

FORVALTNINGSREVISJON

Avvik og varsling

Alta kommune

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Alta kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot avvik og varsling i helse- og omsorgssektoren. Plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Alta kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Alta kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Hammerfest, 19.05.2025

Margrete Mjølhus Kleiven
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor
Ansvarlig for kvalitetssikring

Tone Jæger Karlstad
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

KomRev NORD har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Alta kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon med tema avvik og varsling i helse- og omsorgssektoren. Forvaltningsrevisjonen er gjennomført med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. *Har Alta kommune rutiner for håndtering av avvik i helse- og omsorgssektoren i henhold til sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften?*
2. *Har Alta kommune rutiner for intern varsling i tråd med krav i arbeidsmiljøloven?*
 - A) *Behandles interne varsler om kritikkverdige forhold i Hammerfest kommune i tråd med kommunens interne rutiner/prosedyrer, samt krav til dette i arbeidsmiljøloven?*
 - B) *Har Alta kommune gjort varslingsrutinene kjent for ansatte i samsvar med kravene i arbeidsmiljøloven?*
3. *Har Alta kommune systemer for å benytte avvik i forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene?*

For å besvare problemstillingene har vi gjennomført intervjuer med virksomhetsledere i helse- og omsorgssektoren, og med kommunalleder for helse- og omsorg. Vi har også innhentet informasjon fra hovedverneombud og fra ansatte ved avdeling for HR og organisasjonsutvikling. Vi har gjort en dokumentanalyse av kommunens skriftlige rutiner, prosedyrer og retningslinjer, og vi har innhentet data fra kommunens avvikssystemer.

Revisors konklusjon på problemstilling 1 er at Alta kommune i stor grad har rutiner for håndtering av avvik i helse- og omsorgssektoren i henhold til sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften. I konklusjonen vektlegger vi at kommunen har et system, samt skriftlige og praktiserte rutiner, for registrering og håndtering av avvik. Vi bygger på funn som viser at det faktisk registreres avvik, og at disse behandles i systemet. Det er imidlertid også vektlagt funn fra avvikssystemet, tilbakemeldinger fra virksomhetsledere samt saker behandlet i arbeidsmiljøutvalget, som viser at et relativt stort avvik står åpne, noe som indikerer forbedringspotensiale i rutinene for *behandling og lukking* av avvik.

Revisors konklusjon på problemstilling 2 a er at interne varsler om kritikkverdige forhold i stor grad, men ikke fullt ut, behandles i tråd med kommunens interne rutiner og prosedyrer, samt krav til dette i arbeidsmiljøloven. Kommunen har sørget for å undersøke varsler om kritikkverdige forhold innen rimelig tid, men i ett undersøkt tilfelle fikk varsler ikke bekreftelse innen tre uker på at varselet var mottatt og fulgt opp. Revisor fant i våre undersøkelser at det kun var to varsler som var relevant å undersøke. Vi understreker at våre vurderinger og konklusjoner tilknyttet denne problemstilling kun gjelder for disse varslene. Med et så lite utvalg saker til undersøkelse, er det ikke grunnlag for å si at praksis i disse sakene er et uttrykk for kommunens generelle praksis på området. **Revisors konklusjon på problemstilling 2 b er at Alta kommune har gjort varslingsrutinene kjent for ansatte i samsvar med arbeidsmiljøloven.** Kommunens skriftlige rutiner begrenser ikke arbeidstakers rett til å varsle. Rutinene er gjort kjent for de ansatte på en måte som etter arbeidsmiljølovens bestemmelser er tilstrekkelig.

Revisors konklusjon på problemstilling 3 er at Alta kommune til dels har systemer for å benytte avvik i forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Det finnes et elektronisk system for melding og behandling av pasientrelaterte avvik i helse- og omsorgstjenestene, og det finnes skriftlige rutiner for dette arbeidet. Det føres oversikt over meldte avvik, og avvikene gjennomgås. Revisor har imidlertid gjort funn som indikerer at rutinene ikke er tilstrekkelige, ved at det forekommer at det ikke meldes avvik når dette burde ha vært gjort. Når det gjelder evaluering og forbedring av tjenestene på bakgrunn av avviksarbeid, finner revisor at dette gjøres kontinuerlig i avdelingene, men at det fremstår som at det mangler noe systematikk over dette arbeidet. Forbedringsarbeidet skal på et overordnet nivå gjøres i kvalitetsutvalget, og det vektlegges i konklusjonen at det de siste årene ikke har vært jevnlige og systematiske møter i utvalget. Dette indikerer at det ikke er arbeidet tilstrekkelig systematisk på virksomhetsledernivå med bruk av avvik til å forbedre tjenestene.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Alta kommune å treffe tiltak for å sikre at

- det gis tilfredsstillende opplæring om avviksregistrering for å sikre at ansatte melder avvik i alle situasjoner der det skal gjøres
- alle avvik behandles og lukkes. Dette gjelder for både HMS-relaterte avvik og pasientrelaterte avvik. Det anbefales at det innarbeides prosedyrer for lukking av avvik ved skifte av personell på virksomhetsledernivå.
- meldte avvik brukes i lærings- og forbedringsarbeidet i tjenestene

Innhold

SAMMENDRAG	2
1 BAKGRUNN OG BESTILLING	5
2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	6
2.1 Problemstillinger	6
2.2 Revisjonskriterier.....	6
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier	6
2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1.....	6
2.2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2.....	8
2.3.4 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3.....	10
3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENŚING	13
3.1 Metode og datamateriale	13
3.1.1 Metode og datamateriale problemstilling 1	13
3.1.2 Metode og datamateriale problemstilling 2	13
3.1.3 Metode og datamateriale problemstilling 3	14
3.2 Gyldighet og pålitelighet.....	14
3.3 Avgrensninger og metodiske presiseringer	14
4 AVVIKSHÅNDTERING	16
4.1 Organisering av HMS-arbeidet i Alta kommune	16
4.2 Rutiner for melding og håndtering av avvik	17
4.3 Revisors vurderinger	20
5 VARSLING	22
5.1 Skriftlig varslingsrutine	22
5.2 Oppfølging og behandling av varsler	24
5.3 Bekjentg�ring og distribusjon av varslingsrutinen i organisasjonen	24
5.4 Revisors vurdering	25
6 BRUK AV AVVIK I FORBEDRINGSARBEID	27
6.1 Avviksregistrering og oppfølging av avvik	27
6.2 Kvalitetsutvalget	28
6.3 Fagutviklingsteam.....	29
6.4 Revisors vurdering	30
7 ANBEFALINGER	32
8 UTTAELSE	33
9 REFERANSER	36

1 INNLEDNING

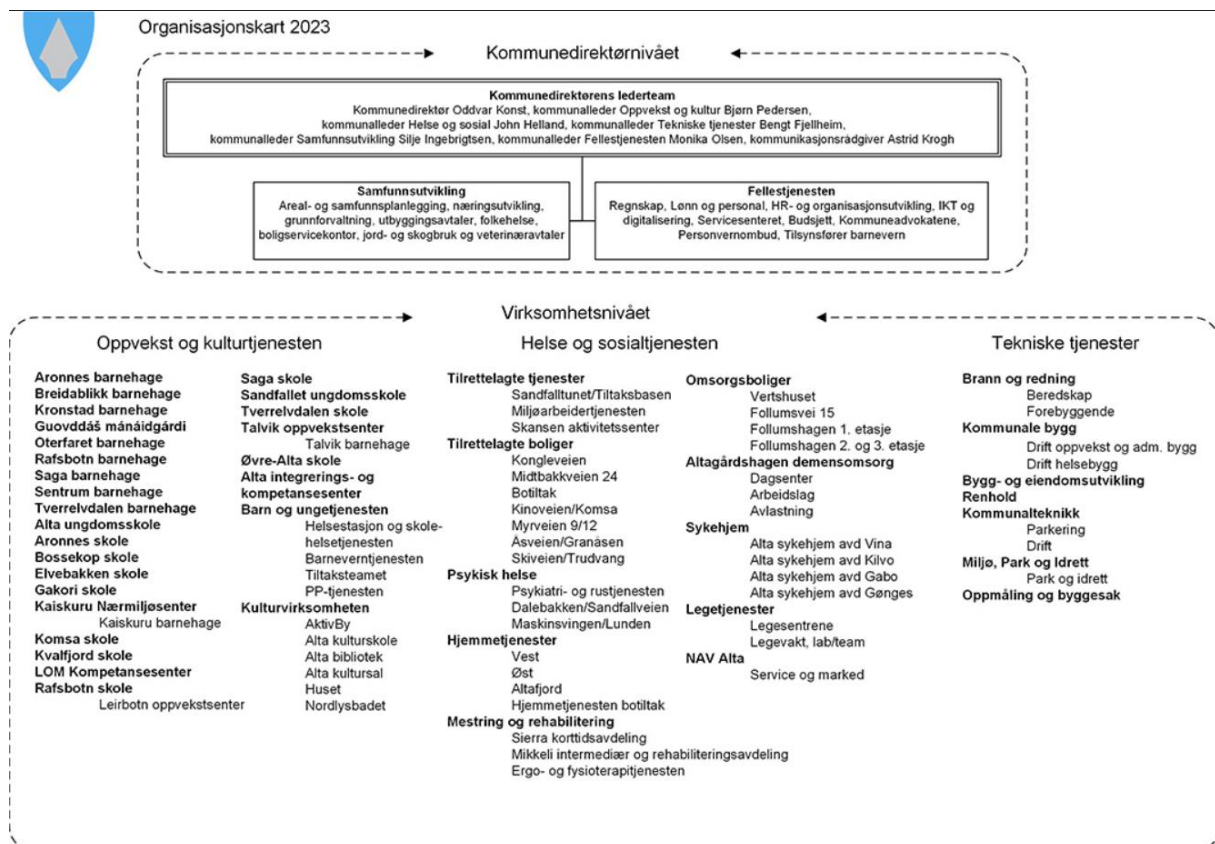
1.1 Bakgrunn og bestilling

Kontrollutvalget i Alta kommune vedtok i møte 2.9.2024, under sak 31/24, å få igangsatt en forvaltningsrevisjon rettet mot avvik og varsling i helse- og omsorgssektoren i kommunen. Forvaltningsrevisjonen ble bestilt med utgangspunkt i plan for forvaltningsrevisjon 2020 – 2024. Overordnet prosjektskisse fra KomRev NORD ble behandlet og vedtatt i møte 7.10.2024 under sak 42/24. Formålet med forvaltningsrevisjonen er, ifølge saksutredningen fra KUSEK IKS, å få belyst om kommunen har rutiner og praksis som er i samsvar med regelverket; for det første å undersøke om kommunens rutiner og praksis for håndtering av avvik etterleves og følges opp i henhold til krav i arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften. For det andre å undersøke om kommunen har rutiner og praksis for håndtering av varsling om kritikkverdige forhold i tråd med krav i arbeidsmiljøloven.

1.2 Helse- og sosialtjenesten i Alta kommune

Nedenstående utklipp er hentet fra Alta kommunes hjemmesider, og viser organiseringen av kommunen. Helse- og omsorgstjenestene er organisert under kommunedirektørnivået, og ledes av en kommunalsjef. Helse- og omsorgstjenestene er videre organisert med ti virksomheter som har sin virksomhetsleder, og ifølge organisasjonskartet 44 avdelinger med hver sin avdelingsleder.

Utklipp 1: Organisasjonskart



2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

- 1) *Har Alta kommune rutiner for håndtering av avvik i helse- og omsorgssektoren i henhold til sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften?*
- 2) *Har Alta kommune rutiner for intern varslings i tråd med krav i arbeidsmiljøloven?*
 - a) *Behandles interne varsler om kritikkverdige forhold i Alta kommune i tråd med kommunens interne rutiner/prosedyrer, samt krav til dette i arbeidsmiljøloven?*
 - b) *Har Alta kommune gjort varslingsrutinene kjent for ansatte i samsvar med kravene i arbeidsmiljøloven?*
- 3) *Har Alta kommune systemer for å benytte avvik i forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene?*

Problemstilling 1 omhandler håndtering av avvik etter arbeidsmiljøloven, i denne rapporten omtalt som *HMS-avvik*. Dette er avvik som i Alta kommune skal føres i avvikssystemet QM+. Problemstilling 3 omhandler avvik i tjenesteproduksjonen, noen steder i denne rapporten omtalt som *faglige avvik* eller *pasientrelaterte avvik*. Dette er avvik som kommunen har plikt til å føre, håndtere og holde oversikt over i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter. Disse avvikene registreres i profil, som er kommunens pasientjournalssystem.

Undersøkelsene er, i tråd med kontrollutvalgets bestilling, avgrenset til å rette seg mot helse- og omsorgstjenestene, nærmere bestemt virksomhetene sykehjem, hjemmetjenester, omsorgsboliger og psykisk helse.

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- Lov 22.6.2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Alta kommunes interne prosedyre for varslings av kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, vedtatt i arbeidsmiljøutvalg og administrasjonsutvalg 2020

2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Alta kommune har som arbeidsgiver et ansvar for å sikre at hensynet til arbeidstakerens helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, gjennom å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten, jf. arbeidsmiljøloven § 3-1. Det systematiske HMS-arbeidet skal skje i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) stiller krav til internkontroll i virksomheten. Internkontroll er i forskriftens § 3 definert som *«systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.»*

Internkontrollforskriften § 5 angir innholdet i det systematiske HMS-arbeidet og stiller krav til dokumentasjon, herunder skal virksomheten blant annet:

- 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 risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene
- d) Iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen

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

Alta kommune er, gjennom internkontrollforskriften, pålagt en rekke krav til arbeidet med helse-, miljø- og sikkerhet. Denne forvaltningsrevisjonen er avgrenset til i hovedsak å gjelde iverksettelse av rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge brudd på HMS-lovgivningen. Det fremgår av forskriften at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Å avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik er et sentralt element i dette arbeidet.

Arbeidstilsynet beskriver at alle virksomheter skal ha rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik fra HMS-lovgivningen. Alle hendelser som innebærer brudd på HMS-regelverket, skal regnes som avvik. For eksempel er det avvik dersom ansatte blir skadet på jobb, mangler verneutstyr eller det skjer brudd på viktige prosedyrer. Om en ansatt blir skadet på jobb er det ikke skaden i seg selv som er avviket, men årsaken til skaden. Også årsaker til *nestenulykker* bør registreres for å forebygge fremtidige uønskede hendelser.

Kapittel 2 i arbeidsmiljøloven omhandler arbeidsgivers og arbeidstakers plikter. Det er etter arbeidsmiljøloven § 2-1 arbeidsgivers ansvar å sørge for at bestemmelsene i arbeidsmiljøloven blir overholdt. Arbeidstaker skal medvirke til utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, jf. § 2-3. Arbeidstaker skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Arbeidstaker har plikt til straks å melde ifra til arbeidsgiver dersom arbeidstaker blir oppmerksom på feil eller mangler som kan medføre fare for liv eller helse, og vedkommende ikke selv kan rette på forholdet, jf. § 2-3 andre ledd bokstav b.

For å kunne ivareta arbeidstakernes medvirkningsplikt må kommunen sørge for at de ansatte er kjent med hva som er avvik, og hvordan avvik skal meldes. Kommunen må ha et system for å

registrere og håndtere avvik. God avvikshåndtering handler om å finne ut hva som har skjedd, hvorfor det skjedde, rette opp forholdet og sørge for at det ikke skjer igjen.¹ Dette kan bidra til

- at virksomheten når målene sine
- å hindre at de samme avvikene skjer gang på gang
- å redusere risikoen for uønskede hendelser
- å skape et sikrere arbeidsmiljø og et bedre ytre miljø
- høyere produktivitet gjennom færre driftsstanser og mindre sykefravær, svinn og tap

For at avvikssystemet skal fungere er det viktig at arbeidsgiver legger til rette for en HMS-kultur der det er forventet at ansatte på alle nivåer melder fra om avvik. I tillegg må arbeidstakerne være trygge på at arbeidsgiveren faktisk følger opp avvikene og håndterer de seriøst.²

Av internkontrollforskriften § 5 første ledd nr. 7 fremgår det at kravet om å ha rutiner for avvikshåndtering skal dokumenteres. Revisor legger derfor til grunn at Alta kommune må ha slike skriftlige rutiner, og for øvrig kunne fremlegge dokumentasjon som viser at bestemmelsen overholdes.

På bakgrunn av det ovennevnte utleder vi følgende revisjonskriterier for besvarelse av problemstilling 1:

Alta kommune v/ helse- og omsorgstjenestene skal:

- **ha rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik knyttet til helse, miljø og sikkerhet**
- **ha rutiner for hvem som skal melde avvik, når og hvordan avvik skal meldes**
- **sørge for at ansatte kjenner til rutinene for avvik og vet hvordan det skal meldes avvik**
- **påse at avvik behandles og lukkes**

2.2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Arbeidsmiljøloven kapittel 2 A regulerer arbeidsgivers rett til å varsle, samt arbeidsgivers plikter i forbindelse med varsling. Varsling innebærer at en arbeidstaker sier ifra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet, jf. arbeidsmiljøloven § 2 A-2 andre ledd.

Arbeidsmiljøloven angir følgende eksempler på forhold som kan innebære kritikkverdige forhold:

- fare for liv eller helse
- fare for klima eller miljø
- korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet
- myndighetsmisbruk
- uforsvarlig arbeidsmiljø
- brudd i personopplysningssikkerheten

¹ Avvik og avvikshåndtering (arbeidstilsynet.no)

² Avvik og avvikshåndtering (arbeidstilsynet.no)

Fremgangsmåte ved varsling er regulert i arbeidsmiljøloven § 2 A-2. Intern varsling innebærer at arbeidstaker varsler innad i virksomheten. Arbeidstakere kan alltid varsle internt til arbeidsgiver eller representant for arbeidsgiver, i samsvar med virksomhetens rutiner for varsling, i samsvar med varslingsplikt og via verneombud, tillitsvalgt eller advokat. Arbeidstaker kan også alltid varsle eksternt til offentlig tilsynsmyndighet, som for eksempel Arbeidstilsynet eller Datatilsynet, eller andre offentlige myndigheter.

Dersom arbeidstaker ønsker å varsle eksternt til media eller offentligheten for øvrig, må vilkårene i arbeidsmiljøloven § 2 A-2 tredje ledd bokstav a til c være oppfylt:

- a. arbeidstaker er i aktsom god tro om innholdet i varselet,
- b. varselet gjelder kritikkverdige forhold som har allmenn interesse, og
- c. arbeidstaker først har varslet internt, eller har grunn til å tro at intern varsling ikke vil være hensiktsmessig

I forarbeidene til bestemmelsen står det at kravet i bokstav a om å være i aktsom god tro om innholdet i varselet innebærer at arbeidstaker ikke kan gå ut med grunnløse eller svakt funderte påstander.³ Videre står det i forarbeidene at kravet i bokstav b om at varselet må gjelde et kritikkverdig forhold som har allmenn interesse, ikke skal vurderes strengt. Hensikten er å beskytte arbeidsgiver mot at opplysninger som kun er av intern eller personlig interesse kommer ut i offentligheten.

Arbeidsmiljøloven § 2 A-6 oppstiller en plikt for virksomheter til å utarbeide rutiner for intern varsling. Rutinene skal utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid og i samarbeid med arbeidstakerne og tillitsvalgte. Varslingsrutinene skal være lett tilgjengelig for alle ansatte. Det er viktig at de ansatte kjenner til varslingsrutinene og fremgangsmåten for varsling. Varslingsrutinene skal ikke begrense arbeidstakers rett til å varsle.

Rutinene for intern varsling skal ifølge arbeidsmiljøloven § 2 A-6 fjerde ledd være skriftlige og minst inneholde:

- en oppfordring til å varsle om kritikkverdige forhold
- fremgangsmåte for varsling
- fremgangsmåte for arbeidsgivers saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varsling

Arbeidsmiljøloven § 2 A-3 regulerer arbeidsgivers aktivitetsplikt. Alta kommune har som arbeidsgiver en plikt til å sørge for at varsel om kritikkverdige forhold blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid. I forarbeidene står det at hva som skal regnes som «rimelig tid», må vurderes konkret i det enkelte tilfellet i lys av varselets alvorlighetsgrad, hvor viktig det er med rask avklaring og hvor lang tid det vil ta å undersøke forholdet.⁴ Det må også vurderes konkret hva som vil være «tilstrekkelig» undersøkelse da bestemmelsen ikke stiller spesifikke krav til hvilke undersøkelser arbeidsgiver må gjøre. Dersom det uten videre kan slås fast at et varsel er grunnløst, er det nok å konstatere det.

Ifølge arbeidsmiljøloven § 2 A-6 (5) skal rutinene for intern varsling være lett tilgjengelig for alle arbeidstakere i virksomheten. Alta kommune har etter denne bestemmelsen en plikt til å gjøre rutinene tilgjengelig for alle ansatte i kommunen, herunder også innleide arbeidstakere og vikarer. Arbeidsmiljøloven § 1 A-6 femte ledd viderefører den tidligere bestemmelsen i

³ Prop. 74 L (2018-2019) s. 52

⁴ Prop. 74 L (2018-2019) s. 52

arbeidsmiljøloven § 2 A-3 sjette ledd.⁵ I forarbeidene til denne bestemmelsen står det at det ikke er et krav om at arbeidsgiver sender ut rutinene eller på annen måte aktivt sørger for å gjøre disse kjent for alle ansatte⁶. Det som er avgjørende er at de ansatte ved behov lett kan finne frem til rutinene. I forarbeidene vises det til at det for eksempel kan gjøres ved at rutinene tas inn i personalreglementet, legges ut på virksomhetens nettsider eller ved oppslag på egnet sted i virksomheten.

Alta kommune har utarbeidet en skriftlig rutine for varsling. Rutinen er godkjent av arbeidsmiljøutvalg og administrasjonsutvalg. Problemstilling 2 omhandler også hvorvidt interne varslingssaker behandles i tråd med kommunens egne rutiner, og dokumentet er derfor en relevant kilde for utledning av revisjonskriterier. Bestemmelser og fremgangsmåte i rutinen samsvarer i stor grad med de krav som fremgår av arbeidsmiljøloven. Ifølge rutinen skal varsler så snart som mulig, og innen tre uker, få en bekreftelse på at varselet er mottatt og vil bli fulgt opp.

På bakgrunn av det ovennevnte utleder vi følgende revisjonskriterier for besvarelse av problemstilling 2:

Alta kommune v/ helse- og omsorgstjenestene skal:

- **ha skriftlige rutiner for intern varsling**
- **ha varslingsrutiner som inneholder:**
 - **en oppfordring til å varsle om kritikkverdige forhold**
 - **beskrivelse av fremgangsmåte for varsling**
 - **beskrivelse av fremgangsmåte for arbeidsgivers saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varsling**
- **ha utarbeidet varslingsrutinene i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte**
- **ha rutiner for varsling som ikke begrenser arbeidstakers rett til å varsle**
- **ha rutiner for å sikre at varsel om kritikkverdige forhold blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid**
- **sørge for at varsler innen tre uker får en bekreftelse på at varselet er mottatt og vil bli fulgt opp**
- **gjøre rutinene for varsling kjent for ansatte i kommunen**

2.3.4 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3

Lov 24. juni nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter helse- og omsorgstjenesteloven, gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunen. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av § 3-1. Etter denne bestemmelsen skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter blant annet en plikt til å tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon. Det er derfor klart at loven gjelder for Alta kommune når de yter tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. Kommunens ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven er gitt med hjemmel i flere lover, herunder blant annet helse- og

⁵ Prop. 74 L (2018-2019) s. 54.

⁶ Prop. 72 L (2016-2017) s. 36.

omsorgstjenesteloven. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.⁷ Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt som nevnt ovenfor i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, og gjelder dermed for virksomhetene som er organisert under helse- og omsorgssektoren i Alta kommune. Ifølge § 3 i forskriften skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med de videre bestemmelsene i forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Det er kommunedirektøren som har det overordnede ansvaret for virksomheten, og som derfor har det øverste ansvaret for internkontrollen i pleie- og omsorgstjenestene.

I forskriften betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Etter § 5 skal styringssystemet tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6-9 følger de nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. I denne forvaltningsrevisjonen rettes undersøkelsene primært mot kommunens rutiner for melding av avvik i tjenestene, og for kommunens bruk av meldte avvik til å gjøre forbedringer i tjenestene. Pliktene til å ha oversikt over avvik fremgår blant annet av internkontrollforskriften § 6 bokstav g. Etter denne skal kommunen *«ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»* Bestemmelsen medfører en plikt til å holde oversikt over avvik. Også av § 6 bokstav d fremgår det at virksomheten plikter å *«ha en oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten»*. Å ha gode rutiner for melding og gjennomgang av avvik vil være sentralt i å skaffe oversikt over områder med risiko i virksomheten.

Forskriftens § 8 omhandler plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter. Etter bokstav e innebærer dette å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges. Dette innebærer en plikt til å benytte avvik til å gjøre forbedringer i tjenestene.

På bakgrunn av ovenstående utleder vi følgende revisjonskriterier for besvarelse av problemstilling 3:

Alta kommune skal

- **ha et system for melding av avvik og uønskede hendelser i tjenestene**
- **føre oversikt over meldte avvik**
- **jevnlig gjennomgå meldte avvik**
- **benytte erfaringer fra avviksarbeidet til forbedring i tjenestene**

⁷ Jf. § 1

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENŚING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon⁸. Revisors kontaktperson i kommunen har vært kommunalleder for helse- og sosial. Vi gjennomførte oppstartsmøte med kontaktpersonen per teams 7. januar 2025. I oppstartsmøtet informerte vi om revisjonen, og startet med innledende informasjonsinnhenting. I det følgende redegjøres det for benyttet metode og innsamlet datamateriale tilknyttet forvaltningsrevisjonens tre problemstillinger.

3.1.1 Metode og datamateriale problemstilling 1

Problemstilling 1 omhandler rutiner for håndtering av avvik knyttet til helse- miljø- og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. For besvarelse av problemstillingen har vi innhentet data gjennom intervju med kommunalleder, og med fem virksomhetsledere i helse- og omsorgssektoren. Vi har gjennomført intervjuer med virksomhetsledere fra alle de virksomhetene som omfattes av kontrollutvalgets avgrensning, med unntak av n⁹. I intervjuene stilte revisor spørsmål tilknyttet blant annet rutiner for registrering av avvik, opplæring i avviksregistrering, HMS-arbeid i virksomhetene samt håndtering, lukking og oppfølging av registrerte avvik. Vi har fått tilsendt, gjennomgått og analysert skriftlig rutinebeskrivelse for melding og håndtering av HMS-relaterte avvik i Alta kommune. Vi har også gjennomgått og analysert øvrig relevant dokumentasjon som er kommunens HMS-håndbok og dokumentet *Overordnet rammeverk for risikostyring og kontroll*.

Gjennom kommunens avdeling for HR- og organisasjonsutvikling har vi også fått en midlertidig gjestetilgang til kommunens avvikssystem QM+. I dette systemet har vi funnet underliggende dokumentasjon og rutinebeskrivelser, og vi har tatt ut rapporter som viser antall HMS-relaterte avvik registrert i systemet i 2024 og frem til dags dato i 2025. Vi bygger også på sakspapirer og protokoller fra møter i kommunens arbeidsmiljøutvalg. Arbeidsmiljøutvalget behandler både rlige HMS-rapporter for kommunen som helhet, samt to rlige rapporteringer om avviksmeldinger.

3.1.2 Metode og datamateriale problemstilling 2

Problemstilling 2 omhandler kommunens rutiner for varsling om kritikkverdige forhold. Problemstillingen besvares gjennom data innhentet i intervjuer med kommunalleder og virksomhetsledere, samt informasjon innhentet per e-post fra ansatte i kommunens avdeling for HR og organisasjonsutvikling, samt fra kommunens hovedverneombud. Vi har også innhentet og analysert kommunens skriftlige rutine for varsling om kritikkverdige forhold.

For å besvare delen av problemstillingen som omhandler hvorvidt interne varsler faktisk blir behandlet i tråd med arbeidsmiljøloven og kommunens egne rutiner og prosedyrer, har vi rettet spørsmål til avdeling for HR og organisasjonsutvikling om hvor mange varsler som var kommet inn og behandlet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2021-2025. Vi fikk informasjon om at to saker var behandlet i varslingsgruppa i denne perioden, og én sak ble behandlet på lavere nivå uten å være innom varslingsgruppa. Vi har innhentet informasjon om de konkrete sakene, og fremstiller informasjonen i rapportens kapittel 5. Ingen av virksomhetslederne vi snakket

⁸ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

⁹ Intervjuet ble avlyst på grunn av sykefravær

med var kjent med konkrete varslingsaker fra den undersøkte perioden, heller ikke med saker som var løst på et lavere nivå i organisasjonen. Vurderingene av varsler opp mot revisjonskriteriene knytter seg derfor til de varslene som er behandlet i varslingsgruppa.

3.1.3 Metode og datamateriale problemstilling 3

Problemstilling 3 omhandler avvik som de ansatte i helse- og sosialtjenesten registrer i journalsystemet profil og som knytter seg til tjenesteproduksjonen, nærmere bestemt hvordan slike avvik brukes for å gjøre forbedringer i tjenestene. Problemstillingen besvares ved data innhentet gjennom intervju med kommunalleder og enhetsledere, samt analyse av relevant dokumentasjon; blant annet møtereferater og årshjul fra helse- og omsorgstjenestenes kvalitetsutvalg.

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og å konkludere på problemstillingene. Vi anser at det foreliggende datamaterialet er tilstrekkelig til å oppfylle dette gyldighetskravet. Vi bygger på dokumentasjon som er fremskaffet av kommunen, og som er utarbeidet før igangsettelse av denne forvaltningsrevisjonen. Ved at vi har fått ekstern tilgang til kommunens avvikssystem, har vi kunnet finne frem til den dokumentasjonen vi har ansett som nødvendig. Forvaltningsrevisjonen er av kontrollutvalget avgrenset til å gjelde utvalgte virksomheter. Vi har derfor snakket med virksomhetslederne, som vi legger til grunn er de som besitter den nødvendige og relevante informasjonen på *virksomhetsnivå*. Vi har vurdert at denne avgrensningen, tilsier at vi ikke innhenter informasjon på avdelingsnivå, og vi har vurdert at informasjonen som ble innhentet gjennom intervju med virksomhetslederne er tilstrekkelig. Det er virksomhetslederne som ifølge kommunens egne HMS-systemer har ansvaret for HMS-arbeidet, blant annet ved å jobbe med planverk og samarbeide med tillitsvalgte og verneombud. Som nevnt tidligere var det én virksomhetsleder som det ikke lot seg gjøre å gjennomføre intervju med. Vi tar derfor forbehold om at vi ikke har beskrivelser fra denne virksomheten. Vi understreker imidlertid at de øvrige virksomhetslederne som er intervjuet i stor grad har gitt sammenfallende informasjon, noe som etter vårt syn indikerer at den informasjonen vi har på et overordnet nivå er gjeldende for alle virksomhetene.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. Det er skrevet referater fra alle gjennomførte intervjuer, som i etterkant er bekreftet av intervjuobjektene. I tillegg har vi fremlagt datamaterialet i sin helhet for kommunen, som har verifisert dette. Vi har ikke indikasjoner på at det foreligger relevant informasjon og dokumentasjon som vi ikke er gjort kjent med, og kommunen har i alle tilfeller fått anledning til å supplere informasjonsgrunnlaget i forbindelse med verifiseringsprosessen.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

3.3 Avgrensninger og metodiske presiseringer

Som nevnt i kapittel 1, er undersøkelsene begrenset til å gjelde virksomhetene sykehjem, hjemmetjenester, omsorgsboliger og psykisk helse. Under våre undersøkelser av førte avvik som fremstilt i tabell 1 og 2 i kapittel 4, har vi også inkludert virksomhetene *Altagårdshagen*, *Tilrettelagte tjenester* og *Tilrettelagte boliger*. Altagårdshagen er en virksomhet med særlig

kompetanse på demensomsorg, og tilbyr demenskoordinator med hukommelsesteam, dagsenter, avlastning og arbeidslag som tilbyr hjemmetjenester til personer som har utfordringer knyttet til demens. *Tilrettelagte boliger* ivaretar botiltak med personer med psykisk utviklingshemming, og *Tilrettelagte tjenester* omfatter flere ulike tjenester blant annet avlastningshjem/institusjon og Altagårdshagen. Vi vurderte at disse virksomhetene, på grunn av sin utforming og organisering, var naturlig å omtale under sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester, og de inngår derfor i virksomhetene vi har undersøkt avvik fra.

Registrering, håndtering og oppfølging av avvik er *noen* av kommunens mange oppgaver etter arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter. Av hensyn til avgrensningene som ligger i problemstillingene, har vi konsentrert datainnsamlingen om disse konkrete oppgavene etter arbeidsmiljøloven. Vi beskriver derfor i liten grad kommunens øvrige arbeid med sine plikter etter arbeidsmiljøloven.

4 AVVIKSHÅNDTERING

Har Alta kommune rutiner for håndtering av avvik i helse- og omsorgssektoren i henhold til sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften?

Revisjonskriterier

Alta kommune v/helse- og omsorgstjenestene skal:

- **ha rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik knyttet til helse, miljø og sikkerhet**
- **ha rutiner for hvem som skal melde avvik, når og hvordan avvik skal meldes**
- **sørge for at ansatte kjenner til rutinene for avvik og vet hvordan det skal meldes avvik**
- **påse at avvik behandles og lukkes**

4.1 Organisering av HMS-arbeidet i Alta kommune

Revisor har fått informasjon om at ansvaret for HMS-arbeidet i helse- og omsorgstjenestene i Alta kommune er på virksomhetsledernivå; virksomhetslederne har ansvar for å ha en HMS-plan og for å jobbe med tillitsvalgte og verneombud. Kommunen har også en egen avdeling for *HR og organisasjonsutvikling*, som er organisert under det som heter *Fellestjenestene*. Disse arbeider med HMS på et sektorovergripende nivå i kommunen.

Alta kommunes HMS-håndbok beskriver kommunens systematiske internkontrollsystem for HMS-arbeid. Av innledningen fremgår det at «i Alta kommune skal helse, miljø og sikkerhet være en naturlig del av daglig drift. HMS skal ligge til grunn i alle våre tanker, beslutninger og handlinger, og Alta kommunes verdigrunnlag Åpenhet, Trygghet og Respekt skal ligge til grunn for HMS-arbeidet». Om hovedmål for HMS-arbeidet fremgår det at Alta kommune fokuserer på HMS, inkluderende arbeidsliv og nærvær. Videre at for å oppnå HMS-målsetningene skal det jobbes med følgende delmål:

- *At alle arbeidsplasser og lokaler innrettes slik at arbeidssituasjonen er helsefremmende, sikker og meningsfylt*
- *At alle medarbeiderne trives og tar medansvar for helse, miljø og sikkerhet*
- *At nærværet når måltallet i overordnet handlingsplan (IA plan)*
- *Å sikre at alle med arbeidsgiveransvar innehar nødvendig kompetanse innen HMS*
- *Vern av ytre miljø*
- *Å bygge opp Alta kommunes omdømme*
- *At bestemmelsene i lov om avtaleverk innen HMS, IA avtalen og arbeidsmiljø oppfylles*

HMS-håndboka har informasjon om kommunens avvikssystem, og det fremgår følgende prinsipper for at avvikssystemet skal fungere godt og brukes på en nyttig måte:

- *Ingen skal være redd for å melde avvik*
- *Avvikssystemet skal ikke være en klagemur eller en kanal for å kjøre omkamper*
- *Lederen til den som melder har ansvar for at saken blir behandlet og at melder får en tilbakemelding*

- *Leder/den som behandler avvik må opprettholde tilliten til systemet ved å opprettholde en god kommunikasjonslinje*
- *Avvikssystemet er et verktøy som skal anvendes i det forebyggende og reparerende HMS-arbeidet*

Videre finnes det flere relevante dokumenter på området for HMS i Alta kommune, herunder blant annet *Overordnet rammeverk for risikostyring og intern kontroll*, vedtatt i kommunestyret 21.2.2023. Dokumentet oppgis å skulle være relevant for alle ansatte, men særlig for ledere, prosjektledere og ansatte i støtte- og stabsfunksjoner. Rammeverket skal tydeliggjøre ansvar for, og sikre felles forståelse av, kravene til risikostyring og intern kontroll. Om målsettinger for internkontrollen fremgår det blant annet at det særlig må legges vekt på *at måloppnåelse og resultater er i henhold til fastsatte mål og resultatkrav, og at vesentlige risikoer og avvik forebygges, avdekkes og korrigeres i nødvendig utstrekning*. Det fremgår videre retningslinjer knyttet til risikohåndtering og kontrollaktiviteter, herunder eksempler på kontrollaktiviteter som kan gjennomføres for å avdekke og håndtere risiko.

4.2 Rutiner for melding og håndtering av avvik

Alta kommune bruker det digitale systemet QM+ for registrering og håndtering av avvik etter arbeidsmiljøloven. Vi har fått oversendt et dokument kalt *Retningslinje for håndtering av avvik/uønskede hendelser*. Retningslinjen er felles for hele kommuneorganisasjonen. Innledningsvis i rutinen fremgår det at tjenester, produksjon og produkter skal oppfylle ulike sikkerhets- og kvalitetsbetingelser, og at det stilles krav til lokaler, verneinnretninger og tilrettelegging av arbeidet for både å sikre ytre miljø og gi trygghet for dem som gjør jobben. Videre at avviksmeldingssystemet er et verktøy i kommunens internkontrollsystem for å forbedre kvaliteten på tjenester og å sikre godt helse,- miljø- og sikkerhetsarbeid. Videre fremgår det at alle HMS-avvik og uønskede hendelser per 1. februar 2020 skal meldes i QM+, og at link til avvikssystemet finnes på intranett og i kommunens HMS-håndbok.

Rutinebeskrivelsen inneholder videre følgende hovedpunkter:

- Definisjon og beskrivelse av hva som er et avvik eller en uønsket hendelse, samt eksempler på avvik innenfor HMS
- Relevant regelverk
- Ansvarsforhold, herunder at det er den ansatte som oppdager avvik som er ansvarlig for å melde dette i systemet, samt hvilket ansvar leder har i avvikshåndteringen
- Fremgangsmåte når avvik oppdages; den som oppdager avviket må selv vurdere hvordan avviket skal behandles, ved behov iverksette strakstiltak, og deretter registrere avviket i QM+ så fort som mulig
- Fremgangsmåte ved melding av avvik og utfylling av avviksskjema samt videre behandling; leder skal sjekke at avviksskjema er riktig utfylt, avvikshåndtering og oppfølging av avvik skal være tema på personalmøter i virksomhetene, dersom virksomheten har HMS-gruppe kan avvikene behandles der. Avvik som gjelder konflikter eller andre psykososiale forhold, må håndteres i henhold til retningslinjer for psykososialt arbeidsmiljø
- Årlig gjennomgang: avvikshåndtering skal gjennomgås årlig, innen 1. april, av virksomheten. Innen denne datoen skal det også utarbeides en årsrapport/handlingsplan HMS ved hver virksomhet

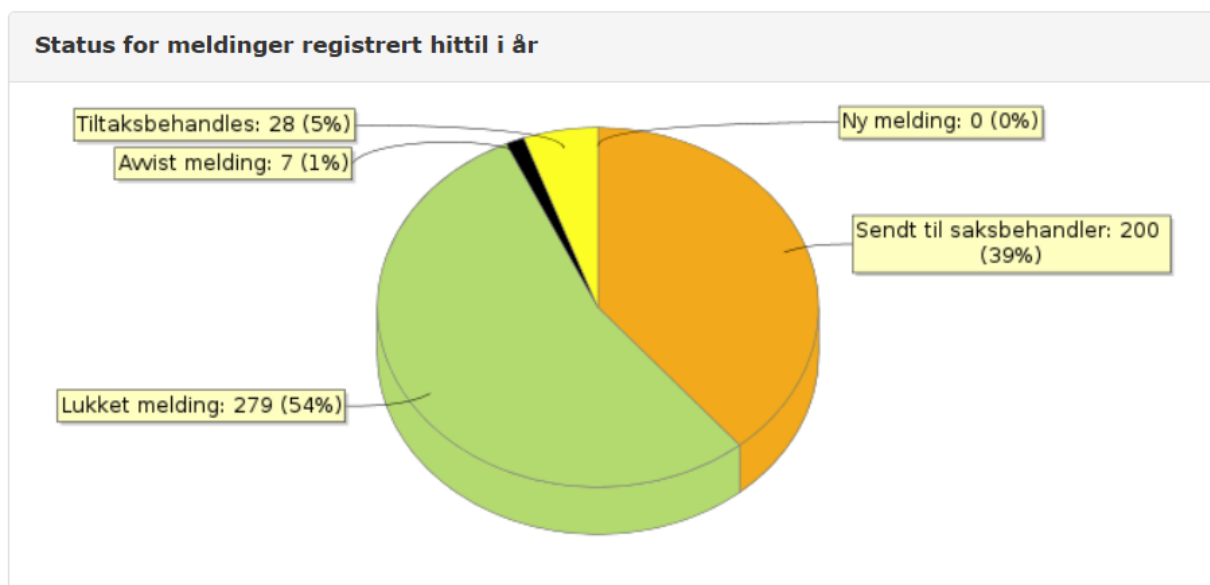
Revisor har i intervju med virksomhetsledere stilt spørsmål knyttet til etterlevelse av kommunens rutiner for registrering, håndtering og oppfølging av HMS-relaterte avvik. Vi

spurte om den skriftlige rutinen for registrering av HMS-avvik var gjort tilgjengelig for de ansatte, evt. hvor denne kunne finnes, og om de ansatte i virksomhetene ble gitt opplæring i disse rutinene. En gjennomgående tilbakemelding fra virksomhetslederne var at nyansatte ved alle avdelingene gikk igjennom en opplæringsplan, hvor opplæring i QM+ og avviksregistrering inngikk. Det var ingen av virksomhetslederne som sa at det *ikke* ble gitt opplæring i rutinene, men én virksomhetsleder sa at det nok ikke var så høyt prioritert i opplæringssammenheng.

På spørsmål om hvordan meldte avvik i QM+ gjennomgås og behandles, svarte alle virksomhetslederne at det er den enkelte avdelingsleder som har ansvar for å gjennomgå avvik og se til at avvik behandles og lukkes.

Revisor har fått tilgang til QM+. Nedenstående utklipp viser status for registrerte meldinger i systemet fra helse- og sosialtjenestene. Utklippet viser at det så langt i 2025 er lukket 279 meldinger, og at 200 meldinger er sendt til saksbehandler. Det er 28 meldinger som tiltaksbehandles per tidlig mars 2025, og 7 meldinger er avvist.

Figur 1: Status for registrerte avvik i QM+ i 2025



Det er grunn til å ta forbehold om at ikke alle avvikene i QM+ er HMS-relaterte avvik. I intervju med kommunalsjef og virksomhetsledere fikk vi informasjon om at det tidligere har vært rutine at alle avvik skulle registreres både i QM+ og i journalsystemet Profil. Fordi dette viste seg å være krevende, har det nylig blitt besluttet at avvik kun skal føres i ett system, bestemt etter hvilke typer avvik det er snakk om. Vi ser derfor at enkelte av de avvikene som er ført i QM+, og som ovenstående diagram viser, er klassifisert som såkalte pasientrelaterte avvik. Det er også avvik som gjelder *legemiddelhåndtering*, *småskadeskjema* og *bygg-vedlikehold*. I 2024 ble det i helse- og sosialtjenestene meldt 751 avvik som blir klassifisert som *HMS: Uønsket hendelse/avvik*. Revisor understreker at dette er tall fra *hele* helse- og sosialtjenesten, ikke bare for de impliserte virksomhetene. Nedenstående tabell viser hvordan disse avvikene fordeler seg på de virksomhetene som er en del av denne forvaltningsrevisjonen.

Tabell 1: Meldte avvik i 2024 per virksomhet

Navn	Fra 01.01.24 til 31.12.2024
Altagårdshagen	54
Hjemmetjenester	113
Omsorgsboliger	218
Psykisk helse	45
Sykehjem	65
Tilrettelagte boliger	92
Tilrettelagte tjenester	21

Om status på avvik meldt i 2024 fremgår det at 520 av avvikene har status som lukket. 68 avvik har status som *sendt til saksbehandler*, 7 avvik har status som *tiltaksbehandles* og 12 saker har status som *avvist*.

Nedenstående tabell viser uttrekk fra QM+, og beskriver hvordan de meldte HMS-relaterte avvikene **så langt i 2025** fordeler seg på de ulike virksomhetene innenfor helse- og sosialtjenestene. I tabellen har revisor fjernet virksomheter som ikke er en del av denne forvaltningsrevisjonen.

Tabell 2: Meldte avvik i 2025 per virksomhet

Navn	Fra 01.01.25 til 5.3.2025
Altagårdshagen	36
Hjemmetjenester	13
Omsorgsboliger	35
Psykisk helse	3
Sykehjem	10
Tilrettelagte boliger	16
Tilrettelagte tjenester	11

Om status på avvik meldt så langt i 2025 fremgår det at 74 avvik har status som lukket. 41 avvik har status som *sendt til saksbehandler*, 7 avvik har status som *tiltaksbehandles*, og 2 avvik har status som *avvist*.

Revisor spurte virksomhetslederne i intervju om det forekommer at avvik ikke blir lukket i QM+. Tilbakemeldingen fra virksomhetslederne var at det kunne hende avvik ikke ble lukket dersom ledere sluttet og ble erstattet av nye, fordi det som ny virksomhetsleder er vanskelig å skulle lukke avvik som man ikke kjenner til. Videre at avvik kan skrive seg fra andre virksomheter, og at de derfor ikke kan lukkes med en gang. Ut over slike tilfeller, var tilbakemeldingene fra virksomhetslederne at avvik behandles og lukkes.

Vi har fått beskjed om at arbeidsmiljøutvalget årlig behandler årsrapporter fra QM+, hvor det fremgår informasjon om avvik i virksomhetene. Ifølge rutine for registrering av avvik i QM+ skal det foretas en årlig gjennomgang av avvikshåndteringen i virksomheten. Revisor spurte virksomhetslederne i intervju om dette ble gjort årlig, og fikk tilbakemeldinger fra alle de spurte virksomhetslederne om at det utarbeides en HMS-handlingsplan, men at denne går over flere år, og at dette derfor ikke gjøres årlig. En av virksomhetslederne informerte om at avdelingene oppdaterer planen årlig. På spørsmål om avvik er tema i virksomhetsledermøter har kommunalleder svart at dette stort sett har vært behandlet gjennom kvalitetsutvalget, og at det systematiske arbeidet med avvik gjøres her. Kvalitetsutvalget presenteres nærmere i rapportens kapittel 6.

Gjennomgang av saker behandlet i møter i arbeidsmiljøutvalget viser at utvalget behandler en samlet HMS-årsrapport fra kommunen som helhet. Gjennom rapporten får arbeidsmiljøutvalget informasjon om antall meldte avvik, antall avvik som ikke er behandlet eller lukket, og hvilke kategorier det meldes avvik i. Utvalget får også informasjon om avvik fordelt på tjenester, herunder også helse- og sosialtjenesten. Innkallinger og protokoller fra 2024 viser at arbeidsmiljøutvalget også ved to anledninger har fått, og behandlet, oversikt over avviksmeldinger. I administrasjonens utredning av sak 12/24, som var årets første behandling av oversikt over avviksmeldinger, skriver administrasjonen blant annet at forsinket behandling av avvik og mangel på tilbakemelding til melder bidrar til at de ansatte i Alta kommune mister tilliten til bruk av avvikssystemet. Videre at flere eldre avvik står på ansatte som ikke lengre er ledere ved avdelingen hvor avviket kom inn, og at dette kan være årsak til at noen av de eldre avvikene fortsetter å stå ubehandlet.

Ved utvalgets andre behandling av avviksmeldinger i 2024, under sak 29/24, ble det truffet følgende vedtak:

«AMU tar informasjonen til orientering. AMU registrer at det fortsatt er mange avviksmeldinger som ikke er fulgt opp i tilstrekkelig grad, og ber om at avvikene følges opp i tråd med foreliggende rutiner».

4.3 Revisors vurderinger

Ovenstående funn viser at Alta kommune har en skriftlig rutine for melding av HMS-relaterte avvik. Rutinen beskriver fremgangsmåte for melding av avvik, hvem som skal melde avvik og når avvik skal meldes. Rutinen er tilgjengelig for de ansatte inne i avvikssystemet, samt i kommunens HMS-håndbok. HMS-håndboken er tilgjengelig på kommunens intranett, og på den måten tilgjengelig for alle ansatte via private eller kommunale nettbrett og PC-er. En undersøkelse av faktisk meldte avvik i avvikssystemet QM+ indikerer at det også er praktiserte rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik knyttet til HMS i de ulike virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene. Revisors vurdering er således at Alta kommune har **oppfylt** revisjonskriteriene om å *ha rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik knyttet til helse, miljø og sikkerhet, ha rutiner for hvem som skal melde avvik, når og hvordan avvik skal meldes, og sørge for at ansatte kjenner til rutinene for avvik og vet hvordan det skal meldes avvik*. Vurderingen bygger på at vi har funnet dokumenterte systemer og rutiner for avviksmeldinger, samt at det er en praksis for å melde avvik. Det lar seg ikke gjøre å vurdere hvorvidt mengden meldte avvik samsvarer med *faktiske* avvik i organisasjonen.

Funn fra QM+ viser også at det er en del avvik, for eksempel avvik fra 2024, som ikke har status som *lukket* eller *avvist*. Revisor legger til grunn at avvik som har status *sendt til saksbehandler* og *tiltaksbehandles* er avvik som er i en behandlingsprosess, og ikke enda er lukket. Det må tas høyde for at det tar noe tid å få behandlet avvik, og at det derfor ikke er unaturlig at en relativt stor mengde avvik står åpne. Likevel indikerer et relativt stort antall åpne avvik fra 2024 at det finnes forbedringspotensiale i rutinene for behandling og lukking av avvik. Dette understøttes av tilbakemelding fra virksomhetslederne, samt saker behandlet i arbeidsmiljøutvalget, om at avvik i gitte situasjoner kan bli stående åpne. På bakgrunn av dette er revisors vurdering at Alta kommune kun **til dels** har oppfylt revisjonskriteriet om å *påse at avvik behandles og lukkes*.

På bakgrunn av ovenstående funn og vurderinger er revisors konklusjon på problemstilling 1 at **Alta kommune i stor grad har rutiner for håndtering av avvik i helse- og omsorgssektoren i henhold til sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriften.** I konklusjonen vektlegger vi at kommunen har rutiner, herunder både skriftlige og praktiserte, for håndtering av avvik i helse- og omsorgssektoren, og at de har et system for avviksmelding og håndtering. Imidlertid er det også grunn til å vektlegge et relativt stort antall åpne avvik, noe som tilsier at rutinene for behandling og lukking ikke er fullt ut tilfredsstillende.

5 VARSLING

Har Alta kommune rutiner for intern varsling i tråd med krav i arbeidsmiljøloven?

- a) *Behandles interne varsler om kritikkverdige forhold i Alta kommune i tråd med kommunens interne rutiner/prosedyrer, samt krav til dette i arbeidsmiljøloven?*
- b) *Har Alta kommune gjort varslingsrutinene kjent for ansatte i samsvar med kravene i arbeidsmiljøloven?*

Alta kommune skal:

- **ha skriftlige rutiner for intern varsling**
- **ha varslingsrutiner som inneholder:**
 - **en oppfordring til å varsle om kritikkverdige forhold**
 - **beskrivelse av fremgangsmåte for varsling**
 - **beskrivelse av fremgangsmåte for arbeidsgivers saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varsling**
- **ha utarbeidet varslingsrutinene i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte**
- **ha rutiner for varsling som ikke begrenser arbeidstakers rett til å varsle**
- **ha rutiner for å sikre at varsel om kritikkverdige forhold blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid**
- **sørge for at varsler innen tre uker får en bekreftelse på at varselet er mottatt og vil bli fulgt opp**
- **gjøre rutinene for varsling kjent for ansatte i kommunen**

5.1 Skriftlig varslingsrutine

Alta kommune har utarbeidet en skriftlig rutinebeskrivelse kalt *Prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold*. Rutinen er felles for alle kommunens sektorer, avdelinger og virksomheter. Rutinen er behandlet og godkjent i Arbeidsmiljøutvalget og Administrasjonsutvalget i januar 2020. Rutinen ble da utarbeidet i samarbeid mellom kommuneadvokat, personalsjef og hovedverneombud. Revisor har fått bekreftet fra hovedverneombud at vedkommende deltok i utarbeidelsen av prosedyren i 2019.

På tidspunktet for gjennomføring av denne forvaltningsrevisjonen pågår arbeidet med utarbeidelse av nye varslingsrutiner for Alta kommune. Forslag til nye rutiner er utarbeidet av kommuneadvokat, leder for HR og organisasjonsutvikling, samt to hovedtillitsvalgte. Forslaget til ny rutine skal behandles i administrasjonsutvalget 12. mai 2025. De nye rutinene har blant annet, sammenlignet med gjeldende rutine, mer utførlige beskrivelser av krav til arbeidsgiver og saksbehandling av varsler. Rutinen har også mer konkrete bestemmelser knyttet til prosedyre etter som hvem varselet gjelder. Fordi denne rutinen ikke er vedtatt på nåværende tidspunkt, vil undersøkelsene i denne forvaltningsrevisjonen gjelde de rutinene som ble vedtatt i 2020, og som gjelder frem til ny rutine er vedtatt.

Innledningsvis i rutinen fremgår det at det er et mål for Alta kommune at kritikkverdige forhold skal avdekkes og følges opp. Videre at kritikkverdige forhold er brudd på lovregler, brudd på interne regler eller brudd på etiske normer. Videre gis det henvisninger til arbeidsmiljølovens bestemmelser om varsling, herunder om retten til å varsle, hvem som kan varsle, og hva det kan

varsles om. Det fremgår at formålet med rutinen er å gi ansatte ei veiledning for hvordan man kan varsle om kritikkverdige forhold internt.

Om oppfordring til å varsle fremgår følgende av rutinen: *«Varsling er bra for kommunen og for samfunnet fordi kritikkverdige forhold kan rettes opp. Folk som er villig til å varsle er en ressurs for Alta kommune fordi det kan bidra til å utvikle Alta kommune positivt.»*

Om beskrivelse av fremgangsmåte for varsling fremgår følgende: *«Varsling skal fortrinnsvis skje tjenestevei, dvs. at kritikkverdige forhold først tas opp med nærmeste leder. Du kan også varsle verneombud eller tillitsvalgte dersom dette vurderes hensiktsmessig. Hvis dette ikke passer, kan du henvende seg til medlemmer i kommunens varslingsgruppe.»* Det fremgår også informasjon om at alle varsler bør formuleres skriftlig og fremsettes saklig og nøkternt. Det vises til hvilket skjema som kan brukes ved varsling.

Videre fremgår det informasjon om arbeidsgivers saksbehandling ved mottak av varsel: *«Rådmannen vil bli orientert når varslingssak opprettes. Dersom varselet gjelder rådmann eller ordfører, skal saken oversendes kontrollutvalget for nærmere undersøkelse og behandling.»* Om kommunens varslingsgruppe fremgår det at denne er uavhengig, og kan opptre som rådgivningsinstans for berørte parter, og kan i særlige tilfeller også innhente ekstern bistand. Varslingsgruppa består av leder personal, hovedverneombud, kommuneadvokaten og leder av administrasjonsutvalget.

Det fremgår at varsling kan skje anonymt, men at det oppfordres til å varsle med navn da åpenhet vil bedre saksbehandlingen. Videre at varslers navn og den det varsles om er forhold som skal behandles med fortrolighet av alle involverte parter.

Det fremgår av rutinen at arbeidsgiver skal sørge for at varselet innen rimelig tid blir tilstrekkelig undersøkt. Det må vurderes om det foreligger en straffbar handling som skal politianmeldes før det iverksettes andre tiltak i saken. Varsler vil så snart som mulig, og innen 3 uker, få en bekreftelse på at varselet er mottatt og vil bli fulgt opp. Arbeidsgiver vil ta nærmere kontakt med varslers dersom det er behov for ytterligere informasjon i saken. Arbeidsgiver vil gjennomføre oppfølgingssamtaler med varslers dersom det anses nødvendig. Leder eller den det varsles til har ansvaret for at saken blir tilstrekkelig belyst og fulgt opp. Ledelsen har ansvar for å ivareta både varslers og den det varsles om. Leder skal særlig påse at den som har varslet, har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Arbeidsgiveren vurderer konkret i hvert tilfelle hvilken tilbakemelding det er grunnlag for å gi varslers og den det varsles om. Det fremgår videre at lovbestemt taushetsplikt i enkelte tilfeller kan begrense arbeidsgivers mulighet for å gi informasjon om saken.

Rutinen har også bestemmelser om gjengjeldelse, herunder om at gjengjeldelse mot arbeidstaker som varslers i samsvar med arbeidsmiljøloven, er forbudt, og at arbeidsgiver om nødvendig skal sørge for tiltak for å forebygge gjengjeldelse. Varslere som opplever gjengjeldelse, må orientere leder eller varslingsgruppen som umiddelbart skal behandle saken.

Leder for HR og organisasjonsutvikling presiserer at kommunens varslingsgruppe er en varslingskanal, og at denne ikke skal fungere som et varslingssekretariat. Varslingssaker i kommunen skal behandles på lavest mulig habile organisasjonsnivå. Varslingsgruppa skal som den klare hovedregel ikke undersøke eller saksbehandle varsler, men opptre som rådgivningsorgan for berørte parter.

5.2 Oppfølging og behandling av varsler

Alta kommune fører ikke en overordnet oversikt over antall varslingsaker. Dette er, ifølge representanter fra HR- og organisasjonsutvikling, fordi de fleste saker behandles og løses på lavest mulig nivå, og kommer ikke til varslingsgruppa. Leder for HR og organisasjonsutvikling opplyser om at varslingsgruppa i Alta kommune i perioden 2021-2025 har behandlet to varslingsaker relatert til helse- og sosialtjenestene. Disse to sakene, og kommunens oppfølging av dem, presenteres i det følgende.

Sak 1: Varsel om håndtering av klagesak i helse- og sosial

- Varsel ble mottatt 17. november 2021
- Samtlige som sto som avsendere av varslet mottok 18. november 2021 en bekreftelse på at varslet var mottatt
- Kommunalleder og virksomhetsleder ble 26. november 2021 bedt om å komme med tilbakemeldinger på innholdet i varslet. På grunn av krevende forhold knyttet til koronapandemien, fikk kommunalleder utsatt frist til å komme med en tilbakemelding. Nødvendig informasjon til varslingsgruppa kom 9. januar 2022.
- Varslingsgruppa ferdigstilte rapport 1. februar 2022. Rapporten ble oversendt til de berørte parter 4. februar, og gjennomgått i et felles møte 11. februar.

Sak 2: Varsling og klage på leder

- Varsel ble mottatt 18. oktober 2023
- Varslingsgruppa gikk gjennom varselet 23. oktober 2023, og besluttet at saken skulle videresendes tjenesteområdet Helse- og omsorg for håndtering og konklusjon.
- Avsender av varselet fikk 15. november 2023 tilbakemelding om status i saken.
- Varslingsgruppa mottok 16. november en tilbakemelding fra kommunalleder ang. varselet.
- Varsler reiste 16. november 2023 en habilitetsinnsigelse.
- Leder av varslingsgruppa vurderte habilitetsinnsigelsen og de fremsatte påstandene. Leder av varslingsgruppa sendte 27. november 2023 samlet informasjon om konklusjonene, og at saken var avsluttet.

Ifølge leder for HR og organisasjonsutvikling har det blitt fremsatt ytterligere ett varsel relatert til helse- og omsorgstjenestene i perioden 2021-2025. Dette varselet har ikke vært behandlet i varslingsgruppa, men har blitt løst på lavere nivå i organisasjonen. I dette tilfellet bisto HR-leder en linjeleder med gjennomføring av undersøkelser etter varsel.

5.3 Bekjentgjøring og distribusjon av varslingsrutinen i organisasjonen

Varslingsrutinen finnes i kommunens HMS-håndbok, som er tilgjengelig for alle ansatte på kommunens intranett. Intranettet er tilgjengelig for de ansatte på både private og kommunale mobiler og nettbrett, samt via startsidene på alle kommunale PC-er. Revisor har, i intervju med virksomhetslederne i helse- og omsorgssektoren, stilt nærmere spørsmål tilknyttet hvilken opplæring og informasjon de ansatte i de ulike avdelingene får om varslingsrutinene, herunder hvor disse er å finne og om fremgangsmåten ved varslingsrutinen er kjent for de ansatte. Tilbakemeldingen fra alle virksomhetslederne var at de ikke er kjent med at det blir gitt opplæring i prosedyre og fremgangsmåte ved varslingsrutinen om kritikkverdige forhold. Virksomhetslederne var kjent med rutinen og hvor den kunne finnes, men sa at de i virksomhetene ikke gjør noe aktivt for å gjøre denne kjent blant de ansatte. På spørsmål om det vil være enkelt for de ansatte å finne frem til denne rutinen, fikk vi blant annet som svar at dette vil variere fra person til person, blant annet ut fra den enkeltes digitale kompetanse; noen er

flinkere enn andre til å lete og finne frem i digitale systemer. Tilbakemelding fra flere av virksomhetslederne var at rutinen nok kunne vært mer intuitivt og lettere tilgjengelig.

5.4 Revisors vurdering

Alta kommune har utarbeidet en skriftlig rutine for fremgangsmåte ved, og behandling av, varsling om kritikkverdige forhold. Revisors vurdering er således at Alta kommune har **oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha skriftlige rutiner for intern varsling*.

Den skriftlige rutinen inneholder ikke en eksplisitt, ordrett oppfordring til å varsle om kritikkverdige forhold. Revisor vurderer likevel at det som fremgår om varsling, herunder at det er et mål for kommunen at kritikkverdige forhold skal avdekkes og følges opp, at varsling er bra for kommunen og at ansatte som er villige til å varsle er en positiv ressurs for kommunen, er egnet til å gi leseren en forsikring om at det oppfordres til å varsle om kritikkverdige forhold. Videre viser revisors gjennomgang av rutinen at denne inneholder beskrivelse av fremgangsmåte for varsling, samt en beskrivelse av arbeidsgivers saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varsling. Rutinene har også beskrivelser av arbeidsgivers plikt til å ivareta varsler, samt forbud mot gjengjeldelse. Det fremstår som at varslingsrutinen er utarbeidet med henblikk på å ivareta de krav som fremgår av arbeidsmiljøloven. På bakgrunn av dette er revisors vurdering at Alta kommune har **oppfylt** revisjonskriteriet som er utledet knyttet til *varslingsrutinens innhold*. Revisor kan, etter en analyse av varslingsrutinen, ikke se at det er gitt informasjon eller bestemmelser i den som kan anses som et forsøk på å begrense arbeidstakers varslingsrett. Vår vurdering er derfor at Alta kommune har **oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha utarbeidet varslingsrutiner som ikke begrenser arbeidstakers rett til å varsle*.

Ifølge arbeidsmiljøloven skal kommunen gjøre varslingsrutinene kjent for de ansatte. Det er ikke et krav om at arbeidsgiver sender ut rutinene, eller på annen måte aktivt sørger for å gjøre disse kjent for alle ansatte. Det som er avgjørende, er at de ansatte ved behov lett kan finne frem til rutinene. Slik det er organisert i Alta kommune, ved at varslingsrutinene er tatt inn i HMS-håndboken og gjort tilgjengelig på intranett på alle kommunens PC-er og mobile enheter, har kommunen etter revisors vurdering ivaretatt arbeidsmiljølovens krav på dette området. Revisors vurdering er således at Alta kommune har **oppfylt** revisjonskriteriet om å *gjøre rutinene for varsling kjent for ansatte i kommunen*.

Revisors funn viser at den gjeldende varslingsrutinen ble utarbeidet av kommuneadvokat og personalsjef i samarbeid med hovedverneombud. Etter arbeidsmiljøloven § 2 A-6 (2) skal varslingsrutiner utarbeides i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. Ifølge forarbeider til arbeidsmiljøloven¹⁰ kan også verneombud eller andre valgte tillitspersoner opptre som representant for arbeidstakerne i denne prosessen. Fordi hovedverneombud var involvert i prosessen, er revisors vurdering at Alta kommune har **oppfylt** kriteriet om å *ha utarbeidet varslingsrutinene i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte*. I denne sammenheng er det relevant å nevne at det også nå pågår en revisjon av varslingsrutinene, og at denne versjonen utarbeides i samarbeid med to hovedtillitsvalgte.

Revisor har etterspurt og mottatt informasjon om varsler relatert til helse- og omsorgstjenestene. Som presisert i kapittel 3, avgrenser vi våre undersøkelser til å gjelde de to varslene som har vært behandlet i varslingsgruppa. I det ene tilfellet er det dokumentert at varslingsgruppa startet undersøkelser, ved å be om relevant informasjon fra kommunalleder og virksomhetsleder, i

¹⁰ Prop. 72 L (2016-2017) s. 22

løpet av ni dager etter at varselet kom inn. Tilbakemeldingene fra helse- og omsorgstjenestene forelå etter i overkant av syv uker. Revisor overprøver ikke varslingsgruppens vurdering av å gi helse- og omsorgstjenestene utsatt frist grunnet koronapandemien. I vår vurdering vektlegges det at undersøkelser fra varslingsgruppens side ble raskt igangsatt, og at endelig rapport forelå i underkant av elleve uker etter at varselet ble mottatt. I det andre tilfellet ble undersøkelser igangsatt fem dager etter at varselet kom inn, og det ble konkludert på varselet etter i underkant av seks uker. Arbeidsmiljøloven gir ingen klar anvisning på hva som kan godtas som *innen rimelig tid*, og dette må vurderes konkret i det enkelte tilfellet i lys av alvorlighetsgrad, hvor viktig det er med rask avklaring og hvor lang tid det vil ta å undersøke forholdet. Ressursmessige hensyn vil også kunne inngå i en slik vurdering¹¹. Det er naturlig å legge til grunn at det må aksepteres noe tidsbruk for å kunne gjennomføre tilstrekkelige undersøkelser, og vår vurdering er at tidsbruken i disse to tilfellene ikke overstiger slik akseptert tidsbruk. Revisors vurdering er følgelig at Alta kommune har **oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha rutiner for å sikre at varsel om kritikkverdige forhold blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid*.

Ifølge informasjonen vi har fått om disse varslene, har varsler i det ene tilfellet innen én dag fått tilbakemelding om at varselet var mottatt og ville bli fulgt opp. I ett tilfelle gikk det totalt fire uker før varsler fikk slik tilbakemelding. Revisors vurdering er følgelig at Alta kommune i ett tilfelle har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at *varsler innen tre uker får en bekreftelse på at varselet er mottatt og vil bli fulgt opp*. Revisjonskriteriet vurderes som **ikke oppfylt** i ett tilfelle.

Fordi det er et svært lavt antall varsler som er vurdert, er det viktig å presisere at vurderingene kun knytter seg til disse to tilfellene. Det er ikke grunnlag for å si noe om kommunens generelle praksis på det området, basert på undersøkelse av et så lite utvalg.

På bakgrunn av ovenstående funn og vurderinger er revisors konklusjon på problemstilling 2 a at **interne varsler om kritikkverdige forhold i Alta kommune i stor grad, men ikke fullt ut, behandles i tråd med kommunens interne rutiner og prosedyrer, samt krav til dette i arbeidsmiljøloven**. I konklusjonen vektlegges det at kommunen har sørget for å undersøke varsler om kritikkverdige forhold innen rimelig tid, men det vektlegges også at varsler i en av to undersøkte saker ikke fikk bekreftelse innen tre uker på at varselet var mottatt og fulgt opp. Det presiseres igjen at vurderinger og konklusjoner tilknyttet denne problemstillingen kun gjelder for de to varslene som revisor har undersøkt. Revisors konklusjon på problemstilling 2b er at **Alta kommune har gjort varslingsrutinene kjent for ansatte i samsvar med arbeidsmiljøloven**.

¹¹ Prop.74 L (2018-2019) s. 52

6 BRUK AV AVVIK I FORBEDRINGSARBEID

Har Alta kommune systemer for å benytte avvik i forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene?

Alta kommune v/helse- og omsorgstjenestene skal:

- **ha et system for melding av avvik og uønskede hendelser i tjenestene**
- **føre oversikt over meldte avvik**
- **jevnlig gjennomgå meldte avvik**
- **benytte erfaringer fra avviksarbeidet til forbedring i tjenestene**

6.1 Avviksregistrering og oppfølging av avvik

Alta kommune benytter Visma Profil som journalsystem innenfor helse- og omsorgssektoren. Alle de virksomhetene som denne forvaltningsrevisjonen omfatter, har ved virksomhetsleder bekreftet at de bruker dette systemet. I systemet har hver pasient/bruker sitt eget journalnummer, og i dette systemet registreres også avvik knyttet til den enkelte pasient/bruker. Ved registrering av avvik i profil oppgis det hva som er årsaker til avviket, og en vurdering av alvorlighetsgrad.

I intervju med virksomhetslederne spurte vi hvordan ansvaret for registrering og håndtering av avvik er fordelt i virksomhetene. Til dette svarte alle virksomhetslederne at den enkelte ansatte som oppdager et avvik har ansvar for å registrere dette, og at det deretter er avdelingsleders ansvar å gjennomgå, følge opp og lukke avvik. De fleste virksomhetslederne sa at de har gitt signaler til sine avdelingsledere om at avvik skal gjennomgås fortløpende, og at dersom man har fravær som ferie eller lignende må man delegere ansvaret for å gjennomgå og behandle avvik løpende.

Det finnes skriftlige rutiner for melding av avvik i Profil. Disse gjøres for tiden tilgjengelig for alle ansatte gjennom et digitalt system kalt *Digipro*. Tidligere har slike dokumenter vært tilgjengelig lokalt på PC eller i papirformat hos de enkelte avdelingene. Revisor har blant annet fått oversendt en rutine kalt *Avvik og avviksbehandling – legemiddelhåndtering*. Her fremgår blant annet at «*avviksbehandling er en systematisk prosess for å identifisere, dokumentere, analysere og følge opp uønskede hendelser. Formålet er å bedre kvaliteten på tjenestene og redusere risikoen for uønskede hendelser.*

Avviksbehandling skal gjennomføres for å:

- *Avdekke og lære av feil for å hindre gjentakelse*
- *Justere rutiner og prosedyrer for å sikre en høyere standard*
- *Skape en kultur der ansatte føler seg trygge til å rapportere om feil»*

Rutinen beskriver hvilke plikter og ansvar som påhviler den som avdekker et avvik, samt hvordan avvik skal behandles og hvem som er ansvarlig for det. Det fremgår at avdelingsleder må involvere ansatte i avvik og ha avvik som tema på møter med ansatte. Om tiltak og evaluering fremgår det at avviksbehandler må implementere nødvendige tiltak for å unngå at avviket gjentar seg, og sørge for opplæring, nye prosedyrer, endringer i prosedyrer eller forbedringer i systemet. Det fremgår også at læringspunktene må kommuniseres til alle relevante parter.

I intervju spurte revisor virksomhetslederne om omfang av avvik som ble registrert, og om de opplevde at det var en kultur for å registrere avvik. Virksomhetslederne ga uttrykk for at det jevnt over ble registrert mange avvik, og at det var fokus på dette i avdelingene. Virksomhet for psykisk helse skilte seg noe fra de andre virksomhetene når det kommer til omfang av registrerte avvik. For denne brukergruppen er det ifølge virksomhetsleder mindre aktuelt med den type avvik som ofte registreres for eksempel i hjemmesykepleien og i institusjonene; det er en yngre brukergruppe med lavere medisinerbruk, mindre risiko for fall o.l. På spørsmål om hvilke type avvik som det blir registrert mest av i virksomhetene, var tilbakemeldingen at medisinaffvik var det klart vanligste avviket, og at det også ble registrert en del avvik knyttet til fall, at alle tiltak i profil ikke var fulgt, samt avvik knyttet til smertepålegg. Revisor spurte videre om hva som kunne være eksempler på tiltak som ble iverksatt på bakgrunn av meldte avvik. En av virksomhetslederne nevnte som et eksempel at på grunn av mange avvik i virksomheten ble det innført arbeidslister, hvor tiltak som kunne stå i risiko for ikke å bli gjennomført, som for eksempel skifte av smertepålegg, ble lagt inn som en konkret arbeidsoppgave i listen.

Revisor spurte også virksomhetslederne om det i virksomhetene og avdelingene var praksis for å gjøre bruk av erfaringer fra avviksarbeidet til å gjøre endringer og forbedringer i tjenestene. Flere av virksomhetslederne svarte at avvik var tema på avdelingsledermøter som gjennomføres ukentlig eller annen hver uke. Dersom avvik går igjen, tas det opp på avdelingsmøter, personalmøter og sykepleiermøter slik at man kan finne ut om det er behov for å gjøre endringer. Flere virksomhetsledere informerte om at fagutviklingssykepleierne er pådrivere for å endre rutiner ved behov. En tilbakemelding som gikk igjen blant virksomhetslederne var at arbeidet med forbedring og endring på bakgrunn av avvik, skjer kontinuerlig i avdelingene.

6.2 Kvalitetsutvalget

Helse- og omsorgstjenestene i Alta kommune har et *Kvalitetsutvalg* bestående av kommunalleder og nestleder, virksomhetsledere samt kommuneoverlegen. Ifølge kommunalleder forsøker kvalitetsutvalget å ha møter fire ganger årlig, men det har det vært et opphold i utvikling av møter i kvalitetsutvalget fordi kommunen har vært uten jurist som skulle ha ansvar for å koordinere arbeidet i utvalget. Arbeidet i utvalgte skal nå være tatt opp, og det ble gjennomført et møte 23. januar 2025. I møtet behandlet utvalget blant annet sak om avviksbehandling. Av referatet fremgår det at *«opplæring i avvikshåndtering er ikke gjennomført som planlagt. Det er store variasjoner i hvorvidt avvik føres både i Profil og i QM+. KU må vurdere om det er hensiktsmessig med dobbeltføring av avvik, så lenge rutinen ikke er implementert. I tillegg vet vi at QM+ vurderes avviklet»*.

Kvalitetsutvalget traff et vedtak i to punkter:

1. *Avvik som skal meldes i profil skal ikke ha et henvisningsavvik i QM+. Rutinen for avvik og avvikshåndtering revideres.*
2. *KU ber samtlige ledere å ha fokus på god avvikshåndtering og å behandle avvikene fortløpende. Det forutsettes at avvikene brukes i forbedringsarbeidet i avdelingene, virksomheten og i tjenesten. Gjennomgang av oppdaterte rutiner på neste møte med avdelingslederne.*

I møtet ble det også bestemt at avvik skal være tema også på neste møte i utvalget, og at alle avvik knyttet til pasienter må være avsluttet når brukere/pasienter bytter avdeling.

I møtet ble det også behandlet sak vedrørende møtekalender og årshjul, og noen i utvalget fikk i oppgave å utarbeide et forslag til årshjul for kvalitetsarbeidet i helse- og sosialtjenesten. Revisor har fått oversendt dette, se nedenstående utklipp.

Utklipp 2: Årshjul for kvalitetsarbeid i helse- og sosialtjenesten

Årshjulet viser at avvik skal være et gjennomgående tema i helse- og omsorgstjenesten. I intervju med kommunalleder og virksomhetslederne fikk revisor tilbakemeldinger om at bruk av avvik i forbedringsarbeidet vil være et ansvarsområde for kvalitetsutvalget i tiden fremover.

6.3 Fagutviklingsteam

Vi har fått oversendt en skriftlig rutinebeskrivelse kalt *Rutine samhandling fagutviklere*. Formålet med rutinen er å tydeliggjøre fagutviklernes ansvar som team. Det fremgår at fagutviklerne skal bidra til et aktivt læringsmiljø som skal sikre faglig forsvarlige tjenester og utvikling i tråd med mål og strategier for helse- og sosialtjenesten i Alta kommune. Fagutviklerne er ansatt i virksomhetene, og det er fagutvikler ansatt i alle virksomhetene som inngår i denne forvaltningsrevisjonen. Fagutviklerne har som hovedoppgave å jobbe med kompetanseheving i sin virksomhet, men skal også jobbe med kompetanseheving på tvers av avdelinger i helse- og sosialtjenestene. Fagutviklerne har ansvar for å arrangere undervisning, kurs, fagdager og følge opp prosjektarbeid. Dette innebærer fokus på følgende:

- Gjennomføre undervisning, kurs, fagdager i henhold til overordnet årshjul fra kvalitetsutvalget i helse- og sosialtjenesten
- Lage opplæringsprogrammer for ansatte
- Revidere eller lage nye prosedyrer/rutiner
- Følge opp studenter
- Veiledning av kollegaer
- Oppdatering på ny forskning, beste praksis og relevante metoder innen fagfeltet. Sikre etterlevelse av lover, forskrifter og interne retningslinjer
- Rapportere til ledelsen om status på faglige områder

Utklippet som følger viser fokusområdene til fagutviklingsteamet slik dette er fremstilt i rutinen. Ifølge rutinen skal ett av fokusområdene til teamet dreie seg om avvik, og det fremgår at teamet skal ta ut statistikk på avvik og jobbe med kvalitetsforbedring.

Utklipp 3: Fagutviklingsteamet fokusområder

Fokusområdene				
Digipro – helse	Palliasjon	Etikk	Legemiddel- håndtering	Pårørende- oppfølging
VAR	Forhåndssamtaler	Profil Tjenestetid Vedtak	Arbeidslister	KlinObs
Personsentrert omsorg	Ernæring	Smittevern	Kap. 4A og 9	Dokumentasjon / journalføring
IPLOS	Miljøarbeid	Kartlegging	Tannhelse	Psykiatri
Velferdsteknologi	Avvik: Ta ut statistikk på avvik og jobbe med kvalitetsforbedring.	Dokumentasjon	Taushetsplikt	Demens
Kommunikasjon	Assistentkurs	Bruke e-læring i veilederen		

6.4 Revisors vurdering

Alle de virksomhetene som omfattes av denne forvaltningsrevisjonen bruker Profil som system for melding av avvik og uønskede hendelser i tjenestene. Det finnes skriftlige rutiner for hvordan avvik og uønskede hendelser skal registreres, og disse er tilgjengelig for de ansatte. Tilbakemeldinger fra virksomhetsledere, samt funn fra QM+ der en rekke avvik også var klassifisert som pasientrelaterte avvik/legemiddelavvik, indikerer at det også i virksomhetene og avdelingene er praksis for å føre avvik. Virksomhetslederne legger føringer til avdelingslederne om å gjennomgå og føre oversikt over meldte avvik på en jevnlig basis, og denne føringer er også nylig gitt fra kvalitetsutvalget. På bakgrunn av dette er revisors vurdering at Alta kommune ved helse- og omsorgstjenestene har **oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha et system for melding av avvik og uønskede hendelser i tjenestene*. Det er imidlertid grunn til å vise til referat fra siste møte i kvalitetsutvalget hvor det fremgår informasjon som kan tilsi at det ikke er fullt ut tilstrekkelig gode rutiner for dette, da det fremholdes at det forekommer at avvik ikke meldes når det burde ha vært gjort. Videre er revisors vurdering at helse- og omsorgstjenestene har **oppfylt** revisjonskriteriene om å *føre oversikt over meldte avvik og jevnlig gjennomgå meldte avvik*.

Revisors funn indikerer at evaluering og forbedring av tjenestene på bakgrunn av avvik skjer kontinuerlig i avdelingene. Det mer systematiske arbeidet med bruk av erfaringer fra avviksarbeid til forbedring i tjenestene skjer i kvalitetsutvalget, og det er dokumentert at det skal arbeides med dette i utvalget fremover. I vurderingen bygger vi imidlertid også på informasjon om at det ikke har vært jevnlige og systematiske møter i kvalitetsutvalget de siste årene, noe som etter revisors syn indikerer at det ikke har vært jobbet tilstrekkelig systematisk med dette på virksomhetsnivå i helse- og omsorgstjenestene de siste årene. Dette synspunktet understøttes av informantene. Revisors vurdering er følgelig at Alta kommune v/helse- og omsorgstjenestene kun **til dels** har oppfylt revisjonskriteriet om å *benytte erfaringer fra avviksarbeidet til forbedring i tjenestene*. **Følgelig blir revisors konklusjon på problemstilling 3 også at Alta kommune til dels har systemer for å benytte avvik i forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene.** I konklusjonen vektlegges det som fremstår som noe manglende systematikk rundt dette arbeidet på et overordnet nivå.

7 ANBEFALINGER

Revisor skal gi anbefalinger dersom det er hensiktsmessig.

Alta kommune v/helse- og omsorgstjenestene har utarbeidet overordnet HMS-håndbok, og har system og rutiner for avviksregistrering og håndtering. Kommunen har også system og rutiner for registrering og håndtering av pasientrelaterte avvik. Våre undersøkelser viser imidlertid at det er forbedringspotensiale knyttet til lukking av avvik, samt at det kanskje ikke meldes avvik i alle tilfeller hvor dette skulle ha vært gjort. Våre undersøkelser indikerer også manglende systematikk i arbeidet med å bruke avvik i lærings- og forbedringsarbeidet i tjenestene.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Alta kommune å treffe tiltak for å sikre at

- det gis tilfredsstillende opplæring om avviksregistrering for å sikre at ansatte melder avvik i alle situasjoner der det skal gjøres
- alle avvik behandles og lukkes. Dette gjelder for både HMS-relaterte avvik og pasientrelaterte avvik. Det anbefales at det innarbeides prosedyrer for lukking av avvik ved skifte av personell på virksomhetsledernivå.
- meldte avvik brukes i lærings- og forbedringsarbeidet i tjenestene

8 UTTALELSE

Revisor skal oversende endelig rapport til kommunen v/kommunedirektør, som skal gis anledning til å komme med en uttalelse til den. Vi sendte 5.5.2025 rapport til kommunedirektøren, og satte frist 19.5.2025 til å avgi en uttalelse. Vi mottok kommunens uttalelse innen fristen, og denne gjengis i sin helhet i det følgende.



Alta kommune

KomRev Nord IKS

Deres ref:

Vår ref
2024/16955-3Saksbehandler
Ikke fordelt til saksbehandlerDato
19.05.2025

Rapport fra gjennomført forvaltningsrevisjon til uttalelse

Forvaltningsrevisjonens rapport om Avvik og varsling, er gjennomgått av de som ble intervjuet, og i virksomhetsledermøtet for tjenesteområdet Helse og Sosial.

Kommunen vil også vise til e-post fra leder for HR og organisasjonsutvikling, der de nye rutinene også er vedlagt.

I tilknytning til at det er kommet nye rutiner har vi en kommentar til rapportens pkt. 5.4 fjerde avsnitt, og sammendragets femte avsnitt, i tilknytning til "revisors konklusjon på problemstilling 2 b:

Rapporten henviser her til de forrige varslingsrutinene. Administrasjonsutvalget vedtok 12. mai 2025 nye varslingsrutiner som er utarbeidet av en partssammensatt gruppe i samsvar med KS' anbefalinger. Vi vil likevel bemerke at revisor i sine vurderinger og konklusjon ikke har tatt høyde for at tillitsvalgte i arbeidsmiljølovens forstand også omfatter vernetjenesten. Det vises til lovforarbeidene; prop.72L (2026-2017) pkt. 3.6.4: Når det gjelder begrepet «tillitsvalgte» legges samme forståelse til grunn som i arbeidsmiljøloven for øvrig, for eksempel §§ 3-1 og 10-3. Det vil si at også verneombud eller andre valgte tillitspersoner kan opptre som representanter for arbeidstakerne. Bestemmelsen vil således komme til anvendelse selv om virksomheten ikke har tillitsvalgte i tariffrettslig forstand. På tidspunktet da de forrige rutinene ble vedtatt, forelå det verken avklaring mellom partene eller anbefaling fra KS om at tillitsvalgte etter hovedavtalen skulle/burde delta i utformingen av varslingsrutiner.

Når det gjelder de øvrige funn i rapporten og den faktiske og juridiske bakgrunnen for disse, har kommunen ingen tungtveiende innvendinger ut over det som tidligere er spilt inn. Alta kommune vil anerkjenne det forbedringspotensialet som avdekkes, og kommer til å iverksette tiltak som tilfredsstillende anbefalinger som måtte bli vedtatt i den videre prosessen.

Postadresse
Postboks 1403, 9506 Alta
Besøksadresse:
Løkkeveien 35

Epostadresse:
postmottak@alta.kommune.no
Web adresse:
www.alta.kommune.no

Telefon:
78455000
Organisasjonsnummer:
944 588 132

Med vennlig hilsen

Oddvar Konst
Kommunedirektør.

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og derfor uten underskrift.

I uttalelsen fra kommunen presiseres det at forarbeidene til arbeidsmiljøloven åpner for at hovedverneombud, på lik linje med tillitsvalgt, kan representere de ansatte i utarbeidelse av varslingsrutiner. På bakgrunn av tilbakemeldingen fra Alta kommune har revisor gjort endringer i vår vurdering av revisjonskriteriet om at *varslingsrutinene skal utarbeides i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte*. Revisjonskriteriet er endret fra **ikke oppfylt**, til **oppfylt**. Tilsvarende endringer er gjort i rapportens sammendrag. Endringen har ikke virket inn på konklusjonene i rapporten.

9 REFERANSER

- Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
- Lov 22.6.2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Prop. 74 L (2018-2019) Endringer i arbeidsmiljøloven (varsling)
- Prop. 72 L (2016-2017) Endringer i arbeidsmiljøloven (varsling og arbeidstid)
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Alta kommunes interne prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, vedtatt i arbeidsmiljøutvalg og administrasjonsutvalg 2020
- www.alta.kommune.no
- www.arbeidstilsynet.no

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Finnmark fylkeskommune, Troms fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, og 51 kommuner fordelt på Nordland samt Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Alta, Bodø, Finnsnes, Hammerfest, Leknes, Narvik, Sortland, Svolvær og Tromsø.

Vi har 55 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 16 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Alta kommune:

<i>Spesialundervisning</i>	2024
<i>Plan- og byggesak</i>	2024

