



Vestfold
og Telemark
revisjon

Avvikshåndtering i helse og omsorg

Forvaltningsrevisjon | Porsgrunn kommune

VTR-rapport 380 6405

Innhold

1. Innledning.....	5
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	5
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier	5
1.3. Avgrensning.....	5
1.4. Metode og kvalitetssikring	6
1.5. Avvik som del av internkontrollen	6
1.6. Helse og omsorg i Porsgrunn kommune	6
1.7. Rådmannens uttalelse	7
2. Registrering av avvik.....	8
2.1. Revisjonskriterier	8
2.2. System og rutiner for å avdekke avvik	9
2.3. Systematiske vurdering av avvikssystemet	10
2.4. Kunnskap hos ansatte	12
2.5. Revisors vurdering av opplæring	20
2.6. Registrering av avvik	21
2.7. Revisors vurdering av om uønskede hendelser blir registrert i TQM.....	27
2.8. Registrere riktig i TQM	28
3. Oppfølging av registrerte avvik	31
3.1. Revisjonskriterier	31
3.2. Rutiner for lukking av avvik	32
3.3. Kompetanse til å lukke avvik	32
3.4. Lukking og registrering i TQM	34
3.5. Lukking av avvik innenfor tidsfrist	35
3.6. Avvikshåndtering som del av kommunen forbedringsarbeid	37
4. Konklusjoner og anbefalinger	44
4.1. Konklusjoner.....	44
4.2. Anbefalinger.....	45
Litteratur og kildereferanser	46
Vedlegg.....	47
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse	47
Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring	49

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi sett på avvikshåndtering i Helse og omsorg i Porsgrunn kommune. Nærmere bestemt har vi undersøkt:

1. Har kommunen etablert et forsvarlig avvikssystem og lagt til rette for bruk av det?
2. I hvilken grad blir registrerte avvik lukket?

Sentralt i informasjonsinnhenting er bruk av spørreundersøkelser. Både virksomhetsledere, avdelingsledere og ansatte har besvart disse. Vi har også foretatt stikkprøver i TQM (kommunens internkontrollsystem) for å undersøke praksis for registrering og lukking av avvik.

Bruk av avvikssystemet

Våre undersøkelser viser at kommunen har etablert et forsvarlig avvikssystem som er egnet til å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre avvik og uønskede hendelser. Kommunen gjør systematiske vurderinger av om avvikssystemet fyller formålet, men våre undersøkelser tyder på at ytterligere systematiske tiltak kan være nødvendige.

Kommunen har etablert flere tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet, men det er i mindre grad etablert styringstiltak på dette området. Svar fra spørreundersøkelsene viser at både avdelingsledere og ansatte vurderer at egen kompetanse om avvik og avviksregistrering burde vært høyere. Eksempelvis svarer 4 av 10 avdelingsledere at de ansatte har fått mangelfull opplæring og at de har mangelfull kunnskap om hvordan avvik skal registreres. Kunnskapsmangelen synes å være størst blant ansatte på virksomhetsområde Sykehjem.

Våre funn tyder på at mange avvik aldri blir registrert i TQM. Dette baserer vi på følgende:

- Mange ledere og ansatte vurderer at de har en dårlig kultur på å skrive avvik. Resultatene er svakest for virksomhetsområdet Sykehjem.
- Halvparten av avdelingslederne og en tredjedel av virksomhetslederne vurderer at færre enn 60 % av faktiske avvik blir registrert i TQM.

Gjennom spørreundersøkelsene har vi forsøkt å finne forklaringer på hvorfor avvik ikke blir registrert. De forklaringsvariablene som går igjen er at de ansatte ikke rakk å registrere og deretter glemte det, samt at avviket ble håndtert med en gang og at man da ikke så behov for å skrive det i TQM.

Det er stor variasjon i hvor mange avvik de ulike avdelingene registrerer. Dette kan skyldes forskjeller ved avdelingene. Spørreundersøkelsen indikerer imidlertid at det også er kulturforskjeller i hvordan ansatte opplever både terskel for når man skal registrere et avvik og viktigheten av å registrere avvik.

I saksbehandlingssystemet er defaultverdiene satt på laveste alvorlighetsnivå og det er ikke mulig å fange opp dersom den som registrerer informasjon glemmer/unnlater å gjøre endringer her. Vi vurderer at kommunen bør gjøre tiltak som reduserer risikoen for at avvik registreres feil og med for lav alvorlighetsgrad i TQM.

Lukking av avvik

Kommunen har rutiner som beskriver hvordan avvik skal lukkes. De som er ansvarlige for å lukke avvik opplever å ha tilstrekkelig kunnskap. I stor grad blir det beskrevet tiltak knyttet til lukkingen.

Vi har imidlertid sett noen forbedringsområder:

- Rutinene beskriver ikke lukkefrist
- Det er ikke samsvar mellom muntlige signaler fra HR og krav i rutinene til tiltaksbeskrivelse.
- Omtrent halvparten av avdelingslederne er usikre på hvordan man flytter lukkefristen i TQM.
- En del avvik blir ikke lukket innen tidsfristen på 30 dager, uten at lukkefristen justeres i TQM.

Kommunen har tiltak som skal sikre at avvik blir gjennomgått slik at lignende forhold som avviket gjaldt kan forebygges. Tilbakemeldingene vi har fått fra både ansatte og ledere tyder likevel på at kommunen har potensial til å styrke dette arbeidet. Blant annet svarer mer enn halvparten av de ansatte at de ønsker avdelingsledere i større grad drøfter oppfølging av avvik på fellesmøter. 13 % av avdelingslederne svarer at de i mindre grad informerer virksomhetsledere om avvik som kan være av betydning for andre avdelinger. Kommunen bør ha fokus på at oppfølging av avvik oppleves som nyttig for ansatte.

Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- vurdere ytterligere, systematiske tiltak for å sikre at svakheter ved avvikssystemet fanges opp
- tydeliggjøre avviksrutinene og sikre at de er i samsvar med ønsket praksis
- iverksette tiltak for å sikre at både ledere og øvrige ansatte har tilstrekkelig kunnskap om registrering og lukking av avvik, herunder vurdere om opplæringen i større grad skal formaliseres.
- vurdere holdningsskapende tiltak for å bedre praksis for avviksregistrering
- vurdere ytterligere tiltak for å sikre at forhold som det meldes avvik på ikke gjentas
- vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelser, herunder forbedringsforslag fra ansatte og ledere

Skien, 26.09.22

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Porsgrunn kommune 14.12.21, i sak 50/21. Bakgrunn for bestillingen er kommunens plan for forvaltningsrevisjon 2020-23. I vår prosjektplan, som ble vedtatt av kontrollutvalget, foreslås det at rapporten skal ha fokus på om avvik blir fanget opp, rapportert, fulgt opp og lukket. Det er gjort mindre justeringer i ordlyden i problemstillingene uten at det påvirker innretningen på rapporten.

Hovedfokus er i prosjektplanen lagt til avvikshåndtering knyttet til brudd på helse og omsorgslovgivningen. Kommunens internkontrollsystem benyttes imidlertid også til avdekking og oppfølging av brudd på andre lover og forskrifter som eksempelvis arbeidsmiljøloven, offentlighetsloven, arkivloven med mer. Avvik fra disse reglene er derfor delvis med i faktagrunnlaget.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

1. Har kommunen etablert et forsvarlig avvikssystem og lagt til rette for bruk av det?
2. I hvilken grad blir registrerte avvik lukket?

Revisjonskriteriene¹ i forvaltningsrevisjonen er i hovedsak hentet fra

- lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (ledelsesforskriften) og
- veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor.

1.3. Avgrensning

I våre stikkprøvekontroller i TQM har vi sett på registrerte avvik i 2020 og 2021.

¹ Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Geir Kastet Dahle, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

For å svare ut problemstillingene har vi gjennomgått sentrale dokumenter, rutiner og statistikk fra kvalitetssystemet. Vi har intervjuet kommunalsjef for Helse og omsorg og en ansatt i HR. Vi har gjennomført tre ulike spørreundersøkelser; til virksomhetsledere, avdelingsledere og øvrige ansatte i Helse og omsorg. Ansatte og ledere ved Tjenestekontoret er ikke en del av spørreundersøkelsen, da de ikke jobber helsefaglig opp mot brukere/tjenestemottakere. For å vurdere registrering og oppfølging av avvik har vi gjennomført stikkprøvekontroller i TQM. Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

1.5. Avvik som del av internkontrollen

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen er pålagt å ha et styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres og evalueres. Formålet med et slikt styringssystem er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Det å fange og rette opp avvik og uønskede hendelser, og lære av disse, er en sentral del i dette arbeidet.

Ifølge KS sin veileder «*Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll*», vil avvikshåndtering eksistere parallelt med og supplere den risikobaserte internkontrollen. Der risikokartleggingen først og fremst dreier seg om å være i forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring, altså i etterkant av uønskede hendelser. Avvikshåndtering handler ikke direkte om å redusere risiko, men om å lære av sine feil – slik at risikoen i neste omgang blir mindre. Avvikshåndtering er derfor en viktig del av en levende internkontroll med oppmerksomhet på læring og forbedring.

Avvik defineres som «mangel på oppfyllelse av et krav» (NS-EN ISO 9000:2000). Det betyr brudd på gjeldende lover, forskrifter, prosedyrer, retningslinjer eller rutiner.

Siden 2019 har Porsgrunn kommune benyttet TQM som internkontrollsystem. Systemet benyttes blant annet til å registrere avvik og gjøre risikovurderinger, samt som base for relevante rutiner. Kommunen har valgt å dele «avvik» inn i «uønskede hendelser» og «avvik». Uønskede hendelser defineres som noe som *«oppstår til tross for at alle forskrifter og prosedyrer er fulgt. Hendelsene vil ofte være knyttet til tjenestemottakere og beskriver situasjoner som oppstår/ har oppstått under ulike aktiviteter, men kan også skyldes at gjeldende rutiner eller forskrifter/ prosedyrer har forbedringspotensiale»*. I denne rapporten bruker vi for det meste begrepet «avvik» som felles for begge kategorier, men vi differensierer der vi mener det er hensiktsmessig.

1.6. Helse og omsorg i Porsgrunn kommune

Helse og omsorg hadde i 2021 1402 ansatte. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse var 71 %. Under kommunalsjef for Helse og omsorg er det 3 virksomhetsområder: Helsetjenester, Hjemmetjenester

og Sykehjem. Under disse er det 12 virksomheter, med hver sin virksomhetsleder og 63 avdelinger med hver sin avdelingsleder, se figur 1.

Figur 1 Organisasjonskart Helse og omsorg



1.7. Rådmannens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 16.08.22, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen fra rådmann har ikke ført til endringer i rapporten. Rådmannens uttalelse ligger i vedlegg 1.

2. Registrering av avvik

I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig avvikssystem og lagt til rette for bruk av det?

2.1. Revisjonskriterier

Avvikshåndtering er en sentral aktivitet i kommunenes internkontrollarbeid. KommuneLOvens § 25-1 sier at kommunedirektøren skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik. Også helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd pålegger kommunen et ansvar for å *planlegge, gjennomføre, evaluere* og *korrigere* virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Disse internkontrolltiltakene er nærmere konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften, sist endret 13.06.17.

Plikten til å *planlegge og gjennomføre* innebærer at den som er ansvarlig for virksomheten skal sørge for at det utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og/eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. ledelsesforskriften § 7.

Plikten til å *evaluere* innebærer å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges, jf. ledelsesforskriften § 8. I tillegg skal virksomheten minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å *korrigere* følger av ledelsesforskriftens § 9, og sier blant annet at virksomheten skal sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Disse bestemmelsene innebærer at kommunen må ha tiltak for å avdekke overtredelse/brudd på

- helse- og omsorgslovgivningen
- kravene til faglig forsvarlighet
- kravene om systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I veilederen til forskriften gis det eksempler på relevante interne tiltak, blant annet

- beskrivelse av prosess for håndtering av avvik og forbedringsforslag
- avviksrapporter

KS' veileder *Orden i eget hus - Kommunedirektørens internkontroll* kommer med en rekke anbefalinger for god internkontroll. Veilederen sier at det å ha reglement og rutiner «på plass» innebærer både å utarbeide, oppdatere, gjøre rutiner kjent i organisasjonen og å sikre at de blir fulgt. Ofte er det ikke mangel på rutiner som er problemet, men at rutinene ikke følges:

«En forklaring og grunn til det kan være manglende opplæring. En annen grunn til at prosedyrer ikke følges, er at de blir oppfattet som rigide, eller de er ikke tilpasset den faktiske situasjonen, men snarere en blåkopi av det andre har gjort. Derfor bør kommunene ha en prosess rundt etablering av reglement og rutiner slik at kontrolltiltak, rapportering og oppfølging er tilpasset virkeligheten i den enkelte kommunen. Med jevne mellomrom bør man også kvalitetssikre at rutiner og arbeidsformer er oppdatert og fungerer etter hensikten».

På dette grunnlaget har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha system for å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser (avvik)**
- **Kommunen skal gjøre systematiske vurderinger av om avvikssystemet fyller formålet**
- **Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om hvordan avvik skal registreres**
- **Kommunen skal ha tiltak som sikrer at avvik registreres i TQM**
- **Avvik og uønskede hendelser skal fylles ut korrekt i TQM**

2.2. System og rutiner for å avdekke avvik

Revisjonskriterium:

Kommunen skal ha system for å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser (avvik)

2.2.1. Kommunens avvikssystem

Siden 2019 har Porsgrunn kommune benyttet *TQM Enterprise*² for å registrere brudd på helse- og omsorgstjenesteloven og andre uønskede hendelser. TQM er et internkontrollsystem som er brukt i mange kommuner. Systemet har en egen modul for registrering av avvik. Modulen tilfredsstiller kravene i ISO 9001 om avviksbehandling.

² TQM Enterprise er en del av selskapet 4 human TQM.

I TQM-prosedyren for opplæring (Dokument-ID: 959) er ansvar fordelt som følger:

- **IT-avdelingen** har ansvar for teknisk drift og vedlikehold av AD-database.
- **Programvareleverandøren** er ansvarlig for vedlikehold og drift av HMS og kvalitetsstyringsverktøy.
- **Systemansvarlig for kommunens HMS og kvalitetssystem** er ansvarlig for overordnet kommunikasjon med leverandøren av styringsverktøyet, samt å legge til rette for nødvendig opplæring og kompetanse hos alle ansatte i kommunen. Dette ansvaret er lagt til HR³.
- **Den enkelte leder** er ansvarlig for å se til at alle ansatte i egen avdeling innehar tilstrekkelig kompetanse i styringsverktøyet, herunder påloggingsprosedyrer, meldingssystemets mekanismer og saksgang samt finne og lese informasjon.

Dokumentet sier videre at medarbeidere har tilgang til å opprette og sende HMS- og kvalitet/tjenestemeldinger (avviksmeldinger, forbedringsforslag og meldinger om uønskede hendelser). Medarbeidere kan også lese all tilgjengelig informasjon, som for eksempel håndbøker og rutiner.

2.2.2. Funksjon for registrering av avvik

ITQM er det en hendelsesmodul hvor ansatte skal registrere avvik. Alle ansatte og vikarer skal ha en profil i TQM, og således tilgang til hendelsesmodulen.

Avvik kan registreres enten fra kommunens intranettside eller via mobilapplikasjon. Avvik kan meldes på vegne av en annen person.

2.2.3. Revisors vurdering

Vi vurderer at kommunen, gjennom TQM, har et system for å registrere brudd på helse- og omsorgstjenesteloven og andre uønskede hendelser.

2.3. Systematiske vurdering av avvikssystemet

Revisjonskriterium:

Kommunen skal gjøre systematiske vurderinger av om avvikssystemet fyller formålet

2.3.1. Rutiner

Kommunen har utarbeidet dokumentet «*Revisjon – internkontroll Porsgrunn kommune*» (Dokument-ID: 2947). I beskrivelsen av formålet med prosedyren står det at prosedyren skal sikre en systematisk gjennomgang av internkontrollsystemet for å avdekke om praksis er i henhold til dokumentasjon (rutiner). Prosedyren er ment å gjelde for hele kommunen, både innen HMS- og

³ I dokumentet Internkontroll i Porsgrunn kommune – dokumentdefinisjoner, fremgår det at systemansvaret er lagt til HR. I dokumentet står det blant annet at «dette omfatter maler, (bl.a. prosedyremal), og tilrettelegging av nødvendige tilganger og systemrelaterte tilpasninger i det elektroniske verktøyet for internkontroll. HR har også ansvaret for opplæring, tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av styrende dokumenter....».

tjenestekvalitet. Revisjoner skal gjennomføres med planlagte intervaller og sikre at styrende dokumenter er i samsvar med lovkrav, kommunens egne krav, forventet teknisk funksjonalitet og innarbeidet praksis.

2.3.2. Systematiske vurderinger i Helse og omsorg

Ifølge kommunalsjefen har man i de faste ukentlige ledermøtene et kvalitetsråd som blant annet kan dreie seg om avvik som skal drøftes felles innenfor tjenesteutvikling. Til disse møtene kan både ledere og kvalitetssykepleiere melde inn saker. Ifølge kommunalsjefene kan disse møtene ha fokus på både det å sikre kvalitet i tjenestene og i internkontrollarbeidet, herunder avvikshåndtering. Det skrives referat fra møtene. Avvik som kan ha betydning for flere virksomheter er hyppig tema i ledermøtene.

2.3.3. Systematiske vurderinger av HR/systemadministrator

Ifølge HR rådgiver er det tidligere gitt løpende signaler i tertialrapporteringen om at HR skal følge opp bruken av TQM i linja. Eksempelvis står det i 1. tertial 2021 følgende:

«Nye systemer krever tilvenning, og en stor organisasjon vil oppleve ulik grad av engasjement og utnyttelse av det nye systemet. Det er derfor ønskelig å legge frem status for grad av utnyttelse og opplevelse av at TQM er et levende verktøy i alle ledd av organisasjonen. Ved å holde øye med, og aktivt følge opp de deler av organisasjonen som ikke helt får det til har rådmannen stor tro på økt rapporteringsgrad og forbedret utnyttelse av systemet, også i de deler av organisasjonen som henger litt etter».

Dette ble fulgt opp ved overvåkinger i TQM og kontakt med ledere som de så hadde utfordringer. Behovet for oppfølging ble imidlertid etter hvert lite, da kunnskapen hos lederne økte. Formuleringen gitt over er ikke med i siste tertialrapport, fra 1. tertial 2022.

Fortsatt tar HR ut statistikker som gjør at de har en viss kontroll med bruken av systemet, men det er opp til det enkelte kommunalområde å følge opp at systemet brukes.

Ifølge HR-rådgiver blir avviksstatistikk rapportert i tertialrapportering og årsberetning.

Nytt fra 2022 er at kommunen, gjennom rapporteringsverktøyet *Framsikt*,⁴ skal sjekke ut lederes forståelse og bruk av TQM. I årsberetning for 2021 står det:

«I forkant av tertialrapporten presentert for Rådmannen, skal det være prosess på alle nivåer i organisasjonen for å vurdere om det er behov for nye risikovurderinger eller nye prosedyrer, og om det er behov for tiltak for å redusere risiko og avvik. Det foregår derfor en tertial- utsjekk av de viktigste statusene gjennom året ved hjelp av en dynamisk sjekkliste som ligger i

⁴ I følge *Framsikt.no* kan kommuner ved bruk av verktøyet få et oversiktlig verktøy for analyse, planlegging, budsjettering, rapportering og virksomhetsstyring.

Framsikt, Porsgrunn kommunes rapporteringsverktøy for drift, økonomi, HMS, internkontroll og sykefravær».

2.3.4. Revisors vurdering

Vi vurderer at kommunen gjør vurderinger av om avvikssystemet fyller formålet. Det tas ut statistikk, gjøres rapporteringer, praksis for registrering og oppfølging av avvik drøftes i ledermøter og det er i perioder gjort overvåking av oppfølging av avvik.

Våre undersøkelser viser noen svakheter ved avvikssystemet, for eksempel at få avvik blir registrert og at ansattes kunnskap om avviksregistrering kunne vært bedre, se mer om dette nedenfor, i punkt 2.6. Vi mener at ytterligere, systematiske tiltak for å overvåke avvikshåndteringen kunne ha fanget opp dette.

2.4. Kunnskap hos ansatte

Revisjonskriterium:

Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om hvordan avvik skal registreres

Vi vil i dette avsnittet undersøke hvorvidt kommunen har rutiner og i hvilken grad rutinene er tilgjengelige for ansatte, hva slags opplæring ansatte har fått og hvordan ansatte vurderer egen kunnskap.

2.4.1. Rutinebeskrivelser

Rutiner for registrering av avvik

Kommunen har utarbeidet rutinedokumentet «*Hvordan melde en hendelse i TQM*». Rutinen har illustrasjoner som viser hva man skal fylle ut, se figur 2 nedenfor. Beskrivelse av hendelsen og iverksatte tiltak fylles ut «i prosaform». Utfylling av blant annet hendelsestype (avvik eller uønsket hendelse) og alvorlighetsgrad skjer ved å gjøre valg i nedtrekksmenyer. Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg er det gitt muntlige signaler om at ansatte som er usikre på hvordan de registrerer hendelsestype og alvorlighetsgrad kan la disse feltene stå åpne. I slike tilfeller skal lukkeansvarlig (som regel avdelingsledere) foreta valg her. Dersom det ikke foretas et aktivt valg vil avviket bli registrert som en uønsket hendelse med lav alvorlighetsgrad.

Figur 2 Registreringsbilde i TQM

Opplæring og informasjon til ansatte

Kommunen har utarbeidet TQM-prosedyre for opplæring (Dokument-ID: 959). Her er det beskrevet hva slags kunnskap

- administrator/stedsadministrator
- ledere
- verneombud og
- øvrige medarbeidere/ansatte

skal ha om TQM. Om medarbeidere står det at de skal få tilstrekkelig opplæring i pålogging og rapportering/sending av hendelser. Nærmeste leder er ansvarlig for at slik opplæring gis. Nyansatte skal gis opplæring gjennom introduksjonsprogrammet for nyansatte.

Alle relevante rutiner og prosedyrer skal være tilgjengelig i TQM. I vår stikkprøvekontroll fant vi at rutinene lå i TQM.

Alle ansatte skal kunne finne relevant informasjon i TQM på overordnet og lokalt nivå. Formålet er å sikre at ansatte har tilstrekkelige kunnskaper om og tilgang til lokale prosedyrer og instruks.

Hjelpedokumenter

Kommunen har utarbeidet to hjelpedokumenter som skal bidra til å gjøre registrering av avvik enklere for de ansatte:

Definisjon av avvik

Kommunen har utarbeidet *prosedyre – uønskede hendelser og avvik, registrering og behandling* (Dokument-ID 643). Som vedlegg er dokumentet: *Definisjoner: Hendelsestype*. Her defineres fire ulike hendelsestyper:

- Avvik
- Uønsket hendelse
- Forbedringsforslag
- Risikoforhold

Avvik er definert som:

«Hendelser som medfører brudd på lov, forskrift eller prosedyre/ instruks/ rutine. Kan forekomme både i forhold til HMS- regelverk og i forhold til tjenestekvalitet. Avvik kan graderes i forhold til alvorlighetsgrad på lik linje med andre hendelsestyper. Avvik bør prinsipielt ansees som den hendelsestypen virksomheten har størst fokus på å redusere omfanget av, uavhengig av alvorlighetsgrad».

I «*Prosedyre – uønskede hendelser og avvik, registrering og behandling*» blir hendelse definert som avvik ved:

- *«Gjentatt feil forårsaket av mangelfull prosedyre*
- *Sikkerhetsforhold i enhver sammenheng*
- *Fare for liv og helse i arbeidssituasjoner*
- *Nestenulykker- uhell med potensiell risiko for skade der årsaken er eksempelvis mangelfull opplæring, feil bruk av utstyr, mangelfull prosedyre, for dårlig sikring eller annen bakenforliggende årsak*
- *Brudd på lover, forskrifter, tjenesteerklæringer eller rutiner/prosedyrer»*

Kommunen har utarbeidet hjelpedokumentet «*Definisjoner: Hendelsestype, (i TQM-enterprise)*» hvor uønsket hendelse står definert som

Hendelser som oppstår til tross for at alle forskrifter og prosedyrer er fulgt. Hendelsene vil ofte være knyttet til tjenestemottakere og beskriver situasjoner som oppstår/ har oppstått under ulike aktiviteter, men kan også skyldes at gjeldende rutiner eller forskrifter/ prosedyrer har forbedringspotensiale. Hendelsestypen vil i større grad symbolisere registrators innspill til kvalitetsforbedring av de tjenestene virksomheten leverer.

Definisjon av alvorlighetsgrad

I et annet hjelpedokument har kommunen definert lav alvorlighetsgrad, middels alvorlighetsgrad og høy alvorlighetsgrad. Om høy alvorlighetsgrad står:

- Hendelsen har alvorlig innvirkning på definerte mål eller bruker, kvalitet på tjenesten, faglig forsvarlighet, og kan/har satt liv og helse på spill for tjenestemottaker.
- Hendelsen medfører skade og/eller stor psykisk belastning for ansatte og fører til fravær og/eller krever medisinsk behandling

- Hendelsen medfører betydelige skader på materielle verdier, forurensning, forsøpling og langtidsvirkende eller varige skader på miljøet hvor opprydding må påregnes.

Definering av middels- og lav- alvorlighet er bygd opp på samme måte, men begrep som «alvorlig innvirkning» og «betydelige skader» er byttet ut med mildere beskrivelser.

Begge hjelpedokumentene er tilgjengelig for ansatte i TQM.

2.4.2. Tiltak for å fremme kunnskap hos ansatte

I forbindelse med overgang til TQM i 2019, ble det, ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg, gjennomført opplæring for alle ansatte. Det er ikke gjennomført generelle opplæringstiltak for alle ansatte etter dette.

Ansaret for å sørge for at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om registrering av avvik er lagt til leder av den enkelte virksomhet/avdeling, jf. kommunens rolledokument for TQM. Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg må leder lokalt definere hvilket behov virksomheten/avdelingen har for opplæring/støtte i bruk av TQM. Eksempelvis har noen virksomheter etablert mer formaliserte TQM-ressurspersoner, mens andre ikke har det. Ifølge kommunalsjefen vil behov på den enkelte virksomhet/avdeling være avgjørende for hvilke tiltak som iverksettes lokalt.

HR-avdelingen sender årlig ut informasjon/en kompetansekalendar til alle ledere, hvor HR blant annet oppfordrer til å ta kontakt dersom de ønsker/har behov for bistand med opplæring i bruk av TQM. Bistand kan gis både til ansatte og ledere. Ifølge HR-rådgiver var etterspørselen etter slike kurs større i forbindelse med at TQM ble innført enn hva som er tilfelle i dag.

I vår spørreundersøkelse har vi bedt avdelingslederne beskrive noen av de kompetansehevende tiltakene de har etablert:

- Mange omtaler at det tidligere er gitt grunnopplæring
- Mange omtaler at nyansatte får opplæring
- Noen omtaler opplæring/oppfrisking på avdelingsmøter/personalmøter
- Noen omtaler individuell opplæring ved behov
- Noen omtaler at HR har gitt internopplæring på avdelingen
- Noen omtaler at fagsykepleier eller egen superbruker gir opplæring ved behov
- Noen svarer at tilbudet som har blitt gitt ikke er tilstrekkelig for å sikre god nok kompetanse

Hvem ansatte kontakter ved behov for bistand

Vi har spurt de ansatte om hvem de spør når de trenger hjelp for å (vurdere om de skal) skrive avvik, se tabell 1. Ansatte hadde mulighet til å krysse av for flere svar. Av svarene ser vi at det normale er at man spør en kollega om bistand (86 %), en tredjedel kontakter leder, mens 6 % benytter ressursperson/kollega. HR blir sjeldent kontaktet. Det er kun mindre forskjeller på tvers av virksomhetsområdene. I følge kommunalsjef kan liten bruk av HR og høy bruk av kollegastøtte dels forklares med turnusarbeid i kommunalområdet.

Tabell 1 Ansattes svar på hvem de spør om hjelp når de trenger hjelp for å vurdere/skrive avvik, N=555

	Leder	Kollega	HR	Ressursperson
Total	33%	86%	1%	6%
Hjemmetjenester	29%	89%	1%	5%
Helsetjenester	37%	85%	1%	8%
Sykehjem	31%	84%	1%	3%

Vi har også spurt de ansatte *om de bli spurt* av kollegaer om hjelp når de trenger bistand for å registrere/vurdere avvik. Her svarer 62 % at de i liten grad blir spurt, mens 38 % blir spurt ofte. Noen av personene som ofte blir spurt er ressurspersoner. Vi har ikke kjennskap til hvor mange avdelinger som har etablert mer formaliserte ressurspersoner.

Innspill fra ansatte på hvordan ansatte kan bli tryggere på det å skrive/vurdere avvik

Vi har spurt de ansatte hvordan de kan bli tryggere på å skrive/vurdere avvik. Totalt har 161 personer avgitt kommentar. Ikke alle kommentarer er innspill og noen innspill er generelle. Mange av svarene går på ønsker om mer opplæring/oppfrisking av kunnskap. I stedet for å systematisere hvor mange som mener hva, har vi valgt ut innspill som er konkrete, og som vi mener kan være nyttige:

- Kurs for mindre grupper av gangen
- Vurdere om kun ledere skal få skrive avvik
- Skape takhøyde for at alle avvik er «velkomne», framsnakke avvik
- Avvik som tema på personalmøter/fagmøter, repetere informasjon
- Lage eksempler på hvordan avvik skal skrives
- Synliggjøre mer for ansatte hvorfor avvik bør skrives ned
- Særlig påminnelse om å skrive avvik til ansatte i små stillinger
- Bruke teamsmøter til å øve på å skrive avvik
- Synliggjøre hva slags uønskede hendelser man ønsker registrert i TQM
- Synliggjøre opplæring i årshjulet med tidspunkt for opplæring/oppfrisking
- Gi personlig opplæring framfor opplæring via internett
- Ressurspersoner burde være mer tilgjengelig
- Ledere bør sørge for at det er tid til å skrive avvik i arbeidstiden
- Synliggjøre lederes oppfølging av avvik for ansatte
- Diskutere dilemmaer knyttet til avvik
- Gjennomgang av mulige opplevde avvik i pausene
- Øve på å skrive avvik
- At vikarer får raskere innloggingsmulighet til TQM
- Mer generell dataopplæring, inkludert TQM

- Tydeliggjøre at det er viktig og også skrive avvik på feil utført arbeid
- Ledere må få mer oversikt over ansattes kunnskapsnivå på TQM
- Lage obligatorisk e-læringsmodul som ansatte må gjennomføre
- Ha det som rutine å vurdere avvik når man skriver rapport etter vakt

2.4.3. Kompetanse hos ansatte

Avdelingslederens vurdering av ansattes kompetanse

Vi har bedt avdelingslederne vurdere de ansattes kompetanse om hva et avvik er, se tabell 2. Her svarer de fleste avdelingslederne at kunnskapen er god, men for Sykehjem er svarene dårligere. Her svarer 60 % av avdelingslederne at kunnskapen er lav (score 1-3 på en skala fra 1-6).

Tabell 2 Avdelingslederens vurdering av om ansatte har god kunnskap om hva et avvik er, N=45

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6	Gjennomsnitt
Total	0%	4%	33%	29%	31%	2%	3,9
Hjemmetjenester	0%	6%	22%	28%	44%	0%	4,1
Helsetjenester	0%	0%	25%	33%	33%	8%	4,3
Sykehjem	0%	7%	53%	27%	13%	0%	3,5

Flertallet av lederne mener at de ansatte har fått tilstrekkelig opplæring i å registrere avvik (score 4-6 på en skala 1-6), se tabell 3. Svarene fra avdelingslederne på Sykehjem skiller seg også her fra de øvrige lederne. På dette virksomhetsområdet svarer 54 % at de ansatte ikke har fått tilstrekkelig opplæring i å registrere avvik.

Tabell 3 Avdelingslederens vurdering av om ansatte har fått tilstrekkelig opplæring i å registrere avvik, N= 45

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6	Gjennomsnitt
Total	0%	4%	33%	36%	24%	2%	3,9
Hjemmetjenester	0%	0%	28%	39%	33%	0%	4,1
Helsetjenester	0%	8%	25%	42%	17%	8%	3,9
Sykehjem	0%	7%	47%	27%	20%	0%	3,6

Avdelingslederne har også tatt stilling til om kunnskapen til ansatte er god nok når de skal registrere et avvik, se tabell 4. Her mener nær halvparten (43 %) at kunnskapen hos ansatte ikke er god nok (score 4-6 på skala 1-6). For Sykehjem er andelen 53 %.

Tabell 4 Avdelingslederes vurdering av ansattes kunnskap om hvordan de skal registre et avvik, N=45

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6	Gjennomsnitt
Total	0%	7%	36%	33%	20%	4%	3,8
Hjemmetjenester	0%	0%	39%	39%	17%	6%	3,9
Helsetjenester	0%	8%	25%	50%	8%	8%	3,8
Sykehjem	0%	13%	40%	13%	33%	0%	3,7

Ansattes vurdering av egen kompetanse

I spørreundersøkelsen har de ansatte vurdert hvor trygge de er på å definere hva som er et avvik, se tabell 5. Av svarene ser vi at de fleste opplever stor trygghet, samtidig som det er en betydelig gruppe som ikke er trygg. Eksempelvis svarer en av fire at de i liten grad er trygge på hvordan man definerer hva et avvik er (score 1-3 på en skala fra 1-6). Andelen er høyest blant ansatte på Sykehjem.

Tabell 5 Ansattes vurdering av hvor trygge de er på å definere hva som er et avvik, N=557

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	3%	5%	18%	25%	36%	13%	4,2
Hjemmetjenester	2%	6%	19%	23%	35%	16%	4,3
Helsetjenester	4%	4%	15%	27%	39%	10%	4,3
Sykehjem	3%	7%	22%	24%	32%	12%	4,1

Spørreundersøkelsen viser også at det er mange som ikke opplever trygghet i å vurdere et avviks alvorlighetsgrad, se tabell 6. Lavest kompetanse på dette området opplever ansatte på Sykehjem at de har. Her har 53 % svart at de er lite trygge på hvordan man skiller avviks alvorlighetsgrad (score 1-3 på en skala fra 1-6).

Tabell 6 Ansattes vurdering av hvor trygg man er på å skille et avviks alvorlighetsgrad, N=555

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	5%	9%	21%	32%	26%	6%	3,8
Hjemmetjenester	4%	12%	21%	30%	25%	8%	3,9
Helsetjenester	5%	6%	19%	36%	28%	7%	4,0
Sykehjem	6%	11%	26%	29%	23%	4%	3,6

På spørsmål om hvor trygg man er på å registrere et avvik i TQM svarer 68 % at de opplever trygghet, mens de resterende 32 % er mindre trygge (score 1-3 på en skala fra 1-6), se tabell 7. De ansatte i Sykehjem er i mindre grad trygge på hvordan registrere i TQM enn ansatte i de andre virksomhetsområdene.

Tabell 7 Ansattes vurdering av hvor trygg man er på å registrere et avvik i TQM, N=555

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	6%	8%	17%	20%	29%	19%	4,1
Hjemmetjenester	6%	6%	14%	18%	25%	31%	4,4
Helsetjenester	6%	9%	15%	22%	32%	16%	4,1
Sykehjem	7%	10%	23%	20%	28%	11%	3,9

De ansatte er delt i spørsmålet om man har en felles forståelse av hva avvik er på egen arbeidsplass, se tabell 8. 44 % svarer negativt på dette (svar 1-3 på skala 1-6), mens de øvrige 56 % er positive. Ansatte på Sykehjem opplever i mindre grad enn andre ansatte at de har en felles forståelse av hva avvik er.

Tabell 8 Ansattes opplevelse av at man har en felles forståelse av hva avvik er på egen arbeidsplass, N=552

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	11%	13%	20%	22%	21%	12%	3,6
Hjemmetjenester	11%	16%	18%	22%	19%	15%	3,7
Helsetjenester	9%	11%	22%	23%	23%	12%	3,8
Sykehjem	16%	13%	22%	22%	20%	8%	3,4

Vår spørreundersøkelse viser at mange ansatte ikke har registrert avvik i 2021. 32 % har ikke registrert avvik i løpet av det året. Andelen som ikke registrerte avvik var lavest i Hjemmetjenester (27 %) og høyest i Helsetjenester (34 %). Tabell 9 viser hvor mange avvik ansatte opplyste å ha skrevet i 2021.

Tabell 9 Antall registrerte avvik blant ansatte i 2021

Antall registrerte avvik	Prosentandel ansatte
0	32%
1	11%
2	15%
3-5	25%
6-10	12%
11-15	4%
16-20	1%
21-30	1%
31-40	0%
40+	1%

2.5. Revisors vurdering av opplæring

Kommunen har etablert flere tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om avviksregistrering, blant annet

- skriftlige rutiner som er tilgjengelig for ansatte

- opplæring til alle ansatte ved innføring av TQM i 2019
- opplæring til nyansatte i nyansattprogram
- plassering av ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos ansatte

Avdelingslederne trekker særlig fram at opplæring gis på interne møter, individuelt og at HR noen ganger blir brukt som opplæringsressurs. Noen avdelingsledere påpeker også at de har ressurspersoner på egen arbeidsplass som fungerer som en støtte til avvikshåndtering.

Hva slags opplæring avdelingslederne skal gi, og i hvilket omfang, er ikke nærmere bestemt og blir heller ikke fulgt opp på en systematisk måte av HR/overordnet ledelse.

Opplæringen som gis lokalt og hvorvidt det er etablert ressurspersoner er noe ulik på tvers av avdelingene.

Svar fra spørreundersøkelsene viser at både avdelingsledere og ansatte selv vurderer at kompetanse om avvik og avviksregistrering burde vært høyere. Eksempelvis har vi sett at

- omtrent 4 av 10 avdelingsledere vurderer at de ansatte har fått mangelfull opplæring og at de også har mangelfull kunnskap om hvordan registrere avvik
- omtrent 3 av 10 ansatte er mindre trygge på hvordan de registrerer et avvik
- 44 % av de ansatte opplever at man ikke har en felles forståelse av hva et avvik er på egen arbeidsplass

Vurderingen av egen kompetanseer lavest blant de ansatte på virksomhetsområde Sykehjem.

I lys av manglende kunnskap hos mange ansatte vurderer vi at kommunen bør sørge for ytterligere opplæringstiltak og vurdere om opplæringen i større grad skal formaliseres.

2.6. Registrering av avvik

Revisjonskriterium:

Kommunen skal ha tiltak som sikrer at avvik registreres i TQM

2.6.1. Observerte avvik skal registreres i TQM

For at avvikssystemet skal fungere er det viktig at avvik blir registrert. Vi har tatt ut statistikk som viser antall avvik registrert i Pleie og omsorg i perioden 2019 – april 2022.

I 2022, fra januar til april ble det registrert 1028 avvik. I figur 3 har vi konvertert trenden i antall registrerte avvik til hele 2022 og sammenlignet med årene 2019-2021. Vi ser da at 2020 skiller seg ut med betydelig flere registreringer (3519)

Figur 3 Antall hendelser, 2019-2022 (tall for 2022 er oppskalert basert på de fire første månedene)



enn 2021 (3076). Per april 2022 ligger 2022 an til å få omtrent samme antall registreringer som 2021.

Dersom man splitter avvik i «uønskede hendelser» og «avvik» er fordelingen omtrent 50/50, se avsnitt 2.4.1 for mer om dette.

Vi har også undersøkt hvorvidt det er sesonger/måneder som får særlige utslag i statistikken. Det er noe lavere antall registreringer på høsten enn våren og en svak økning i juni, både i 2020 og 2021. Utslagene er ikke store.

2.6.2. Avvik og hendelsestyper

I TQM skal man registrere hva slags type hendelse avviket er knyttet til. Måleparametere er fordelt på HMS, tjenestekvalitet og eiendom, utstyr og ytre miljø. I tabell 10 ser vi antall registreringer av hver hendelse fordelt på årene 2019-2022. Tallene viser at tjenestekvalitet er det som registreres hyppigst, men at registreringer på dette området har falt fra 2020 til april 2022. Det påpekes imidlertid at perioden januar -april 2022 var spesielt krevende, med høyt koronarelatert fravær. Tallene bør derfor leses med forsiktighet.

Tabell 10 Type hendelse fordelt på HMS, tjenestekvalitet og Eiendom, utstyr og ytre miljø, 2019-2022

Type hendelse	2019	2020	2021	2022 januar-april
HMS	960	1072	815	259 (777 ⁵)
Tjenestekvalitet	1587	2365	2082	559 (1677)
Eiendom, utstyr og ytre miljø	203	222	171	56 (168)

I TQM kan man også ta ut statistikk for type hendelse innenfor tjenestekvalitet, se tabell 11. Her ser vi at flest hendelser er registrert som «Legemiddelhåndtering». I 2021 var det registrert 1034 hendelser knyttet til dette, trenden for 2022 er at antall registrerte hendelser faller innenfor det området⁶. Det nest hyppigste hendelsesområdet er «Manglende utført tjeneste». I 2021 ble det registrert 403 slike hendelser⁷. I vår stikkprøvekontroll fant vi syv slike tilfeller. I disse tilfellene var avvik relatert til at det ikke var rengjort grunnet manglende kapasitet. Andre hendelser som registreres hyppig er «Mangelfull intern kommunikasjon» og «Ressurser er utilgjengelig/mangelfulle».

⁵ Omregnet tall fra 4 måneder til 12 måneder.

⁶ I TQM er det mulig å krysse av for flere hendelser i et og samme avvik. Vi har ikke undersøkt i hvor stor grad dette gjøres.

⁷ I følge kommunalsjef er mange av disse avvikene ikke reelle avvik. Som del av koronahåndteringen ble det utstedt nasjonale instruksjoner om å nedprioritere renhold ved knapphet på ressurser som følge av pandemien.

Tabell 11 Ulike hendelsestyper knyttet til Tjenestekvalitet, 2021-2022

Tjenestekvalitet	2021	2022 jan-apr	Omregnet 2022
Legemiddelhåndtering	1034	267	801
Manglende utført tjeneste	403	99	297
Mangelfull intern kommunikasjon	221	50	150
Ressurser er utilgjengelige / mangelfulle	138	49	147
Brudd på prosedyre, lov og/eller forskrift	99	19	57
Ukjent årsak	88	33	99
Konflikt mellom tjenestemottakere	78	42	126
Manglende eller mangelfull prosedyre	44	8	24
Manglende/ mangelfull dokumentasjon	37	9	27
Skade på tjenestemottaker	34	8	24
Skadefritt fall- tjenestemottaker	33	10	30
Manglende kompetanse	31	7	21
Manglende opplæring	26	8	24
Klage fra tjenestemottaker	18	6	18
Ernæring	10	8	24
Personvern (GDPR) og taushetsplikt	0	4	12

Vi har sett nærmere på hendelsestypen «Legemiddelhåndtering». I TQM blir denne delt inn i ulike underkategorier, se tabell 12. De vanligste underkategoriene er «Legemiddel ikke gitt» og «Legemiddel gitt til feil tid». Til sammen står disse to kategoriene for mer enn halvparten av antall legemiddelhendelser i 2021 og 2022. I vår stikkprøvekontroll fant vi også mange hendelser knyttet til dette.

Tabell 12 Ulike hendelsestyper knyttet til Legemiddelhåndtering, 2021-2022

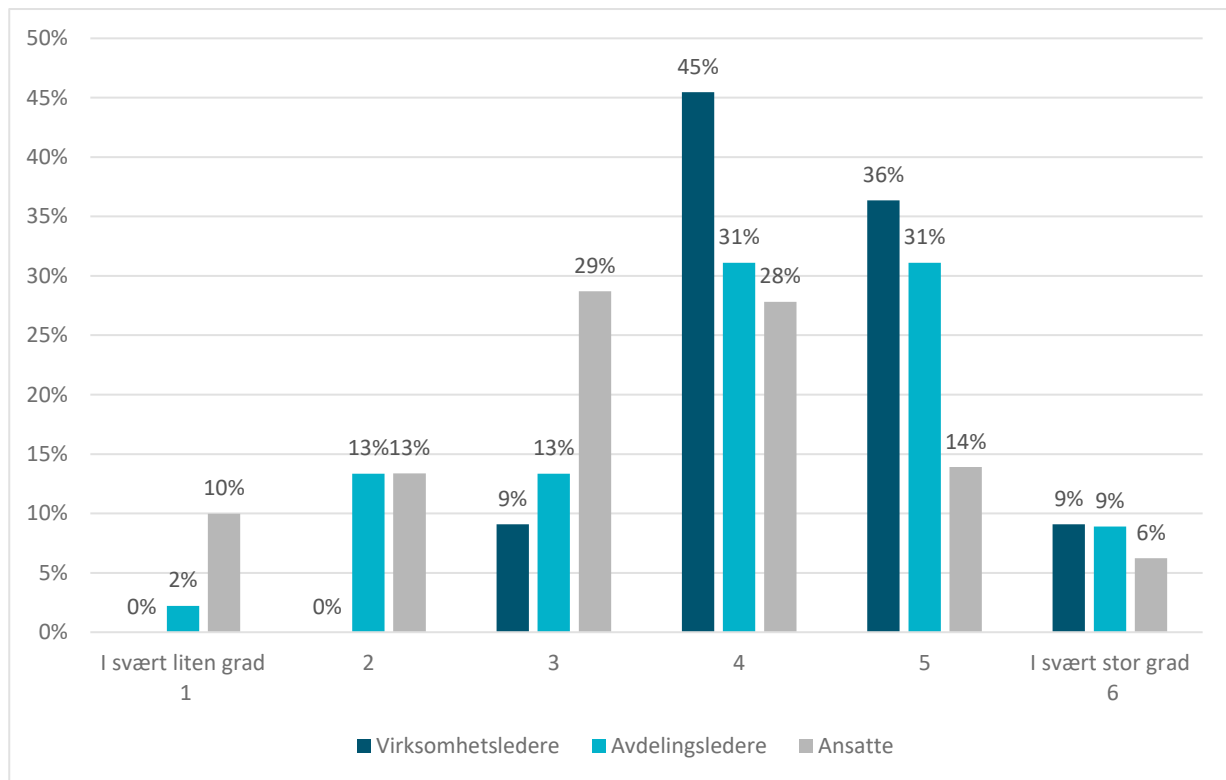
Legemiddelhåndtering	2021	2022 jan-apr	2022 omregnet
Legemiddel ikke gitt	380	83	249
Feil tid	78	15	45
Mangelfull dokumentasjon ift. legemiddel	78	34	102
Fant tbl / legemiddel	62	23	69
Feil i dosett / multidose	50	7	21
Feil legemiddel (styrke, type, adm. måte m.m.)	47	18	54
Feil kontroll	41	8	24
Legemiddel ikke tilgjengelig	31	4	12
Feil tjenestemottaker	23	6	18
Svinn/ tyveri av legemiddel	14	4	12
Oppbevaringstemperatur utenfor spesifikasjonen for angitt legemiddel	4	2	6

2.6.3. Kultur for å registrere avvik

Det er store sprik mellom de ulike avdelingene når det kommer til antall registrerte avvik. I 2021 hadde seks avdelinger mer enn 130 avvik. De samme avdelingene hadde også relativt mange registreringer i 2022, sammenlignet med andre avdelinger. Samtidig ser vi at mer enn halvparten av avdelingene har færre enn 40 avvik. Dette kan skyldes ulike størrelser på avdelingene og hvorvidt de jobber helsefaglig eller ikke.

I vår spørreundersøkelse har vi spurt ansatte, avdelingsledere og virksomhetsledere om å ta stilling til i hvilken grad de vil si det er en god kultur for å registrere avvik på egen avdeling. Ansatte og avdelingsledere vurderte egen avdeling og virksomhetslederne vurderte sin virksomhet. På en skala fra 1-6, hvor 1 er svært negativ vurdering av kulturen og 6 er svært positiv vurdering, er det samlet sett en overvekt som er positive, se figur 4. Andelen som svarer positivt er størst blant virksomhetsledere og lavest blant de ansatte som ikke er ledere. Eksempelvis har 52 % av de sistnevnte svart negativt (score 1-3 på en skala fra 1-6). Tilsvarende tall for avdelingsledere og virksomhetsledere er 29 % og 9 %.

Figur 4 Ansatte, avdelingsledere og virksomhetslederes vurdering av egen kultur på arbeidsplassen, hvor 1 betyr at man i svært liten grad vurderer at det er en god kultur på arbeidsplassen og 6 er en vurdering av at det er en svært god kultur på arbeidsplassen.



Vi har satt sammen gjennomsnittscore fra de tre spørreundersøkelsene, og fått score på hvordan virksomhetsområdene Hjemmetjenester, Helsetjenester og Sykehjem gjør det i forhold til hverandre, se tabell 13. Vi ser da at Sykehjem scorer dårligst.

Tabell 13 Virksomhetsledere, avdelingsledere og ansattes vurdering av kultur for å skrive avvik (gjennomsnittscore på skala 1-6)

	Totalt	Hjemmetjenester	Helsetjenester	Sykehjem
Ansatte	3,4	3,5	3,5	3,1
Avdelingsledere	4	4,2	4,3	3,7
Virksomhetsledere	4,5	4,5	4,7	4,3

Vi har også tatt for oss avdelingslederne, og hvor stor andel av disse som har svart negativt på spørsmål om avvikskultur (svart 1-3 på skalaen fra 1-6):

- 17 % svarer at det er dårlig kultur for å registrere avvik i Hjemmetjenester
- 25 % svarer at det er dårlig kultur for å registrere avvik Helsetjenester
- 47 % svarer at det er dårlig kultur for å registrere avvik i Sykehjem

Svarene fra ansatte er dårligere. Innenfor Hjemmetjenester og Helsetjenester mener omtrent halvparten at det dårlig kultur for å registrere avvik. Andelen som svarer negativt innenfor Sykehjem er 62 %.

En virksomhetsleder skriver at avdelingslederne har en stor rolle i det å oppfordre de ansatte til å skrive avvik, og kan gjøre en stor forskjell på om det skrives avvik eller ikke. En annen virksomhetsleder mener mange ansatte «godtar» for mye, og at de engster seg for å skrive avvik. Flere mener at det er viktig å trygge de ansatte i at det å skrive avvik er positivt.

Lederes vurdering av praksis for avviksregistrering

Vi har spurt virksomhetsleder og avdelingsledere om deres vurdering av hvor flinke ansatte er til å registrere avvik. Vi har bedt dem om å anslå hvor stor andel av avvikene de tror blir registrert i TQM.

- Blant virksomhetslederne svarer 4 av 11 at de anslår at mindre enn 60 % av faktiske avvik blir registrert i TQM. De resterende 7 anslår at 60-80 % blir registrert.
- Blant avdelingslederne anslår halvparten at færre enn 60 % av faktiske avvik blir registrert i TQM. Halvparten av denne gruppa (25 %) anslår at kun opptil 40 % blir registrert.

Hvorfor blir ikke avvik registrert?

Vi har bedt de ansatte ta stilling til faktorer som kan forklare hvorfor avvik ikke blir registrert i TQM. Totalt har 301 av 557 svargivere oppgitt grunner til at avvik ikke blir registrert. De som ikke har oppgitt slike grunner er overrepresentert blant de som tidligere har svart at de har registrert få/ingen avvik. Av tabell 14 ser vi at det er flest som har opplevd at man ikke rakk å registrere avviket og glemte det etterpå. 40 % svarer at dette har skjedd en del/mange ganger. Her er andelen blant ansatte i Hjemmetjenester overrepresentert med 60 %.

Andre årsaker til at avvik har blitt registrert skyldes mer bevisste handlinger hos den som oppdaget avviket. Mest vanlig er ansatte som ikke hadde tro på at registrering av avvik ville føre til varige tiltak som hadde hindret at avviket skjedde igjen. 46 % svarer at de ikke har registrert avvik av den grunn en del/mange ganger. Av tabell 14 ser vi også at 15 % svarer at de en del ganger/mange ganger håndterte avviket med en gang og så derfor ikke behov for å registrere det i TQM. 17 % svarer at de en del/mange ganger anslår avviket som lite og derfor unødvendig å registrere det. Samme andel anslår også at den type avvik er meldt mange ganger at de derfor lot det være.

Tabell 14 Ansatte tar stilling til hvor ofte man har unnlatt å registrere avvik av ulike årsaker, N=301

	Har aldri skjedd	Har skjedd noen ganger	Har skjedd en del ganger	Har skjedd mange ganger
Jeg rakk ikke registrere avviket og glemte det etterpå	11%	51%	19%	21%
Jeg håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det	23%	63%	12%	3%
Jeg var usikker på om det var et avvik så jeg unnlot å registrere det	32%	54%	11%	3%
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen	66%	26%	5%	3%
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for meg	80%	14%	4%	2%
Avviket var lite og jeg så det som unødvendig å registrere det	24%	60%	11%	6%
Den type avvik er meldt mange ganger før så jeg lot det være	46%	38%	10%	7%
Jeg hadde ikke tror på at å registrere avviket ville ført til varige tiltak som gjør at det ikke hadde skjedd igjen	35%	41%	15%	11%

2.7. Revisors vurdering av om uønskede hendelser blir registrert i TQM

Våre undersøkelser viser at kommunen har tiltak som skal sikre at avvik blir registrert i TQM. I 2021 ble det registrert rundt 3000 avvik i TQM, hvorav omtrent halvparten defineres som avvik og den andre halvparten som uønsket hendelse. Omtrent 2/3-deler omhandler tjenestekvalitet.

Våre funn tyder på at mange avvik aldri blir registrert i TQM. Dette baserer vi blant annet på følgende:

- Mange ledere og ansatte vurderer at man har en dårlig kultur på å skrive avvik, vurderingene er svakest for virksomhetsområdet Sykehjem.
- Halvparten av avdelingslederne og en tredjedel av virksomhetslederne vurderer at færre enn 60 % av faktisk skjedd avvik blir registrert i TQM.

Gjennom spørreundersøkelsen har vi forsøkt å finne forklaringer på hvorfor avvik ikke blir registrert. De forklaringsvariablene som hyppigst går igjen blant de ansatte er at de ikke rakk å registrere og deretter glemte det, samt at avviket ble håndtert med en gang og at man da ikke så behov for å skrive det i TQM.

Det er stor variasjon i hvor mange avvik de ulike avdelingene registrerer. Dette kan skyldes forskjeller ved avdelingene. Spørreundersøkelsen indikerer imidlertid at det også er kulturforskjeller i hvordan ansatte opplever både terskel for når man skal registrere et avvik og viktigheten av å registrere avvik.

2.8. Registrere riktig i TQM

Revisjonskriterium:

Avvik og uønskede hendelser skal fylles ut korrekt i TQM

2.8.1. Riktig registrering -avvik vs. uønsket hendelse

Den som registrerer en hendelse, skal ta stilling til om det er et «avvik» eller en «uønsket hendelse».

Andelen uønskede hendelser vs avvik er relativt stabil, men det er en svak utvikling i retning av flere avvik og færre uønskede hendelser, se figur 7. Andelen avvik var på 51 % i 2022.

I TQM er alle nyregistreringer satt til uønsket hendelse som default. Dette innebærer at man må gjøre et aktivt valg for å endre registrering til et avvik.

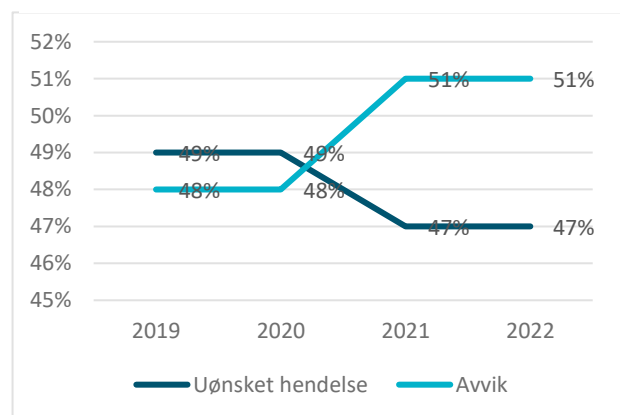
Vi har gjort noen stikkprøver på registreringer foretatt i perioden januar til april 2022 for å undersøke om det kan være feilregistreringer i dette tallmaterialet.

Ifølge kommunens rutiner er en uønsket hendelse «hendelser som oppstår til tross for at alle forskrifter og prosedyrer er fulgt». I rutinen står det at slike hendelser som oftest vil være knyttet til tjenestemottakere. Hendelsene kan skyldes at gjeldende rutiner eller forskrifter/ prosedyrer har forbedringspotensial, og skal derfor registreres.

Vi har sett følgende:

- Av 28 trusler fra brukere/pasienter er 3 registrert som avvik. I disse 3 tilfellene finner vi ikke beskrevet om det har forkommet brudd på lov, forskrift eller prosedyre/ instruks/rutine.

Figur 5 Andel avvik vs uønskede hendelser



- Seks tilfeller av trakassering fra brukere/pasienter er alle registrert som uønskede hendelser.
- Av 151 tilfeller som er registrert som vold fra bruker/pasient er 11 beskrevet som avvik. I 8 tilfeller finner vi det ikke beskrevet om det har forekommet brudd på lov, forskrift eller prosedyre/ instruks/rutine.

Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg har man hatt diskusjoner i ledergruppa på om utagerende adferd hos brukere/pasienter alltid skal være uønskede hendelser, men de har kommet fram til at dette må vurderes konkret fra sak til sak.

Normalt er hendelser knyttet til medikamenthåndtering avvik og ikke uønsket hendelse. Vi har sett følgende:

- Av 677 registreringer knyttet til medikamenthåndtering er 70 registrert som uønsket hendelse.

Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg kan det være grunner til å registrere en hendelse knyttet til medikamenthåndtering som uønsket hendelse og ikke et avvik.

2.8.2. Riktig registrering - alvorlighetsgrad

I TQM ser vi at de fleste avvik blir registrert med lav alvorlighet. Ifølge kommunalsjef er alle avvik satt som default på «lav». I tabell 15 ser man at andelen mellom de tre alvorlighetsgradene lav, middels og høy har vært relativt stabil i perioden 2019-2022. Rundt 10 % av alle uønskede hendelser blir registrert med høy alvorlighetsgrad. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om enkeltavvik er riktig registrert og har derfor ikke gjort stikkprøvekontroll på dette. Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg er det krevende å skulle lese ut av teksten i enkeltregistreringer om det er riktig vurdering av lav, middels og høy alvorlighetsgrad.

Tabell 15 Fordeling av hendelser på høy, middels og lav alvorlighet, 2019-2022

Alvorlighetsgrad	2019	2020	2022	2022
Høy	10 %	11 %	9 %	10 %
Middels	32 %	33 %	34 %	30 %
Lav	57 %	56 %	57 %	60 %

2.8.3. Revisors vurdering av riktig registrering

Basert på våre funn i dette kapittelet, og i avsnitt 2.4 og 2,5, vurderer vi at det er en risiko for at hendelser blir registrert feil i TQM. Dette vurderer vi på bakgrunn av følgende forhold:

- Det er ikke mulig å fange opp dersom den som registrerer informasjon glemmer/unnlater å gjøre endringer i defaultverdiene i registreringsbildet i TQM. Da kan defaultverdiene bli

stående med feil parametere. Defaultverdiene er satt til laveste alvorlighetsgrad og uønsket hendelse (i stedet for avvik).

- Hjelpedokumentene beskriver i liten grad forskjell på uønsket hendelse og avvik og inndelingen av alvorlighetsgrader er i liten grad konkretisert. Det er heller ikke laget eksempler som kan bistå den som skal registrere et avvik.
- I vår stikkprøvekontroll har vi sett flere eksempler på mulige feilregistreringer.

På denne bakgrunn vurderer vi at kommunen bør gjøre ytterligere tiltak for å sikre at hendelser ikke registreres feil.

3. Oppfølging av registrerte avvik

I hvilken grad blir registrerte avvik lukket?

3.1. Revisjonskriterier

Når kommunen har fanget opp avvik må dette følges opp. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 9 skal kommunen sørge for å

- rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Forskriften § 8 sier at kommunen også skal evaluere virksomhetens aktiviteter ved blant annet å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Ifølge Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, er kvalitetsforbedring en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Videre står det at prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere de tiltak som viser seg å være effektive.

Kommuneloven pålegger kommunedirektøren å rapportere årlig om internkontroll og resultatene av statlig styring, jf. § 25-2. Ifølge KS veileder for internkontroll er det opp til kommunen å avklare innhold og innretning på rapporteringen. En hensikt med rapporteringen er å sette kommunestyret i stand til å ivareta sitt ansvar for kommunens virksomhet i henhold til kommuneloven § 22-1. Kommunen bør ha systematisert dette arbeidet og ha etablert føringer for hvordan det skal rapporteres og hvor ofte.

På dette grunnlaget har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner som beskriver hvordan registrerte avvik skal lukkes**
- **De som er ansvarlige for å lukke avvik i TQM skal ha kunnskap om hvordan dette gjøres**
- **Iverksatte tiltak for lukking av avvik skal registreres i TQM**
- **Lukking av avvik skal skje innen gjeldende tidsfrist**

- Kommunen må ha tiltak som sikrer at avvik blir gjennomgått slik at lignede forhold kan forebygges

3.2. Rutiner for lukking av avvik

Revisjonskriterium:

Kommunen skal ha rutiner som beskriver hvordan registrerte avvik skal lukkes

3.2.1. Rutine for lukking av avvik

Kommunen har utarbeidet rutinen «*Hvordan behandle hendelser/lukke avvik i TQM*». Rutinen er tilgjengelig for alle i TQM. Det er lagt opp til en prosess hvor lukkeansvarlig skal gjøre følgende:

- Velge kategori for hendelsen (måleparameter som sier hva slags type hendelse det er)
- Beskrive tiltak under arkfanen «Tiltak». Det skal føres opp tiltakstype og kvitteres for fullført når tiltaket er gjennomført. Dersom det skal hentes inn vurderinger/uttalelser fra andre kan det også velges her. Dersom man må endre fristdato som følge av tiltaksgjennomføring kan man gjøre det.
- Lukke avvik under arkfanen «Lukking». Det står at det er valgfritt om man vil skrive tekst i tekstfeltet «Grunnlag for lukking».

I følge HR-rådgiver er det gitt muntlige signaler om at man istedet for å fylle ut tiltaksfeltet kan beskrive dette i tekstfeltet «*Grunnlag for lukking*»

Tidsfristen for lukking av avvik er i TQM satt til 30 dager, men dette er ikke beskrevet i rutinen.

Rutinen gir ingen føringer for/konkretisering av utforming av tiltak, om det er situasjoner hvor det er unødvendig etc.

I dokumentet «Hvordan melde en hendelse i TQM» står det at man skal beskrive strakstiltak i feltet «Strakstiltak».

3.2.2. Vurdering av rutiner for lukking av avvik

Kommunen har en rutine som beskriver hvordan lukkeansvarlig skal lukke et avvik. Vi vurderer at rutinen kunne informert om frist for lukking, og at det bør være samsvar mellom muntlige signaler fra HR og rutinenes krav til hvor tiltak skal beskrives.

3.3. Kompetanse til å lukke avvik

Revisjonskriterium:

De som er ansvarlige for å lukke avvik i TQM skal ha kunnskap om hvordan dette gjøres

3.3.1. Virksomhetsledere om opplæring

Vi har spurt virksomhetslederne om de har iverksatt opplæringstiltak for å sikre at avdelingslederne har tilstrekkelig kompetanse til å lukke avvik. Alle unntatt en svarer at det er gitt opplæring. Flere trekker også fram at det både gis ad hoc opplæring og at det er fokus på personlig veiledning ved behov. En virksomhetsleder skriver at man har gjennomgang av avvik og diskuterer forståelsen av avvik vs uønskede hendelser på alle ledermøter. En virksomhetsleder mener likevel at det kunne vært iverksatt flere opplæringstiltak for avdelingslederne. En annen mener man på avdelingsmøter oftere burde diskutere begrunnelsene for å lukke avvik.

3.3.2. Avdelingsledere om egen kompetanse

I vår spørreundersøkelsen har vi bedt avdelingsledere vurdere sin egen kompetanse i forhold til det å

- saksbehandle og lukke avvik
- flytte lukkefrist

Av svarene ser vi at et betydelig flertall mener at de har tilstrekkelig kompetanse i å saksbehandle og lukke avvik, se tabell 16. Avdelingsledere i Hjemmetjenester er mer trygge enn øvrige ledere.

Tabell 16 Avdelingslederens svar på hvor trygg de er på å saksbehandle og lukke avvik i TQM, N=45

	Lite trygg 1	2	3	4	5	Svært trygg 6
Total	0%	0%	7%	20%	38%	36%
Hjemmetjenester	0%	0%	6%	0%	44%	50%
Helsetjenester	0%	0%	8%	25%	25%	42%
Sykehjem	0%	0%	7%	40%	40%	13%

Avdelingslederne vurderer egen kompetanse for hvordan man flytter lukkefrist betydelig lavere, se tabell 17. Totalt svarer 44 % at de er mindre trygge (1-3 på en skala fra 1-6) på hvordan man flytter frister. Lavest score gis av avdelingsledere i Helsetjenester.

Tabell 17 Avdelingslederes svar på hvor trygg de er på å flytte lukkefrist i TQM, N=45

	Lite trygg 1	2	3	4	5	Svært trygg 6
Total	7%	24%	13%	24%	13%	18%
Hjemmetjenester	6%	28%	6%	33%	11%	17%
Helsetjenester	8%	17%	33%	25%	0%	17%
Sykehjem	7%	27%	7%	13%	27%	20%

3.3.3. Vurdering av kompetanse for å lukke avvik i TQM

Kommunen har iverksatt opplæringstiltak som skal sikre at avdelingslederne har tilstrekkelig kunnskap for å saksbehandle og lukke avvik. Avdelingslederne opplever å ha god kunnskap om mye innenfor avvikshåndteringen, men likevel sier omtrent halvparten at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan de kan flytte lukkefristen i TQM. Kommunen bør sørge for at alle avdelingslederne er godt kjent med hvordan dette gjøres. Våre undersøkelser viser dessuten at en av fire avdelingsledere i virksomhetsområde Sykehjem opplever å få lite støtte dersom de trenger bistand i lukking av avvik. Kommunen bør vurdere å styrke dette arbeidet.

3.4. Lukking og registrering i TQM

Iverksatte tiltak for lukking av avvik skal registreres i TQM

3.4.1. Stikkprøvekontroll av lukkede avvik

Ifølge kommunens rutiner skal man registrere iverksatte tiltak i TQM. Ifølge HR-rådgiver er det i praksis valgfritt om man skal fylle ut tiltak under arkfanen «tiltak» eller om man vil gjøre det i tekstfeltet «Grunnlag for lukking».

I vår stikkprøvekontroll har vi sett på 42 avvik som er lukket. I alle tilfellene er tiltak for lukking av avvik enten beskrevet i strakstiltak, tekstfeltet «Grunnlag for lukking» eller i tiltaksbeskrivelse. I noen tilfeller er aktiviteter/tiltak skrevet på flere av disse feltene. Vi har i blant annet sett:

- I 29 av 42 tilfeller er det beskrevet strakstiltak i felt for strakstiltak. Dette er fylt ut ved registrering av avviket. Mange av avvikene går på at det ikke er gitt renholdstjenester grunnet mangel på kapasitet.
- I 9 tilfeller er tiltaksfelt fylt ut (egen arkfane),
- I mange tilfeller er tekstfeltet «Grunnlag for lukking» fylt ut. Vi har ikke tallfestet dette.
- Noen avvik som registreres krever strakstiltak, som for eksempel dersom man ser at en pasient ikke har fått medisin til rett tidspunkt. I slike tilfeller ser vi at det er beskrevet hva som ble gjort for å korrigere dette. Vi har ikke sett åpenbare mangler på slike beskrivelser.

- I avvik knyttet til medikamenthåndtering har vi sett at lukkeansvarlig beskriver tiltak, eksempelvis at man vil ta det opp med den ansvarlige for feilen, eventuelt at man vil ta ny gjennomgang av rutiner, gjennomføre ny opplæring etc. som følge av hendelsen.

3.4.2. Svar fra virksomhetsledere i spørreundersøkelsen

Vi har spurt virksomhetslederne i hvor stor grad de går inn i TQM for å følge opp at avvik blir håndtert. Her svarer 4 av 11 at de gjør det i stor/svært stor grad. 7 av 11 svarer at dette gjøres i noen grad.

Alle virksomhetslederne svarer at de er involvert i avdelingsledernes håndtering av avvik. De fleste svarer at de blir involvert i avvik som er vanskelig å lukke eller hvor det dukker opp spesielle utfordringer. Dette gjøres dels faste møter, dels mer uformelt etter henvendelse fra avdelingsleder. Tre går også regelmessig inn i TQM og tar ut avviksrapporter eller leser gjennom alle avvik både i forbindelse med registrering og ved lukkefristen.

Virksomhetslederne svarer at følgende er de største utfordringene med å sikre at avvik blir fulgt opp og lukket på en forsvarlig måte:

- 5 svarer – Når eksterne er involvert og man er avhengig av saksbehandling der
- 2 svarer – Tidspress hos avdelingsledere kan gi lav prioritet på avviksarbeidet
- 2 svarer – Sykefravær eller ferie kan skape forsinkelser
- 1 svarer – Mange i små stillingsstørrelser kan gi lav kompetanse på avviksområdet
- 1 svarer – For korte tidsfrister kan kollidere med ønske å drøfte avvik på personalmøter før lukking

3.4.3. Revisors vurdering av lukking og registrering av TQM

Vi vurderer at kommunen har flere tiltak som skal sikre at lukking av avvik registreres i TQM. Vi vurderer likevel at kommunens rutiner på hvor informasjon om tiltak skal registreres i TQM er noe utydelig. Det kan føre til at i utgangspunktet lik informasjon risikerer å bli registrert på ulike steder.

Vi har ikke sett på hvorvidt beskrevet tiltak er relevant eller hvorvidt det burde vært gjort andre typer tiltak i tillegg til de som er ført opp.

3.5. Lukking av avvik innenfor tidsfrist

Revisjonskriterium:

Lukking av avvik skal skje innen gjeldende tidsfrist

3.5.1. Etablert tidsfrist

Det er viktig at avvik som blir registrert blir fulgt opp med tiltak som gjør at avviket blir lukket. Vi har i avsnitt 3.3.2 sett at 44 % av avdelingslederne synes det er vanskelig å flytte lukkefristen.

Kommunen har satt lukkefristen i TQM til 30 dager, men det er mulig å flytte dato til et senere tidspunkt, om det skulle være behov for det. Dersom et avvik ikke blir lukket innen tidsfristen blir

avviket merket rødt. Den som står som ansvarlig for å lukke avviket vil da også få påminnelse per e-post om å lukke avviket.

I TQM er det ikke mulig å ta ut statistikk på lukkede avvik som før lukking ikke overholdt lukkefristen. For å danne oss et bilde av håndteringen av lukkefristen har vi derfor tatt utgangspunkt i avvik som er åpne.

For 2021 fant vi, per 04.05.22, 21 åpne avvik. Ingen av disse hadde fått endret lukkefrist. Avvikene er i hovedsak knyttet til en avdeling. Ifølge HR-rådgiver har de hatt kontakt med avdelingsleder om dette. Fristbruddene skyldes i stor grad knapphet på ressurser/sykefravær og mindre grad kompetanse.

For perioden januar - april 2022 har vi sett på de ni avdelingene med flest åpne avvik (mellom 3 og 16). Til sammen er det registrert 62 åpne avvik, hvorav 19 skulle vært lukket. Enkelte av de 19 fremstår som relativt alvorlige, eksempelvis

- glemt smertemedisiner foregående dag
- glemt å skifte smerteplaster foregående dag

I vår stikkprøvekontroll av 45 tilfeldige hendelser fra 2022, fant vi tre avvik som ikke var lukket innen tidsfristen. I et av tilfellene var det redegjort for igangsatte tiltak og det fremstår riktig å ikke lukke avviket (i påvente av gjennomføring og evaluering? av tiltak).

Vi har spurt avdelingslederne hvor ofte det skjer at de ikke lukker avvik innen opprinnelig tidsfrist. 82 % svarer at det har skjedd flere ganger, se tabell 18. 28 % svarer at det har skjedd ganske ofte/veldig ofte.

Tabell 18 Avdelingslederes svar på hvor ofte det skjer at de ikke lukker avvik innen opprinnelig tidsfrist, N=45

	Skjer aldri	Har skjedd noen ganger	Skjer ganske ofte	Skjer veldig ofte
Total	18%	55%	23%	5%
Hjemmetjenester	18%	71%	12%	0%
Helsetjenester	25%	25%	42%	8%
Sykehjem	13%	60%	20%	7%

Av de som svarer positivt på foregående spørsmål er det et klart flertall som ikke justerer lukkefristen, se tabell 19. I Hjemmetjenester og Helsetjenester svarer 8 av 10 at de ikke justerer fristen når det blir fristbrudd.

Tabell 19 Avdelingslederes svar på om de flytter tidsfristen i TQM når man ikke rekker opprinnelig tidsfrist, N=36

	Ja, alltid	Som regel	Noen ganger	Nei
Total	3%	11%	19%	67%
Hjemmetjenester	7%	7%	7%	79%
Helsetjenester	0%	0%	22%	78%
Sykehjem	0%	23%	31%	46%

3.5.2. Vurdering av lukking innen tidsfrist

Vi har ikke full oversikt over kommunens overholdelse av lukking innen tidsfristen, men våre funn indikerer at fristoverskridelser skjer mer enn unntaksvis. I vår spørreundersøkelse svarer 8 av 10 avdelingsledere at dette er noe som skjer noen ganger eller oftere. I de fleste tilfeller justeres da ikke tidsfristen. Disse funnene forsterker det vi fant i avsnitt 3.3.2, der nesten halvparten av avdelingsledere vurderte seg som mindre trygge på å endre lukkefristen i TQM.

3.6. Avvikshåndtering som del av kommunen forbedringsarbeid

Revisjonskriterium:

Kommunen må ha tiltak som sikrer at avvik blir gjennomgått slik at lignede forhold kan forebygges

Avvikshåndtering handler ikke bare om å lukke et enkeltstående avvik, men om å lære av feil – slik at risiko for nye avvik blir lavere. Avvikshåndtering er derfor en viktig del av kommunens forbedringsarbeid. Vi vil her undersøke om kommunen har rutiner og praksis for dette og hva slags erfaringer og vurderinger ansatte og ledere gjør seg. Vi har også sett på hva slags rapporteringsrutiner kommunen har og hvorvidt de følges opp av administrasjonen.

3.6.1. Tiltak i kommunen

Rutiner

I kommunens prosedyre for uønskede hendelser og avvik står det at leder skal vurdere om hendelsen har nytte- og læringsverdi for andre områder i virksomheten. Hendelsen med tilhørende godkjent tiltak skal kommuniseres ut til ansatte. Det er ikke angitt nærmere hvordan dette arbeidet skal gjøres.

Tilbakemelding fra kommunalsjef for Helse og omsorg

Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg har man ukentlig et kvalitetsråd hvor både ledere og kvalitetssykepleiere kan spille inn saker som er relatert til forbedringsarbeid. Ifølge kommunalsjefen blir ofte enkeltavvik som ledere oppfatter som sentrale for andre enheter tatt opp i disse møtene. Det skrives referater fra møtene.

Rapportering på avvik

Avvik og uønskede hendelser registrert i Helse og omsorg blir rapportert to veier. HMS-avvik blir rapportert til VAMU og brudd på tjenestelovgivningen blir rapportert til utvalg for Helse og omsorg.

Rapportering til Virksomhets AMU (VAMU)

I prosedyre for uønskede hendelser og avvik står det følgende:

«Stedlig verneombud skal bistå i saksbehandlingen av HMS-registreringer og påse at hendelsesregistreringene med tilhørende tiltak blir behandlet i virksomhetens arbeidsmiljøutvalg (VAMU), som er endelig godkjenningssinstans».

Alle virksomhetslederne opplyser at de rapporterer avvik til VAMU. De fleste rapporterer kun på HMS-avvik, men noen inkluderer også tjenesteavvik. Dette bekreftes av kommunalsjef for Helse og omsorg. 9 virksomhetsledere anslår hvor ofte dette gjøres; Hyppighet varierer fra 4 til 12 ganger i året (de fleste oppgir 12 ganger i året). Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg blir også tjenesteavvik rapportert til noen VAMU, men praksis her er ulik for de ulike utvalgene. Kommunalsjefen opplyser at det følger av kommunens overordnede prosedyrer at det skal rapporteres minimum kvartalsvis til VAMU.

Rapportering til utvalg for Helse og omsorg

Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg rapporterer de årlig på hendelser og tjenesteavvik til politisk utvalg for Helse og omsorg. Dette skjer i begynnelsen av hvert år. Vi har sett på rapporteringen som er gjort for 2020 og 2021. Rapporteringene gir blant annet en oversikt over omfang av avvik, type avvik og endringer de siste årene.

3.6.2. Tilbakemelding fra virksomhetsledere

Vi har spurt de 11 virksomhetslederne hvordan de følger opp avdelingslederne når det gjelder avvikshåndtering (ikke enkeltsaker):

- 6 svarer at oppfølging skjer jevnlig, i faste rammer
- 4 svarer at oppfølging skjer sporadisk etter behov
- 1 svarer at oppfølging skjer i liten grad, da avdelingslederne håndterer dette selv

Vi har også spurt hvor ofte man i virksomhetsledermøter drøfter avvik som blir løftet opp fra avdelingsnivå. Alle 11 svarer at de minimum følger opp avvik flere ganger i året, seks av de følger opp månedlig eller oftere og fem følger opp ukentlig.

Vi har spurt virksomhetslederne om de mener at er flinke nok til å iverksette tiltak på tvers av avdelinger når det er nødvendig. Her svarer alle at de har fokus på dette og at det gjennomføres. Eksempelvis skriver en at

avvik er fast sak på hvert avdelingsledermøte hver uke. Vi drøfter tiltak og hva som kan gjøres både i avdelingen og på tvers.

Flere trekker også fram at man har fokus på å iverksette tiltak på tvers av avdelinger dersom det er relevant.

3.6.3. Tilbakemelding fra avdelingsledere

Vi har spurt avdelingslederne hvor godt håndtering av avvik er integrert i kvalitetsarbeidet. På spørsmål om i hvilken grad de informerer virksomhetsledere om avvik som kan være av betydning for andre avdelinger, svarer de fleste at dette gjøres i stor grad, se tabell 20. 13 % svarer imidlertid at dette gjøres i mindre grad (svar 1-3 på en skala 1-6). Avdelingsledere i Hjemmetjenesten har en større andel som svarer negativt enn avdelingsledere i øvrige virksomhetsområder.

Tabell 20 Avdelingslederes svar på i hvilken grad de informerer virksomhetsleder om avvik som kan være av betydning for andre avdelinger, N=45

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	2%	4%	7%	20%	24%	42%	4,9
Hjemmetjenester	6%	0%	11%	11%	33%	39%	4,8
Helsetjenester	0%	8%	0%	25%	17%	50%	5
Sykehjem	0%	7%	7%	27%	20%	40%	4,8

Vi har spurt avdelingsledere om i hvilken grad ledergruppa (under virksomhetsleder) drøfter avvik og avvikshåndtering systematisk, se tabell 21. 3 av 4 svarer at dette gjøres i stor grad, mens 1 av fire svarer at dette gjøres i mindre grad (svar 1-3 på en skal 1-6). Avdelingsledere i Hjemmetjenester har også her en større andel avdelingsledere som svarer negativt.

Tabell 21 Avdelingslederes svar på spørsmål om i hvilken grad ledergruppa (under virksomhetsleder) drøfter avvik og avvikshåndtering systematisk, N=45

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	2%	7%	18%	24%	24%	24%	4,4
Hjemmetjenester	0%	6%	28%	11%	39%	17%	4,3
Helsetjenester	8%	0%	8%	33%	17%	33%	4,5
Sykehjem	0%	13%	13%	33%	13%	27%	4,3

Vi har også spurt avdelingsledere om i hvilken grad de mener oppfølging av registrerte avvik fører til reelle tiltak som hindrer at tilsvarende hendelser skjer igjen, se tabell 22. Også her svarer et flertall (82 %) at dette skjer i større grad. De resterende 18 % har mindre tro på at oppfølgingen hindrer tilsvarende hendelser i å skje igjen. Mest negative er avdelingsledere på Sykehjem. Her svarer 27 % at de har mindre tro på at oppfølging av avvik kan hindre at tilsvarende hendelser skjer igjen.

Tabell 22 Avdelingslederes svar på i hvilken grad de mener oppfølging av registrerte avvik fører til reelle tiltak som hindrer at tilsvarende hendelser skjer, N=45

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	0%	0%	18%	38%	31%	13%	4,4
Hjemmetjenester	0%	0%	11%	39%	39%	11%	4,5
Helsetjenester	0%	0%	17%	25%	33%	25%	4,7
Sykehjem	0%	0%	27%	47%	20%	7%	4,1

3.6.4. Tilbakemelding fra ansatte

Vi har spurt de ansatte om hvordan de opplever oppfølging av avvik på avdelingen og hvorvidt dette skjer som en del av arbeidet med kvalitetsforbedring.

En påstand de tok stilling til var hvorvidt de opplever at avdelingsleder tar initiativ til å drøfte avvikshåndtering på interne møtearenaer. Her svarer 53 % negativt (svar 1-3 på en skala 1-6), se tabell 23. Dårligst vurdering gir ansatte ved Sykehjem hvor 63 % svarer negativt.

Tabell 23 Ansattes vurdering av hvorvidt avdelingsleder tar initiativ til å drøfte avvikshåndtering på interne møtearenaer, N=553

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	18%	15%	20%	18%	16%	12%	3,3
Hjemmetjenester	16%	14%	19%	19%	17%	15%	3,5
Helsetjenester	14%	16%	21%	21%	15%	12%	3,4
Sykehjem	28%	15%	20%	13%	17%	7%	3

En annen påstand de ansatte tok stilling til var hvorvidt leder jevnlig går gjennom registrerte avvik på fellesmøter på arbeidsplassen, se tabell 24. Her svarer 2/3-deler at dette i mindre grad gjøres. Også her svarer de ansatte på Sykehjem minst bekreftende på at dette gjøres.

Tabell 24 Ansattes vurdering av om man jevnlig går gjennom registrerte avvik på fellesmøter på arbeidsplassen, N=551

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	31%	18%	17%	12%	11%	11%	2,9
Hjemmetjenester	33%	15%	15%	12%	9%	16%	3
Helsetjenester	25%	18%	20%	12%	13%	11%	3
Sykehjem	37%	21%	15%	13%	8%	6%	2,5

De ansatte er delt i spørsmålet om leder følger opp registrerte avvik på en forsvarlig måte. Her svarer 57% positivt (svar 4-6 på en skala 1-6), mens de øvrige 43 % svarer negativt, se tabell 25. Ansatte på Sykehjem vurderer i mindre grad enn andre ansatte at registrerte avvik blir fulgt opp på en forsvarlig måte.

Tabell 25 Ansattes svar på hvorvidt de opplever at registrerte avvik blir fulgt opp på en forsvarlig måte av leder, N=550

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6	Gjennomsnitt
Total	11%	13%	19%	16%	20%	21%	3,8
Hjemmetjenester	10%	15%	20%	15%	15%	25%	3,9
Helsetjenester	9%	10%	17%	18%	24%	22%	4,1
Sykehjem	16%	17%	22%	14%	18%	13%	3,4

3.6.5. Avvik med store utfordringer

Virksomhetslederens beskrivelser

I vår spørreundersøkelse svarer 7 av 11 virksomhetsledere at de opplever størst utfordring med å hindre feil i legemiddelhåndtering. Det blir pekt på bakenforliggende årsaker som at mange jobber i små stillinger/jobber i vikariater og at det kreves stor konsentrasjon for å sikre at man ikke gjør feil. Virksomhetslederne trekker fram følgende grep for å redusere avvik innen legemiddelhåndtering:

- Mer opplæring, økt ressurstilgang
- Analyse av avvik på medikamenthåndtering sammen med ansvarlige på medikamenthåndtering
- Bruke elektroniske medisindispensere.
- Sikre mer ro og bevissthet rundt medikamenthåndtering, hindre avbrytelser.

Avdelingslederes beskrivelser

34 av 45 avdelingsledere har beskrevet hva slags type avvik de opplever størst utfordring med å hindre at skjer. Noen har beskrevet flere typer, mens enkelte andre har beskrevet andre forhold. En del av de har også beskrevet hva som kan være årsak for å redusere avvikstypen. Vi fikk følgende svar:

- 17 avdelingsledere trekker frem medikamenthåndtering. Det pekes på at dette er krevende oppgaver som krever ro i situasjonen og tilstrekkelig kunnskap. Ofte er dette noe som mangler da tempoet er høyt, det er høy bruk av vikarer og for noen er språket en barriere.
- 10 avdelingsledere oppga utagerende brukere/pasienter hvor andre bruker/pasienter og ansatte blir forulempet.
- Andre avvik som beskrives er mer generelle som tjenesteavvik, menneskelig feil og byggetekniske forhold hvor det kreves tiltak fra andre.

Avdelingslederne trekker frem følgende mulige tiltak for å redusere avvikene:

- Mer personell
- Mer opplæring, eksempelvis digitale kurs som tas årlig
- Økt fokus på kommunikasjon, snakke om avvik på arbeidsplassen
- Klarere ansvarsfordeling på arbeidsplassen
- Gjennomføre flere risikovurderinger
- Vurdere mindre avdelinger med færre ansatte
- Bedre fysisk plass og eget medisinerom
- At avvik av typen utagerende adferd også behandles i VAMU
- Følge tett opp ansatte som har mye avvik
- Gjøre det enklere for ansvarsvakt å fange opp om noe er glemt utført

3.6.6. Revisors vurdering av avvikshåndtering som del av forbedringsarbeid

I sine prosedyrer for uønskede hendelser har kommunen gitt noen føringer som kan bidra til at avvikshåndtering inngår i kommunens forbedringsarbeid. Vi vurderer imidlertid at temaet i større grad kunne ha vært konkretisert for lederne som skal følge opp dette. Tilbakemeldingene vi har fått fra både ansatte og ledere tyder også på at kommunen bør styrke dette arbeidet.

Svar fra ledere gir i stor grad et positivt bilde av at man jobber med avvikshåndtering på et overordnet nivå og at enkeltsaker blir løftet opp dersom det er behov. Samtidig gir noen svar fra avdelingslederne grunn til bekymring:

- 13 % av avdelingslederne svarer at de i mindre grad informerer virksomhetsledere om avvik som kan være av betydning for andre avdelinger.
- 18 % av avdelingslederne mener at oppfølging av registrerte avvik i mindre grad fører til reelle tiltak som hindrer at tilsvarende avvik skjer.

De ansatte er mer kritiske enn sine ledere:

- Mer enn halvparten mener at avdelingsleder i mindre grad tar initiativ til å drøfte avvikshåndtering på interne møtearenaer og at man ikke gjennomgår registrerte avvik på fellesmøter på arbeidsplassen.
- 43 % svarer at avdelingsledere i mindre grad følger opp registrerte avvik på en forsvarlig måte.

Selv om svarprosenten fra ansatte er lav (45 %), mener vi at den høye andelen med negative tilbakemeldinger gir grunnlag for å anbefale kommunen å styrke hvordan avviksarbeidet inngår i kommunens forbedringsarbeid.

Både virksomhetsledere og avdelingsledere opplever størst utfordring med å hindre feil i legemiddelhåndtering. Mulige tiltak de vurderer er blant annet:

- Mer opplæring, økt ressurstilgang, vurdere mindre avdelinger
- Analyse av avvik som skjer på områder og tett oppfølging av ansatte med mange avvik
- Bruke elektroniske medisindispensere
- Bedre plass på medisinerom, mer ro ved utdeling av medisiner
- Klarere ansvarsfordeling, bedre forhold for ansvarsvakt og økt fokus på kommunikasjon

4. Konklusjoner og anbefalinger

4.1. Konklusjoner

Har kommunen etablert et forsvarlig avvikssystem og lagt til rette for bruk av det?

Vi har sett at kommunen har etablert et forsvarlig avvikssystem som er egnet til å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser (avvik). Kommunen gjør systematiske vurderinger av om avvikssystemet fyller formålet, men våre undersøkelser tyder blant annet på at kommunen ikke har klart å fange opp manglende registreringer i et relativt stort omfang.

Kommunen har etablert flere tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet, men det er i mindre grad etablert styringstiltak på dette området. Svar fra spørreundersøkelsene viser at både avdelingsledere og ansatte vurderer at egen kompetanse om avvik og avviksregistrering burde vært høyere. Eksempelvis svarer 4 av 10 avdelingsledere at de ansatte har fått mangelfull opplæring og at har mangelfull kunnskap om hvordan avvik skal registreres. Kunnskapsmangelen synes å være størst blant ansatte på virksomhetsområde Sykehjem.

Våre funn tyder på at mange avvik aldri blir registrert i TQM. Dette baserer vi på følgende:

- Mange ledere og ansatte vurderer at de har en dårlig kultur på å skrive avvik, vurderingene er svakest for virksomhetsområdet Sykehjem.
- Halvparten av avdelingslederne og en tredjedel av virksomhetslederne vurderer at færre enn 60 % av faktiske avvik blir registrert i TQM.

Gjennom spørreundersøkelsen har vi forsøkt å finne forklaringer på hvorfor avvik ikke blir registrert. De forklaringsvariablene som går igjen blant de ansatte er at de ikke rakk å registrere og deretter glemte det, samt at avviket ble håndtert med en gang og at man da ikke så behov for å skrive det i TQM.

Det er stor variasjon i hvor mange avvik de ulike avdelingene registrerer. Dette kan skyldes forskjeller ved avdelingene. Spørreundersøkelsen indikerer imidlertid at det også er kulturforskjeller i hvordan ansatte opplever både terskel for når man skal registrere et avvik og viktigheten av å registrere avvik.

I saksbehandlingssystemet er defaultverdiene satt på laveste nivå og det er ikke mulig å fange opp dersom den som registrerer informasjon glemmer/utelater å gjøre endringer her. Vi vurderer at kommunen bør gjøre tiltak som reduserer risikoen for at avvik registreres feil og med for lav alvorlighetsgrad i TQM.

I hvilken grad blir registrerte avvik lukket?

Vi har sett at kommunen har rutiner som beskriver hvordan avvik skal lukkes. De som er ansvarlige for å lukke avvik opplever å ha tilstrekkelig kunnskap. I stor grad blir det beskrevet tiltak knyttet til lukkingen.

Vi har imidlertid sett noen forbedringsområder:

- Rutinene beskriver ikke lukkefrist
- Det er ikke samsvar mellom muntlige signaler fra HR og krav i rutinene til tiltaksbeskrivelse.
- Omtrent halvparten av avdelingslederne er usikre på hvordan man flytter lukkefristen i TQM.
- En del avvik blir ikke lukket innen tidsfristen på 30 dager, uten at lukkefristen justeres i TQM.

Kommunen har tiltak som skal sikre at avvik blir gjennomgått slik at lignende forhold som avviket gjaldt kan forebygges. Tilbakemeldingene vi har fått fra både ansatte og ledere tyder likevel på at kommunen har potensial til å styrke dette arbeidet. Blant annet svarer mer enn halvparten av de ansatte at de ønsker avdelingsledere i større grad drøfter oppfølging av avvik på fellesmøter. 13 % av avdelingslederne svarer at de i mindre grad informerer virksomhetsledere om avvik som kan være av betydning for andre avdelinger. Kommunen bør ha fokus på at oppfølging og lukking av avvik oppleves som nyttig for ansatte som risikerer å gjenta tidligere feil.

4.2. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- vurdere ytterligere, systematiske tiltak for å sikre at svakheter ved avvikssystemet fanges opp
- tydeliggjøre avviksrutinene og sikre at de er i samsvar med ønsket praksis
- iverksette tiltak for å sikre at både ledere og øvrige ansatte har tilstrekkelig kunnskap om registrering og lukking av avvik, herunder vurdere om opplæringen i større grad skal formaliseres.
- vurdere holdningsskapende tiltak for å bedre praksis for avviksregistrering
- vurdere ytterligere tiltak for å sikre at forhold som det meldes avvik på ikke gjentas
- vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelser, herunder forbedringsforslag fra ansatte og ledere

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon

Forskrift 15. juni 2004 nr. 905 om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.

Lov 17. juni 2005 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Offentlige dokument

Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)

Helsedirektoratet 2017

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse



Porsgrunn kommune
Rådmannen

Vestfold og Telemark revisjon IKS
Postboks 2805
3702 SKIEN

Unntatt offentlighet ihht §
Offl § 5

Deres ref.
3806 405

Vår ref.
22/11973-2

Dato
30.08.2022

Høring - forvaltningsrevisjonsrapport om avvikshåndtering i Helse og omsorg

Det vises til oversendt utkast til rapport om avvikshåndtering i helse- og omsorg. Rådmann vil først takke for samarbeidet i forbindelse med revisjonen, og at det her pekes på områder som kan danne grunnlag for videre kvalitetsarbeid og internkontroll i kommunen.

Rådmann har fått anledning til å kommentere gjennomført forvaltningsrevisjon og vil først gi noen generelle kommentarer:

- I revisjonskriteriene er det valgt ut fem områder som, i tillegg til å omhandle helse- og omsorgstjenestene, kan benyttes videre i arbeidet med systematisk internkontroll og kvalitetsarbeid på tvers av kommunalområder.
- Rapportering av avvik (brudd på lov og forskrift, prosedyrer og retningslinjer) og uønskede hendelser er en viktig del av forbedringsarbeidet. I tillegg vil tilsyn, brukerundersøkelser og sammenligninger med andre bidra til å få et grunnlag for tiltak.
- Rådmann registrerer at ansatte mener at egen kompetanse om avvik og avviksregistrering burde vært høyere. Dette er et forbedringsområde som er svært aktuelt å konsentrere seg om i videre arbeid. Det bør likevel nevnes at en årsak til dette kan være at det generelt i kommunen har vært nødvendig å nedprioritere opplæring under pandemien.
- Ansatte har selv opplyst at det er underrapportering av avvik. Det er vanskelig å være sikker på hvor stor andel av avvikene som ikke blir registrert, men uavhengig av dette er det svært viktig å ta opp igjen eller forsterke arbeidet med meldekultur i de ulike virksomhetene. Rådmann vil i tillegg presisere at det i dialog med ledere i virksomhetene blir bekreftet at avvik eller hendelser med høy alvorlighetsgrad raskt blir rapportert, for raskt å kunne gå inn med tiltak. Rådmann har ukentlig gjennomgang av avvik og hendelser med høy alvorlighetsgrad eller avvik til læring på tvers av kommunalområdene, i sitt ledermøte.

Det er videre ønskelig å kommentere eller utdype noen av faktaene i rapporten:

2.3.2. Systematiske vurderinger i helse og omsorg:

Det er viktig å ta med at kvalitetsråd, med samme deltakere som i kommunalsjefens ledermøter, i tillegg har et arbeidsutvalg som med ressurspersoner på tvers av virksomhetene. Oppgaven til arbeidsutvalget

Postadresse
Porsgrunn kommune
Postboks 128
3901 Porsgrunn

Besøksadresse
Rådhuset
3915 PORSGRUNN
www.porsgrunn.kommune.no

Telefon: +47 35 54 70 00
Epost: postmottak@porsgrunn.kommune.no

Bankgiro:
Org.nr.: 939991034

er både å følge opp med nye prosedyrer som skal prioriteres etter risikovurderinger og å gjennomføre planlagte revisjoner.

2.4.1. Rutinebeskrivelser

I rapporten er det referert til at det er gitt muntlige signaler om at ansatte som er usikre på hvordan de registrerer hendelsstype og alvorlighetsgrad kan la feltene stå åpne. Rådmann vil presisere at dette er et signal som er gitt for at usikkerhet om kategorisering ikke skal bli et hinder mot å rapportere.

Ved ytterligere spørsmål eller klargjøringer er vi tilgjengelig for dette!

Med hilsen

Rose-Marie Christiansen
rådmann

Brevet er godkjent elektronisk.

Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev 02.12.21. Oppstartsmøte ble holdt 31.01.22 med kommunalsjef for Helse og omsorg og rådgiver i HR til stede.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskriving har foregått i perioden februar 2022 til juni 2022.

For å undersøke problemsstillingene har vi gjennomgått rutiner og systemer for avvikshåndtering og sett på ulike dokumenter som beskriver kommunens praksis.

Dokumentgjennomgang

Vi har sett på kommunens dokumenter som beskriver hvilke roller ansatte og ledere har i TQM, hvordan avvik skal registreres og hvordan de skal følges opp. Vi har også sett på ulike støttedokument som for eksempel hvordan definering av alvorlighetsgrad på avvik og hvordan avvik skilles fra hendelse. Vi har også sett gjennom kommunens årlige rapportering på avvik sendt Helse og omsorgsutvalget.

Intervjuer

Vi har intervjuet kommunalsjef for Helse og omsorg og rådgiver for HR i flere omganger, da de både har spisskompetanse på avvikshåndtering og har det overordnede ansvaret for at avvik fanges opp og håndteres på rette måte. All informasjon som blir brukt fra intervjuene er verifisert av intervjuobjektene.

Spørreundersøkelser

Vi har gjennomført tre spørreundersøkelser, til virksomhetsledere, avdelingsledere og ansatte.

- I undersøkelsen som gikk til virksomhetslederne svarte alle 11 virksomhetslederne på undersøkelsen. Alle svarte anonymt.
- I undersøkelsen som gikk til avdelingslederne svarte 45 av totalt 56 ledere. Dette gir en svarprosent på 80, noe vi vurderer som tilfredsstillende.

- I undersøkelsen som gikk til ansatte svarte 561 av totalt 1251 ansatte. Dette gir en svarprosent på 45. Vi vurderer likevel at svarprosenten er tilstrekkelig høy for å gi indikasjoner om bruken av avvikssystemet. Vi finner ikke grunn til å tro at det er systematiske skjevheter mellom de som har svart og de som ikke har svart. Vi vurderer derfor informasjonen fra undersøkelsen til å være gyldig.

Stikkprøvekontroll

Vi har fått tilgang til TQM og opplæring av HR for bruk av datamaterialet. Vi har hentet ut statistikk som gir aggregert statistikk for registrering og lukking av avvik. Vi har også foretatt stikkprøvekontroller hvor vi har åpnet enkeltregistreringer og gjort vurderinger av om de er registrert i henhold til rutinene. Det samme har vi gjort for lukking av avvik. Stikkprøvene er hovedsak gjort for registreringer i 2022, men noe er også hentet fra 2021.

Undersøkelsen bygger på data innhentet ved hjelp av flere metoder og fra ulike datakilder, jf. beskrivelsene ovenfor. Vi har omtalt usikkerheten knyttet til en av spørreundersøkelsene. Denne informasjonen er supplert med informasjon fra intervju og dokumentasjon, og vi har tatt hensyn til de begrensninger som ligger i datagrunnlaget i analysen og vurderingene. Vi mener derfor at de innsamlede dataene er tilstrekkelig relevante og pålitelige som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Dette er knyttet til intervjuer og spørreundersøkelser. I vår stikkprøvekontroll i TQM har vi observert personopplysninger. Ingen av disse er imidlertid hentet ut og nedtegnet andre steder.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.⁸

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.⁹ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

⁸ God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

⁹ ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester



På vakt for fellesskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 33 07 13 00

E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no