i «si» eining. Berre ein respondent, tilsett i ein vidaregåande skule, svarer at kvalitetssystemet ikkje vert nytta. 37 prosent av leiarane nyttar kvalitetssystemet kvar veke, medan 37 prosent nyttar det fleire gongar i månaden. Resten nyttar kvalitetssystemet minst ein gong i månaden.

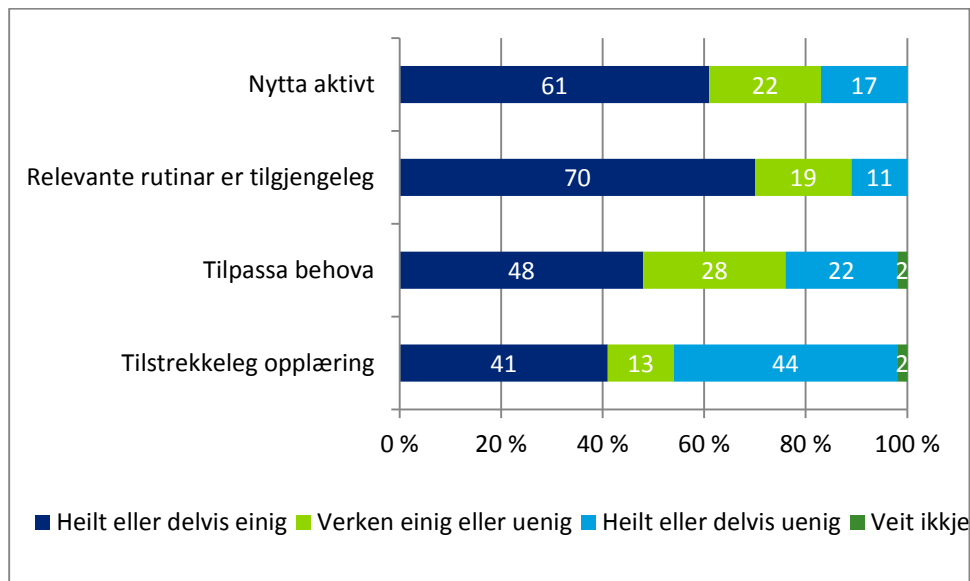
I spørjeundersøkinga vart leiarane bedt om å ta stilling til ulike påstandar om kvalitetssystemet. Av figur 5. går det fram 61 prosent er heilt eller delvis einig i at kvalitetssystemet vert nytta aktivt i eininga, medan 17 prosent er ueinig i påstanden. Leiarane som svarte at kvalitetssystemet ikkje vert nytta aktivt i eininga fekk høve til å gje eit fritekstsvaer om kva som er grunnen til dette. Her vert det mellom anna peika på at systemet er for lite brukarvenleg og at ein manglar opplæring i systemet. Ein leiar peikar på at ved innføring av både personalportalen og kvalitetssystemet på same tid vart personalporten prioritert, og at eininga slit med å få lagt inn lokale rutinar i systemet. Det gamle internkontrollsystemet ligg difor «litt her og der».

Det er fleire som er einig i at rutinar/prosedyrar som er relevante for arbeidet i eininga er tilgjengeleg (70 prosent). Samstundes kjem det fram at Bybanen Utbygging har med seg sitt etablerte kvalitetssystem frå starten i Bergen kommune, og det blir peika på at kvalitetssystemet ikkje er tilgjengeleg for elevar.

Under halvparten er einig i at kvalitetssystemet er tilpassa behova i eininga.



Figur 5 Leiarane si vurdering av kvalitetssystemet og eiga eining, prosent som er eining/ueinig i påstandar.



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=47.

Gjennom spørjeundersøking og intervju kjem det fram at enkelte leiarar ikkje er nøgde med korleis systemet er utforma (brukargrensesnittet), og enkelte opplever at systemet responderer seint og er «treigt» å jobbe i.

#### 4.3.3 Utvikling og bruk av prosedyrar

I sluttrapporten frå innføringa av kvalitetssystemet<sup>13</sup> vert det peikt på at god struktur og kvalitet i prosedyreverket eit kriterium for å lukkast med kvalitetssystemet. Det vert påpeikt at det må haldast ei «stram linje når det gjeld struktur og innhald». Som ei følgje av dette vert det tilrådd at kvalitetskoordinator får fullmakter til å ta avgjerder om utvikling og drift av systemet, og til å godkjenne fagområde og gjere naudsynte endringar.

Sjølv om dei fleste leiarane nyttar kvalitetssystemet til å finne relevante prosedyrar og rutinar (jf. figur 5 over), er det færre som nyttar kvalitetssystemet til å legge inn/redigere prosedyrar/rutinar. Spørjeundersøkinga viser at under halvparten (46 prosent) av leiarane har nytta kvalitetssystemet til dette formålet. Når det gjeld andre lokale styrings- og gjennomføringsdokument viser ein gjennomgang i kvalitetssystemet at alle avdelingane legg inn lokale dokument, men i ulikt omfang. Av intervju går det fram at på avdelingsnivå er det berre tannhelseavdelinga har som har lagt inn dokument knytt til sjølve kvalitetsarbeidet (dvs. lokale dokument under fana «om kvalitetssystemet»).

I notatet «status...» kjem det fram at det vart sett som mål i november 2013 at alle avdelingane skal vere ferdig med å registrere prioriterte styrande dokument og gjennomføringsdokument i 2014, eventuelt gjennomføre ein revisjon av dei dokumenta som allereie er lagt inn. Status i august 2014 var at alle avdelingar utanom Kultur- og idrettsavdelinga har tatt i bruk kvalitetssystemet for sine styrande dokument og gjennomføringsdokument.<sup>14</sup>

Av spørjeundersøkinga går det vidare fram at 79 prosent av leiarane svarar at eininga nyttar andre system enn kvalitetssystemet for å samle prosedyrar og rutinar. Følgjande andre system blir nytta:

<sup>13</sup> «Sluttrapport Felles kvalitetssystem – innføring og vidareutvikling» Arkivsak 201003634-33/09

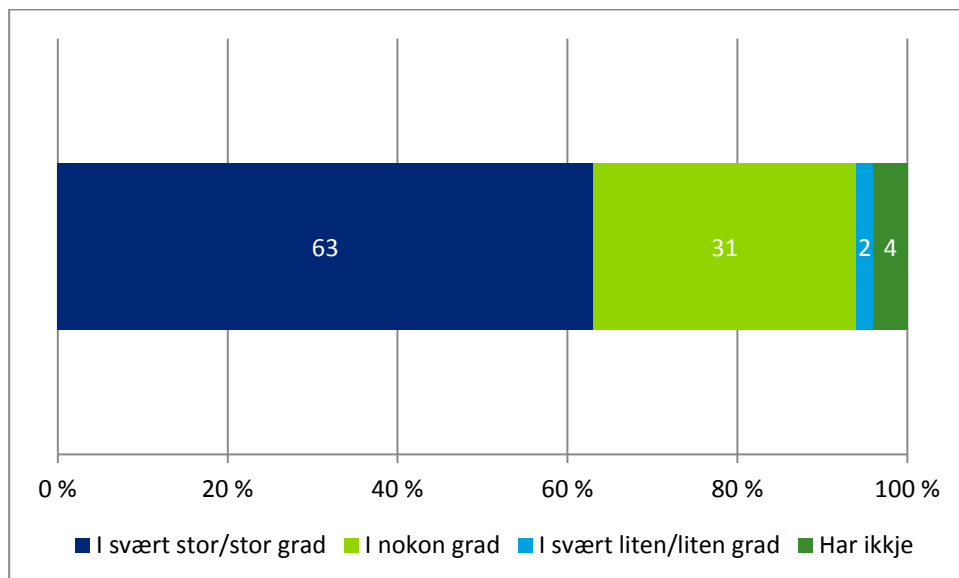
<sup>14</sup> Etter det revisjonen forstår har ikkje Bybanen utvikling teke kvalitetssystemet aktivt i bruk, då dei har arbeidd mykje i eige prosjektstyringsverktøy, men dei har no planar om å leggje inn utbyggingshandboka si i det felles kvalitetssystemet.

- It`s learning
- Papirsystem i ulike permar
- Personalhandbok på papir
- Personalporten
- Fellesområdet til eininga
- Maritime training providers
- Kvalitetssystemet som er pålagd av Det Norske Veritas og Sjøfartsdirektoratet

Det går fram av intervju at opplæringsavdelinga, tannhelseavdelinga og regionalavdelinga er dei avdelingane som brukar Kvalitetssystemet mest aktivt som prosedyrebibliotek. Organisasjonsavdelinga la ut alle overordna rutinar/dokument i 2012, og er no i gang med å revidere og oppdatere overordna rutinar. Kulturavdelinga er den avdelinga som i minst grad har lagt ut dokument, men representantar frå avdelinga har vore på opplæring hjå kvalitetskoordinator, og er no i gang med å få lagt ut sine rutinar.

Av spørjeundersøkinga går det fram at 59 prosent av leiarane svarer at det i svært stor eller stor grad er etablert skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar i eiga eining. Dei andre svarar i hovudsak at det i noko grad er etablert skriftlege rutinar/retningslinjer (37 prosent), medan fire prosent svarar «i liten grad». Av figur 6 går det fram at eit fleirtal av leiarane opplever at rutinar/retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar er oppdaterte.

**Figur 6 I kva grad er skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar i eininga oppdaterte, prosent.**



**Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=46**

Ein gjennomgang av dokument som er lagt ut på sentralt nivå<sup>15</sup> syner at det hovudsakleg<sup>16</sup> er i fana «om kvalitetssystemet» det er lagt ut dokument/linkar under overskrifta «overordna kontrolldokument». På avdelingsnivå er det berre tannhelseavdelinga som har lagt inn kontrolldokument (prosedyre for sjekklister av journal).

<sup>15</sup> Med utgangspunkt (navigator) i fylkesrådmannen sin stab, dvs. ikkje på avdelings- eller einingsnivå.

<sup>16</sup> Det er også lagt inn eit vedlegg til arkivplan og eit oversyn over organisasjonsnummer i fylkeskommunen. Sjølv om desse kan nyttast i kontrollsamanheng går det ikkje fram korleis ein slik kontroll er meint å gjennomførast.

#### 4.3.4 Avviksregistrering

Hordaland fylkeskommune har ein felles prosedyre for avvik som ligg i det elektroniske kvalitetssystemet. I prosedyren går det fram at Hordaland fylkeskommune definerer avvik på følgjande måte:

manglande samsvar mellom det som faktisk skjer og det som er fastsett i lover, forskrifter, etablerte prosedyrar og rutinar eller det som er ønska tilhøve.

Vidare går det fram av prosedyren at kvar enkelt medarbeidar er ansvarleg for å rapportere om avvik/uønskte hendingar, og at den enkelte leiar er ansvarleg for å behandle meldingane. Det går også fram at «linjeleiar» til ei kvar tid vil ha oversikt over statistikk på eige ansvarsområde

Av fylkeskommunen sin eigenkontroll for 2013<sup>17</sup> går det fram at ein hausten det året sette i gong eit arbeid for å «revitalisere» kvalitetssystemet. Mellom anna har det i 2014 har det vore fleire endringar knytt til avvikshandsaminga. Leiarar har fått høve til å sende vidare mottekne avviksskjema, noko dei ikkje hadde tidlegare. Vidare har det som før var eitt felles avviksskjema vorte erstatta av fire eigne skjema:

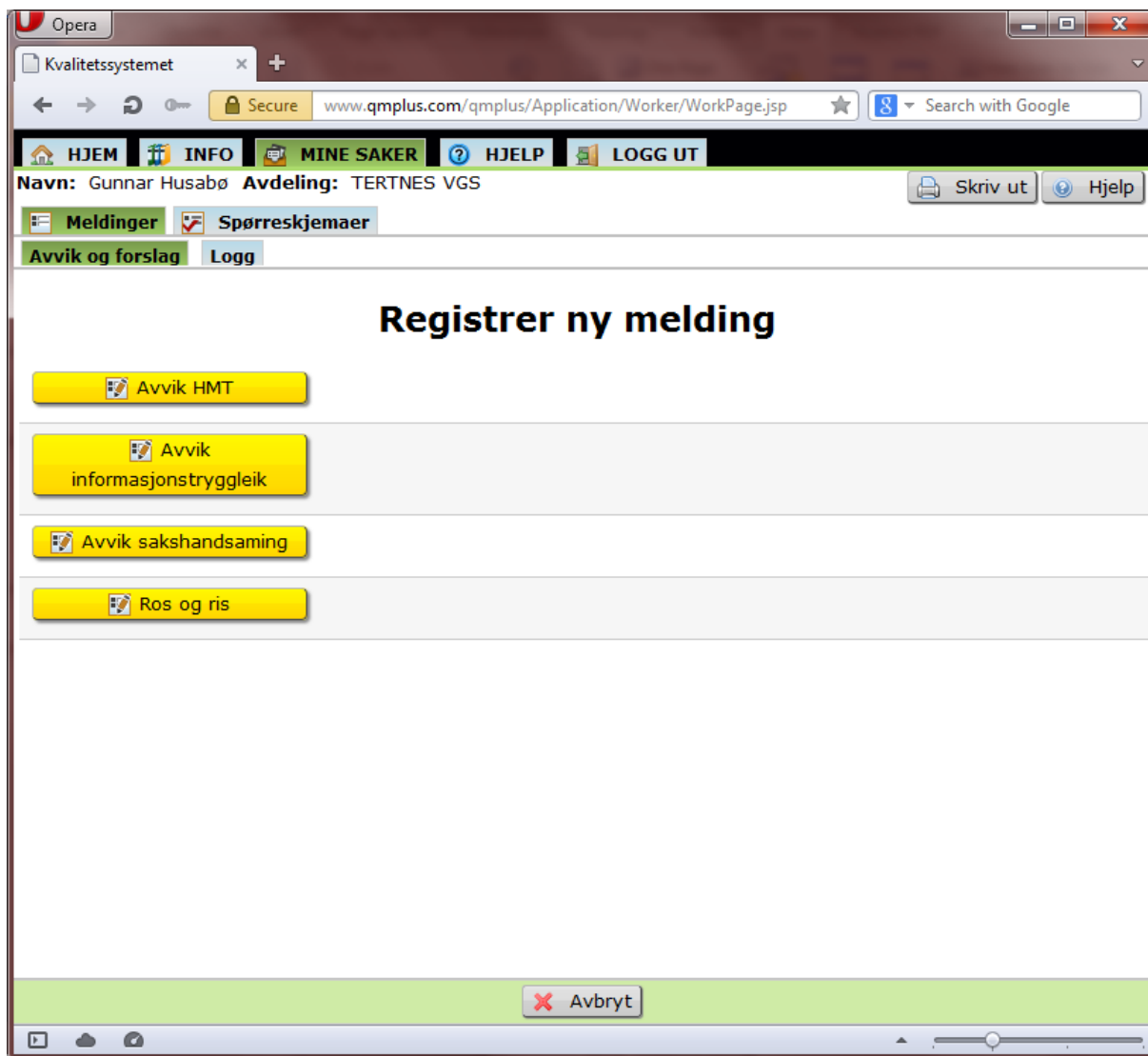
- Avvik HMT
- Avvik informasjonstryggleik
- Avvik sakshandsaming
- Ros og ris

Sjå skjerm bilde for avviksregistrering i figur 7.

---

<sup>17</sup> Fylkeskommunen gjennomfører eigenkontroll med spørsmål til leiarar i fylkeskommunen. Sjå nærare skildring i 4.9.2.

Figur 7 Avviksmelding i Kvalitetssystemet



Skjema for «Ros og ris» skal omfatte forbedringsmeldingar i dei tilfella der det ikkje høver med vanleg avviksmelding. Det går fram av notat frå fylkesdirektør for opplæring og kvalitetsansvarleg (august 2014) at skjemaet er tatt i bruk, men ikkje blir nytta i særleg stor grad foreløpig.

I intervju går det fram at endringane i avvikssystemet har vore positive. Det systemet ein har no er betre. Kvalitetskoordinator meiner den nye inndelinga med fleire skjema kan senke terskelen for å melde avvik knytt til forhold som ikkje har med HMT å gjere.

Det vert i intervju peikt på skjemaet for «ros og ris» hjelper til å vise at ein kultur for å melde ikkje treng å vere negativt. Det skal vere ein del av det daglege arbeidet. Såleis kan ros og ris vere bra, fordi ein kan sende positive meldingar. Ein må bevisstgjere dei tilsette om at det medfører ikkje straff å melde avvik.

Prosedyren for avvik er ikkje oppdatert slik at den omfattar endringane som har vorte gjort det siste året. Av notatet frå fylkesdirektør og kvalitetsansvarleg går det fram at kvalitetsforumet ynskjer ei endra definisjonen av «avvik» i høve til den som er i prosedyren i dag. Den føreslegne definisjonen, som dei gjev uttrykk for vil vere meir presis og klårgjerande er at avvik omfattar:

- Skader på menneske, miljø, bygg eller materiell
- Farlege situasjonar eller nesten-ulykker
- Vold og truslar
- Brot på rutinar og prosedyrar

- Brot på lover og forskrifter

Fylkesdirektør for organisasjonsavdelinga og kvalitetskoordinator skriv i notatet at dei vonar at dei nye skjema og den nye definisjonen vil synleggjere for dei tilsette i større grad kva eit avvik er. Vidare skriv dei:

Det er likevel kritisk for engasjementet rundt avvikshandsaming at heile organisasjonen har fokus på forbetring. Avvika som vert melde må tas tak i, og det må gjerast tiltak der dette er mogleg/naudsynt.

Av intervju går det fram at det i store delar av fylkeskommunen framleis er ein kultur for at avvik vert opplevd som noko negativt. Samstundes trur fleire at den nye inndelinga og differensieringa på avvikstype kan senke terskelen for å melde avvik. At det er viktig at det blir meldt avvik, og at dei som melder avvik vert tatt godt vare på, er noko kvalitetskoordinator legg vet på i informasjonen ho gjev i samband med leiaropplæringa.

Av spørjeundersøkinga går det fram at 78 prosent av leiarane svarer at eininga nyttar kvalitetssystemet til å melde avvik. I tillegg er det ni prosent som ikkje veit. Det er om lag den same bruken som det går fram av eigenkontrollen til fylkeskommunen. Figur 8 viser at 81 prosent av einingane/avdelingane i Hordaland fylkeskommune registrerte avvik i kvalitetssystemet i 2013. Sjølv om tendensen tilsynelatande er fallande frå dei tidlegare åra, er det i dei tidlegare undersøkingane ikkje spesifisert «kvalitetssystemet» i spørsmålsstillinga. Tala er såleis ikkje direkte samanliknbare. Av eigenkontrollrapportane går det fram at det samla talet på avvik som blei registrert har vore i vekst. Medan det i 2009 blei registrert 222 avvik, blei det i 2010 registrert 414 og i 2011 registrert 435 avvik. Sjølv om ein høg prosentdel av avdelingane har nytta kvalitetssystemet til avviksregistrering, går det fram av eigenkontrollen at det er store skilnader mellom dei ulike einingane. Til dømes stod to av skulane for 166 av avvika i 2011, medan dei andre hadde mellom 1 og 25 avvik kvar.

I 2012 blei det registrert «heile» 1565 avvik, men Bybanen utbygging stod aleine for 1091 av desse. Held ein Bybanen utbygging utanfor, var veksten meir moderat (frå 435 avvik i 2011 til 474 avvik i 2012). Bybanen utbygging registrerer avvik (RUH-ar) i prosjektstyringssystemet Project Place, og nyttar ikkje det elektroniske kvalitetssystemet for desse oppgåvene.

Revisjonen har tatt ut rapportar frå avviksmodulen i kvalitetssystemet fordelt etter avdelingar. I 2014 er det registrert 791 avviksmeldingar (per 10.11.2014).

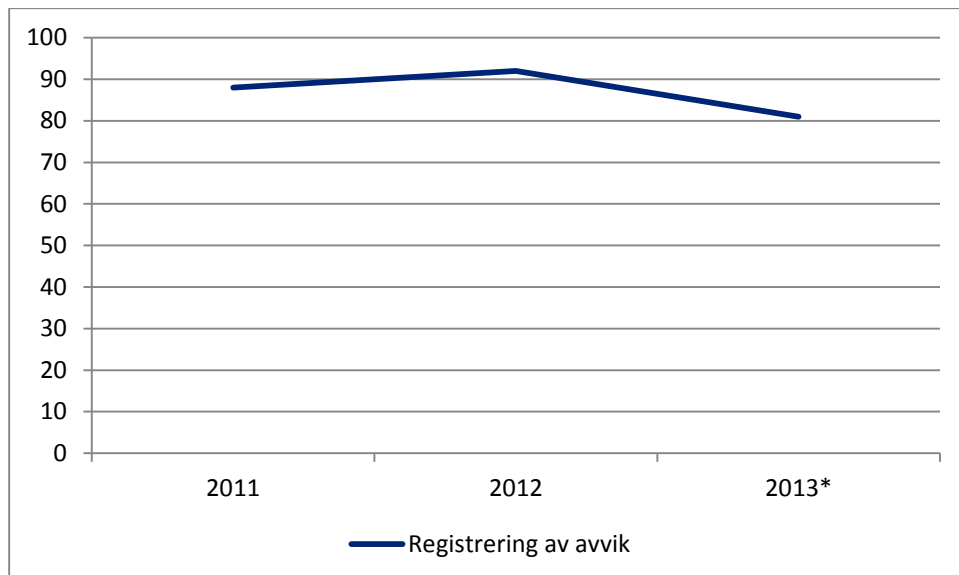
**Tabell 2 Registrerte avvik i kvalitetssystemet**

Avdeling	Skjema
Bybanen utbygging	0*
Kultur og idrettsavdelinga	10
Opplæringsavdelinga	696
Organisasjonsavdelinga	26
Regionalavdelinga	14
Samferdselsavdelinga	10
Tannhelseavdelinga	31
Økonomiavdelinga	3
Fylkesrådmannen (stab)	1

\*Bybanen utbygging nyttar avviksmodul i prosjektstyringssystemet

Av spørjeundersøkinga til leiarane går det fram at 31 prosent av leiarane sjølv nyttar kvalitetssystemet til å melde avvik. 61 prosent av leiarane som nyttar kvalitetssystemet til å behandle og følgje opp meldte avvik.

**Figur 8 Prosent av einingar/avdelingar som registrerer avvik**



**Kjelde: Eigenkontrollrapportar for 2011 til 2013.**

\* I 2013 blei det spesifisert i spørsmålsstillinga om avvika blei registrert i kvalitetssystemet, medan det tidlegare «berre» blei stilt spørsmål om avvika blei registrert i avdelinga/eininga.

Spørjeundersøkinga viser at eit fleirtal (52 prosent) av einingane nytta andre system i tillegg til eller i staden for kvalitetssystemet for å melde avvik. Av undersøkinga går det fram at mellom anna følgjande andre «system» blir nytta (alfabetisk):

- Avviksbok
- DK delta
- E-post til rektor/avdelingsleiar
- «Handyman» (papir)
- Journal for utagerande åtferd elevar
- Munnleg melding
- Papir (elevar melder avvik på papir etter krav frå sjøfartsdirektoratet)
- Personalportalen
- Post-it lappar
- Referat frå leiarmøter, stabsmøter, driftsmøter.
- RUH (KS-rutine for registrering av uønskt hending) (papir)
- Skadeskjema til NAV

Dei fleste som arbeider i fylkeskommunen er oppretta som brukarar av IT-systema og har såleis tilgang til kvalitetssystemet. Som nemnt i avsnitt 4.3.2 over kan det for enkelte grupper arbeidstakarar vere utfordringar knytt til teknologiske eller språklege barrierar for å bruke kvalitetssystemet. Dette gjeld også avviksmelding. I intervju vert det peikt på at det er muleg å melde avvik munnleg, sjølv om dette ikkje er optimalt. Det vert difor drøfta om ein skal utarbeide ein engelsk versjon av avviksskjemaet.

#### 4.3.5 Varsling

Av gjennomføringsdokumentet «Rutinar for intern varsling» går det fram at varslingsrutinane ikkje kjem i staden for, men i tillegg til anna avviksrapportering. Rutinane er meint å leggje til rette for intern varsling om kritikkverdige forhold i Hordaland fylkeskommune (jf. Arbeidsmiljølova § 3 - 6), og gi kjørereglar for handtering av varsling. Det går vidare fram at det vert rekna som varsling (jf. Arbeidsmiljølova 2-4) dersom arbeidstakar seier frå om kritikkverdig forhold<sup>18</sup> til:

- a) leiinga eller andre ansvarlege i verksemda (intern)
- b) tilsynsstyresmakter eller andre offentlege styringsmakter (ekstern)
- c) Media m.v. (ekstern)

Rutinane seier at ein skal prøve å varsle internt og til tilsyn/offentleg styresmakt før ein varslar media. Når arbeidstakar skal varsle internt skal ein sei i frå til:

- 1) Nærmaste leiar på tenestestaden
- 2) Overordna leiar på tenestestaden (t.d. dersom nærmaste leiar er omfatta av varslingsgrunnlaget eller ikkje handsamar meldinga)
- 3) Varslingsutvalet<sup>19</sup> (t.d. dersom dei føregåande instanse er omfatta av varslingsgrunnlaget, eller ikkje følger opp)
- 4) Verneombod/tillitsvald

Eit varslingsutval samansett av fylkesrådmann , fylkesdirektør organisasjon, HMT-sjef og fylkeshovudverneombod handterer desse varslingssakene.

Av spørjeundersøkinga går det fram at 87 prosent av leiarane er kjent med rutinar for intern varsling. Det er seks leiarar som seier at dei ikkje kjenner til rutinane.

Det går fram av intervju at enkelte av dei tilsette kan oppfatte det som vanskeleg å skilje mellom varsling og avvik. I nokre tilfelle kan saker som eigentleg er avvik bli meldt inn til næraste leiar som ei varslingssak. Som ei følge av dette blir det difor ikkje registrert i systemet som avvik, og ein får ikkje med hendinga i den systematiske, overordna gjennomgangen av avvik.

Varslingsrutinane er tilgjengelege i det elektroniske kvalitetssystemet under HMT-fana. Det er ikkje gjeve informasjon om varslingsrutinen i den delen av systemet der ein registrerer avvik.

#### 4.3.6 Risikovurdering

Krav til risikovurdering og ROS-analysar er ikkje nemnde i dei overordna, styrande dokumenta knytt til kvalitetssystemet. I eit notat med mål og milepålar for arbeidet med kvalitetssystemet i 2014<sup>20</sup> står det at ein vurderer å utarbeide ein meldingstype i systemet for risikovurdering, men det går ikkje fram i kva grad det skal formulerast generelle krav knytt til risikovurdering.

Det vert påpeikt i intervju at Hordaland fylkeskommune generelt må bli betre på risikovurderingar, og at leiarane kan bli betre til å planlegge og prioritere tiltak som bør gjennomførast.

I rutinane for fleire av dei områda som er dekte i kvalitetssystemet vert risikovurdering omtala. Dette gjeld mellom anna HMT, brann og beredskap. Av intervju går det fram at det er ikkje pålagt korleis einingane skal gjere risikovurdering/-kartlegging og kva skjema dei då skal bruke. Det vert peika på at det viktige er at skjemaet ein nyttar for risikovurdering er så enkelt at ein veit korleis ein skal fylla det ut.

---

<sup>18</sup> Kritikk verdige forhold er i rutinen definert som «forhold som er eller kan vere i strid med lover og reglar, fylkeskommunen sine retningslinjer og kva som vert allment oppfatta som forsvarleg og etisk akseptabelt. Døme på kritikkverdige forhold kan vere forhold som kan medføre fare for liv og helse, mobbing og trakassering, korrupsjon, maktmisbruk, tjuveri, økonomisk svik, brot på teieplikta og diskriminering.»

<sup>19</sup> Varslingsutvalet er det øverste organet for behandling av varsling i Hordaland fylkeskommune. Varslingsutvalet skal greia ut og eventuelt handtera kritikkverdige forhold som kjem fram gjennom varsling i linja. Utvalet er samansett av fylkesrådmann (leiar), organisasjonsdirektøren, HMT-sjefen og fylkeshovudverneombodet.

<sup>20</sup> Notat frå organisasjonsdirektøren som ligg som eitt av dei overordna styringsdokumenta knytt til kvalitetssystemet.

HMT-seksjonen har utarbeidd eit eige verktøy/mal knytt til risikovurdering av HMT: «Risikovurdering - Eigenvurdering av arbeidsmiljøet, med handlingsplan» som er tilgjengeleg i Kvalitetssystemet under «HMT-dokument». Dokumentet er godkjent av fylkesrådmannen 31.05.13. Her nyttar ein fargar til å angi risikoverdi: grønt, gult og raudt. Områda som hamnar på raudt må ein handtere først. I vedlegg 3 følgjer eit døme frå skjemaet for området «Psykososialt arbeidsmiljø» og handlingsplan.

Føremålet med risikovurderinga av HMT er å auke tryggleiken i fylkeskommunen sine einingar og førebyggje skade på tilsette og miljø. Under formål syner ein vidare til Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerheitsarbeid i verksemder (internkontrollforskriften) og Arbeidsmiljølova kapittel 3, som pålegg einingane i Hordaland fylkeskommune å kartlegge farar og problem og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhøyrande planar og tiltak for å redusere risikotilhøva.

Ved gjennomføring av risikovurderinga for HMT skal ein mellom anna fylle ut kva eining risikovurderinga er gjennomført ved, dato, deltakarar og godkjent av. Omfanget av ei kartlegging vil variere med storleiken på eininga og kva slags arbeid ein utfører. Det er utarbeidd ei brukarretteiinga i seks punkt. Av retteiinga går det mellom anna fram at ein skal sette saman ei representativ gruppe som inkluderer dei risikovurderinga gjeld for (t.d. AMU), og at ein skal vurdere kva risikoområde og arbeidsoperasjonar som er aktuelle for eininga. Ein skal vidare krysse av i skjema for grønt (det som hender sjeldan/aldri og medfører ingen eller liten konsekvens), gul (det som hender av og til, eller ha stor konsekvens) eller raudt (det som hender ofte eller har alvorleg konsekvens). I følgje retteiinga må arbeidsoperasjonar med raud risikoverdi, samt høve som enkelt kan rettast, må prioriterast i handlingsplanen. I den same handlingsplanen skal det og gjerast ei prioritering av tiltak, og definerast ansvarspersonar og tidspunkt for gjennomføring. Til sist går det fram at det er viktig at handlingsplanen blir følgd opp regelmessig, og at arbeidet vert dokumentert.

Av intervju går det fram at yrkesskulane nyttar sikkerjobb-analyse og andre ROS-analyser.

I tillegg til skjemaet for risikovurdering er det og utarbeidd ein annan mal/prosedyre for risikovurdering. Denne er utarbeidd av organisasjonsavdelinga og datert 27.2.2012, og den er lagt inn under fana «beredskap». Her går det fram at føremålet med risikovurdering er å førebygge faren for og konsekvensane av uønskte hendingar. Det går vidare fram at risikovurdering er aktuelt i ulike situasjonar:

- når avdelingar og einingar skal lage beredskapsplanar
- når informasjonstryggleik ved bruk av ulike elektroniske system skal vurderast
- når arbeidsmiljøet skal kartleggjast
- når større prosjekt skal etablerast og gjennomførast
- og elles når ein ser behov for å kartlegge risiko

I prosedyren blir det peika på at arbeidet med å avdekke risiko bør ikkje vere meir omfattande eller formalisert enn strengt tatt nødvendig, og at ein i dei aller fleste situasjonar vil ein kunne gjennomføre ei fullgod risikovurdering ved hjelp av prosedyren.<sup>21</sup>

Av prosedyren går det fram at ein skal spesifisere det geografiske, organisatoriske eller funksjonelle område som skal risikovurderast. I vedlegg fire går det fram kva skjema ein kan nytte til vurderingar og handlingsplan.

Av spørjeundersøkinga går det fram at 39 prosent av leiarane har nytta felles skjema for risikovurderingar frå kvalitetssystemet.

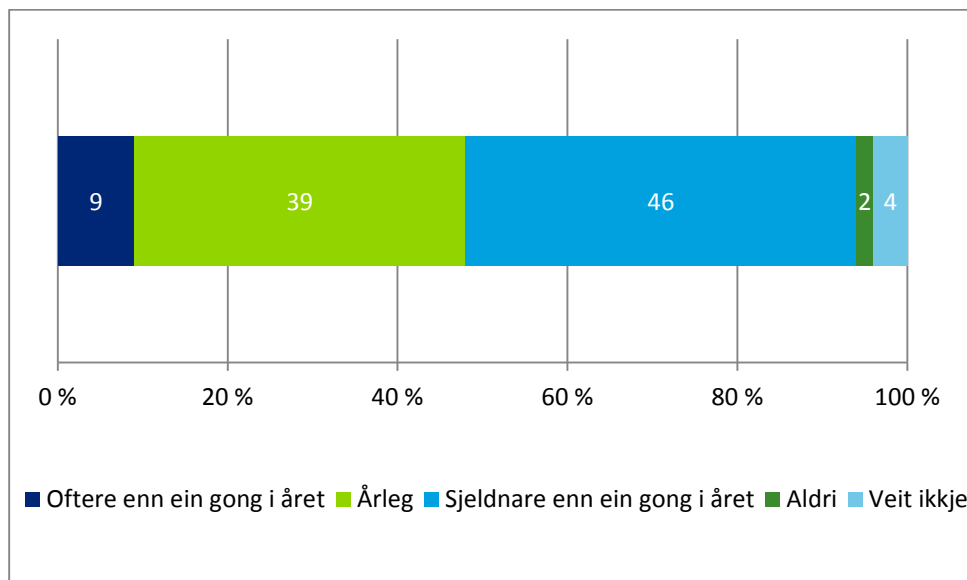
---

<sup>21</sup> Ved vurdering av informasjonstryggleik ved bruk av elektroniske system som behandlar sensitive personopplysningar blir det stilt strengare formelle krav.



Figur 9 viser kor ofte det har blitt gjennomført dokumenterte risikovurderingar (ev. ROS-analyser) i einingane. Om lag halvparten (48 prosent) gjennomfører slike analyser årleg eller hyppigare.

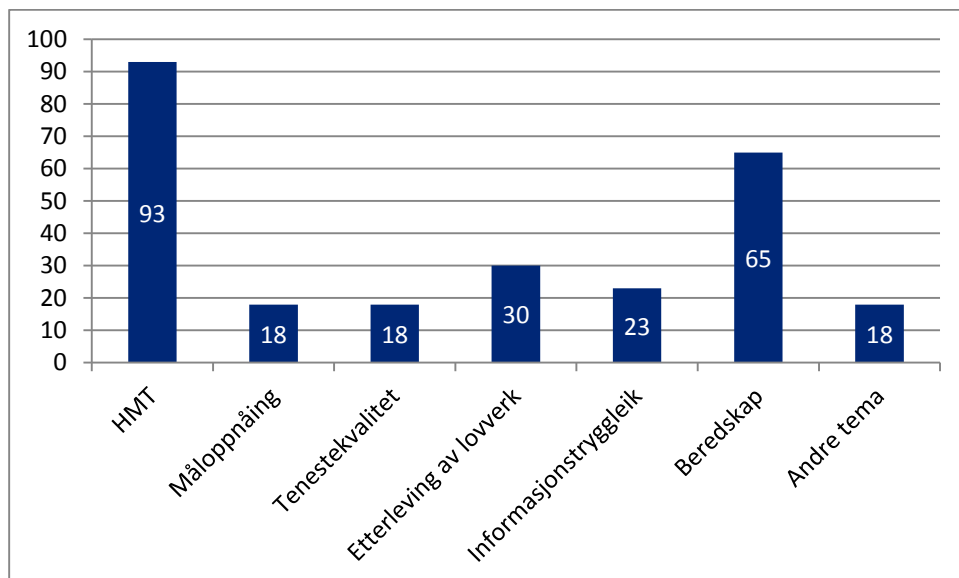
**Figur 9 Gjennomføring av risikovurderingar i einingane, prosent**



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=46

Av figur 10 går det fram at det er særleg HMT og beredskap som har vore tema i risikovurderingane for mange av einingane, men også risikovurderingar knytt til etterleving av lovverket for tenestene/verksemda har vore tema for mange av einingane.

**Figur 10 Tema i risikovurderingane, prosent av einingar**



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=40

#### 4.4 Organisering og ansvar knytt til kvalitetssystemet

Det er utarbeidd eit overordna styrande dokument som omhandlar fordeling av ansvar og oppgåver knytt til kvalitetssystemet.<sup>22</sup> Dokumentet gjev mellom anna retningslinjer for kva ansvar som ligg til einingsleiarar og direktørar, samt kva ansvar og oppgåver som ligg til ulike funksjonar/roller i kvalitetssystemet.

Organisasjonsdirektøren og økonomidirektøren har det formelle ansvaret for innhaldet i overordna dokument i dei felles fagområda. Det er utpeikt ein kvalitetskoordinator som har det overordna operative ansvaret for kvalitetssystemet. Kvalitetskoordinator er tilsett i IT-seksjonen, som ligg organisatorisk under organisasjonsavdelinga, og rapporterer direkte til organisasjonsdirektør i saker som har med kvalitetssystemet å gjere.

Det formelle ansvaret for innhaldet i kvalitetssystemet som er knytt til dei dei einskilde fagområda ligg hjå den respektive avdelingsdirektør/einingsleiar. Kvalitetsansvarleg i avdelingane i fylkesadministrasjonen har ansvar for å koordinere avdelinga sitt arbeid med kvalitetssystemet. Fylkesrådmannen si rolle er ikkje omtala i dokumentet.<sup>23</sup>

I tabell 3 under er ansvarsområda for dei ulike leiarane presentert, slik dette går fram av det overordna styrande dokumentet.

Tabell 3 Roller og ansvar - kvalitetssystem

Rolle	Ansvar – kvalitetssystem generelt
Fylkesdirektør organisasjon	<p>har fått delegert det overordna ansvaret for felles kvalitetssystem i Hordaland fylkeskommune, og er systemeigar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Forankre arbeidet i toppleiargruppa</li><li>• Godkjenne struktur, innhald og organisering som er felles for heile organisasjonen</li><li>• Godkjenne skjema for felles årleg eigenkontroll</li><li>• Leggje fram samla årsrapport for toppleiinga</li><li>• Følgje opp kontraktar knytt til leverandøren av Kvalitetssystemet</li><li>• Vere pådrivar andsynes avdelingane</li></ul>
Fylkesdirektørane	<p>Har ansvar for å utvikle og følgje opp Kvalitetssystemet i eiga avdeling.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Forankre arbeidet i avdelinga</li><li>• Peike ut kvalitetsansvarleg for sin avdeling/eining</li><li>• Godkjenne dokument og verktøy</li><li>• Gjennomgå resultat frå eigenkontroll, inkl. ytre einingar, og rapportere til toppleiinga sin årlege gjennomgang</li></ul>

<sup>22</sup> «Drift – organisering og oppfølging av Kvalitetssystemet» Godkjend 1.9.2012.

<sup>23</sup> Utover at eigenkontroll skal leggast fram for fylkesrådmannen si avgjerd

Har ansvar for å følgje opp Kvalitetssystemet i si eining

Einingsleiarane

- Forankre arbeidet i si leiargruppe og i eininga
- Godkjenne lokal dokumentasjon for eininga

I styringsdokumentet «Drift – organisering og oppfølging av kvalitetssystemet» er rolla til kvalitetskoordinator skildra. Det går fram av dette dokumentet at kvalitetskoordinatoren sitt ansvar omfattar m.a. å godkjenne struktur og innhald i fagområda og å gjere naudsynte endringar i systemet. Kvalitetskoordinator har ansvar for å sende ut spørsmål til eigenkontrollen (sjå kap. 4.9.1) til alle avdelingsdirektørar og einingsleiarar, og skal utarbeide samla rapport frå eigenkontrollen. Kvalitetskoordinator skal også følgje opp dei fagansvarlege og kvalitetsansvarlege gjennom faste møtepunkt, og har ansvar for brukarstøtte for desse gjennom kvalitetsgruppa. Kvalitetskoordinator skal også ha ansvar for å ta kontakt med leverandøren av kvalitetssystemet dersom det er behov for dette. Det skal vere minimum eitt evalueringsmøte i året med leverandøren.

Kvar avdeling og eining i fylkeskommunen skal ha ein kvalitetsansvarleg. Det betyr ein kvalitetsansvarleg på organisasjonsavdelinga, ein på økonomiavdelinga, ein på regionalavdelinga, ein på kultur- og idrettsavdelinga, ein på samferdselsavdelinga, ein på opplæringsavdelinga, ein på tannhelseavdelinga (inkl. tannhelsedistrikta), ein på Skyss, ein på Bybane utbygging og ein på kvar skule og OT/PPT.

Kvalitetsansvarleg har etter rutinen for «organisering og oppfølging av kvalitetssystemet» ansvar for å sørje for at arbeidet med dokumentasjon følgjer sentrale retningslinjer. Dei skal gje rettleiing til tilsette i si avdeling/eining og samordne kvalitetsarbeidet i si eining. Det går fram av sluttrapport for innføringsprosjektet av kvalitetssystemet at det har vorte peikt ut kvalitetsansvarlege for alle avdelingar og «i alle ytre einingar»<sup>24</sup>.

Den enkelte direktør eller einingsleiar skal også peike ut fagansvarlege for dei ulike fagområda. Fagansvarlege er praktisk ansvarleg for innhaldet i fagområdet, anten eit felles fagområde som gjeld alle, eller særneigne fagområde som gjeld delar av organisasjonen. Fagansvarleg skal ha ansvar knytt til overordna dokument innan dei ulike fagområda. Det kan vere fleire fagansvarlege i ei avdeling.

I rutinen vert det peikt på fleire «møtearenaer» for kvalitetsarbeidet. Stabsforum, der alle stabsleiarar møter om lag fire gonger i året, er ein av desse. Stabsleiarane for fleire av avdelingane er også kvalitetsansvarlege. På møta kan stabsleiarane mellom anna førebu eigenkontroll og gjennomgå og følgje opp resultata frå eigenkontrollen. Ein annan arena er kvalitetsgruppa (som no går under tittelen «kvalitetsforum»), Sidan januar 2014 har det vorte halde møte i kvalitetsforum om lag ein gong i månaden.

I intervju vert det peikt på at ein no er i ferd med å tilpasse organiseringa og rollene til ein meir operativ fase. Hovudfokus er ikkje lenger å få rutine lagt inn i Kvalitetssystemet, men å få organisasjonen til å forstå kva kvalitetsarbeid er. Det har mellom anna vore ein del drøftingar i kvalitetsforumet om kva ansvar som skal ligge til rolla kvalitetsansvarleg.

I notatet «Status på kvalitetsarbeidet i HFK» 25.8.2014 frå organisasjonsavdelinga til fylkesrådmannen blir det vist til at kvalitetsansvarleg og superbrukar vil vere to sentrale roller i det

<sup>24</sup> I tannhelsetenesta er det ein fagansvarleg for heile tenesta, sjå 4.10.2.

vidare arbeidet med kvalitet og arbeidet i kvalitetsforumet. Det går fram av notatet at kvalitetsforum definerer rollane slik:

- *Kvalitetsansvarleg har saman med linjeleiar ansvar for at eininga jobbar aktivt med kvalitet, og at Kvalitetssystemet vert nytta som eit verktøy i kvalitetsarbeidet.*
- *Superbrukar skal være ei støtte til dei kvalitetsansvarlege i bruken av og opplæringa i sjølve Kvalitetssystemet.*

Kvalitetsforum meiner desse to rollene kan liggje til ein person dersom dette passar for kvalitetsarbeidet i eininga.

Kvalitetsansvarleg skal sørge for at dokumenta i Kvalitetssystemet vert revidert, men det bør i følge notatet vere opp til eininga korleis dette skjer. I notatet vert det føreslege at rolla «fagansvarleg» vert avvikla som ei rolle i det overordna kvalitetsarbeidet, men at dei enkelte einingane kan halde fram med fagansvarleg-rolla, dersom det passar inn i det daglege kvalitetsarbeidet i eininga.

Det går fram av notatet kvalitetsforum må vere samansett på ein måte som legg til rette for å ta korrekte og effektive avgjerder. For å kunne gjennomføre dette vil ein redusere talet medlemmer i forumet frå 15 til omlag 10 deltakarar. Alle avdelingar skal få moglegheit til å stille i kvalitetsforum, representert ved «overordna kvalitetsansvarleg», dvs. kvalitetsansvarleg på avdelingsnivå. Reduksjonen i talet medlemmer i forumet er no gjennomført, og kvalitetsforum består no av representantar frå følgjande avdelingar:

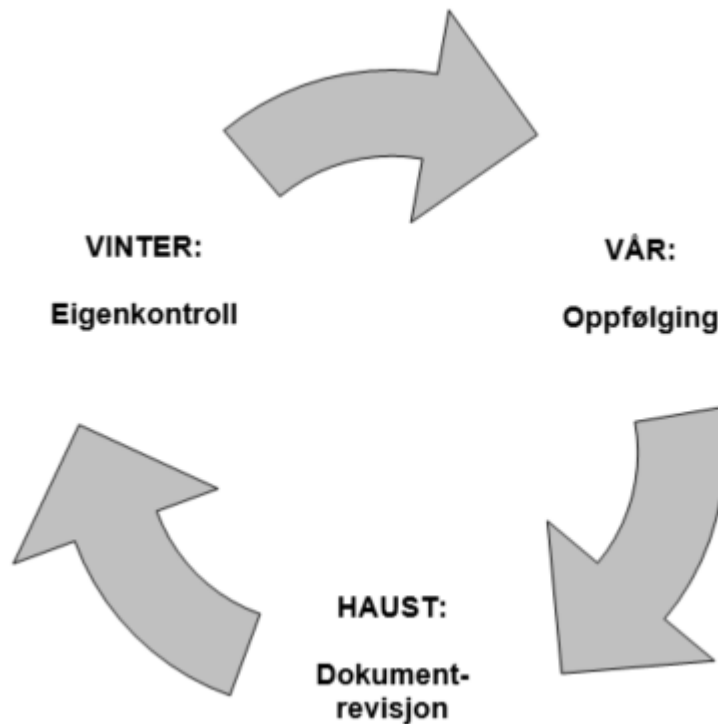
- Kultur- og idrettsavdelinga
- Opplæringsavdelinga
- Organisasjonsavdelinga
- Regionalavdelinga
- Samferdsleavdelinga
- Tannhelseavdelinga
- Økonomiavdelinga
- Bybanen utbygging
- Fylkeshovudverneombod (observatør med talerett)

Frå organisasjonsavdelinga møter tre representantar: leiar for administrasjonsseksjonen, kvalitetskoordinator og superbrukar.

Det går ikkje fram av notatet i kva grad kvalitetsforum meiner stabsforum framleis bør vere tiltenkt ei rolle som sentral møteplass for det som gjeld kvalitetsarbeid.

Arbeidet knytt til kvalitetssystemet er i rutinen for organisering skildra som ein del av eit årshjul, der eigenkontrollen vert planlagt i november/desember og gjennomført i januar/februar. I mars til juni skal ein følge opp eigenkontrollen i avdelingane, og i september/oktober skal avdelingane gjennomføre naudsynt dokumentrevisjon.

Figur 11 Årshjul for kvalitetsarbeidet.



Kjelde: Kvalitetssystemet

## 4.5 HMT

### 4.5.1 Mål for HMT-arbeidet

Av kvalitetssystemet går det fram at styringsdokumentet «Mål og strategi for helse- miljø- og tryggleiksarbeidet» har vore gjeldande frå 13.12.2010 (revidert 13.05.13). Spørjeundersøkinga viser at 85 prosent av leiarane kjenner til «Mål og strategi for helse- miljø- og tryggleiksarbeidet». Dei fem av dei sju leiarane som ikkje kjenner til denne overordna retningslina er tilsett ved opplæringsavdelinga, medan to er tilsett innan tannhelse. Dokumentet skildrar mellom anna mål for HMT-arbeidet, og strategi og gjennomføring – herunder krav til alle avdelingar og einingar. Av styringsdokumentet går det fram at alle avdelingar/einingar skal:

- fastsetje mål for helse, miljø og tryggleik
- ha oversikt over kven som har ansvar og oppgåver knytt til HMT-arbeidet
- kartleggje arbeidsmiljøet og setje i verk handlingsplanar for å førebygge feil og uønskete hendingar
- følgje opp rutinar for inkluderande arbeidsliv (IA-avtalen)
- ha særleg merksemd på arbeidstakaren si helse, miljø og tryggleik om risikotilhøva krev det
- ha særleg merksemd på ivaretaking av arbeidsmiljøet i samband med endring og omstilling
- gjennomføre årleg eigenkontroll av og rapportering om HMT-arbeidet

Det er utarbeidd ein overordna HMT-plan for heile fylkeskommunen som organisasjonsavdelinga er i gang med å implementere. Planen skal gi konkrete føringar for alle HMT-handlingsplanar som blir utarbeidd i perioden 2014-2017, og peiker ut fem satsingsområde knytt til HMT:

- nærvær og helsefremjing
- likestilling-likeverd og inkludering
- meistring av omstilling

- beredskap
- ansvar for ytre miljø

Det går fram av planen at oppfølginga og konkretiseringa av dei lokale tiltaka skal evaluerast årleg, og at kva som er gjort under kvart satsingsområde vil bli etterspurd i den årlege eigenkontrollen i Hordaland fylkeskommune. Det er kvar eining som skal konkretisere kva tiltak dei ønskjer å følgje opp i sin eigen årlege handlingsplan for HMT.

#### 4.5.2 Organisering og ansvar knytt til HMT

Av styringsdokumentet «Organisering av arbeidet med helse, miljø og tryggleik»<sup>25</sup> går det fram at det formelle ansvaret for arbeidet med helse, miljø og tryggleik følgjer linjeorganisasjonen. Fylkesrådmannen har delegert det overordna, formelle ansvaret for helse, miljø og tryggleik til organisasjonsdirektøren. Det er linjeleiinga sitt ansvar at HMT-arbeidet vert utøvd og kontrollert ut frå fastsette krav og rutinar slikt det kjem fram i vedtekne dokument. Linjeorganisasjonen har såleis ansvar for å praktisere HMT-arbeidet og å gjennomføre eigenkontroll.

I tabell 4 under er ansvarsområda for dei ulike leiarane presentert, slik dette går fram av gjeldande, styrande dokument.<sup>26</sup>

Tabell 4 Roller og ansvar knytt til HMT

Rolle	Ansvar - HMT
Fylkesdirektør organisasjon	<p>har fått delegert det overordna formelle ansvaret for HMT-arbeidet i Hordaland fylkeskommune.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre arbeidet i toppleiargruppa</li> <li>• Godkjenne struktur, innhald og organisering som er felles for heile organisasjonen</li> <li>• Gjennomføre årleg gjennomgang av arbeidet i toppleiargruppa</li> </ul>
Fylkesdirektørane	<p>Har ansvaret for at fylkeskommunen sine mål og strategiar for helse, miljø og tryggleik vert følgd opp i eiga avdeling og at det vert drive systematisk og kontinuerleg arbeid med helse, miljø og tryggleik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre arbeidet i avdelinga si leiargruppe</li> <li>• Organisere HMT-arbeidet i avdelinga og andsynes evt. einingar på ein måte som tilfredsstillar føringar og pålegg i styringsdokumenta</li> <li>• Godkjenne dokumentasjon som er felles for avdelinga</li> <li>• Peike ut ein avdelingsansvarleg (stabsleiar/stabsmedarbeidar)</li> </ul>
Seksjonsleiarane	<p>har ansvar for å følgje opp HMT-arbeidet i sin seksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre arbeidet hos tilsette i seksjonen</li> <li>• Godkjenne dokumentasjon som gjeld sin seksjon</li> </ul>

<sup>25</sup> Utarbeid av HMT-seksjonen, godkjent av organisasjonsdirektøren 13.12.2010

<sup>26</sup> «Organisering av arbeidet med helse, miljø og tryggleik»

Rolle	Ansvar - HMT
Kontorleiarane	<p>har ansvar for å følgje opp HMT-arbeidet i si kontoreining</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre arbeidet hjå tilsette i kontoreininga</li> </ul>
Einingsleiarane	<p>Har ansvar for at fylkeskommunen sine mål og strategiar for HMT-arbeidet vert følgd opp i eiga eining og at det vert drive systematisk kontinuerleg arbeid med HMT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forankre arbeidet i eininga si leiargruppe</li> <li>• Organisere HMT-arbeidet i eininga på ein måte som tilfredstiller føringar og pålegg i styringsdokumenta</li> <li>• Godkjenne dokumentasjon som er felles for eininga</li> <li>• Peike ut ein ansvarleg for HMT-oppgåver i eininga (stabsleiar/stabsmedarbeidar)</li> </ul>

### 4.5.3 HMT-seksjonen og HMT-ansvarlege

Når det gjeld det praktiske operative arbeidet med HMT, har HMT-seksjonen det faglege ansvaret for utvikling og vedlikehald av kvalitetssystemet for HMT-arbeidet. Som fagleg ansvarleg skal HMT-seksjonen gi støtte og rettleiing til linjeorganisasjonen i korleis HMT-arbeidet skal praktiserast og kontrollerast. HMT-seksjonen har følgjande oppgåver knytt til internkontroll HMT:

- Utarbeide og halde ved like overordna dokument
- Rådgeving og opplæring
- Bruke administrativt stabsforum etter behov
- Klargjere for avdelingane sin eigenkontroll
- Skrive samla rapport innan HMT-område, på bakgrunn av avdelingane sin eigenkontroll, for toppleiinga sin årlege gjennomgang
- Utarbeiding og oppdatering av overordna styrande, gjennomførande og kontrollerande dokument
- Innhald i organisasjonen sin faste eigenkontroll

Fylkesdirektørar og einingsleiarar skal peike ut ein avdelingsansvarleg/einingsansvarleg for si avdeling eller eining, med ansvar for utarbeiding og oppdatering av lokal dokumentasjon, og gjennomføring av årleg eigenkontroll og rapportering av HMT-arbeidet.

Avdelingsansvarleg/einingsansvarleg for HMT skal fortrinnsvis vere ein stabsleiar/stabsmedarbeidar i avdelinga/eininga. Denne skal koordinere arbeidet på si avdelinga/eininga, på tvers av seksjonane (eininga/klinikkar/område/regionar i OT/PPT). Avdelingsansvarleg også koordinere HMT-arbeidet andsynes eventuelle einingar i avdelinga. Avdelingsansvarleg/einingsansvarleg har følgjande oppgåver:

- Syte for nødvendig opplæring og informasjon til tilsette i samråd med avdelingsdirektør og seksjonsleiarar/einingsleiar
- Utarbeide og vedlikehalde lokal dokumentasjon og aktivitetar knytt til HMT-arbeidet i avdelinga/eininga
- Syte for at nødvendige risikovurderingar vert gjennomførde
- Gjennomføre årleg eigenkontroll av avdelinga sitt kvalitetssystem for HMT-arbeidet

Det går fram av intervju at det er utpeikt avdelingsansvarlege i alle avdelingar/einingar. Det vert påpeikt at ansvar for at HMT-arbeidet følgjer lover og retningslinjer ligg i linjeorganisasjonen. HMT-seksjonen bistår med hjelp ved behov. Eit døme på dette er at det i enkelteiningar har kome fram gjennom eigenkontrollen trugsmål om vald. I slike tilfelle har HMT-seksjonen stilt opp med direkte bistand for dei einingane det gjeld.

#### 4.5.4 Vernetenesta og bedriftshelsetenesta

Hordaland fylkeskommune har følgjande organisering kring vernetenesta:

Det er eit **Fylkeshovudverneombod** (100% stilling) for heile fylkeskommunen som mellom anna skal (saman med hovudverneomboda) samordne verneomboda sitt arbeid og arbeide inn mot linjeleiinga i organisasjonen. Alle einingar har per dags dato eit **hovudverneombod**. Dei store einingane har fleire **verneombod** og fleire verneområde, medan nokre berre har hovudverneombod. (Hovud-)verneomboda skal ivareta arbeidstakar sine interesser i saker som vedkjem arbeidsmiljøet, delta i planlegging og gjennomføring av vernerunde og vernemøte, og samhandle med linjeleiinga i saker som vedkjem arbeidsmiljøet.

Einingane i fylkeskommunen kan med andre ord vere delt inn i eit eller fleire **verneområde**. Av intervju går det fram at fylkeshovedverneombodet (FHVO) meiner at nokre av verneområda er for store. FHVO anbefalar at kvart verneområde blir fordelt etter avdelingar. Det er praksis i nokre av einingane, men ikkje hos alle. Det er i dag einingane sine arbeidsmiljøutval som avgjer kor store verneområda skal vere. Bakgrunnen for FHVO si anbefaling er ei vurdering om at det mest hensiktsmessige er at vernerundane blir gått med eitt verneombod og ein avdelingsleiar (i motsetning til at eit ombod må gå vernerundar med fleire avdelingsleiarar). Vidare er kvalitetssystemet bygd opp slik at kvart hovedverneombod har oversikt over avvik meldt i si eining, medan verneomboda har oversikt over avvik meldt i eiga avdeling. Dersom verneområdet ikkje samsvarer med avdelinga, kan det føre til at verneombodet ikkje har oversikt over alle avvika som vert meldt innan verneområdet (avvik som blir meldt på andre avdelingar enn verneombodet sjølv er tilsett).

Det er utarbeidd rutinar for vernerunde og vernemøte (der det går fram at det er krav om å gjennomføre slike rundar eller møte minst ein gong i året), samt tilhøyrande skjema for tiltak som spesifiserer ansvar og dato. Det er også utarbeidd rutine for risikovurdering av HMT med tilhøyrande handlingsplan (sjå 4.3.6 over).

**Hovudarbeidsmiljøutvalet (HAMU)** er det overordna arbeidsmiljøutvalet i Hordaland fylkeskommune. Det handsamar saker som vedkjem meir enn ein sektor, av meir prinsipiell karakter og/eller som vedkjem fylkeskommunen som heilskap og saker med stor verknad innan arbeidsmiljøområdet. I 2014 er dei tilsette ved hovudtillitsvald for Utdanningsforbundet leiar i HAMU, og fylkesrådmannen møter i utvalet. Av intervju går det fram at HAMU har mange orienteringssaker, prosedyrar, forskrifter, reglement mv. HAMU tar også opp sjukemeldingar og eigenkontrollar, samt utfordringar knytt til avvikssystem. Det går vidare fram at HAMU er eit vedtaksorgan, men vert oftast nytta som eit «orienteringsorgan» med få vedtak og relativt lite drøftingar. Det er eit eige informasjons- og drøftingsutval i fylkeskommunen, og fleire av sakene er drøfta der for dei kjem opp i HAMU.

I tillegg er det **lokale arbeidsmiljøutval (AMU)** for fylkesadministrasjonen, Den offentlege tannhelsetenesta (DOT), for kvar av dei vidaregåande skolane, for driftspersonell i eigeomsseksjonen, for Skyss og for Bybanen Utbygging. AMU skal delta i planlegginga av verne- og miljøarbeidet og nøye følgje utviklinga i spørsmål som vedkjem arbeidstakarane sin tryggleik, helse og velferd. AMU skal mellom anna delta i utarbeiding av handlingsplanar for HMT-arbeidet, gjennomgå rapportar om HMT-tilstanden, og utarbeide årleg rapport om AMU sitt arbeid



Hordaland fylkeskommune har også eit eige **AKAN-utval** (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk). Utvalet skal organisere og legge til rette AKAN-arbeidet i fylkeskommunen. Utvalet skal også vere pådrivar i det førebyggjande og haldningsskapande arbeidet, drive informasjon og opplæring, og rapporterer årleg til HAMU om aktivitetar og handlingsplanar.

**HMT-seksjonen** er godkjent som bedriftshelseteneste og er fylkeskommunen sin leverandør av denne type tenester. Nokre få skolar kjøper tenester lokalt og må sjølv dekkje dei ekstra utgiftene dette fører med seg. HMT-seksjonen gjev vidare rådgjeving mellom anna innanfor ergonomi, yrkeshygiene, HMT-system, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, helse- og miljøarbeid og arbeidsmedisin. Seksjonen arrangerer også fleire kurs, mellom anna grunnopplæring i arbeidsmiljø (40-timarskurs), meistring av truslar og vald, stressmeistring, risikovurdering og utarbeiding av handlingsplan. HMT-sjef eller rådgjevar frå HMT-seksjonen deltek både i HAMU og i nokre lokale AMU, men sit ikkje i alle lokale AMU (td. ikkje på skulane). HMT-representanten har ikkje stemmerett, men har rett til å uttale seg.

#### 4.5.5 HMT-arbeidet i einingane

Av spørjeundersøkinga går det fram at 85 prosent av leiarane svarar at avdelinga/eininga har utarbeidd egne mål for HMT-arbeidet (seks leiarar ved opplæringsavdelinga og ein leiar i tannhelse, svarar at det ikkje er egne mål). Som det går fram av figur 12 er det om lag på same nivå som ein har rapportert på gjennom fylkeskommunen sin eigenkontroll dei føregåande år. På eit oppfølgingsspørsmål om korleis desse måla er fastsett i eininga, syner mange til «ein prosess som blir vedteke av AMU». Det blir også mellom anna peika på at ein nyttar handlingsplan frå kvalitetssystemet, vernemøter/vernerundar, årshjul, HMT-perm mv.

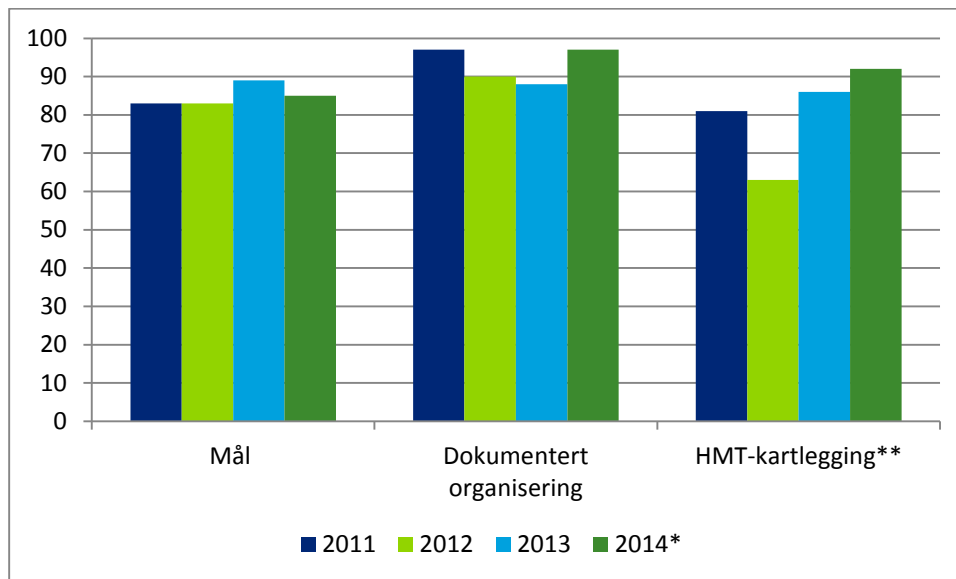
Det går vidare fram av spørjeundersøkinga at 97 prosent har dokumentert korleis HMT-arbeidet er organisert avdelinga/eininga. Det er altså berre ein leiar, tilsett i opplæringsavdelinga, som svarar at ein ikkje har dokumentert dette. Sjølv om dette er høgare enn det som kom fram av eigenkontrollen i 2013 og 2012, er det åtte tilsette ved opplæringsavdelinga/dei vidaregåande skulane som ikkje har delteke i spørjeundersøkinga. Dersom få eller ingen av desse har dokumentert HMT-arbeidet ved si eining, ligg ein om lag på same nivå som det går fram av eigenkontrollen.

Når det gjeld HMT-kartleggingar, går det fram av spørjeundersøkinga at 92 prosent har gjennomført vernerunde i løpet av det siste året (fire leiarar ved opplæringsavdelinga svara at det ikkje er gjennomført vernerunde). Tilsvarande tal er også henta inn i fylkeskommunen sin eigenkontroll. Det går fram av eigenkontrollen i 2013 at 86 prosent av einingane har gjennomført HMT-kartlegging (t.d. vernerunde eller risikovurdering). Det går fram av figur 12 at det er ein framgang frå tidligare år. Dersom få eller ingen av dei som ikkje har svart på undersøkinga ikkje har gjennomført HMT-kartleggingar, kan det vere ein nedgang. I eigenkontrollen går det vidare fram at 76 prosent av einingane har utarbeidd ein lokal handlingsplan for HMT-arbeidet etter HMT-kartlegginga (dette spørsmålet er ikkje teke med i figuren under)<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Spørsmålet vart stilt for første gong i eigenkontrollen for 2013.

Figur 12 Prosent av einingane/avdelingane som fastsett mål for, dokumenterer organisering av og kartlegg HMT



Kjelde: Eigenkontrollrapportar for 2011 til 2013 og spørjeundersøking til leiarar i 2014 (\*).

\*\* Spørsmålet om HMT-kartlegging er ulikt formulert for dei ulike åra. For åra 2011 og 2012 er leiarane spurt om det er gjennomført HMT-kartlegging gjennomført i avdelinga/eininga. I 2012 er leiarane spurt om «HMT-kartlegging, t.d. vernemøte, vernerunde, risikovurdering, skal gjennomførast minst 1 gong i året og omfatte alle tilsette. Er slik risikovurdering gjennomført?». I spørjeundersøkinga i 2014 er spørsmålet avgrensa til om det er gjennomført vernerunde i løpet av det siste året (n=47).

Av spørjeundersøkinga går det vidare fram at 81 prosent av leiarane oppgjer at det ved eiga eining er laga ei oversikt over korleis ansvar, oppgåver og myndigheit for arbeidet med helse, miljø og tryggleik er fordelt. Det er leiarar ved opplæringsavdelinga (7 stk) og i tannhelse (2 stk) som svarar nei på dette spørsmålet.

## 4.6 Informasjonstryggleik

I 2009 handsama fylkestinget ein forvaltningsrevisjonsrapport knytt til informasjonstryggleik og handtering av personopplysningar (sak 81/09). Rapporten sine tilrådingar, som fylkestinget vedtok at skulle følgjast opp, gjaldt mellom anna å sikre at fylkeskommunen har eit kvalitetssystem for informasjonstryggleik som oppfyller lovkrav.

Informasjonstryggleik er lagt inn som ein del av det elektroniske kvalitetssystemet, der styrande, gjennomførande og kontrollerande dokumentasjon knytt til informasjonstryggleik er samla under ei eiga fane.

Under området «IT» i kvalitetssystemet er det lagt inn mellom anna

- Mål og strategi for informasjonstryggleik 2009-2013
- Ulike gjennomføringsdokument knytt til informasjonstryggleik (m.a. knytt til bruk av e-post, innsyn i personopplysningar og fråsegn om teieplikt)

Dei fleste av dokumenta er datert til 2009-2010.

«Mål og strategi for informasjonstryggleik, godkjent 21.10.2009, omfattar mellom anna oversyn over kva ansvar og plikter fylkeskommunen og fylkesrådmannen har. I tillegg er det definert tryggleiksmål og tryggleiksstrategi for perioden. Måla er følgjande:

- krav i relevante lover og forskrifter vert etterlevd
- verksemda si informasjonsbehandling vert verna mot alle identifiserte truslar – både interne og eksterne, tilsikta og utilsikta

- rutinar for handtering av uønskte hendingar vert etablert og brukt
- medarbeidarar som brukar verksemda sine informasjonssystem skal ha tilstrekkeleg kompetanse for å ivareta tryggleiksbehova
- informasjonstryggleiken skal kontinuerleg bli etterprøvd, evaluert, revidert og styrkt

I skildringa av organiseringa av tryggleiksarbeidet vert det påpeikt at arbeidet er eit linjeansvar, og at dette inneber at det formelle ansvaret for fylkeskommunen sin informasjonstryggleik er lagt til leiarane på alle nivå. Det vert også lagt opp til at det skal vere to tryggleiksansvarlege utpeikt av organisasjonsavdelinga, ein administrativt ansvarleg og ein IT-teknisk ansvarleg. I dag er det ein person, informasjonssikkerheitsrådgjevar, som fungerer i begge stillingane, og i tillegg har ansvar som kvalitetskoordinator.

Av spørjeundersøkinga revisjonen har gjennomført går det fram at 76 prosent av leiarane kjenner til «Mål og strategi for informasjonstryggleik»

I tillegg til mål og strategi er det også utarbeidd eit styringsdokument knytt til organisering av arbeidet med informasjonstryggleik. Denne er oppdatert i mars 2013. Her går det fram at fylkesrådmannen har det formelle ansvaret for arbeidet med informasjonstryggleik, medan organisasjonsdirektøren har «fått delegert det overordna formelle ansvaret for informasjonstryggleik i Hordaland fylkeskommune». Ansvaret for å følgje opp mål og strategiar i dei ulike avdelingane, seksjonane og einingane er lagt til leiarane for dei enkelte avdelingane/seksjonane/einingane.

IT-seksjonen har etter desse retningslinjene fagleg, praktisk ansvar for internkontrollsystemet, mellom anna å sjå til at overordna dokument vert utarbeidd og halde ved like, samt å klargjere og følgje opp avdelingane sin årlege eigenkontroll. Det går vidare fram at avdelingsdirektørar andre einingsleiarar skal peike ut operative ansvarlege for informasjonstryggleik på avdelings- og einingsnivå som mellom anna skal syte for opplæring og informasjon til dei tilsette, utarbeide og vedlikehalde lokal dokumentasjon og syte for at nødvendige ROS-analysar blir gjennomførde. Informasjonstryggleiksansvarleg på avdelingsnivå har i tillegg ansvar for å oppdatere oversikt over system som handsamar personopplysningar. I intervju går det fram at det ikkje er peikt ut ansvarlege for informasjonstryggleik i samsvar med desse retningslinjene.

Det går også fram av styringsdokumentet knytt til organisering av arbeidet med informasjonstryggleik at for kvart elektroniske system skal det utpeikast ein systemansvarleg med eit særleg fagleg ansvar knytt til å ha kunnskap om kva personopplysningar systemet behandlar, kven som har tilgang til systemet og kva avtalar som gjeld med leverandøren av systemet.

I intervju vert det påpeikt at ei av utfordringane fylkeskommunen har, er at rolla som «systemansvarleg» ikkje er godt nok forstått i organisasjonen, og at dei systemansvarlege ikkje har tilstrekkeleg innsikt i teknisk implementering og infrastruktur for systema. Det er også slik at dei ulike avdelingane har problem med å identifisere om dei har ansvar for system som handsamar personopplysningar, og det er derfor ikkje ei fullstendig oversikt over slike system i fylkeskommunen. Informasjonssikkerheitsrådgjevar påpeikar at dette er noko ein burde få på plass snarast, då det er eit lovkrav.

Det har vore ein ROS-analyse som har gått på heile IT-drifta i fylkeskommunen, med fokus på å unngå nedetid. Det går fram i intervju at dette var ein gjennomgang som avdekte viktige utfordringar. Utanom i tannhelseavdelinga og for det nye sak-/arkivsystemet (ePhorte) har det ikkje vorte gjennomført risikovurderingar ute på avdelingane knytt til enkelt-applikasjonar.

Det har vore tre tilsette i stillinga som rådgjevar for informasjonstryggleik sidan hausten 2010. Det går fram i intervju at utskiftinga av personell kan ha medført noko manglande kontinuitet i informasjonstryggleiksarbeidet. Då noverande informasjonssikkerheitsrådgjevar starta opp sitt arbeid hausten 2013 starta ho ei kartlegging av svakheiter i det eksisterande systemet. Ho peikar mellom anna på at mykje av retningslinjer og prosedyrar ikkje var oppdaterte.

Som ein følgje av kartlegginga har informasjonssikkerheitsrådgjevar utarbeidd eit utkast til ny mål og strategi for informasjonstryggleik (2014 – 2018). I denne strategien vert det lagt vekt på at informasjonstryggleik er knytt til både teknisk sikring av informasjonssystem, vern av personopplysningar og vern av andre former for fortruleg informasjon.

I skildringa av organiseringa av tryggleiksarbeidet er det, samanlikna med den gjeldande strategien, gjeve nærare skildringar av kva roller og oppgåver som ligg til dei ulike leiarnivåa og rollene i samband med informasjonstryggleik. Ordlyden knytt til delegering av ansvaret frå fylkesrådmann til organisasjonsdirektør er også endra. I utkastet til ny strategi står det «Fylkesrådmannen har delegert det operative, daglige arbeidet med informasjonstryggleik til fylkesdirektør organisasjon.» Vidare er tryggleiksstrategiane skildra meir inngåande, og det vert gjort klart at kvalitetssystemet skal vere styringssystem for informasjonstryggleik.

I tillegg til utarbeiding av nye styrande dokument har det også vorte gjort forbetringar knytt til avviksmeldingar knytt til informasjonstryggleikshendingar. I intervju påpeiker rådgjevar for informasjonstryggleik at det nye avviksmeldingssystemet, der det er lagt til rette for eige skjema for informasjonstryggleiksavvik gjer det lettare å følgje opp avvik knytt til informasjonstryggleik. Informasjonssikkerheitsrådgjevar får kopi av alle avviksmeldingar på informasjonstryggleik, og kan halde kontroll og oversyn med avvik.

Informasjonssikkerheitsrådgjevar peikar også på at det er mangel på kunnskap og bevisstheit knytt til informasjonstryggleik blant dei tilsette, og at ein del av prosedyrane som var utarbeidd ikkje har vorte sett i verk. Informasjonssikkerheitsrådgjevar har arbeid for å gjere dei tilsette meir bevisste på tema som e-postlagring, passordhandsaming og nettvett, men forklarar at det kan vere utfordrande å nå ut til alle tilsette med informasjon om desse tema.

I informasjonsarbeidet nyttar informasjonssikkerheitsrådgjevar Intranett, kurs for nyttilsette og leiaropplæring/leiarsamling. I oktober 2014 har det vore ei særleg vektlegging av informasjonstryggleik som ein del av kampanjen Nasjonal sikkerhetsmånad. Det vart informert om kampanjen i leiarnytt, og det vart arrangert frukostseminar for tilsette i fylkesadministrasjonen. Alle tilsette vart meldt på e-læring frå NorSIS (Norsk senter for informasjonssikring), det var delt ut brosjyrar med sikkerheitstips og alle tilsette fekk nye oppstartsbilete på PC-en med sikkerheitstips.

Når det kjem til leiaroppfølging av informasjonstryggleiken forklarar informasjonssikkerheitsrådgjevar at ho ynskjer å delta på leiaropplæringssamlingar for å gje informasjon om informasjonstryggleik. I tillegg peikar ho på at informasjonstryggleik er ein del av den årlege eigenkontrollen.

I eit notat frå fylkesdirektør organisasjon/rådgjevar informasjonstryggleik datert 25.8.2014 vert det gjennomgått fleire av dei relevante krava som gjeld for handsaming av personopplysningar, mellom anna knytt til risikovurdering og leiinga si ansvar for oppfølging av internkontrollen knytt til informasjonstryggleik. Det går fram av notatet ei målsetting om arbeid som organisasjonsavdelinga meiner må gjerast hausten 2014. Dette omfattar mellom anna:

- Alle einingar må gå gjennom og oppdatere systemoversikt (oversikt over kva system som er i bruk)
- Alle system som handsamar personopplysningar må registrerast i eiga oversikt
- Einingar må utnemne ansvarlege for informasjonstryggleik
- Det må gjennomførast tryggleiksrevisjon av alle informasjonssystem med personopplysningar
- Det må gjennomførast ROS-vurderingar for system fylkeskommunen handsamar sjølv, og det må inngåast databehandlaravtale med system drifta av eksterne.

Vidare meiner organisasjonsavdelinga det bør opprettas eit informasjonstryggleiksforum for informasjonstryggleiksansvarlege etter same struktur som Kvalitetsforum, og at fylkeskommunen bør vurdere å opprette ei ordning med personvernombod.

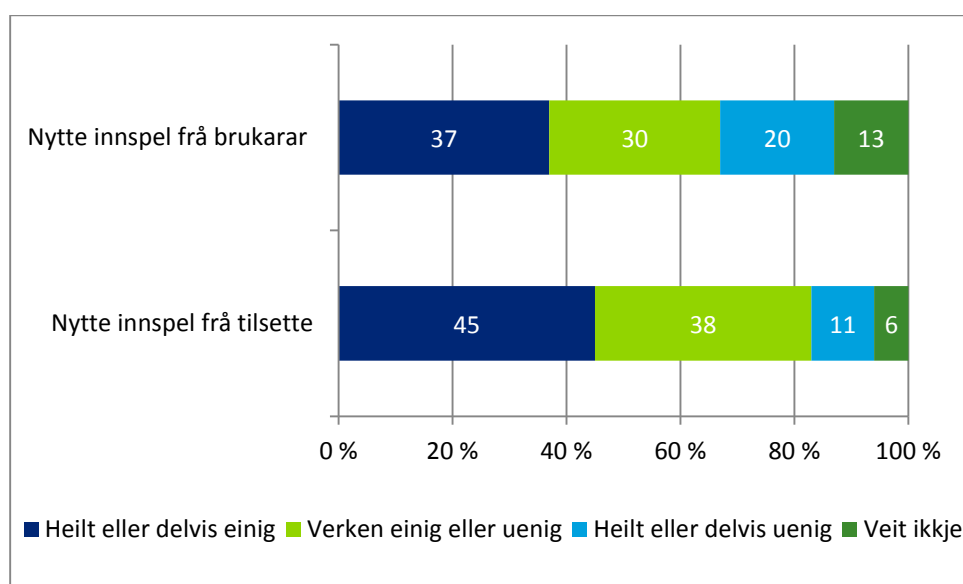
I høve til IT-teknisk tryggleik går det fram av intervju at det manglar eit rammeverk for informasjonstryggleik ved innkjøp og installasjon av nye system og endringshandtering. Informasjonssikkerheitsrådgjevar beskriv at fylkeskommunen ønskjer å ha dette på plass, men at det ikkje er tilstrekkeleg ivaretatt per i dag.

## 4.7 Kommunikasjon, kompetanse og opplæring

### 4.7.1 Innhenting av innspel frå brukarane og dei tilsette

Av spørjeundersøkinga går det fram at høvesvis 37 og 45 prosent av leiarane er heilt eller delvis einig i påstandane «I fylkeskommunen blir det lagt vekt på å nytte innspel og kunnskap frå brukarane for å forbetre drifta» og «I fylkeskommunen blir det lagt vekt på å nytte innspel og kunnskap frå dei tilsette for å forbetre drifta». Av figur 13 går det vidare fram at høvesvis 20 og 11 prosent av leiarane er heilt eller delvis usamd i desse påstandane.

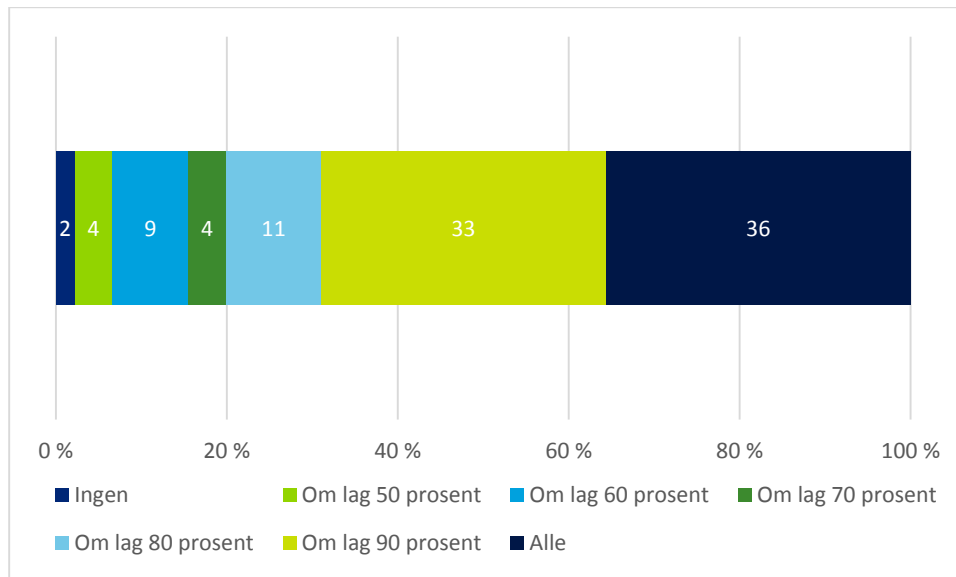
Figur 13 Innspel frå brukarar og tilsette



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=46

Rundt 69 prosent av leiarane svarer at alle eller minst 90 prosent av dei tilsette har gjennomført medarbeidarsamtale det siste året. Ytterlegare 11 prosent svarer at meir enn 80 prosent av dei tilsette har gjennomført samtale. Ein leiar svarer at ingen medarbeidarsamtalar er gjennomført, medan ytterlegare to leiar svarer at det er gjennomført med halvparten av dei tilsette. Dei andre leiarane svarer at mellom 60 og 70 prosent av dei tilsette har hatt medarbeidarsamtale.

**Figur 14 Del tilsette som har gjennomført medarbeidersamtale det siste året. Prosent av leiarar (einingar/avdelingar)**

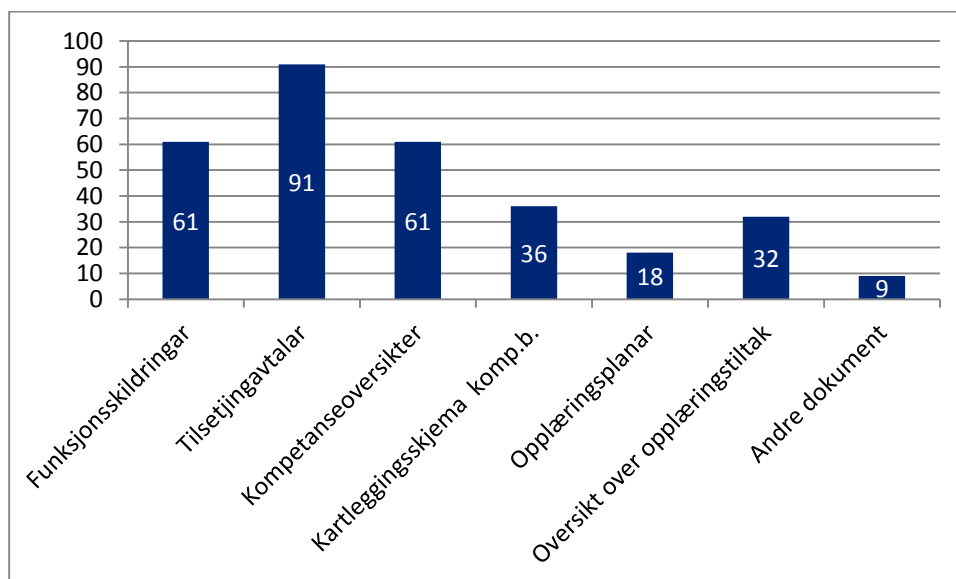


Kjelde: Spørjeundersøking til einingsleiarar, n=45

#### 4.7.2 System og rutinar knytt til kompetanse og opplæring

Som det går fram av figur 15 nyttar 91 prosent av einingane tilsetjingsavtalar. Det er til saman fire leiarar (tre i opplæringsavdelinga og ein frå tannhelse) som svarar at ein ikkje nyttar tilsetjingsavtalar. 61 prosent av einingane nyttar funksjonsskildringar. Det er også 61 prosent av einingane som nyttar kompetanseoversikter, medan 36 prosent nyttar kartleggings skjema for kompetansebehov og 18 prosent som nyttar opplæringsplanar. Rundt ein tredjedel (32 prosent) av leiarane/einingane har oversikt over gjennomførte opplæringstiltak og deltakarar.

**Figur 15 Prosent av einingane som har tatt i bruk dokument**



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=44

### 4.7.3 Opplæring i kvalitetsarbeid

I rutinen for organisering og drift av kvalitetssystemet går det fram at kvalitetskoordinator har ansvar for å arrangere jamlege kurs for kvalitetsansvarlege, fagansvarlege, leiarar og verneombod i bruken av kvalitetssystemet. Dette omfattar grunnopplæring/oppfriskingskurs (ein gong i året) og vidaregåande kurs (minimum to gongar i året). Det er avdelingane og einingane som, ved kvalitetsansvarleg, har ansvar for å gje grunnopplæring med informasjon om dokumentbasen, meldingsystemet og rapportar, til tilsette, leiarar og verneombod. Kvalitetsansvarlege i opplærings- og tannhelseavdelinga har ansvar for å gje nye kvalitetsansvarlege i underliggande einingar naudsynt grunnopplæring.

Det går fram av intervju at kvalitetskoordinator ikkje har gjennomført opplæringa på den måten som er beskrive i rutinen. Kvalitetskoordinator har gjeve opplæring til kvalitetsforum. I tillegg har ho gjeve opplæring/informasjon på om lag 45 minutt i samband med nyttilsetteopplæring og opplæring for nye leiarar,<sup>28</sup> i tillegg til ein presentasjon på om lag 15 minutt på ei samling for erfarne leiarar. Kvalitetskoordinator legg vekt på at det er viktig å gi opplæring i kvalitetsarbeid generelt, ikkje berre i bruk av det elektroniske systemet.

Det er laga faktaark om bruk av kvalitetssystemet som mellom anna går gjennom korleis ein legg inn nye dokument (sjå 4.3.3 over), korleis ein melder ifrå om avvik, korleis ein planlegg vernerundar og eigenkontroll informasjonstryggleik. Denne opplæringa er ikkje oppdatert til å omfatte dei nye meldingsformene som er lagt inn i systemet i dag.

I notat 25.8.2014 til fylkesrådmannen frå organisasjonsdirektør og kvalitetskoordinator går det fram at kvalitetsforum framover vil ha som hovudfokus «å spreie informasjon om korleis ein kan jobbe med kvalitet i HFK, med kvalitetssirkelen som utgangspunkt». For å få til dette meiner organisasjonsdirektør og kvalitetskoordinator at kvalitetsarbeidet må forankrast på leiarnivå i heile organisasjonen. Av tiltaka som vert nemnt er å ha kvalitetsarbeid som tema på avdelingsvise samlingar, til dømes gjennom at overordna kvalitetsansvarlege for avdelingane fortel om kvalitetsarbeidet. Det går vidare fram av notatet:

Kvalitetsforumet har utarbeida eit forslag til kva opplæring for leiarar og tilsette skal innehalde. Opplæringa fokuserer no i større grad på kvalitetsarbeid generelt og i mindre grad på bruken av verktøyet Kvalitetssystemet. Dette ser kvalitetsforumet som naudsynt for at organisasjonen skal sjå nytten av kvalitets- og forbetningsarbeid. Sjøve Kvalitetssystemet vert presentert som eit verktøy i kvalitetsarbeid, for dokumentasjon av rutinar og avvikshandsaming. I staden for å berre seie at Kvalitetssystemet skal nyttast, prøver vi no å fortelje kvifor dette er eit godt og nyttig verktøy.

Dei som deltar i kvalitetsforum har fått opplæring gjennom eit kurs som vart helde i januar 2014.

Det vart sett som mål for arbeid med kvalitetssystemet at det i desember 2013 skulle utarbeidast informasjonsplan, og at nyheitsbrev til alle kvalitetsansvarlege skal sendast kvar månad.<sup>29</sup> Av notat frå organisasjonsdirektør/kvalitetskoordinator går det fram følgjande om status per 25.8.2014:

- *[...]Det har vore sendt ut informasjon til kvalitetsansvarlege to gonger, og det har vore ein artikkel som omhandla kvalitetsarbeid på intranettet.*
- *Kvalitetsforum ynskjer at vi kan fortelje om godt forbetningsarbeid på intranettet, der eksempla vert henta frå tiltak i etterkant av avviksmeldingar. Ein slik informasjonsplan bør utarbeidast i samarbeid med kommunikasjonsseksjonen.*

---

<sup>28</sup> Det går fram i referat frå kvalitetsforum 1. jan 2014 at presentasjonen for leiarar ikkje er rekna som opplæring, men heller med formål å informere om og motivere til bruk av Kvalitetssystemet.

<sup>29</sup> «Kvalitetssystemet og vegen vidare» Notat frå organisasjonsdirektøren til fylkesrådmannen. (Lenkja som «Mål og milepælar 2014» i kvalitetssystemet.)

I spørjeundersøkinga er det 41 prosent av leiarane som er delvis einig i at dei tilsette i eininga har fått tilstrekkeleg opplæring i bruk av kvalitetssystemet. Det er ingen av leiarane som er heilt einig i påstanden, og 44 prosent er heilt eller delvis ueinig (sjå figur i 4.3.2, over).

## 4.8 Etikk og kontrollmiljø

Hordaland fylkeskommune har laga etiske retningslinjer for folkevalde og tilsette i Hordaland Fylkeskommune. Målet med desse etiske retningslinjene er «at folkevalde og tilsette skal vere seg dette bevisst, og ha ei reflektert haldning til etikk i sitt daglege virke. Retningslinjene har grunnlag i allmenne etiske verdiar og normer som ærlegdom, rettferd, lojalitet, openheit og tillit.» Det er organisasjonsavdelinga som har ansvar for å utarbeide etiske retningslinjer, og dei gjeldande retningslinjene er tilgjengeleg i Kvalitetssystemet. Retningslinjene skal reviderast i 2014.

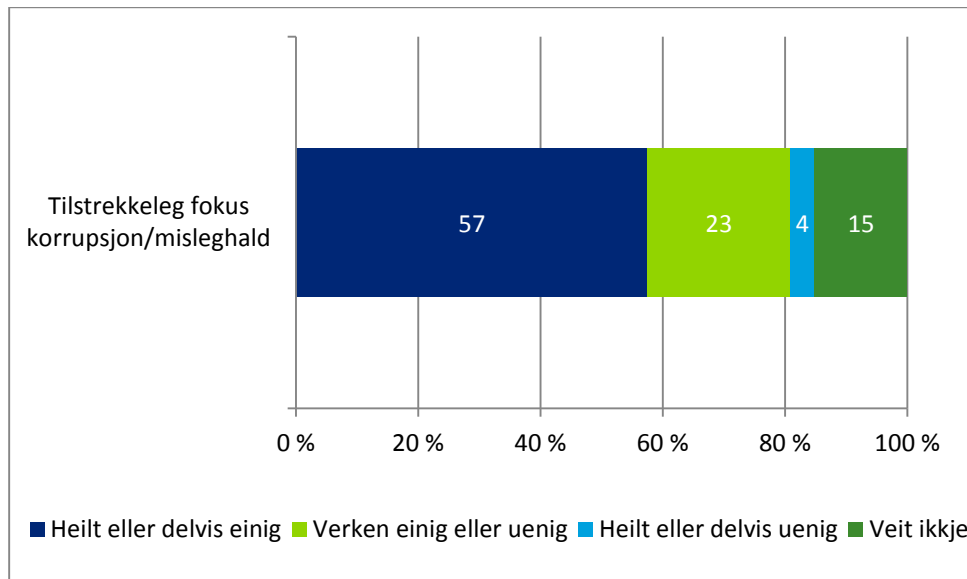
Av gjeldande retningslinjer går det fram at dei etiske retningslinjene gjeld for alle i Hordaland fylkeskommune, og at folkevalde og leiarar har ei særskilt ansvar for sjølv å følgje retningslinjene og sjå til at desse vert etterlevd i fylkeskommunen. Retningslinjene omhandlar ti område/tema

- Informasjon og offentlegheit (omhandlar mellom anna openheit og korrekt og objektiv informasjon)
- Ytringsfridom og lojalitetsplikt (omhandlar mellom anna dei tilsette sin rett til å ytre seg med mindre opplysningar ikkje er teiepliktige eller går utover normal lojalitetsplikt)
- Varsling (omhandlar kritikkverdige forhold, og peiker til eigne retningslinjer for varsling)
- Teieplikt (omhandlar mellom anna sensitive personopplysningar)
- Habiletet og interessekonfliktar (omhandlar mellom anna at ein ikkje skal delta i konkurranse eller inngå kontrakt med eiga avdeling/eining)
- Fagleg sjølvstende, objektivitet og integritet
- Omdømme
- Gåver og fordelar m.m. (omhandlar at ein ikkje skal ta imot gåver, reiser, hotellopphald, rabattar, lån eller andre ytingar eller fordelar som er eigna til, eller som givaren har meint, å kunne påverke tenesteutøving eller avgjerdene. Det går og fram at ein ikkje skal nytte rammeavtalane til fylkeskommunen til privat bruk mv.).
- Forretningsdrift
- Samsfunnsansvar

Av spørjeundersøkinga går det fram at 54 prosent av leiarane kjenner til «Etisk reglement for folkevalde og tilsette», og at 26 prosent av leiarane har informert dei tilsette om desse retningslinjene. Det går vidare fram at det er 57 prosent av leiarane som er heilt eller delvis einig i at det er tilstrekkelig fokus på fare for korrupsjon/mislegald i fylkeskommunen. Fire prosent er heilt ueinig, medan 23 prosent verken er einig eller ueinig. Som det går fram av figur 16 er det ein stor del av leiarane som «ikkje veit».



**Figur 16 Prosent leiarar som er einig/ueinig i at fylkeskommunen har tilstrekkeleg fokus på fare for korrupsjon/misleghald**



**Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, grunna avrunding av desimalar sumerar tala seg til 99 prosent, n=47.**

Hordaland fylkeskommune meldte seg i 2013 inn i organisasjonen Transparency International. Som medlem i organisasjonen forpliktar Hordaland fylkeskommune seg til å praktisere nulltoleranse for korrupsjon i all si verksemd.<sup>30</sup> Fleire av dei som er intervjua påpeiker at dette er eit viktig tiltak for å setje etikk på dagsorden i fylkeskommunen. Vidare er det fleire av direktørane som syner til konkrete tiltak som vert gjort for å trygge internkontrollen der det kan vere risiko for økonomisk misleghald.

#### **4.8.1 Kontrollmiljø**

Ein av dei som vert intervjua peiker på at HFK som organisasjon moglegvis ikkje har tilstrekkeleg forståing for at ein må jobbe med kvalitet på ein gjennomgåande måte. Det har blitt brukt mykje tid på verktøyet, og mindre tid på å utarbeide ei felles overordna forståing av kvifor det er viktig å arbeide med kvalitetssystem meir generelt.

I notatet «status...» vert det påpeikt at kvalitetstankegangen er ikkje innarbeida i heile organisasjonen i HFK. Dette er ein mogningsprosess som har kome lenger i enkelte einingar enn i andre. Kvalitetskoordinator forklarer at ho arbeider med å få auka fokus i organisasjonen på kvalitet utover den reine «verktøy-forståinga» av omgrepet «kvalitetssystem». Dette gjer ho mellom anna gjennom å oppdatere beskrivinga som ligg i det styrande dokumentet «Drift, organisering og oppfølging av kvalitetssystemet».

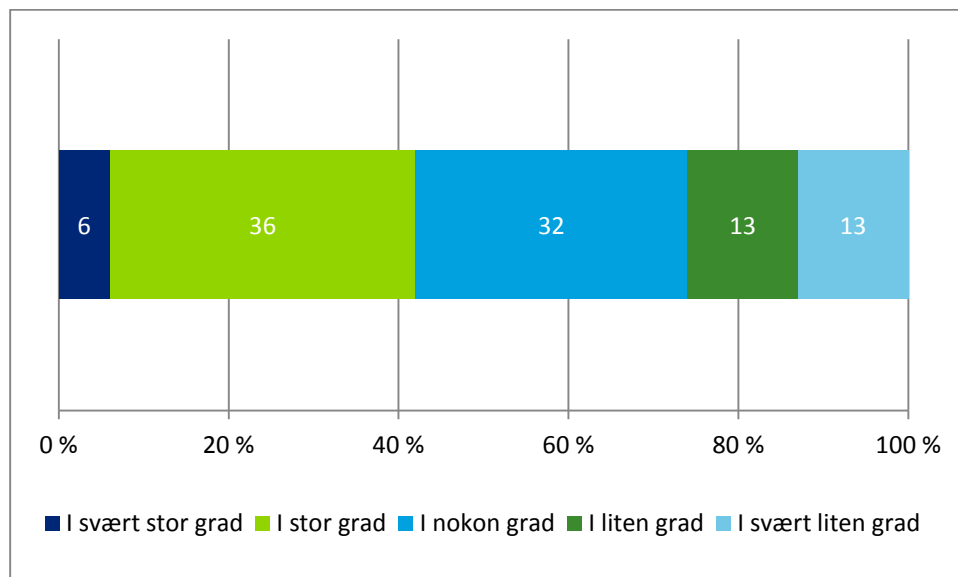
Det går fram av fleire intervju at fylkesrådmannen tydeleg har kommunisert at kvalitetssystemet og systemet for avviksregistrering skal nyttast. Mellom anna har dette blitt kommunisert til fylkesdirektørane i fleire toppleiar møter. I intervju påpeikar fleire at toppleiarane no har sett fokus på at kvalitetsarbeid og internkontroll skal prioriterast. Denne forståinga er også til stades i enkelte einingar, men ikkje i alle.

Av spørjeundersøkinga går det fram at 72 prosent av leiarane er heilt eller delvis einig i at toppleiarane i fylkeskommunen har tydeleg gitt uttrykk for at internkontroll er et viktig/prioritert

<sup>30</sup> Jf. årsmelding for HFK 2013.

område. Det er seks prosent som er heilt eller delvis ueinig i dette, medan dei andre er veit ikkje eller er verken einig eller ueinig. Av figur 17 går det vidare fram at over ein fjerdedel av leiarane (26 prosent) i liten eller svært liten grad opplever at dei har fått tilstrekkeleg informasjon frå sin leiar om krav og forventningar til internkontroll. Til saman 42 prosent meiner dei i svært stor eller stor grad har fått tilstrekkeleg informasjon.

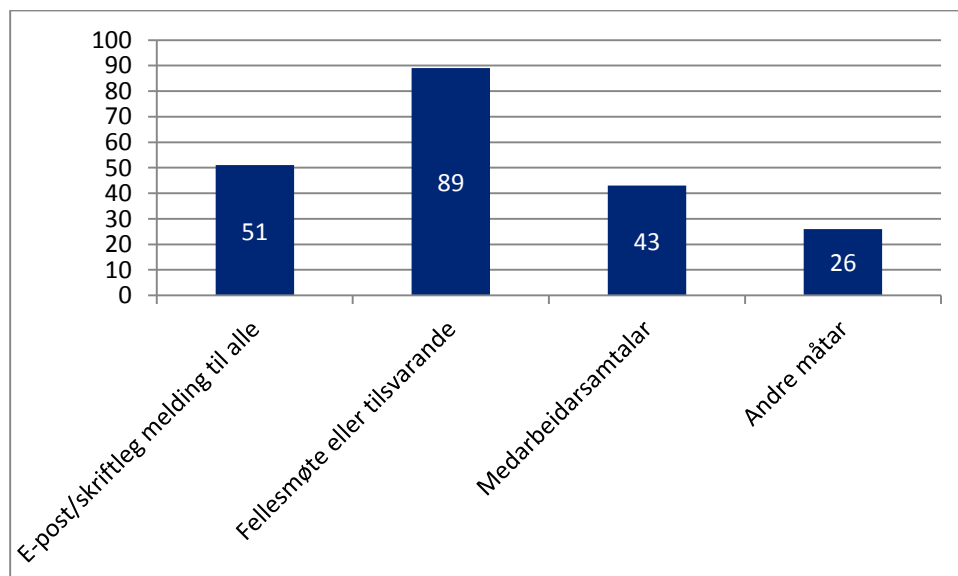
**Figur 17 I kva grad leiarane har fått tilstrekkelig informasjon frå sin leiar om krav og forventningar knytt til internkontroll, prosent.**



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=47

Av figur 18 går det fram kva kanalar leiarane har nytta for å informere dei tilsette. Over halvparten av leiarane har nytta e-post eller andre skriftleg melding til alle tilsette, medan 89 prosent har nytta fellesmøte eller tilsvarande. Det er vidare 43 prosent av leiarane som har informert om internkontroll og/eller HMT gjennom medarbeidarsamtalar, medan 26 prosent har nytta andre måtar (t.d. gjennom vernetenesta, avdelingsmøter/planleggingsdagar, oppslag på intranett og på It`s Learning mv.).

**Figur 18 Informasjonskanalar som blir nytta, prosent.**



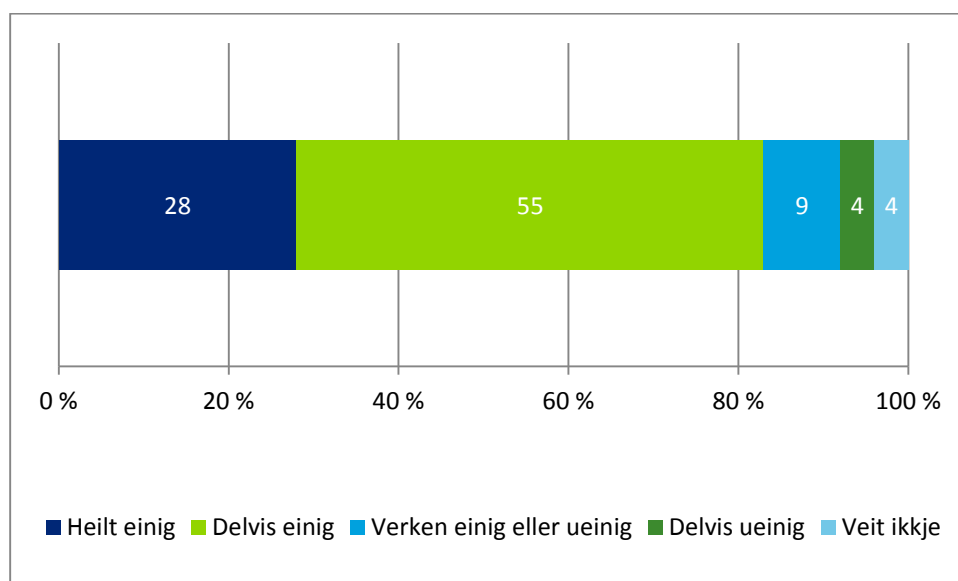
Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=47

Når det gjeld kva tema som det har blitt informert om er følgjande hyppig nemnd (alfabetisk framstilt):

- Arbeidsmiljø (fysisk og psykososialt)
- Avviksregistrering
- Beredskap
- Brannvern
- HMT-handlingsplan
- Internkontrollsystemet
- Kvalitetssystemet
- Omstillingsreglar
- Opplæringslova
- Risikovurderingar
- Vernerundar
- Ytre miljø

Av spørjeundersøkinga går det også fram at over halvparten (55 prosent) meiner det er ein kultur i fylkeskommunen for å seie ifrå dersom det førekjem brot på retningslinjer eller regelverk. Det er 9 prosent (fire leiarar) som er heilt ueinig i påstanden, medan dei andre svarar at dei verken er einig eller ueinig (23 prosent) eller ikkje veit (13 prosent). Som det går fram av figur 19 er det langt fleire (83 prosent) som er heilt eller delvis einig i at det i eininga er kultur for å melde frå dersom det vert avdekt avvik, svikt eller manglar. Fire prosent (to leiarar) er delvis ueinig i dette. Det er to leiarar som er ueinig i begge påstandar, begge tilsett i opplæringsavdelinga.

Figur 19 Kultur for å melde avvik i eiga eining? Prosent leiarar som er einig/ueinig



Kjelde: Spørjeundersøking til leiarar i 2014, n=47

## 4.9 Oppfølging av internkontrollen

### 4.9.1 Eigenkontroll

Det vert gjennomført årleg eigenkontroll i heile den fylkeskommunale organisasjonen. Denne aktiviteten skal gi leiinga status på korleis vedtekne mål, strategiar, organisering og retningslinjer

vert etterlevd og følgd opp i alle einingane i fylkeskommunen.<sup>31</sup> Det er gjennomført/dokumentert eigenkontrollar for 2010, 2011, 2012 og 2013.

Eigenkontrollen vert gjennomført ved at det årleg vert sendt ut utvalde spørsmål til linjeleiinga. Innhaldet i eigenkontrollen vert bestemt frå år til år, på bakgrunn av råd frå fagansvarlege og ei samla vurdering i fylkesrådmannen si toppleiargruppe. Nokre tema har gått att fleire år på rad. Dei vert til sist rapportert i ein samla rapport for fylkeskommunen.

Eit døme på spørsmåla som vert gjennomgått frå den delen av undersøkinga som omhandlar HMT i eigenkontrollen frå 2013 er:

*Overordna handlingsplan for Inkluderande arbeidsliv i HFK stiller krav til at alle einingar skal ha nærværstiltak med i den lokale handlingsplanen for HMT-arbeidet. Døme på nærværstiltak kan vere sosiale aktivitetar, trivselsfremjande tiltak, utvikling av godt psykososialt arbeidsmiljø, møteplanar for samarbeidsfora eller AktivKvarDag-tiltak. Inneheld handlingsplanen nærværstiltak?*

Dette spørsmålet vart også stilt i eigenkontrollen i 2012, og i rapporten vert det vist til utviklinga i svarfordelinga mellom einingane frå førre år, og det vert gjeve kommentar om forbettringspotensial.

Rapporten etter eigenkontrollen skal nyttast som grunnlag for toppleiinga sin gjennomgang av kvalitetssystemet (sjå under). Det går fram av intervju at oppfølginga av resultatata frå eigenkontrollen er eit linjeansvar, men det går ikkje fram av rutinen for eigenkontroll korleis resultatata frå eigenkontrollen skal følgjast opp av den enkelte leiar.

#### **4.9.2 Toppleiinga sin gjennomgang av internkontrollsystemet**

Det er utarbeidd ein rutine for toppleiinga sin gjennomgang av kvalitetssystemet. Rutinen inneber at leiinga årleg skal gjennomgå mål, strategi og organisering av felles fagområde som er omfatta av systemet. Det omfattar også å vedta endringar i mål og strategi når det er formålstenleg. Organisasjonsdirektøren skal gjennomføre gjennomgangen saman med toppleiinga og kvalitetskoordinator, og eventuelt representantar for fagområda. Gjennomgangen skal basere seg på revisjonar, kontrollar, eigenkontrollar og overordna behandling av alvorlege avvik eller uønskte hendingar. Dei to områda som blir eksplisitt nemnde at skal gjennomgåast som ein del av rutinen er informasjonstryggleik og HMT.

Av intervju går det fram at «toppleiinga sin gjennomgang» har blitt gjennomført, og at den fungerer tilfredsstillande. Samstundes blir det peika på at det er krevjande då leiarane har mange områder som skal prioriterast.

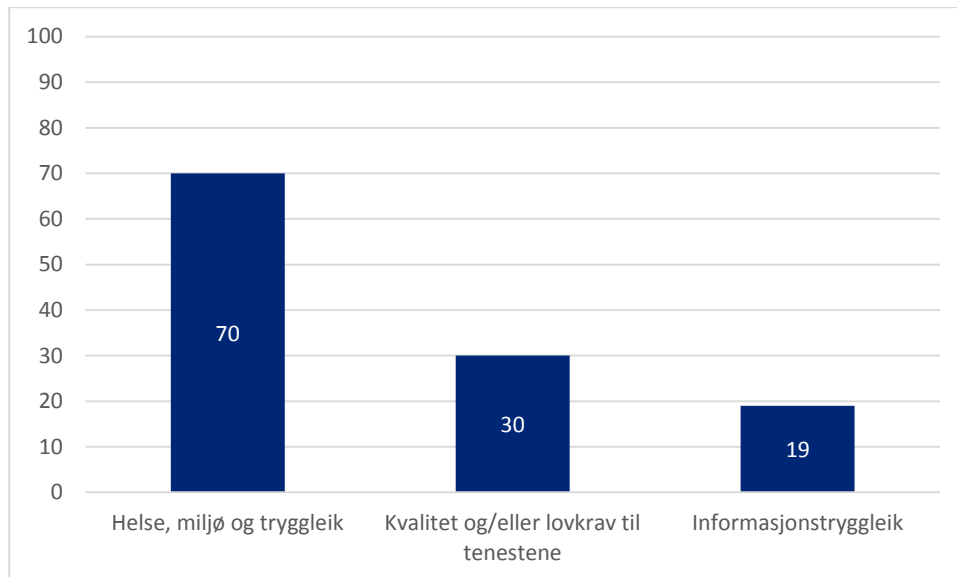
Når det gjeld oppfølging av internkontrollen på einingsnivå er det fremste kravet frå fylkeskommunen at det skal gjennomførast årleg eigenkontroll (sjå under).

Når leiarane i spørjeundersøkinga vert spurd om dei har gått gjennom internkontrollen i eiga eining, er det 70 prosent av leiarane svarer at dei i løpet av det siste året har gått systematisk gjennom korleis internkontrollen fungerer innan helse, miljø og tryggleik. Vidare har 30 prosent gått systematisk gjennom korleis internkontrollen fungerer innan kvalitet og/eller lovkrav til tenestene, og 19 prosent når det gjeld informasjonstryggleik.

---

<sup>31</sup> «Drift – organisering og oppfølging av Kvalitetssystemet». Organisasjonsdirektøren 1.9.2012.

**Figur 20** Del av leiarar som i løpet av det siste året gått systematisk gjennom korleis internkontrollen i eininga fungerer, etter område. Prosent



Kjelde: Spørjeundersøking til einingsleiarar, n=43 til 47

## 4.10 Kvalitet-/internkontroll i avdelingane

### 4.10.1 Opplæringsavdelinga

Ansvar i internkontrollen i opplæringsavdelinga følgjer linjeorganisasjonen. Opplæringsavdelinga tilsette i 2012 tre regionleiarar som har mange av fylkesdirektøren sine fullmakter ut mot rektor. Leiarane har ansvar for to regionar kvar. Regionleiarane har ansvar for ein del av oppfølginga av internkontrollen, mellom anna å følgje opp skular som ikkje har gjennomført den årlege eigenkontrollen.

Det felles elektroniske kvalitetssystemet skal nyttast for skulane, men det går fram av intervju at dette systemet ikkje vert nytta for faglege saker og rutinar, med unntak av enkelte element. Mykje av arbeidet på skulane skjer gjennom det skuleadministrative systemet, It's learning (læringsplattforma) og andre fagsystem.

Skulane skal nytte det felles elektroniske kvalitetssystemet for å melde avvik, men det er mange einingar der det ikkje vert registrert mange avvik. Det går fram av intervju at dette truleg kjem av ein kombinasjon av at dei tilsette ikkje er kjende med systemet, og at det ved mange einingar er ein tradisjon for å oppfatte at ein berre skal melde avvik når det har skjedd noko veldig alvorleg. I høve til avviksmeldingar knytt til utagerande elevar går det fram i intervju at opplæringsavdelinga har ei «sprikande handtering» av avviksmelding i slike saker, frå veldig detaljert registrering til ei haldning om at ein ikkje melder denne typen avvik. Avvik vert som regel handtert på lågaste nivå, og det er sjeldan opplæringsavdelinga får meldingar frå skulane.

I spørjeundersøkinga kjem forklarar ein av rektorane korleis avvikshandsaminga fungerer på eininga:

*Vi har nokon få avvik som er tatt opp i Kvalitetssystemet, men avvik blir som hovudregel rapportert til leiar for avdelinga, til rektor eller i nokon høver til driftsleiar. Dette er meir innarbeida og effektivt enn å gå via kvalitetssystemet. Lærarane har så mange system å forholde seg til at dei føretrekk direktekontakt enten via samtale eller mail.*

System for verksemdsbasert vurdering står sentralt i internkontrollen på dei vidaregåande skulane for å sikre at vidaregåande opplæring følgjer lov- og regelverk. Systemet skal bidra til å oppfylle kravet om forsvarleg system etter opplæringslova § 13-10 og krav om skulebasert vurdering i forskrift til opplæringslova § 2-1, og har som mål å sikre at dei vidaregåande skulane og skuleeigar vurderer og følgjer opp eigne resultat.

I samband med systemet for verksemdsbasert vurdering har opplæringsavdelinga innført analyseverktøyet PULS. I PULS, som mellom anna nyttar data om karakterar og fråvere frå eksterne datakjelder, er det resultatindikatorar knytt til tiltaksområda i styringsdokumentet for verksemdsbasert vurdering. Dette skal legge eit felles grunnlag for resultatvurdering og samle relevant resultatdokumentasjon for den enkelte skule i et oversiktleg verktøy.

Forvaltningsrevisjonsrapporten «forholdet mellom skule og skuleeigar» går inn på korleis internkontrollen på dette området fungerer. Revisjonen konkluderer med at systemet for verksemdsbasert vurdering bidrar til å sikre at det blir sett fokus på pedagogiske utviklingsområde som er prioritert i fylkeskommunen. Det går fram av undersøkinga at eit fleirtal av rektorane meiner at systemet bidrar til å ivareta oppfølging av skulen sitt pedagogiske utviklingsarbeid, og revisjonen vurderer at systemet for verksemdsbasert vurdering fungerer godt når det gjeld opplæringsavdelinga si oppfølging av planlegging og resultat ved skulane.

Det vert i forvaltningsrevisjonsrapporten påpeikt at systemet i større grad bør omfatte fleire tema som er vurderte som viktige ved den enkelte skule, i tillegg til dei felles pedagogiske satsingsområda. I rapporten går det fram at det er positivt at PULS har vorte innført, men at det er viktig at det vert gjennomført tilstrekkeleg med opplæring i systemet. Vidare er det ei utfordring i følgje rapporten at fylkeskommunen sin mal for utviklingsplan ikkje sikrar at data frå PULS blir nytta som grunnlag i planane.

Undersøkinga konkluderer vidare med at fylkeskommunen ikkje har eit system som sikrar at alle krav i opplæringslova med forskrifter blir følgt. Revisjonen etterlyser «felles retningslinjer, prosedyrar, sjekklister mv.», og påpeiker at det ikkje er etablert system for melding, registrering og handtering av avvik frå krav i opplæringslova med forskrifter, og at slike meldingar heller ikkje alltid blir rapportert til opplæringsavdelinga sentralt.

Spørjeundersøkinga revisjonen har gjennomført i samband med denne forvaltningsrevisjonsrapporten viser at alle rektorane kjenner til dette systemet. Samstundes er det ein rektor (tre prosent) som ikkje kjenner til retningslinjene knytt til systematisk arbeid med Systematisk arbeid med psykososialt skulemiljø (opplæringslova § 9a), og tre rektorar (9 prosent) som ikkje kjenner til lokal beredskapsplan.

#### **4.10.2 Tannhelseavdelinga**

Kvalitetsarbeidet i tannhelsetenesta er organisert med ein kvalitetsansvarleg, som er ei 20 % stilling som høyrer til ein av klinikksjefane. Kvalitetsansvarleg inngår i eit kvalitetsutval, saman med fylkestannlege, hovudverneombod, ein overtannlege, ein klinikkleiar, ein tannpleiar og ein tannhelsesekretær. Utvalet blir nytta som eit forum der fagleg kvalitet og kvalitetssystem blir diskutert. I intervju går det fram at fylkestannlegen opplever at utvalet er nyttig, då det bidreg til at organisasjonen blir meir bevisst på arbeidet med kvalitet.

Sentrale dokument/prosedyrar som gjeld særskilt for tannhelsetenesta omfattar mellom anna skriftlege arbeidsprosedyrar om korleis ein jobbar i tannhelsetenesta på overordna nivå og krav knytt til hygiene i tenesta (hygieneplan). Det fins og skriftlege stillingsbeskrivingar for alle leiarar og tilsette der delegering av ansvar og oppgåver er avklara. Det går fram av intervju at med TK-

vest<sup>32</sup> har tannhelseavdelinga no eit eige miljø som kan jobbe meir aktivt med å utvikle faglege prosedyrar til bruk i dei ulike tannklinikane.

Tannhelsetenesta nyttar det elektroniske kvalitetssystemet. Alle dokument knytt til HMT ligg i systemet, i tillegg til nokre administrative og faglege prosedyrar som gjeld for avdelinga. Det er framleis nokre prosedyrar som – i tillegg til å liggje i kvalitetssystemet – vert oppbevarte i permar på klinikane. Dette gjeld viktige prosedyrar som ein må sikre at tilsette har tilgang til sjølv om nettet er nede eller ein ikkje har tid til å finne fram til prosedyrane i systemet.

Det går fram av intervju at tilsette i tannhelsetenesta er kursa i bruk av systemet. Opplæring har skjedd ved at alle leiarar har hatt eigne kurs, og overtannlege/klinikkleiar skal deretter gi opplæring til alle tilsette i kvart klinikkområde. Klinikkleiar har også ansvar for at nyttilsette får opplæring.

Tannhelsetenesta nyttar det elektroniske kvalitetssystemet for avviksregistrering og -behandling. I intervju vert det påpeikt at systemet har ført til at avviksbehandlinga har vorten mykje betre. Avvik som vert registrert er i hovudsak knytt til HMT. Det har og vorte registrert avvik knytt til informasjonstryggleik. Det går fram av intervju at det har vore fokus på god avviksregistrering dei siste åra, og at ein på klinikknivå til dømes ser ein reduksjon i talet på avvik knytt til stikkskader som ei følgje av systematisk arbeid med dette området. I samband med den årlege eigenkontrollen tar Fylkestannlegen ut ei oversikt over alle meldte avvik i avdelinga.

Tannhelseavdelinga forklarar i intervju at dei gjennomfører risikovurderingar med jamne mellomrom. Dei har gjennomført slike vurderingar for HMT og informasjonstryggleik.

Det er ikkje sett av faste leiarmøte i avdelinga knytt til oppfølging av HMT, informasjonstryggleik eller andre internkontroll-tema, men det går fram av intervju at desse tema ofte kjem opp i løpet av møta, og at informasjonssikkerheit har vorte teke opp som eiga sak på leiarmøte.

Tannhelsetenesta har eige HVO og AMU. I AMU møter representantar frå arbeidsgjevar og tilsettsida, i tillegg til en representant frå HMT-tenesta. Det går fram av intervju at AMU fungerer bra, og at avdelinga får tatt opp og drøfta arbeidsmiljø saker på ein god måte. Utvalet er involvert i viktige saker knytt til drifta av tannklinikane, mellom anna gjennomgår ein teikningar for nybygg.

Tannhelsetenesta gjennomfører regelmessig vernerundar, der overtannlege, klinikksjef og verneombod deltar. I førekant av rundane fyller kvar klinikk ut risikovurderingsskjema knytt til til dømes fysiske forhold og psykososiale forhold. Skjema utgjer utgangspunkt for sjølve vernerunden, der ein vurderer dei ulike risikoane. Etter runden går ein gjennom skjema, og ser kva utfordringar ein har, og om dei bør løysast lokalt, i distrikt eller sentralt. Dei som er intervjuet gjev uttrykk for at dette fungerer godt, og at det er få saker som ender opp sentralt.

Kvart år etter at vernerunden er avslutta er det eit fellesmøte mellom arbeidsgjevarsida (representert ved Fylkestannlege og overtannlegar) og vernetenesta (verneombod og hovudverneombod). I møtet vert samarbeidet mellom leiing og vernetenesta oppsummert, samt at ein drøftar aktuelle tema, som til dømes sjukefråvere.

Fylkestannlegen påpeiker i intervju at det viktigaste i internkontrollen er kva haldningar dei tilsette har. Det finst nokre overordna etiske retningslinjer ein arbeider ut frå i tannhelsetenesta, knytt til mellom anna korleis ein møter pasientane, men at mykje av dette ikkje er formalisert/nedskrive. Fylkestannlegen brukar å informere leiarane på klinikk- og distriktsnivå om fylkeskommunen sin leiarplattform. Medarbeidersamtalar vert gjennomført regelmessig i tannhelsetenesta.

Det vert i intervju peikt på nokre tema tannhelsetenesta har særleg fokus på knytt til etikk. Eitt av desse er tannhelsebehandling av vaksne slektningar og vener, som leiargruppa i avdelinga er i

---

<sup>32</sup> Tannhelsetenesta kompetansesenter Vest-Hordaland som driv med spesialistbehandling, rådgiving, klinisk forskning, folkehelseforskning og fagutvikling i tannhelsesektoren.

ein diskusjon om korleis ein skal handtere. Eit anna tema som vert nemnt er forholdet til leverandørar ein kjøper varer frå. Innkjøpsansvarleg i avdelinga fortel at dei er opptatt av gode rutinar i prosessen for å «motverke» at ein hamnar i situasjonar der ein har risiko for misleghald og korrupsjon. Dessutan meiner innkjøpsansvarleg at ein har ryddige rutinar og prosess for budsjett og faktura som reduserer risiko og aukar kontroll i innkjøpsprosessen.

#### **4.10.3 Kulturavdelinga**

Eit sentralt styrande dokument for kulturavdelinga er den regionale kulturplanen for Hordaland, som på det tidspunktet revisjonen vart gjennomført var på høyring. Det går fram av intervju at denne planen dannar grunnlag for å etablere og dokumentere korleis ein arbeider i avdelinga. Når det gjeld støtteverktøy og rutinar, baserer kulturavdelinga seg på dei same systema som resten av fylkeskommunen, dvs. det elektroniske kvalitetssystemet, saks-/arkivsystemet Ephorte, økonomisystem, innkjøpssystem og personalporten.

Kulturavdelinga har eit etterslep når det gjeld kva dokument som er lagde inn i det elektroniske kvalitetssystemet. Innkjøringssvanskar knytt til Ephorte har, saman med revisjon av tilskotsforvaltninga våren 2014, ført til ein del forseinkingar på å få lagt inn dokument i kvalitetssystemet.

I intervju vert det likevel presisert at det er dette systemet som skal nyttast. Alle tilsette i avdelinga var på kurs ved innføring av kvalitetssystemet i 2012, og nyttilsette får også opplæring i kurset. Det er også det elektroniske kvalitetssystemet som vert nytta for avvikshandtering i kulturavdelinga. Det går fram av intervju at det ikkje vert meldt mange avvik i systemet (i 2014 er det registrert 10 avvik, jf. oversyn i 4.3.4).

Avdelinga har hatt mykje fokus på transparens og effektivitet i tilskotsforvaltninga dei seinare åra. Dette har mellom anna vore som ein del av oppfølginga av forvaltningsrevisjonsrapport om tilskot.

Avdelinga har gjennomført ein ROS-analyse som mellom anna omfatta risiko knytt til sentrale arbeidsprosessar i avdelinga, samt risiko knytt til brann ved museum/samlingar.

Kulturavdelinga har vore forseinka med vernerundane i 2014. Årsaka er at det på kort tid har blitt gjennomført både fylkeskommunen si medarbeidarundersøking, og ei undersøking frå BDO knytt til organisering. Desse undersøkingane skapte ein del usikkerheit blant dei tilsette, samtidig som dei i nokon grad overlappar med innhaldet i vernerunden og sånn sett kunne bidra til å redusere kjensla blant dei tilsette for kor viktig vernerundane er. Vernerundane er no gjennomført, og det er utarbeidd tiltaksplan.

Det går vidare fram av intervju at avdelinga har utarbeidd ein oppfølgingsplan på bakgrunn av fylkeskommunen si medarbeidarundersøking, og at ein har gjennomført medarbeidarsamtalar, som har vorte opplevd som nyttige og utbytterike. Årlege medarbeidarsamtalar vil bli lagt inn i årshjulet som ein konkret aktivitetspost, slik at arbeidet med dette blir systematisert.

I avdelinga føregår det ikkje noko konkret prosess eller plan knytt til etiske retningslinjer. Samstundes går det fram at avdelinga jobbar med etikk kontinuerlig i det daglege arbeidet, til dømes i tilskotsforvaltninga. Fylkeskultursjef opplever at avdelinga har eit sterkt kontrollmiljø. Ho forklarar at det er fokus på god sakshandsaming, og at gjennomsiktighet i organisasjonen er svært viktig for fylkeskultursjefen.

#### **4.10.4 Regionalavdelinga**

I intervju med regionalavdelinga går det fram at mynde og delegasjon i avdelinga vert oppfatta som klårt. Fylkesdirektøren gjev uttrykk for at han er bevisst på kven i avdelinga som har delegert mynde til kva.



Det elektroniske kvalitetssystemet er det styrande systemet for kvalitetsarbeid. Regionalavdelinga er godt nøgd med kvalitetssystemet, og driv kontinuerleg forbetningsarbeid for å nytte moglegheitene som ligg i systemet. Det er stabsleiaren som har systemansvaret og møter på vegne av avdelinga i HFK sitt kvalitetsforum.

I intervju går det vidare fram at alle rutinar og malar som gjeld for avdelinga er å finne i kvalitetssystemet. Det er også lagt inn lenkjer til relevante lov, forskrifter mv.

Stabsleiar og verneombod går årleg vernerunde, og lagar ein handlingsplan etter vernerunden. Regionalavdelinga gjennomførte ROS-analyse i 2013 som omfatta vurderingar av ulike ønskete hendingar, bl.a. knytt til brann, sjukdom og fare for kriminell åtferd (t.d. korrupsjon).

Dei som er intervjuja påpeiker at forvaltning av ressursar, transparent forvaltning og etikk er viktige tema i heile fylkeskommunen. Regionalavdelinga forvaltar 180 millionar kroner årleg til løyvingar, tilskot og samarbeidsavtaler. Det skil regionalavdelinga frå dei andre. I ROS-analysen frå 2013 vart risiko for misleghald/korrupsjon som låg fordi ein vurderte at det er mange viktige tiltak som er sett i verk på området. Mellom anna vert arbeidet med tilskot omfatta av riksrevisjonen sin kontroll av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Alle som søkjer om midlar må dessutan søke gjennom ein eigen nettportal<sup>33</sup>, og det vert gjennomført bakgrunnssjekk før ein er godkjent som søkjar i portalen. I intervju vert det også påpeikt at det er gode kontrollar på plass for å sikre at utbetalingar skjer på rett måte.

Etter fylkeskommunen fekk nye kjerneverdiar (kompetent, offensiv og i dialog) og ny visjon («vi utviklar Hordaland») har regionalavdeling arrangert ein verdiverkstad der ein mellom anna inviterte folk frå kommunikasjonssesjonen.

Det er det elektroniske kvalitetssystemet som vert nytta som system for å registrere og handsame avvik. Avviksregistrering i systemet er presentert for dei tilsette på avdelingsmøte. Det er ikkje mange avviksmeldingar i regionalavdelinga (14 avvik registrert i 2014, jf. 4.3.4 over). Fylkesdirektøren meiner ein må skilje mellom driftsmeldingar, og avvik, men at driftsmessige problem kan avvikmeldast om det er eit gjentakande problem. Dei som var intervjuja frå regionalavdelinga var positive til endringane som nyleg er gjorde i avvikssystemet, mellom anna at ein kan velje å sende avviksmelding til andre enn næraste leiar, og at det er fleire skjema som er tilgjengelege for avviksmelding.

#### **4.10.5 Samferdsleavdelinga**

Av intervju går det fram at både samferdsleavdelinga og Skyss brukar kvalitetssystemet. Det gjer og Bybanen utvikling, som ligg under fylkesrådmannen. Det går vidare fram at Samferdsleavdelinga likevel nyttar kvalitetssystemet sjeldan, og at kvalitetssystemet ikkje blir opplevd som det viktigaste systemet for avdelinga.

Samferdselsavdelinga nyttar eigne fagsystem knytt til TT-ordninga, samt løyvesystemet (der HFK eig ei løysing som vert brukt i heile landet). I fagsystema er det lagt opp malar/prosessar som støttar i sakshandsaminga innanfor desse områda. Det er også eit tilsvarande system med malar/brev for Skuleskyss (ligg no under Skyss). Av intervju går det fram at samferdselsavdelinga har jobba mykje med overgangen til nytt sak-/arkivsystem (Ephorte). Delegasjonar er lagt inn i systemet, og systemet legg til rett for ei sakshandsaming som følgjer fullmakter og delegasjonar. Av intervju går det fram at samferdselsavdelinga opplev delegasjonar og fullmakter som klåre. Når det gjeld informasjonstryggleik handterer samferdselsavdelinga personsensitive data, mellom anna knytt til TT-ordninga. Av intervju går det fram at ein har eit eige arkiv som kan låsast og eit

---

<sup>33</sup> [www.regionalforvaltning.no](http://www.regionalforvaltning.no)

system for å bruke tilgangskort for å hente utskrifter. Det er vidare ei rutine at politiattestar skal makulerast fortløpande.

Oppsummering og handlingsplan etter årlege vernerundar blir lagt inn i kvalitetssystemet. Det har også kome eit fåtal avviksmeldingar i systemet (ti meldingar er registrerte i 2014, jf. 4.3.4). Meldingane gjeld HMT, bl.a. knytt til støy/arbeidsforhold i lokala, og knytt til reinhald. Når det gjeld funksjonaliteten blir det gitt uttrykk for at systemet blir oppfatta som treigt og vanskeleg å finne fram i.

Skyss rapporterer ikkje til fylkesdirektøren på HMT/internkontroll, men ved alvorlege ulykker får samferdselsavdelinga informasjon. Av intervju går det fram at det kunne vore nyttig å få meir rapportering på eit overordna nivå knytt til det systematiske kvalitets- og internkontrollarbeidet frå Skyss.

Det er gjort risikoanalyse ved samferdselsavdelinga der ein nytta risikoanalyseverktøyet i kvalitetssystemet. Dette gjeld ei risikoanalyse knytt til e-forvaltning. Når det gjeld etiske retningsliner går det fram av intervju at fylkeskommunen sine retningsliner blir presentert for alle nyttilsette.

# 5 Vurdering

## 5.1 Har Hordaland fylkeskommune etablert eit overordna system for internkontroll (kvalitetssystem)?

For å kunne ha tilstrekkeleg overordna kontroll på tenester og drift av den fylkeskommunale organisasjonen er det naudsynt at fylkesrådmannen fastset eit system for internkontroll (jf. Ot.prp 70 2002-2003). Revisjonen vurderer at Hordaland fylkeskommune har etablert eit slikt system gjennom kvalitetssystemet. Fylkeskommunen har etter revisjonen si vurdering kome langt på veg i å etablere systemet i store delar av organisasjonen, men det er framleis variasjon mellom einingane når det gjeld i kva grad systemet er teke i bruk, og etter revisjonen si vurdering kan retningslinjene for internkontrollen gjerast meir konkrete og tydelege.

<p><i>a) I kva grad er det etablert eit felles system for internkontroll i Hordaland fylkeskommune?</i></p>	<p>Fylkeskommunen har etablert eit overordna kvalitetssystem/system for internkontroll. Kvalitetssystemet er vedteke å gjelde for heile fylkeskommunen, og alle tilsette som er oppretta som brukarar av datasystema i fylkeskommunen har tilgang til systemet.</p> <p>Revisjonen meiner det i stor grad er ei sams oppfatning på leiarnivå i fylkeskommunen om at kvalitetssystemet skal nyttast i alle einingar.</p> <p>Når det kjem til den faktiske bruken av systemet, viser undersøkinga at det framleis er ein del einingar som i liten grad har dokumentert sitt arbeid i systemet, og at det er nokre einingar som ikkje nyttar systemet aktivt, eller ikkje nyttar sentrale funksjonar i systemet, slik som avviksregistrering. Det går også fram av undersøkinga at berre om lag halvparten av leiarane er einige i at systemet er tilpassa behova til deira eining.</p> <p>Ei av årsakene til manglande bruk i enkelte einingar kan vere manglande kunnskap og kompetanse om kvalitetssystemet. Det går fram av spørjeundersøkinga at nesten halvparten av leiarane er heilt eller delvis ueinige i at dei tilsette har fått tilstrekkeleg opplæring i bruken av kvalitetssystemet. Revisjonen vurderer at fylkeskommunen bør leggje vekt på å gi tilstrekkeleg opplæring i kvalitetsarbeid til alle tilsette for at internkontrollsystemet skal kunne fungere føremålstenleg.</p>
---	--

<p><i>b) I kva grad er det gjeve felles retningslinjer for korleis internkontroll skal utøvast i einingane?</i></p>	<p>Det er gjeve overordna formål og retningslinjer i den styrande dokumentasjon som ligg i kvalitetssystemet. Revisjonen vurderer at gjeldande retningslinjer på mange område er lite konkrete når det gjeld krav og forventningar til innhaldet i kvalitetsarbeidet. Det er felles retningslinjer for enkelte av aktivitetane knytt til internkontroll, mellom anna korleis ein skal legge inn dokument og korleis ein skal melde avvik. På andre område, til dømes krav til å gjennomføre risikovurderingar, er det etter revisjonen si vurdering uklart kva som er forventa praksis for fylkeskommunen (sjå og 5.8 under). Revisjonen meiner at fylkeskommunen i større grad kan gjere tydeleg korleis dei ulike aktivitetane/prosessane i internkontrollen er meint å skulle fungere som eit samanhengande kvalitetssystem.</p>
---	---

## 5.2 I kva grad har fylkeskommunen arbeidd for å utvikle eit godt kontrollmiljø?

Kontrollmiljø er i COSO-modellen definert som summen av medarbeidarane sine haldningar, etiske verdiar og kompetanse. Kontrollmiljøet er grunnmuren for internkontrollen, og er ein naudsynt føresetnad for å kunne få på plass ein tilfredsstillande internkontroll. Revisjonen vurderer at Hordaland fylkeskommune har sett i verk viktige tiltak knytt til kontrollmiljøet, som til dømes etiske retningslinjer, medlemskap i Transparency International og varslingsrutinar. For ein omfattande og kompleks organisasjon som Hordaland fylkeskommune er det likevel ein omfattande jobb å sikre eit godt kontrollmiljø. Undersøkinga viser mellom anna at ikkje alle leiarane er kjende med kva sentrale retningslinjer som gjeld, og at ikkje alle opplever at dei har fått tilstrekkeleg informasjon om internkontroll frå sin leiar.

<p><i>a) I kva grad har leiinga sett fokus på internkontroll og leiarane sitt ansvar for internkontrollen?</i></p>	<p>Hordaland fylkeskommune har sett i verk fleire konkrete tiltak for å utvikle eit godt kontrollmiljø. Det går fram av undersøkinga at fleire av leiarane opplever at toppleiinga i fylkeskommunen no har sett fokus på internkontroll og kvalitet, men at det framleis kan vere utfordrande å få ei fullgod forståing av dette arbeidet i dei ulike underliggende einingane i fylkeskommunen. Eit døme på desse utfordringane er arbeidet knytt til avviksregistrering. Det går fram av undersøkinga at kulturen for å melde avvik varierer mellom dei ulike avdelingane, og at det enkelte stader er ein kultur for ikkje å melde avvik. (Sjå meir om avviksmeldingar under 5.6.)</p> <p>Det går fram av spørjeundersøkinga at ikkje alle leiarane opplever at dei har fått god nok informasjon om korleis ein skal arbeide med internkontroll i fylkeskommunen. Over ein fjerdedel av leiarane opplever at dei i liten eller svært liten grad har fått tilstrekkeleg informasjon om krav og forventningar til internkontroll frå sin leiar.</p> <p>Revisjonen vurderer at det er viktig at fylkeskommunen arbeider for å få forståing blant tilsette i alle avdelingar for at internkontroll er ein viktig del av leiaransvaret, og at det vert tydeleg korleis leiarane skal arbeide med internkontroll i fylkeskommunen.</p>
--	--

<p>b) <i>Har fylkeskommunen etablert føremålstenlege etiske retningslinjer og korleis er desse gjort kjent i verksemda?</i></p>	<p>Det er etablert etiske retningslinjer som gjeld for fylkeskommunen. Revisjonen vurderer at retningslinjene omhandlar viktige tema, men vil understreke at dei berre er føremålstenlege i den grad dei vert tatt i bruk i organisasjonen. Retningslinjene er gjort kjende gjennom kvalitetssystemet og intranett, men det går fram av spørjeundersøkinga at berre om lag halvparten av leiarane kjenner til desse, og at berre om lag ein fjerdedel har informert dei tilsette om retningslinjene. Revisjonen meiner det er uheldig at ikkje alle leiarane er godt kjende med dei etiske retningslinjene. Fylkeskommunen må sikre at alle tilsette kjenner retningslinjene, og det må leggjast til rette for refleksjon om korleis dei kan vere relevante for det arbeidet i dei enkelte einingane.</p>
<p>c) <i>I kva grad har fylkeskommunen sett fokus på fare for korrupsjon og misleghald?</i></p>	<p>Fylkeskommunen har sett fokus på fare for korrupsjon og misleghald gjennom å bli medlem av Tranceparancy International, og det vert påpeikt fleire ulike tiltak som vert gjennomført for å betre internkontrollen knytt til økonomisk misleghald. Samtidig viser spørjeundersøkinga at berre 57 prosent av leiarane er heilt eller delvis einige i at det er tilstrekkeleg fokus på fare for korrupsjon/misleghald i fylkeskommunen. Revisjonen meiner at fylkeskommunen bør vurdere korleis ein kan skape større bevisstheit knytt til dette temaet i organisasjonen.</p>
<p>d) <i>I kva grad er det etablert eit system for varsling og oppfølging av varslarar?</i></p>	<p>Det er, i samsvar med krava i arbeidsmiljølova §§ 2-4 og 3-6 etablert ein eigen rutine for varsling i fylkeskommunen. Det er også etablert eit varslingsutval som har til oppgåve å handtere varslings sakene.</p> <p>Det er likevel ikkje alle leiarane som er kjende med rutinen for varsling. Det kjem også fram gjennom undersøkinga at det for nokre tilsette kan vere utydeleg kva som er skiljet mellom varsling og avviksregistrering. I den delen av det elektroniske kvalitetssystemet der ein registrerer avvik går det ikkje fram informasjon om varslingsrutinar. Revisjonen vurderer at det kunne vore tenleg å gi informasjon her om skilnaden mellom varsling og avviksregistrering.</p>

### 5.3 I kva grad har fylkeskommunen etablert tydelege mål for tenestene?

Eit av føremåla med innføringa av internkontrollsystem er at skal hjelpe organisasjonen til å nå sine mål. For å kunne gjere dette er det ein føresetnad at det er tydeleg kva mål organisasjonen skal oppnå. Som det går fram av COSO-modellen er det også viktig med god informasjon og kommunikasjon i organisasjonen for å lukkast i internkontrollarbeidet.

Hordaland fylkeskommune har fastsett mål for tenestene gjennom vedtak i fylkestinget og overordna planverk. Det går likevel fram av undersøkinga at det i liten grad har vore ei systematisk tilnærming til korleis måla vert formidla og korleis måltal vert fastsett for dei enkelte avdelingane og einingane. Det vert til dømes ikkje utarbeidd oppdragsbrev frå fylkesrådmannen til avdelingane som skildrar kva oppgåver og mål dei skal arbeide med.

Revisjonen vurderer at det tidlegare i liten grad har vorte synleggjort korleis fylkeskommunen arbeider med å operasjonalisere måla avdelingane og einingane skal arbeide med til konkrete styringsparameter. I samband med budsjett og økonomiplan for 2015 er det starta eit arbeid for å

konkretisere kva mål fylkeskommunen skal jobbe med. Revisjonen vurderer at det er viktig å leggje vekt på arbeidet med å tydeleggjere måla for tenestene, og at det er viktig å få eit godt system rundt korleis mål og måltal vert fastsett og kommunisert til einingane. Dette vil vere til hjelp for å sikre at fylkeskommunen når dei overordna måla som er fastsett for tenestene.

#### **5.4 I kva grad er det på overordna nivå i fylkeskommunen etablert ei rapportering som gjer det mogleg å ha oversikt og kontroll med fylkeskommunen si verksemd?**

Effektiv og rett rapportering er eit av måla med innføringa av eit internkontrollsystem (jf. COSO-modellen), og det er naudsynt med god rapportering for å sikre at leiinga har eit godt grunnlag for fatte avgjerder og setje i verk tiltak i organisasjonen.

Verksemda til fylkeskommunen vert presentert gjennom års- og tertialrapportar som gjev informasjon om økonomisk utvikling og aktivitetar i fylkeskommunen. Fylkesrådmannen går gjennom status for fastsette mål for einingane med sine fylkesdirektørar gjennom eit årleg møte, samt gjennom jamlege statusmøte der ein følgjer opp prioriterte oppgåver, sjukefråvere, HMT, økonomi og andre område. For oppfølginga av arbeidet med internkontroll har fylkeskommunen tatt i bruk ein rutine for årleg eigenkontroll og «toppleiinga sin gjennomgang» av internkontrollsystemet.

Revisjonen vurderer at denne rapporteringa synest å vere tilpassa kompleksiteten i verksemda til fylkeskommunen. Revisjonen vil likevel påpeike at kvaliteten på rapporteringa vil vere avhengig av kor godt ein har systematisert og kommunisert mål og måltal til avdelingar og underliggende einingar (sjå 5.4, over).

#### **5.5 Korleis blir risikovurderingar nytta i internkontrollen i fylkeskommunen?**

Risikovurderingar spelar ei sentral rolle i COSO-modellen. Gjennom risikovurderingar vil ein avdekke hendingar som kan få negativ innverknad på drifta i fylkeskommunen. Gjennom å innføre målretta tiltak på område der det er avdekt svakheiter vil fylkeskommunen leggje til rette for betre drift og måloppnåing. Vidare er kommunen omfatta av konkrete lov- og forskriftskrav til å kartlegge svakheiter innan område som HMT<sup>34</sup> og informasjonstryggleik<sup>35</sup>.

Det er gjort tilgjengeleg ulike skjema for risikovurdering, men det er ikkje fastsett noko overordna krav for bruk av risikovurderingar, eller kva rolle risikovurderingar skal ha i det overordna kvalitetsarbeidet. Undersøkinga viser at det blir gjennomført risikovurderingar i fylkeskommunen, men om lag halvparten av leiarane som svarte på undersøkinga forklarar at deira eining har gjort det sjeldnare enn ein gong i året.

Revisjonen meiner at fylkeskommunen i større grad bør bruke risikovurderingar som eit verktøy i kvalitets- og forbetningsarbeidet, og at fylkeskommunen i dag ikkje gjennomfører risikovurderingar i samsvar krav til god internkontroll (COSO)

Risikovurderingar synes å vere noko som er meir knytt til enkeltområde i den fylkeskommunale drifta, og då i særleg grad HMT (men ikkje for alle einingar, sjå 5.8). Det vert ikkje gjennomført risikovurderingar knytt til informasjonstryggleik i samsvar med retningslinjene og krav i personopplysningsforskrifta § 2-4.

---

<sup>34</sup> Arbeidsmiljølova § 3-1 (2) c)

<sup>35</sup> Personopplysningsforskrifta § 2-4

## 5.6 I kva grad har fylkeskommunen etablert kontrollaktivitetar som skal sikre at sentrale arbeidsprosessar følgjer fylkeskommunen sine krav og retningslinjer?

Omgrepet «kontrollaktivitetar» viser i COSO-modellen (og i lov- og forskriftskrav<sup>36</sup>) til dei tiltak som blir sett i verk for å sikre etterleving av regelverk, retningslinjer og krav til tenesteutføring, og for handtere risiko avdekka i risikovurderingar. Revisjonen vurderer at fylkeskommunen har etablert fleire viktige kontrollaktivitetar og prosedyrar, mellom anna gjennom avvikssystemet i det elektroniske kvalitetssystemet. Det går samtidig fram at det også på dette området er utfordringar knytt til å gi tilstrekkeleg med informasjon til heile organisasjonen om kontrollaktivitetane/verktøya, samt å få heile organisasjonen til å ta verktøya i bruk.

Også innspel frå tilsette og brukarar kan nyttast for å forbetre tenestene. Det går fram av undersøkinga at dei fleste einingar gjennomfører medarbeidarsamtalar med eit fleirtal av dei tilsette. Det kjem likevel fram at under halvparten (45 prosent) av leiarane er heilt eller delvis einige i at fylkeskommunen legg vekt på å nytte innspel og kunnskap frå dei tilsette for å forbetre drifta. Endå færre (37 prosent) gjev uttrykk for at fylkeskommunen legg vekt på å nytte innspel og kunnskap frå brukarane. Revisjonen meiner det er viktig at fylkeskommunen også nyttar slike innspel aktivt for å forbetre drifta.

<i>a) I kva grad er det etablert ei klar arbeidsdeling med tydelege fullmakter/delegasjonar?</i>	Fylkeskommunen har vedteke eit delegasjonsreglement og det er utarbeidd eit fullmaktsreglement.  I undersøkinga går det fram at leiarane i toppleiargruppa i hovudsak oppfattar delegasjonar og fullmakter som klare, men det vert kommentert at fullmakter på lægre nivå kan verte gjort meir tydelege. Undersøkinga viser også at ikkje alle leiarane er kjende med fullmaktsreglementet. Revisjonen meiner fylkeskommunen må syte for at alle leiarar er kjende med kva fullmakter dei har.
<i>b) I kva grad er det etablert skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar?</i>	I det elektroniske kvalitetssystemet er det dokumentert rutinar og prosedyrar for ein stor del av dei gjennomgåande og overordna arbeidsprosessane i fylkeskommunen. Dette omfattar mellom anna HMT, beredskap, personal, IT og økonomi. Det er også mange av dei underliggande einingane som har dokumentert sine prosedyrar og rutinar i systemet. Det kjem likevel fram gjennom undersøkinga at einingane i varierende grad har dokumentert sine rutinar i det elektroniske kvalitetssystemet. Undersøkinga viser vidare at berre 59 prosent av leiarane svarer at det i svært stor eller stor grad er etablert skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar i eiga eining.  Revisjonen vurderer at det er viktig at linjeleiing og kvalitetsansvarlege frametter følgjer opp kva dokument som er gjort tilgjengelege i systemet, og sikrar at dei er oppdaterte, fullstendige og relevante, slik at dei kan fungere som gode arbeidsverktøy for dei tilsette.

<sup>36</sup> T.d. arbeidsmiljølova § 3-1 (2) e) og personopplysningsforskrifta §§ 2-10 til 2-14.

<p>c) I kva grad er det eit system for dokumentstyring som sikrar at rutinar blir oppdaterte og gjort tilgjengeleg for dei tilsette på ein føremålstenleg måte?</p>	<p>Det går fram av undersøkinga at det har vore ein intensjon om å kople saman sak-/arkivsystemet Ephorte med kvalitetssystemet slik at utarbeiding, oppdatering og godkjenning av dokument i kvalitetssystemet skal gjerast meir automatisk. Dette er ikkje kome på plass, og revisjonen vurderer at dokumentstyringa er eit av dei svakare områda i kvalitetssystemet slik det fungerer i dag.</p> <p>Undersøkinga at det berre er 63 prosent av leiarane i undersøkinga som seier at rutinar og retningslinjer for sentrale prosessar i deira eining i svært stor grad/i stor grad er oppdaterte. Dette er etter revisjonen si meining med på å understreke behovet for gode rutinar for dokumentstyring.</p>
<p>d) I kva grad er det etablert kontrollar for å sikre etterleving av sentrale rutinar og retningslinjer?</p>	<p>Det er utarbeidd nokre overordna og viktige kontrollrutinar i fylkeskommunen knytt til avviksregistrering, eigenkontroll og toppleiinga sin gjennomgang av kvalitetssystemet.</p> <p>Undersøkinga viser likevel at det i liten grad er lagt inn andre kontrollrutinar i kvalitetssystemet til dei ulike fagområda og avdelingane. Revisjonen vurderer difor at det anten ikkje er utarbeidd eller systematisert tilstrekkeleg med kontrollrutinar, eller at kontrollrutinane ikkje er tilstrekkeleg dokumenterte.</p> <p>Det går også fram av undersøkinga at det på informasjonstryggleiksområdet manglar ei fullstendig oversikt over system som handsamar personopplysningar, noko som er eit krav i personopplysningsforskrifta § 2-4. Det går fram at avdelingane ikkje har tilstrekkeleg oversikt over egne system, og det er ikkje peikt ut informasjonstryggleiksansvarlege på avdelingsnivå, slik det er lagt opp til i mål og strategi for informasjonstryggleik. Det er heller ikkje utpeikt to tryggingansvarlege (ein administrativ og ein IT-teknisk), slik det går fram av desse retningslinjene.</p>
<p>e) I kva grad er eventuelle kontrollar basert på ei systematisk risikovurdering?</p>	<p>På grunn av at det i liten grad er dokumentert konkrete kontrollrutinar for dei ulike områda er det ikkje råd å svare på i kva grad slike rutinar er baserte på ei systematisk risikovurdering.</p> <p>Generelt sett vurderer revisjonen at det i liten grad finst dokumenterte døme på at fylkeskommunen nyttar risikovurderingar som utgangspunkt for å utvikle rutinar og retningslinjer. Revisjonen meiner at ein meir aktiv bruk av risikovurderingar vil gi fylkeskommunen eit betre grunnlag for å spisse sine rutinar og retningslinjer og prioritere kva rutinar og retningslinjer som skal utvikast, og kva rutinar og retningslinjer som ikkje er nødvendige.</p>



<p>f) Har fylkeskommunen etablert eit tenleg avviksmeldesystem?</p>	<p>Med det elektroniske kvalitetssystemet har fylkeskommunen eit verkøy for å gjennomføre og dokumentere avvikshandsaminga i heile organisasjonen. Det varierer i kva grad dei ulike avdelingane registrerer avvik, og det er fleire område, særleg knytt til innhaldet i tenestene der det etter revisjonen si vurdering vert registrert alt for få avvik. Revisjonen vurderer difor at avviksrapporteringa i fylkeskommunen er mangelfull. Revisjonen registrerer at fleire av dei intervjua peiker på at det er forhold knytt til kultur og /eller tradisjon som har gjort det vanskeleg å få dei tilsette til å nytte avvikssystemet aktivt.</p>
---	--

## 5.7 Er det etablert rutinar for oppfølging av at internkontrollen fungerer slik den var tenkt innanfor fylkeskommunen sine einingar?

For å sikre at fylkeskommunen oppnår ein god internkontroll er det i COSO-modellen gjeve føringar for organisasjonen sitt arbeid med oppfølging av internkontrollen, det vil seie å følgje opp at internkontrollsystemet fungerer slik det er meint.

Kvalitetsforum har ei sentral rolle i oppfølginga av internkontrollen, gjennom sitt arbeid med å analysere bruken av kvalitetssystemet og føreslå forbetringar i internkontrollen. Revisjonen vurderer at kvalitetsforumet er viktig i oppfølginga av internkontrollen, då forumet har representantar frå alle dei ulike avdelingane i fylkeskommunen. I denne samanhengen har også kvalitetskoordinator ei viktig rolle, med den særlege kunnskap om kvalitetsarbeid som ligg til denne stillinga.

Arbeidet med den årlege eigenkontrollen er også ein sentral del av oppfølginga av internkontrollen i fylkeskommunen. Eigenkontrollen er ein prosess som omfattar heile fylkeskommunen, og den gjev slik nyttig informasjon om korleis fylkeskommunen i praksis utøver internkontrollen. Det går ikkje fram korleis den enkelte leiar skal følgje opp resultatata frå eigenkontrollen i si avdeling. Revisjonen vurderer at det då er ein risiko for at avdekte avvik ikkje blir handtert på rett måte.

Det er utarbeidd ein rutine for toppleiinga sin gjennomgang av internkontrollen der toppleiinga gjennomgår mål, strategi og organisering av kvalitetssystemet. Eigenkontrollen skal nyttast som grunnlag for denne gjennomgangen. Revisjonen meiner det er viktig at fylkeskommunen har ein slik rutine knytt til leiinggjennomgang av kvalitetssystemet, og at denne er knytt til det systematiske arbeidet med eigenkontroll. Undersøkinga viser likevel at det i mindre grad er systematiserte gjennomgangar av internkontrollarbeidet i leiargruppene til fylkesdirektørane enn i toppleiargruppa, og det er berre eit mindretal av einingsleiarane som svarer at dei har gått systematisk gjennom korleis internkontrollen fungerer knytt til område utanom HMT. I kvalitetssystemet har fylkesdirektørar og einingsleiarar fått som oppgåve å forankre kvalitetsarbeidet i si avdeling og eining/leiargruppe, men det går ikkje fram tydelege krav til korleis dette skal gjerast. Revisjonen meiner fylkeskommunen har eit forbetningspotensial knytt til å systematisere leiaroppfølginga av internkontroll og kvalitet på desse nivåa.

Det kan også vere svakheiter i rapportering frå underliggende einingar som bør justerast for å sikre at fylkesdirektørane har tilstrekkeleg oversyn over internkontrollarbeidet i si avdeling. Revisjonen vil her påpeike at det går fram at samferdsleavdelinga ikkje får fast rapportering knytt til HMT/internkontroll frå Skyss, noko som vil gjere det vanskeleg for fylkesdirektøren å få fullgod informasjon om korleis internkontrollen fungerer i denne delen av organisasjonen.

I samband med oppfølging av internkontrollen ynskjer revisjonen også å peike på at det i dokumenta som skildrar gjeldande organisering av kvalitetsarbeid, HMT og informasjonstryggleik, går fram at organisasjonsdirektøren har fått «delegert det overordna formelle ansvaret» for områda i Hordaland fylkeskommune. Revisjonen vurderer at dette ikkje er i samsvar med føresetnadene som ligg til grunn for desse områda. Ansvaret for område som HMT og informasjonstryggleik ligg hos leiinga i fylkeskommunen. Sjølv om organisasjonsdirektør får eit ansvar for å handtere delegerte oppgåver, har fylkesrådmannen framleis eit overordna ansvar. Slik rutinar er formulerte kan dette stå fram som uklårt.

## 5.8 Har fylkeskommunen system og rutinar som sikrar etterleving av sentrale krav i regelverket når det gjeld arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT)?

Regelverket for HMT har ei rekkje konkrete krav til korleis internkontrollarbeidet skal gjennomførast, jf. arbeidsmiljølova (aml.) § 3-1. Revisjonen vurderer at fylkeskommunen i stor grad har på plass system og rutinar knytt til dei ulike områda, men det kjem fram at det i enkelte einingar ikkje har vorte gjennomført aktivitetar i samsvar med dei sentrale krava.

<p><i>a) Har fylkeskommunen sentrale system, rutinar eller retningslinjer for korleis HMT-arbeidet skal ivaretakast av einingane i fylkeskommunen?</i></p>	<p>Fylkeskommunen har etablert eit sentralt system med tilhøyrande rutinar for HMT arbeidet i fylkeskommunen. HMT systemet er ein integrert del av kvalitetssystemet og rutinar og retningslinjer er tilgjengelege der. Undersøkinga viser at det overordna styringsdokumentet «Mål og strategi for helse- miljø- og tryggleiksarbeidet» har vore gjeldande frå 13.12.2010 (revidert 13.05.13). Samstundes er det 15 prosent av einingsleiarane som ikkje kjenner til denne overordna retningslinja. Revisjonen meiner at Hordaland fylkeskommune må sikre at alle einingane kjenner til dei sentrale retningslinjene.</p>
<p><i>b) Er det fastsett mål for helse, miljø og tryggleik i fylkeskommunen og i dei ein skilde einingane?</i></p>	<p>Fylkeskommunen har fastsett mål og strategi for HMT-arbeidet og har no utarbeidd ein ny sentral plan for HMT.</p> <p>Undersøkinga viser at 85 prosent av leiarane svarar at avdelinga/eininga har utarbeidd eigne mål for HMT-arbeidet. Det er om lag det same nivået som det har gått fram av eigenkontrollen dei føregåande år. Revisjonen si vurdering er at det i hovudsak er fastsett mål for helse, miljø og tryggleik i fylkeskommunen og i dei ein skilde einingane (jf. aml. § 3-1 (2) a), men ynskjer å understreke at det bør vere fastsett slike mål i alle einingar. Revisjonen tilrår nærare oppfølging av einingane som ikkje har fastsett eigne mål for å sikre at alle følgjer retningslinjene.</p>

<p>c) <i>Har fylkeskommunen oversikt over korleis ansvar, oppgåver og mynde for arbeidet med helse, miljø og tryggleik er organisert?</i></p>	<p>Revisjonen si vurdering er at fylkeskommunen har oversikt over korleis ansvar, oppgåver og mynde for arbeidet med helse, miljø og tryggleik er organisert gjennom styringsdokumentet «Organisering av arbeidet med helse, miljø og tryggleik» (jf. krav i aml. § 3-1 (2) b).</p> <p>Det formelle ansvaret for arbeidet med helse, miljø og tryggleik følgjer linjeorganisasjonen. Det er linjeleiinga sitt ansvar at HMT-arbeidet vert utøvd og kontrollert ut frå fastsette krav og rutinar slikt det kjem fram i vedtekne dokument. Linjeorganisasjonen har såleis ansvar for å praktisere HMT-arbeidet og å gjennomføre eigenkontroll.</p> <p>I den årlege eigenkontrollen til fylkeskommunen har det kome fram at dei fleste einingane har dokumentert korleis HMT-arbeidet er organisert. Dette vert stadfesta gjennom revisjonen si undersøking, der alle utanom ein leiar svarar at ein har dokumentert korleis HMT-arbeidet er organisert.</p>
<p>d) <i>Er det etablert eit felles system for kartlegging av farar og problem og vurdering av risikotilhøva i einingane i fylkeskommunen?</i></p>	<p>Hordaland fylkeskommune har etter revisjonen vurdering fleire system for å kartlegge farar og problem og vurdere risikotilhøva i fylkeskommunen. Det er etablert rutinar for vernerundar, og det er gjort tilgjengeleg skjema for risikovurdering (eitt under HMT-fana i kvalitetssystemet og eitt under beredskaps-fana). Samstundes vert det påpeika at einingane ikkje er pålagt å nytte desse skjema, og sjølv kan velje kva metodikk dei ønskjer å nytte i risikoanalyser. Revisjonen meiner at dette kan føre til noko forvirring om kva som er forventa når det gjeld arbeidet med risikovurderingar. (sjå og 5.5 over).</p> <p>Spørjeundersøkinga viser at berre 39 prosent av einingsleiarane har nytta felles skjema frå Kvalitetssystemet. Samstundes er det om lag halvparten av einingsleiarane som svarer at eininga gjennomfører risikoanalyser sjeldnare enn ein gong i året. Desse svara tyder etter revisjonen si vurdering på at fleire av einingane i fylkeskommunen ikkje i tilstrekkeleg grad nyttar risikovurderingar som eit systematisk verktøy i internkontrollarbeidet knytt til HMT. Manglande bruk av risikovurderingar er ikkje i samsvar med krava i aml. § 3-1 (2) c) og d).</p>
<p>e) <i>Er det etablert rutinar for å utarbeide planar og for å sette i verk tiltak for å redusere identifiserte risikoar?</i></p>	<p>Det går fram av årleg eigenkontroll for fylkeskommunen at om lag ein fjerdedel av einingane ikkje har utarbeidd lokal handlingsplan for HMT etter HMT-kartlegging (vernerunde eller risikovurdering). Revisjonen meiner dette viser at fylkeskommunen ikkje alltid utarbeider handlingsplanar og tiltak innan HMT-området i samsvar med aml. § 3-1 (2), bokstavane c, d og e, (krav til å setje i verk tiltak for å betre arbeidsmiljøet og rette opp manglar).</p>

<p><i>f) Har fylkeskommunen rutinar som sikrar at verksemdene under planlegging og gjennomføring av endringar, vurderer om arbeidsmiljøet vil vere i samsvar med lovkrav, og blir det sett i verk naudsynte tiltak?</i></p>	<p>Det går fram av mål og strategi for HMT-arbeidet i Hordaland fylkeskommune at alle avdelingar og einingar skal ha særleg merksemd på ivaretaking av arbeidsmiljøet i samband med endring og omstilling.</p> <p>Revisjonen vurderer at det er gjeve tilstrekkelege verktøy i HMT-arbeidet til å kunne gjennomføre kartleggingar og risikovurderingar ved omstillingar. Det at om lag halvparten av leiarane i spørjeundersøkinga svarer at dei gjennomfører risikovurderingar sjeldnare enn ein gong i året gjev likevel grunn til å setje spørsmålsteikn ved om rutineane har sikra at det vert gjort tilstrekkelege vurderingar ved gjennomføring av endringar i alle einingar i fylkeskommunen (jf. krav i aml. § 3-1 (2) d).</p>
<p><i>g) Har fylkeskommunen etablert rutinar for å avdekke, rette opp og førebygge brot på HMT regelverket?</i></p>	<p>Revisjonen si vurdering er at Hordaland fylkeskommune gjennom årlege vernerundar og handlingsplanar, samt moglegheiter for avviksregistrering, har etablert rutinar for å avdekke, rette opp og førebygge brot på HMT-regelverket (jf. krav i aml. § 3-1 (2) e) .</p> <p>Undersøkinga viser at omlag 10 prosent av einingane ikkje har gjennomført HMT-kartlegging i løpet av det siste året. Revisjonen tilrår fylkeskommunen å følgje opp at alle leiarar gjennomfører årlege vernerundar eller vernemøte.</p> <p>Undersøkinga viser vidare at fylkeskommunen ikkje i tilstrekkeleg grad har sørga for at dei tilsette til å melder alle avvik (sjå over).</p>
<p><i>h) Gjennomfører fylkeskommunen ei systematisk overvaking og ein gjennomgang av det systematiske HMT arbeidet for å sikre at det fungerer som føresett?</i></p>	<p>Revisjonen si vurdering er at Hordaland fylkeskommune gjennom årleg eigenkontroll, drøftingar i HAMU og i «toppleiinga sin gjennomgang». I spørjeundersøkinga svarer om lag 30 prosent av leiarane at dei ikkje har gått systematisk gjennom korleis internkontrollen knytt til HMT fungerer i eiga eining. Dette er ikkje i samsvar med krava til arbeidsgjevar om å gjennomføre ei systematisk overvaking og gjennomgang av det systematiske HMT-arbeidet for å sikre at det fungerer som føresett (jf. aml. § 3-a (2) h).</p>

<p><i>i) I kva grad er det etablert ei verneteneste i samsvar med sentrale krav i regelverket?</i></p>	<p>Revisjonen si vurdering er at Hordaland fylkeskommune har etablert ei verneteneste i samsvar med dei sentrale krava i arbeidsmiljølova (kap 6).</p> <p>Samstundes er det ei utfordring knytt til størrelsen på verneområda for nokre av einingane. Av arbeidsmiljølova § 6.1 (2) går det fram at «..Dersom virksomheten består av flere atskilte avdelinger, eller arbeidet foregår på skift, skal det i alminnelighet velges minst ett verneombud for hver avdeling eller hvert skiftlag. Hvert verneområde skal være klart avgrenset og må ikke være større enn at verneombudet kan ha full oversikt og ivareta sine oppgaver på forsvarlig måte.»</p> <p>Hordaland Fylkeskommune må vurdere om verneområda ved nokre av skulane er for store til at verneomboda kan ha full oversikt og ivareta sine oppgåver på forsvarleg måte. Revisjonen si vurdering er at verneomboda anten må få tilgang til alle avviksmeldingar mv. i sitt verneområde, eller at verneområda følger avdelingane.</p>
<p><i>j) I kva grad er det etablert eit arbeidsmiljøutval som fungerer i samsvar med sentrale krav i regelverket?</i></p>	<p>Revisjonen si vurdering er at Hordaland fylkeskommune har etablert arbeidsmiljøutval i samsvar med dei sentrale krava i arbeidsmiljølova (kap. 7). Fylkeshovudverneombod er ein av representantane for dei tilsette i hovudarbeidsmiljøutvalet, og hovudverneomboda er ein av representantane for dei tilsette i dei lokale arbeidsmiljøutvala. HMT-seksjonen er bedriftshelseteneste og er representert utan stemmerett i HAMU, og i nokre av dei lokale AMU.</p> <p>Medlemmer av arbeidsmiljøutvala har krav på naudsynt opplæring. HMT-seksjonen tilbyr 40-timars kurs for representantane i AMU.</p>

# 6 Tilrådingar

Revisjonen tilrår Hordaland Fylkeskommune å:

1. Gjere tydeleg at fylkesrådmannen har eit overordna ansvar for arbeidet med kvalitet, HMT og informasjonstryggleik.
2. Vurdere å innføre årlege oppdragsbrev eller tilsvarende systematisering av måltal og krav til dei enkelte leiarar, og forsikre seg om at alle leiarar kjenner til kva fullmakter dei har.
3. Utvikle styrande dokument slik at det går fram meir konkrete krav til internkontrollen og korleis dei ulike prosessane/aktivitetane i internkontrollen er meint å fungere, under dette:
  - c) Setje tydelegare krav til korleis einingsleiarar og fylkesdirektørar skal følgje opp internkontrollen i egne einingar.
  - d) Setje tydelegare krav til risikovurderingar og kva rolle desse skal spele i kvalitetsarbeidet i fylkeskommunen (ikkje berre innanfor HMT og informasjonstryggleik, men på alle område der det er fastsett mål, reglar og krav til rapportering).
4. Syte for at alle einingar og avdelingar tar i bruk risikovurderingar som eit verktøy i kvalitets- og internkontrollarbeidet for å kartlegge risiko for svakheiter knytt til måloppnåing, regeletterleving og rapportering.
5. Sikre at alle einingar og avdelingar set i verk risikoreduserande tiltak basert på gjennomførte risikovurderingar, og at dei utarbeider tilstrekkeleg med kontrollerande rutinar.
6. Vurdere korleis ein kan bruke innspel frå brukarar og tilsette på ein meir systematisk måte for å forbetre tenestene.
7. Få på plass system for dokumentstyring med rutinar for godkjenning og oppdatering av prosedyrar.
8. Sikre at alle leiarar og tilsette set seg inn i fylkeskommunen sine etiske retningslinjer, og gjere tiltak for å setje rette merksemd mot førebygging av korrupsjon og misleghald.
9. Gi tilstrekkeleg opplæring til leiarar og tilsette i kvalitetsarbeid og bruk av kvalitetssystemet, og som ein del av dette gi alle tilsette tilstrekkeleg informasjon om målet med avvikshandsaminga og korleis ein registrerer og følgjer opp avvik.
10. Vurdere å omtale varslingsrutinane i modulen for avviksregistrering i det elektroniske kvalitetssystemet, slik at det vert lettare for dei tilsette å forstå skilnaden mellom dei to typane meldingar.
11. Fastsetje tydelegare krav til korleis leiarar skal gjennomføre oppfølging av internkontrollen i si verksemd, og som ein del av dette korleis dei skal følgje opp resultatata frå eigenkontrollen.

12. Setje krav til at alle underliggande einingar (til dømes Skyss) rapporterer om arbeidet med HMT og internkontroll.
13. Sikre at alle einingar har system og rutinar på plass i samsvar med krav til internkontroll i arbeidsmiljølova § 3-1 (2). Spesielt må fylkeskommunen sjå til:
  - d) at dei einingane som ikkje har fastesett eigne mål for HMT i eininga gjer det.
  - e) at alle einingar gjennomfører HMT-kartlegging – td. vernerundar, vernemøte mv. Og utarbeider handlingsplanar med bakgrunn i funn frå desse kartleggingane.
  - f) at einingsleiarar systematisk følgjer opp internkontrollen i eiga eining.
14. Vurderer om verneområda på nokre av skulane er for store til at verneombodet har full oversikt og kan ivareta sine oppgåver på ein forsvarleg måte.
15. Syte for at det kjem på plass tilstrekkeleg internkontroll knytt til elektronisk behandling av personopplysningar (jf. krav i personopplysningsforskrifta). Under dette m.a.
  - c) At avdelingar og einingar får oversyn over behandlingar av personopplysningar i systema dei arbeider med, og at dette vert samla i ei oversikt for fylkeskommunen.
  - d) At det vert gjennomført risikovurderingar knytt til system som behandlar personopplysningar.

# Vedlegg 1: Høyringsuttale







# Vedlegg 2: Oversikt over sentrale dokument og litteratur

## Styrande rutinar og sentrale retningslinjer i Hordaland fylkeskommune

Felles kvalitetssystem i Hordaland fylkeskommune. (1.10.2010)  
Drift – organisering og oppfølging av Kvalitetssystemet. (1.9.2012)  
Toppleiinga sin gjennomgang (17.12.2010)  
Mål og strategi for informasjonstryggleik 2009 – 2013

## Notat og statusrapportar

Sluttrapport Felles kvalitetssystem – innføring og vidareutvikling. (ingen dato)  
Status på kvalitetsarbeidet i HFK. Notat til fylkesrådmannen frå organisasjonsavd. (25.8.2014)

## Lover og forskrifter

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)  
Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)  
Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)  
Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften)  
Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

## Standardarar

Internkontroll – et integrert rammeverk. Norges interne revisorers forening (1996)

# Vedlegg 3: Skjema for risikovurdering

Figur 21 Skjema for risikovurdering "eigenvurdering av arbeidsmiljøet" (eitt av fleire område)

<b>PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ</b>  (Sjå: Forskrift nr.1355: «Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning», AML § 4-2 "Krav til tilrettelegging, medverknad og utvikling, og § 4-3 "Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet" om du treng meir informasjon før vurderinga).		<b>Risikokategori</b>				
Referanse skjema	<b>Risiko</b>	<b>Ikkje aktuelt</b>	Hender sjeldan/aldri og har ingen/tillet konsøkvens. Ingen tiltak nødvendig	Skjer av og til eller har stor konsøkvens. Tiltak vurderast	Skjer ofte eller har alvorlig konsøkvens. Må setta inn tiltak	Overførast handlingsplan
			Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt	Ikkje aktuelt	
<b>Tilsette gjev uttrykk for:</b>						
019	At dei ikkje blir tatt med på råd i spørsmål som angår arbeidssituasjonen deira.					
020	At det ikkje alltid er samsvar mellom arbeidsoppgåver/krav og opplæring/kompetanse.					
021	At arbeidsmengda over tid er altfor stor.					
022	At det er utydeleg kva som er venta av dei (utydelege krav).					
023	Frustrasjon over å få motstridande signal frå fleire leiande personar.					
024	At det skjer mobbing eller trakassering på arbeidsplassen.					
025	Vedvarande uvisse om moglege endringar i arbeidssituasjonen.					
026	At det ikkje blir gjort tilpassingar (arbeidstid, oppgåver) for arbeidstakarar med særskilde behov, sjølv om det hadde vore praktisk mogleg					
027	At dei ikkje får positiv respons frå overordna når dei gjer ein god jobb.					
028	At negative tilbakemeldingar frå overordna blir gitt på ein dårleg måte.					
<b>Eigne risikoelement:</b>						
029						
030						
031						
032						
033						
034						
035						







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

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 150 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 200,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2014 Deloitte AS