

● **Konsernrevisjonen**
● **Rapport 11/2020**

● **Varsling – system for å håndtere varsler om**
● **kritikkverdige forhold**

● **Sykehuset Innlandet HF**

● 18. desember 2020



Introduksjon

Varsling i arbeidslivet er at en arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass. For å kunne forebygge, avdekke og håndtere kritikkverdige forhold må helseforetaket ha etablert en god varslingsordning. Ordningen må gi trygghet for å kunne varsle. Undersøkelser indikerer at halvparten av alle arbeidstakere som opplever kritikkverdige forhold velger å ikke varsle. En av fire som varsler opplever negative reaksjoner etter å ha varslet.

Målet for revisjonen har vært å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

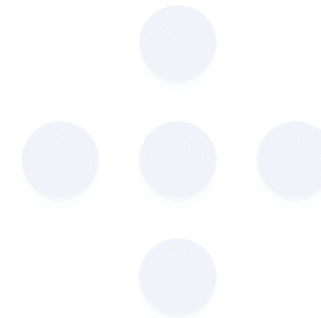
For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

- Har helseforetaket lagt til rette for en god håndtering av kritikkverdige forhold i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling?
- Har helseforetaket lagt til rette for en varslingsprosess som ivaretar de berørte i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling?
- Har helseforetaket etablert en varslingsordning med en hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver som sikrer nødvendig kompetanse ved håndtering av varsling?
- Har helseforetaket utarbeidet varslingsrutiner tilpasset virksomheten og som beskriver en formålstjenlig varslingsprosess?

Revisjonen er gjennomført ved Sykehuset Innlandet HF i tidsrommet oktober - desember 2020.

Innhold

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
2. Kontekst	8
3. Tilnærming og omfang	9
4. Forankre og formidle varsling som verdi	12
5. Skriftlige varslingsrutiner - roller og ansvar	18
6. Fra varslingsmottak til kompetansesenter	27
7. Modenhetsvurdering	31
Vedlegg 1	35
Vedlegg 2	36
Vedlegg 3	38
Vedlegg 4	39



1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Mer forutsigbarhet og åpenhet om varslingsordningen vil øke verdien for helseforetaket

Varslingsordningen skal bidra til å skape trygghet slik at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Ved å se på varslingsklima som en verdi skal helseforetaket legge til rette for et godt ytringsklima på arbeidsplassen, utarbeide rutiner for varslings og undersøke og følge opp varselet innen rimelig tid. Helseforetaket har også ansvar for å verne varslernes identitet, og sørge for at den som varsler og den/de det varsles om har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Den som varsler skal ikke bli utsatt for gjengjeldelse.

Sykehuset Innlandet HF har etablert en varslingsordning og utarbeidet skriftlig rutine for varslings. Informasjon om varslings er lett synlig på intranett med egen «varslingsmeny». Opplæringen i helseforetaket gir en god innføring i varslings og helseforetakets interne varslingsrutiner. Helseforetaket synes å ta tak i ytringer om påståtte kritikkverdige forhold innen rimelig tid, og håndtere sakene på lavest mulig nivå.

En oversikt utarbeidet i anledning revisjonen viser at det i perioden 2018 til medio oktober 2020 er registrert 17 varslingsaker i helseforetaket. Sakene er i hovedsak knyttet til arbeidsbelastning, omstillingsprosesser, myndighetsmisbruk og trakassering. Blant flere av de intervjuede er det undring og bekymring over at det ikke er registrert flere saker, gitt størrelsen på helseforetaket og den iboende risikoen, spesielt knyttet til seksuell trakassering. Revisjonen viser at mange er usikre på «hva det skal varsles om» og «hva er et varsel».

Det er en generell oppfatning blant de intervjuede at de ansatte har tillit til at et varsel vil bli håndtert på en profesjonell måte. Samtidig er det blant flere en oppfatning av en høy terskel for å varsle. Flere opplever at det er stor respekt for «varselet», og at det er en grad av frykt for at ytringer om

kritikkverdige forhold skal bli et varsel. En lite opplyst varslingsordning vil for eksempel kunne medføre at potensielle varslere henvender seg direkte til media eller andre eksterne instanser uten første å ha forsøkt å varsle internt. Organisasjonen fremstår for konsernrevisjonen å være preget av flere kompliserte varslingsaker de senere årene.

I denne revisjonen har vi undersøkt om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varslings. Revisjonen har omfattet styret, linjeledelsen, varslingsmottaket, ulike støtte- og rådgivningsfunksjoner samt vernetjenesten og tillitsvalgte.

Revisjonen viser at helseforetaket har igangsatt et arbeid med å oppdatere den interne varslingsrutinen i tråd med endringene i arbeidsmiljøloven. De nye bestemmelsene om varslings trådte i kraft den 1. januar 2020. Arbeidet med rutinen er blitt forsinket som følge av koronautbruddet.

Etter vår vurdering vil verdien av varslingsordningen øke dersom helseforetaket utformer en varslingsrutine basert på definerte roller og ansvar, som omfatter hele prosessen med alle relevante aktører og aktiviteter. En forutsetning er åpenhet om ordningen og anerkjennelse av varslings som en verdi for helseforetaket. Basert på våre undersøkelser begrunnes konklusjonen med følgende:

- Sterkere forankring og kommunikasjon av varsling som verdi vil bidra til felles forståelse og trygghet for å varsle
- Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres med tydelige roller og ansvar, gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling
- Utvikling av varslingsmottaket til et uavhengig varslingsutvalg med utvidet rolle og kompetanse vil styrke varslingsordningen i helseforetaket

Stereke forankring og kommunikasjon av varsling som verdi vil bidra til felles forståelse og trygghet for å varsle

Grunnleggende for å kunne betrakte varsling som en verdi, er å forstå ytringer om mulige kritikkverdige forhold i et risiko- og styringsperspektiv, med muligheter til å avdekke og forbedre kritikkverdige forhold i helseforetaket. Etter konsernrevisjonens vurdering har ikke helseforetaket tilstrekkelig oppmerksomhet på gevinstene av en god varslingsordning. For å synliggjøre ønsket om å forebygge og forbedre kritikkverdige forhold ved arbeidsplassen etter tilbakemeldinger fra ansatte og innleide, er det etter konsernrevisjonens vurdering behov for et tydeligere eierskap til ordningen. Videre bør varsling inngå i helseforetakets helhetlige HMS-system med planer og mål, systematiske risikovurderinger og jevnlig rapportering. Varslingsordningen vil på denne måten inngå i helseforetakets plan- og oppfølgingsprosesser og være en informasjonskilde i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Avgjørende for tilliten til varslingsordningen er at organisasjonen opplever det som trygt å varsle og at det er en felles forståelse for hva et varsel er og hva det kan varsles om. Det bør være en lav terskel for å si ifra om mulige kritikkverdige forhold. De ansatte må ikke ha «bevis» for det forholdet det varsles om. Revisjonen indikerer at det er en usikkerhet i organisasjonen knyttet til varsling og kritikkverdige forhold. Konsernrevisjonens vurderinger at det dette først og fremst skyldes at varslingsordningen ikke i tilstrekkelig grad er anerkjent som en verdi. Det er lite åpenhet om varsling med antall og type saker i helseforetaket og læring fra disse. Varsling på dagsorden vil øke

bevisstheten og synliggjøre oppmerksomhet fra ledelsen. I tillegg til mer målrettet kommunikasjon er det behov for å oppdatere varslingsrutinen med en tydelig definisjon av hva det kan varsles om og hva som er å anse som kritikkverdig forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Helseforetaket bør også definere behovet for kompetanse innen varsling slik at opplæringen kan tilpasses ulike roller og aktiviteter.

Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres med tydelige roller og ansvar, gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling

Skriftlige varslingsrutiner bidrar til økt bevissthet om varsling og forutsigbarhet i varslingsprosessen. Sykehuset Innlandet HFs varslingsrutine klargjør i liten grad roller og ansvar, noe som bidrar til at varslingsprosessen fremstår som uklar. Dette skaper usikkerhet både om hvordan varselet, og varsleren, den omvarslede og de berørte, blir ivarettatt i prosessen. For å sikre samsvar med gjeldende bestemmelser og prinsipper, og for å bidra til en mer forutsigbar prosess, er det etter vår vurdering behov for å definere roller og ansvar for deretter å beskrive struktur og håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold i et helhetlig perspektiv. Slik vil rutinen også bidra til en felles tilnærming og forståelse, og samtidig redusere risikoen for ulik håndtering på tvers av enhetene i helseforetaket. Håndteringen av vesentlige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet må beskrives mer utførlig.

Varslingsrutinen må beskrive en prosess som dekker helseforetakets aktivitets- og omsorgsplikt, med en god håndtering av selve varselet og som samtidig ivaretar varsleren, den omvarslede og andre berørte på en tilfredsstillende måte. Alle sentrale roller bør beskrives, herunder støtte- og rådgivningsfunksjoner samt styret og ledelsens rolle. Beskrivelser som gir veiledning og støtte til ansatte og innleide som vurderer å varsle, og til mottak, saksbehandling og oppfølging av varsel, vil i tillegg styrke varslingsordningen.

En stadig gjeldende og relevant varslingsrutine forutsetter jevnlig evaluering. Rutinen bør beskrive hvordan enkeltsaker og ordningen som helhet skal

evalueres, inkludert involvering av ansatte, vernetjenesten, tillitsvalgte, ledelsen og styret. Ved oppdatering av varslingsrutinen er det vår vurdering at helseforetaket bør støtte seg til anbefalingene på Arbeidstilsynets nettsider om varsling.

Utvikling av varslingsmottaket til et uavhengig varslingsutvalg med utvidet rolle og kompetanse vil styrke varslingsordningen i helseforetaket

Et anerkjent og velfungerende uavhengig varslingsutvalg vil være en ressurs for helseforetaket. Varslingsmottaket i Sykehuset Innlandet HF har i dag en begrenset funksjon. Ved å utvide mandatet vil flere av ytringene om kritikkverdige forhold kanaliseres til organet, enten direkte fra varsleren, eller fra linjen med ønske om bistand i vanskelige saker og ved habilitetsutfordringer. Gjennom en styrket rolle vil utvalget kunne være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Vår vurdering er at varslingsrutinen må synliggjøre utvalgets uavhengige rolle, samt når og på hvilken måte enheten skal involveres i varslingsprosessen. Blant annet gjelder dette undersøkelser av varslingssaker, men også i hvilken grad enheten skal ha en veiledende rolle overfor ansatte, innleide og ledere.

Varslingsmottaket har i dag en oppgave med å sikre oppfølging av de varslingssakene som er meldt inn direkte til enheten. Vår vurdering er at det er behov for å etablere rutiner som sikrer systematisk rapportering om alle varslingssaker mottatt av både linjen og av varslingsmottaket til styret. Et varslingsutvalg vil være en naturlig mottaker og koordinator av slik styringsinformasjon.

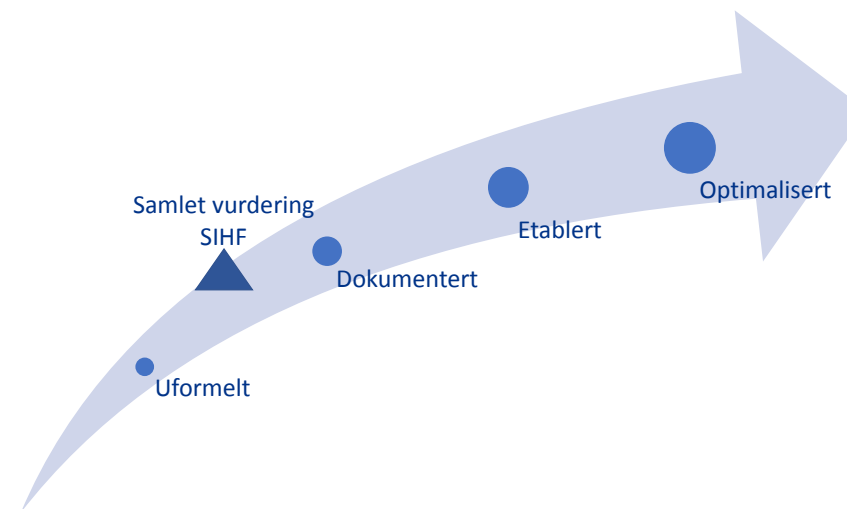
Varslingsutvalget må ha solid kompetanse innen varsling. Ved å være en naturlig rådgiver for ansatte og ledere i linjen og saksbehandler i vanskelige saker, samt å være et bindeledd til ledelsen i rapportering av antall og type varslingssaker, vil utvalget etter vår vurdering bygge verdifull kompetanse. Utvalget vil få kunnskap og erfaring som igjen bør benyttes aktivt til opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket, og som innspill til

helseforetakets risiko- og forbedringsarbeid. I tillegg må utvalget vurdere behovet for andre kompetansehevende tiltak.

1.2 Modenhet

Konsernrevisjonen vurderer at den samlede modenheten av ordningen i dag ligger mellom nivå 1 og 2 av 4 nivåer. Økt modenhet vil kreve at ledelsen kommuniserer tydeligere om varsling som en verdi. De styrende dokumentene ivaretar ikke godt nok kravene i varslingsbestemmelsene og ordningen er ikke godt nok kjent.

Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



Figur 1: Modenhet i utforming av varslingsordningen

1.3 Anbefalinger

For å bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig, har konsernrevisjonen følgende anbefalinger:

- **Styrke forankring av og kommunikasjon om varsling som verdi**
Eierskap og kommunikasjon om varsling som verdi bør bli tydeligere og mer bevisst for å bidra til større grad av åpenhet i organisasjonen, felles forståelse og trygghet for å varsle. Målet vil være en varslingsordningen som er godt kjent blant ansatte og innleide, med en lav terskel for å varsle om kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser.
- **Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter roller og ansvar, gjeldende krav og grunnleggende prinsipper**
Varslingsrutinen må oppdateres slik at den omfatter hele varslingsprosessen, inkludert roller og ansvar, samt tilfredsstillende kravene i gjeldende varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Trygghet og forutsigbarhet for en potensiell varsler, den omvarslede og andre berørte, og samtidig nødvendig støtte ved saksbehandling av mottak, behandling og oppfølging av varsling er viktig for tilliten til ordningen. Målet vil være en beskrivelse med avklarte roller og ansvar, og med en struktur og fremstilling som gir råd og veiledning for å kunne ivareta både aktivitets- og omsorgsplikten i tillegg til viktige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet.
- **Utvide og styrke varslingsmottakets rolle og kompetanse**
Varslingsmottakets mandat bør utvides og styrkes slik at det kan være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Med en samlet oversikt over antall og type saker vil organet kunne bidra i systematisk risiko- og forbedringsarbeid. Målet vil være et uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket.

2. Kontekst

2.1 Åpenhet og ytringsfrihet

Helseforetakene har ansvaret for å levere gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Det er viktig at arbeidstakernes ytringer kan bidra til innsyn og åpenhet om pasientbehandling, arbeidsmiljø og drift av helseforetakene. Gode varslingsordninger bidrar til en åpen ytringskultur og gir muligheter til å håndtere og følge opp kritikkverdige forhold. Vissheten om en troverdig håndtering av varslings saker har en forebyggende virkning og øker samtidig sannsynligheten for at kritikkverdige forhold blir rapportert.

2.2 NOU 2018:6 Varsling – verdier og vern

Varslingsutvalgets utredning om varsling i arbeidslivet konkluderer med at varsling er en verdi, ikke et problem. Varslere som er tilstede i virksomheten kan lettere få kjennskap til kritikkverdige forhold, enn hva revisjoner og tilsyn kan. Utvalgets hovedfunn er at varsling har størst verdi der varselet blir tatt på alvor, varsleren blir tatt vare på, og hvor det iverksettes adekvate prosesser umiddelbart. Prosessene må avklare om det foreligger kritikkverdige forhold, og eventuelle kritikkverdige forhold må bringes til opphør.

En god håndtering av en varslings sak bør ha som mål at både varsleren og den omvarslede fortsetter i virksomheten i etterkant. Det blir derfor svært viktig at sakene løses på lavest mulig nivå. Særlig gjelder det varsel som omhandler organisatoriske prosesser og som kan ramme det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er dette det varsles mest om, ifølge NOU-en.

2.3 Nytt varslingsregelverk legger mer ansvar på arbeidsgiver

1. januar 2020 trådte endringer i regelverket for varsling i arbeidslivet i kraft. Endringer i arbeidsmiljøloven § 2 A legger mer ansvar på arbeidsgiveren, blant annet om hva arbeidsgiver har plikt til å foreta seg i forbindelse med varsling.

Arbeidsgiver har ikke bare plikt til å motta og registrere varsel, men også til å undersøke og følge opp varselet. Det er et krav at dette skal gjøres «innen rimelig tid» (arbeidsgivers «aktivitetsplikt»). Samtidig har arbeidsgiver en særlig plikt til å påse at den som har varslet har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (arbeidsgivers «omsorgsplikt»). Arbeidsgiver har ansvar for at virksomheten har rutiner for intern varsling. Arbeidstakerne skal oppfordres til å varsle om kritikkverdige forhold. Rutinene skal også beskrive fremgangsmåten både for hvordan arbeidstakere kan varsle, og for hvordan arbeidsgiver skal håndtere og saksbehandle et varsel.

2.4 Varslingsordningen i Sykehuset Innlandet HF

Varslingsordningen med varslingsrutine og annen informasjon er tilgjengelig fra en «varslingsmeny» på forsiden av Sykehuset Innlandet HF sitt intranett.

Intensjonen er at varslings saker skal håndteres innen rimelig tid etter grunnleggende prinsipper og på lavest mulig nivå i organisasjonen. Et varslingsmottak er etablert for å ta imot og følge opp varsel om kritikkverdige forhold som sendes til mottaket, og sørge for at varselet blir saksbehandlet på et hensiktsmessig nivå i organisasjonen. Varslingsmottaket har ikke selv ansvar for å saksbehandle innholdet i varslingen.

3. Tilnærming og omfang

3.1 Metodikk og gjennomføring

Konsernrevisjonen har gjennom en systematisk og strukturert metode i tråd med anerkjente standarder, undersøkt og vurdert varslingsordningen ved Sykehuset Innlandet HF. Objektivitet og uavhengighet er grunnleggende prinsipper i vårt arbeid.

For å belyse problemstillingene i revisjonen har vi gjennomgått relevant dokumentasjon som grunnlag for å kunne velge ut og gjennomføre intervjuer med aktuelle aktører. Vi har gjennomgått styrende dokumenter og beskrivelser relatert til prosessen, eksempelvis rutinebeskrivelser, saksdokumenter, interne kartlegginger og opplæringsmateriell. Se ytterligere detaljer i vedlegg 2.

Vi har gjennomført 14 intervjuer med ledere og ansatte i Sykehuset Innlandet HF. De intervjuede har representert både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden i helseforetaket. Vi har hatt samtaler med ledere på ulike nivå, stabsfunksjoner, medlemmer av varslingsutvalg, bedriftshelsetjenesten, verneombud og tillitsvalgte. Styreleder i helseforetaket er også blitt intervjuet. Oversikt over de intervjuede fremgår i vedlegg 3.

Basert på våre observasjoner og vurderinger har vi utarbeidet en modell som illustrerer helseforetakets modenhet innen varsling. Modenhetsanalysen er utformet etter kriterier gitt i bestemmelser og god praksis. Metoden og resultatet av analysen fremgår i kapittel 7. Selve modellen for modenhetsanalyse av varslingsordningen er beskrevet i vedlegg 4.

Fremstillingen av faktaopplysninger og observasjoner er verifisert av helseforetaket før utarbeidelse av endelig konklusjon og rapport.

3.2 Omfang

Målet for revisjonen har vært å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

Revisjonen omfatter varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Kritikkverdige forhold defineres i bestemmelsene som forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet.

Tilgjengelighet og kompetanse

For at varslingsordningen skal fungere etter sin hensikt og i tråd med bestemmelser og god praksis, er det avgjørende at varslingskanalene er kjent og lett tilgjengelig for alle arbeidstakerne i helseforetaket. Dessuten må helseforetaket ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere ulike typer varslings saker. Vi har undersøkt hva helseforetaket har gjort for å gjøre ordningen kjent og tilgjengelig for ansatte og innleide. Videre har vi undersøkt om det er etablert et system slik at de som er involvert i håndtering av varslings saker har nødvendig kompetanse om lovkrav, interne føringer og god praksis.

Organisering

En viktig forutsetning for at en varslingsordning skal være egnet til å skape tillit er at prosessen er forutberegnelig med avklarte roller og ansvar som sikrer en habil og upartisk håndtering. Vi har kartlagt og vurdert om helseforetaket har etablert en formålstjenlig organisering med avklarte roller og ansvar for alle aktører og aktiviteter. Organiseringen må ta hensyn til potensielle rollekonflikter.

Rutiner for intern varsling

Figur 2 under illustrerer en generisk varslingsprosess i to faser med tydelige beslutningspunkter og etterfølgende oppfølging. Vi har undersøkt hvordan helseforetakets interne rutine støtter prosessen med en trygg og god saksbehandling som ivaretar helseforetakets aktivitets- og omsorgsplikt. Dokumentert rutine er vurdert opp mot krav og forventninger i bestemmelsene og god praksis på området. I tillegg har vi vurdert om rutinen i tilstrekkelig grad ivaretar grunnleggende prinsipper som konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern.

Varslingsmottak

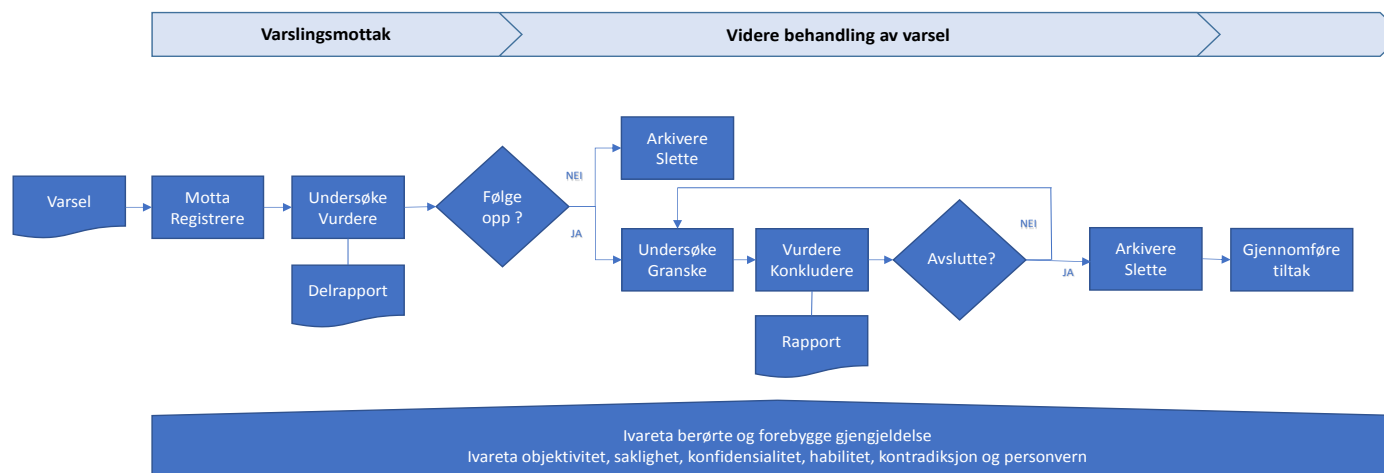
Vi har undersøkt om det er avklart hvordan og til hvem en arbeidstaker kan varsle om kritikkverdige forhold. Videre har vi sett nærmere på hvilke forventninger som stilles til selve mottaket, innledende undersøkelser og vurderinger, samt dokumentasjons- og faktagrunnlag før det blir fattet en beslutning om eventuell videre oppfølging.

Videre behandling av varsel

Ved videre behandling av en varslingssak må rutinebeskrivelsen angi fremgangsmåte for nærmere undersøkelser med valg og gjennomføring av ulike metoder, samt vurderinger og dokumentasjon av saksbehandlingen. Vi har undersøkt og vurdert hvilken veiledning og støtte som er gitt i rutinebeskrivelsen, og om den er tilpasset ulike typer varslingssaker. Vi har sett på om rutinen legger opp til en konkret vurdering av hvem som skal involveres i den enkelte sak og hvem som beslutter om en sak skal avsluttes. Krav og forventninger til konklusjonsgrunnlag og videre oppfølging er også vurdert.

Omsorgsplikt

Parallelt med aktivitetsplikten skal helseforetakets omsorgsplikt ivaretas. Gjennom revisjonen er det kartlagt og vurdert hvordan arbeidsgiver skal beskytte den som varsler mot gjengjeldelse, og hvordan varsleren, den/de omvarselede og andre involverte skal informeres underveis i prosessen.



Figur 2: Varslingsprosessen

Involvering og forankring

En varslingsordning som bidrar til kontinuerlig forbedring, og slik representerer en verdi for organisasjonen, må være godt forankret på alle nivå. For å gi trygghet for å kunne varsle er det sentralt at de ansatte er involvert i arbeidet med utforming av ordningen. Revisjonen har derfor omfattet undersøkelser av hvordan arbeidstakere og tillitsvalgte blir involvert i arbeidet med å utvikle og vedlikeholde varslingsrutinen. Videre har vi sett på hvordan dette inngår i helseforetakets arbeid med risikovurderinger og systematisk HMS-arbeid. Vi har også undersøkt hvordan varslingsordningen som helhet er forankret i organisasjonen.

3.3 Avgrensning

Revisjonen har omfattet undersøkelser av hvordan varslingsordningen er utformet i samsvar med krav og forventninger i bestemmelser og god praksis.

Følgende er ikke omfattet av revisjonen:

- undersøkelser av om det er etablert en kultur for åpenhet og diskusjon av kritikkverdige forhold i organisasjonen
- kartlegging av i hvilken grad varslingsordningen faktisk er kjent blant de ansatte
- revisjonshandlinger for å verifisere i hvilken utstrekning helseforetaket etterlever interne rutiner for håndtering av varselet og de berørte i hver enkelt sak

Meldeplikt og varsling om alvorlige pasienthendelser etter spesialist-helsetjenesteloven inngår ikke i revisjonen, herunder undersøkelser av helseforetakets system og saksbehandling ved uønskede hendelser. Heller ikke plikten til å informere tilsynsmyndighetene etter helsepersonelloven inngår i revisjonen.

3.4 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget fremgår av lover, forskrifter og gjennom spesifikke krav til helseforetaket:

- arbeidsmiljøloven kapittel 2 A
- personopplysningsloven
- offentlighetsloven
- forvaltningsloven
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst
- etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst

Revisjonskriterier er utledet fra overnevnte kilder. Se vedlegg 1.

4. Forankre og formidle varsling som verdi

Varsling har stor verdi for arbeidsplassen og samfunnet, siden det handler om at arbeidstakere som kjenner virksomheten godt, sier ifra om kritikkverdige forhold på sin egen arbeidsplass. God takhøyde for varsling vil bidra til å avdekke, forbedre og forebygge kritikkverdige forhold i virksomheten.

4.1 Forankring i styret og ledelse

Eierskap til varslingsordningen

Styrende dokumenter for Sykehuset Innlandet HF ble sist behandlet i styremøte i mai 2020. Etsiske retningslinjer for Helse Sør-Øst inngår i saken. Varslingsordningen i helseforetaket fremkommer ikke av saksdokumentene. Andre overordnede dokumenter, eksempelvis helseforetakets arbeidsreglement, omhandler heller ikke varsling.

En større oppdatering av varslingsrutinen ble behandlet i ledermøte 25. oktober 2016. Ledergruppen ga sin tilslutning til det fremlagte forslaget, med innspill som skulle vurderes innarbeidet i rutinen av HR-direktør. Rutinen er ikke behandlet av ledergruppen etter dette. Det er HR-direktør som godkjenner varslingsrutinen. Administrerende direktør opplyser at det fremover er naturlig at administrerende direktør eier og godkjenner ordningen.

Styreleder fra februar 2020 har etterspurt informasjon om varslingsordningen til styret, og styret har fått en orientering om rutinen for å kunne håndtere varslingsaker i helseforetaket.

Del av HMS-arbeidet – integrert i virksomhetsstyringen

Varslingsrutinen skal etter lovbestemmelsene utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, og vil på den måten være en del av HMS-arbeidet i helseforetaket. I Sykehuset Innlandet HF er HMS-runden ett av flere verktøy som benyttes for

systematisk å identifisere utfordringer på HMS-området. Linjeleder, i samarbeid med vernetjenesten, er ansvarlig for gjennomføring minst en gang i året. I sjekklister for HMS-runden skal den enkelte enhet besvare et spørsmål om prosedyrene for varsling av kritikkverdige forhold er kjent.

Helseforetaket har ikke egen plan for HMS-arbeidet, men det foreligger et årshjul som beskriver planen for gjennomføring av HMS-runden. Det blir utarbeidet tiltaksplaner etter risikovurderinger og HMS-runder. HMS-runden skal dokumenteres i risikostyringsmodulen i helseforetakets kvalitetsportal. Ifølge intern prosedyre innebærer siste del av HMS-runden rapportering til ledelsens gjennomgang (LGG).

I intervjuer fremkommer at varsling inngår i det samlede bildet som danner grunnlag for overordnede risikovurderinger og LGG, men at det ikke gjennomføres særskilte risikovurderinger knyttet til varsling. De intervjuede bekrefter at HMS-runden gjennomføres lokalt, på noe ulikt vis, og at nødvendige tiltak følges opp. Det er ikke praksis for å benytte aggregert informasjon fra kartleggingen, for eksempel om varslingsrutinen er kjent, i helseforetakets forbedringsarbeid. Tilbakeføringsløyfer etter HMS-runden er opplyst å være etterspurt blant flere av de intervjuede.

4.2 Felles forståelse gir trygghet

Ulik opplevelse av tillit

Helseforetaket gjennomfører årlig medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Undersøkelsen belyser forhold som virker inn på kvalitet og pasientsikkerhet. Den kartlegger varslingskulturen, hvor trygg og åpen den er, og om de ansatte er kjent med om noen har vært utsatt for mobbing og trakassering.

På spørsmålet om det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold gir undersøkelsen for 2019 et resultat på 77, mens resultatet året før var på 76. Resultat for helseregionen samlet var i 2018 på 77. Svarprosenten på

undersøkelsen i Sykehuset Innlandet HF var på 79 prosent (utsendt til 7063 medarbeidere).

Blant de intervjuede er det en generell oppfatning om at de ansatte har tillit til at et varsel vil bli håndtert på en profesjonell måte. Samtidig er det blant flere en oppfatning av en høy terskel for å varsle. Flere opplever at det er stor respekt for «varselet», og at det er en grad av frykt for at ytringer om kritikkverdige forhold skal bli et varsel. Når det kommer inn et varsel er det erfart stressreaksjoner i organisasjonen og at «alle andre oppgaver settes til side». Det oppleves av flere at arbeidsgiver har forsøkt «å gå i forsvar» eller å søke å finne årsaker til at en ytring om et mulig kritikkverdig forhold ikke skal defineres og håndteres som et varsel. Konsernrevisjonen har kun intervjuet et mindre utvalg blant ledere og nøkkelpersoner på området, og det er ikke gjennomført undersøkelser eller revisjonshandlinger for å gi en uttalelse om varslingskulturen samlet i helseforetaket.

Habilitetsutfordringer og manglende ivaretagelse av de berørte blir også nevnt som mulige årsaker til en opplevelse av frykt hos noen for å varsle om kritikkverdige forhold. Flere av de intervjuede har beskrevet at det er ulike kulturer mellom sykehusene i helseforetaket. Enkelte peker på mulige utfordringer knyttet til habilitet på ledelsesnivå ("tett ledergruppe"), samt nære bånd mellom linjeleder og HR-leder tilknyttet enhetene. På lavere nivå i organisasjonen vises det til risiko for å ikke tørre å si ifra om kritikkverdige forhold som følge av nærhet mellom leder og medarbeidere i et lite og tett fagmiljø.

Hva er et varsel og hva det kan varsles om

For å kunne varsle om kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser må det være klart for ansatte og innleide hva et varsel er.

Arbeidstilsynet beskriver et varsel slik:

«Varsling er at en arbeidstaker eller innleid arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdig forhold på egen arbeidsplass. Det betyr ingenting hva en kaller det eller hvordan det kategoriseres (som avvik, klage, bekymringsmelding si ifra osv.). Det er innholdet i det de sier ifra om, og hvem som sier ifra, som avgjør om det er et varsel.»

Helseforetaket omtaler innledningsvis i varslingsrutinen hva som menes med varsling og kritikkverdige forhold. Det fremkommer at varsling er de tilfeller der arbeidstaker eller eksterne personer sier fra om kritikkverdige forhold i virksomheten. Definisjonen av kritikkverdige forhold i rutinen er imidlertid ikke oppdatert og i samsvar med endringen i varslingsbestemmelsene fra 1. januar 2020.

Beskrivelsen av hva som menes med kritikkverdige forhold innebærer en innskrenkning av muligheten til å varsle da rutinen har strengere vilkår enn lovteksten. Eksempelvis fremgår det at forholdet det varsles om bør ha en «viss interesse for allmenheten». Videre krever varslingsrutinen at varsling skal skje på en forsvarlig måte. Det vises til oppstilte hensyn som må ivaretas. Blant annet skal den som varsler være i aktsom god tro om at det faktisk foreligger kritikkverdige forhold. Ved varsling skal det også, ifølge rutinen, tas tilbørlig hensyn til arbeidsgivers og virksomhetens saklige og legitime interesser.

Rutinen beskriver skillet mellom hva som er en varsling som skal behandles etter varslingsrutinen og hva som er en melding om en uønsket hendelse som glidende. Det presiseres imidlertid at uavhengig av om den ansatte sender inn en melding om en uønsket hendelse eller en varsling, vil arbeidsgiver måtte forholde seg til bestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 2 A. Blant typiske kritikkverdige forhold som kan begrunne varsling er trakassering/seksuell trakassering nevnt.

De fleste av de som er intervjuet har en oppfatning om at det ikke er god nok forståelse i organisasjonen om hva et varsel er. Enkelte viser til at det skilles mellom bekymringsmeldinger, varslingssaker og uønskede hendelser som meldes inn i systemet for registrering av uønskede hendelser («SI fra»). Blant annet er det uttalt at det kommer langt flere bekymringsmeldinger enn varsler. Samtidig opplyser flere at det er vanskelig å skille disse sakene, og det skal være gitt tilbakemeldinger i organisasjonen om at skillet mellom bekymringsmelding og varsling er utfordrende.

Mottatt oversikt over varslingssaker i perioden fra 2018 til medio oktober 2020 viser at det er registrert 17 saker. Det er opplyst at sakene i hovedsak er relatert til arbeidsbelastning, omstillingsprosesser, myndighetsmisbruk/-utøvelse av ledelse samt trakassering. Blant de intervjuede er det gitt uttrykk for undring og bekymring over at det ikke er flere saker, spesielt knyttet til seksuell trakassering.

4.3 Varsling på dagsorden

Opplæring

Per i dag har helseforetaket ikke definert behovet for kompetanse innen varsling, og ut fra dette kunne planlegge opplæring tilpasset ulike roller. Det er stabsområdet HR som er ansvarlig for opplæring innen varsling.

Den interne opplæringen innen varsling er i hovedsak knyttet til årlige HMS-grunnkurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Etter oppdatering av varslingsrutinen i 2015/2016 ble det i 2017, basert på en bestilling fra ledermøtet, gitt opplæring innen varsling i divisjonsvise ledermøter. Det er leder av juridisk avdeling som står for opplæringen. Opplæringsmaterialet er relatert til lovgrunnlaget og oppdateringer i arbeidsmiljøloven, i tillegg til helseforetakets egen varslingsrutine. Internt

på stabsområde HR får vi opplyst at det ble gjennomført opplæring knyttet til varsling ved to anledninger i 2019.

I intervjuer fremkommer det usikkerhet om HMS-grunnkurs bare gjennomføres for ledere og verneombud, eller om kurset også er et tilbud til de tillitsvalgte. Revisjonen indikerer at grunnkurset ikke er gjort tilstrekkelig kjent blant de tillitsvalgte. I hvilke grad opplæringen i de divisjonsvise ledermøtene i 2017 ble videreført ut i organisasjonen, fremstår i intervjuer som noe ulikt på tvers av de reviderte enhetene.

E-læringskurset for nyansatte inneholder en side om varsling av kritikkverdige forhold. Fremstillingen av skillet mellom det å varsle og å si ifra fremstår som utydelig, og definisjonen av kritikkverdige forhold er ikke fullt ut oppdatert i tråd med gjeldende varslingsbestemmelser som trådte i kraft 1. januar 2020. Siden viser til helseforetakets egen varslingsrutine og hvor denne er tilgjengelig.

Styret har fått orientering om varslingsrutinen som ledd i å håndtere konkrete varslingssaker i helseforetaket. Det fremkommer i intervju at det er behov for mer opplæring for styret.

Kommunikasjon

«Varsling» er lett synlig i egen meny på helseforetakets forside på intranett. Her fremkommer informasjon om hvem som kan varsle, hvor en skal varsle og hva et varsel skal inneholde. Lenke til varslingsrutinen fremkommer tydelig. Definisjonen av kritikkverdige forhold er ikke oppdatert i tråd med gjeldende varslingsbestemmelser. Intranettsiden mangler viktig informasjon om forbud mot gjengjeldelse, stegene i saksgangen, samt en oppfordring til å varsle. Mulighet for anonym varsling skisseres, men ytterligere informasjon er ikke gitt.

Varslingsrutinen er også lett tilgjengelig via helseforetakets kvalitetssystem, og via personalhåndboken.

Blant de fleste av de som er intervjuet er det en oppfatning at varslingsordningen ikke er godt nok kjent blant ansatte og innleide. Det skal ikke ha blitt gjennomført tiltak for å øke bevisstheten om varslingsordningen og varsling generelt, ut over ovennevnte opplæringstiltak og informasjonen bak «varslingsmenyen». Temaet seksuell trakassering ble imidlertid satt på dagsorden i helseforetaket i desember 2017, blant annet gjennom møter i linjeledelsen og nyhetsoppslag på intranett.

Intervjuer indikerer at det i liten grad utveksles erfaringer relatert til varslingsaker på tvers i helseforetaket i et læringsperspektiv, med begrunnelsen om å ivareta identiteten til de berørte.

Varslingsrutinen åpner for at eksterne aktører uten tilknytning til helseforetaket kan varsle om kritikkverdige forhold. Helseforetakets internettsider har derimot ingen informasjon om varsling. *Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst* fremstår som kjent blant ansatte i Divisjon Eiendom og intern service, og retningslinjen er tilgjengelig fra helseforetakets internettsider. Informasjon om de generelle etiske retningslinjene er ikke tilgjengelig.

4.4 Vurderinger

Hvordan virksomheten har lagt til rette for en god åpenhets- og ytringskultur er av stor betydning for ansatte og innleides trygghet til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Oppmerksomhet og eierskap til varslingsordningen fra øverste nivå i organisasjonen er en viktig erklæring om helseforetakets verdigrunnlag. Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket har behov for et tydeligere eierskap til ordningen. Varsling bør settes på dagsorden for å skape en omforent forståelse i organisasjonen, som bidrar til å senke terskelen for å fremme ytringer om kritikkverdige forhold i henhold til arbeidsmiljøloven.

Varslingsordningen er ikke godt nok forankret hos ledelsen og i styringssystemet

Grunnleggende for å kunne betrakte varsling som en verdi, er å forstå ytringer om mulige kritikkverdige forhold i et risiko- og styringsperspektiv, med muligheter til å avdekke og forbedre kritikkverdige forhold i helseforetaket. Eierskapet til varslingsordningen gir et signal om fokus og forankring hos ledelsen og styret. For at varslingsordningen skal kunne skape verdi, bør den forankres på øverste nivå i organisasjonen. God praksis vil være at den godkjennes av helseforetakets administrerende direktør. Videre bør styret være orientert om ordningen ved at den er presentert som egen sak for styret.

Den interne varslingsrutinen skal utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid i samarbeid med arbeidstakerne og de tillitsvalgte. Varsling vil være en naturlig del av et helhetlig HMS-system som angir strategi og retning med planer for å nå fastsatte mål, systematiske risikovurderinger med tiltaksplaner og jevnlig rapportering. Etter konsernrevisjonens vurdering bør helseforetaket fastsette mål og tiltak som bidrar til at varslingsordningen evalueres og oppdateres i tråd med gjeldende bestemmelser. Opplæring og kommunikasjon er en viktig del av en godt etablert og forankret varslingsordning. Slik vil varslingsrutinene i helseforetaket på en god måte kunne knyttes til helseforetakets HMS-arbeid, i tråd med varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og videre inngå som en del av helseforetakets overordnede risikovurderinger og LGG.

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring benyttes som et forbedringsverktøy i helseforetaket. Rapporten er ment å være en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser både i pasientbehandling og arbeidsmiljø. Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at varslingsordningen kommer til anvendelse på andre områder, som ikke er dekket av denne kartleggingen. Det gjelder eksempelvis brudd på personopplysningsikkerheten og ulike former for økonomisk kriminalitet.

Formidling av varsling som verdi vil skape felles forståelse og trygghet for å varsle

Hensikten med en god varslingsordning er ikke å øke antall varslings saker, men at flere av de forholdene i helseforetaket som er kritikkverdige – slik begrepet er omtalt i arbeidsmiljøloven – blir meldt inn og håndtert i henhold til den interne varslingsrutinen. Dette forutsetter en felles oppfatning i organisasjonen om hva et varsel er og hva som defineres som kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven.

I varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven som trådte i kraft 1. januar 2020 er begrepet «kritikkverdige forhold» definert gjennom en ikke-uttømmende liste med eksempler. Den interne varslingsrutinen i Sykehuset Innlandet HF er ikke oppdatert i tråd med endringene, og rutinen begrenser muligheten til å varsle, i strid med gjeldende regler. Rutinen gir heller ingen tydelig definisjon av hva et varsel er eller hva det kan varsles om. Videre er rutinebeskrivelsen noe upresis om hvem som har rett til å varsle, muligheten for å varsle anonymt er ikke er godt nok tilrettelagt og rollen til de tillitsvalgte og vernetjenesten ved mottak av et varsel er uklar, jf. kapittel 5. Etter konsernrevisjonens vurdering vil den usikkerheten som er observert, samt reduserte muligheter til å varsle, påvirke holdningene til å dele kunnskap om kritikkverdige forhold og øke risikoen for at forholdene ikke blir rapportert og håndtert til beste for virksomheten og de berørte.

Erfaringsmessig er det i ulike virksomheter en stor utfordring at få har klare forestillinger om hva som er en varslings sak og hva som er noe annet, eksempelvis en personalsak. Det er uten betydning hva en ytring om et kritikkverdige forhold omtales som, det er innholdet i det de sier ifra om, og hvem som sier ifra, som er av betydning. Dette må fremgå klart av rutinen og i kommunikasjonen med de ansatte og innleide. I tillegg til å oppdatere definisjonen av kritikkverdige forhold, vil også eksempler på hva som ikke er å anse som kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven bidra til å øke forståelsen for når rutinen kommer til anvendelse.

Kjennskap til hva et varsel er, og at det er et system på arbeidsplassen som legger til rette for varsling, er viktige premisser for et reelt varslervern. Den interne opplæringen innen varsling i Sykehuset Innlandet HF har hatt god oppmerksomhet på helseforetakets egen rutine, i tillegg til de generelle varslingsbestemmelsene. For å styrke opplæringen ytterligere bør temaet varsling inngå i helseforetakets helhetlige kompetanseutvikling. Ved å definere behovet for opplæring relatert til ulike roller og aktiviteter, vil også planer og innhold i opplæringen kunne tilpasses ulike målgrupper. Alle ansatte og innleide bør ha grunnleggende kunnskaper om helseforetakets varslingsordning. Ledere og støttefunksjoner som vil kunne bli involvert i både mottak og behandling av varsler bør få mer inngående opplæring i rutiner og forståelsen av disse, eksempelvis ved hjelp av case og dilemmatrening. Helseforetaket må ta stilling til hvilke deler av opplæring som skal være obligatorisk, og sørge for at tilbud og forventninger blir kjent for ledere og ansatte. Ved endringer i den etablerte ordningen bør oppdatert informasjon gis i faste arenaer som allmøter, ledermøter, divisjonssamlinger og personalmøter, og eventuelt nyhetsoppslag på intranettet.

Den interne varslingsrutinen skal ifølge arbeidsmiljøloven være lett tilgjengelig for alle arbeidstakere i virksomheten. En lite opplyst varslingsordning vil for eksempel kunne medføre at potensielle varslere henvender seg direkte til media eller andre eksterne instanser uten første å ha forsøkt å varsle internt. I så tilfelle vil dette ofte berøre omdømmet til helseforetaket negativt, og det vil kunne innebære en tapt mulighet til å se på varslet som en verdi i helseforetakets arbeid med å forebygge og forhindre kritikkverdige forhold. Det er ledelsen i helseforetaket som må sørge for at varslingsordningen er tilstrekkelig kommunisert i helseforetaket.

Revisjonen indikerer at varslingsordningen ikke er godt nok kjent blant de ansatte. «Varslingsmenyen» er lett synlig på intranettet. Innholdet i varslingsordningen og informasjonen bak «varslingsmenyen» synes imidlertid ikke å være like godt kjent blant de ansatte og innleide i helseforetaket. Vår vurdering er at dette primært skyldes manglende bevisstgjøring og

oppmerksomhet fra ledelsen. En enkel varslingsplakat oppslått på steder der arbeidstakerne oppholder seg, vil være et tiltak som gir tydelige signaler om at helseforetaket ønsker at ansatte og innleide skal varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

Varslingsordningen i Sykehuset Innlandet HF omfatter eksterne aktører uten tilknytning til helseforetaket. Informasjon om etiske retningslinjer og varslingsordningen, herunder hvordan og til hvem en utenforstående kan varsle både anonymt og med kjent identitet, bør være tilgjengelig fra helseforetakets internettsider. En lett tilgjengelig varslingsordningen også for utenforstående vil være en erklæring om åpenhet og et ønske om å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold.

Konsernrevisjonens forståelse er at usikkerheten knyttet til varsling og kritikkverdige forhold i Sykehuset Innlandet HF først og fremst skyldes at varslingsordningen i for liten grad anerkjennes som en verdi. Den interne rutinen mangler tydelige oppdaterte definisjoner, i tillegg til at det har vært for liten bevisstgjøring av ordningen. En tydelig definisjon av hva det kan varsles om og hva som er å anse som kritikkverdig forhold, vil i tillegg til mer målrettet kommunikasjon, bidra til større grad av felles forståelse av hva det kan og skal varsles om etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Dette vil dessuten skape større trygghet og øke tilliten til ordningen og det å varsle.



5. Skriftlige varslingsrutiner - roller og ansvar

Varslingsrutiner på arbeidsplassen er en viktig suksessfaktor for et godt varslingsklima. Skriftlige varslingsrutiner bidrar til økt bevissthet om varsling og forutsigbarhet i varslingsprosessen. Dette skaper trygghet for å kunne varsle om kritikkverdige forhold, og reduserer samtidig risikoen for at forholdene utvikler seg til å bli store kompliserte saker som vil være en belastning for de involverte, arbeidsmiljøet og helseforetakets omdømme.

5.1 Styrende dokumenter

Varslingsrutinen i Sykehuset Innlandet HF er beskrevet i dokumentet *Varsling – Kritikkverdige forhold*. I tillegg er det utarbeidet to skjema, ett for å varsle og ett for å følge opp kritikkverdige forhold. Til sammen utgjør disse tre dokumentene varslingsordningen i helseforetaket.

Varslingsrutinen som er omtalt og vurdert i denne revisjonen er godkjent av HR-direktør og gjeldende fra 26. juni 2020. Skjemaene for å varsle og å følge opp kritikkverdige forhold er godkjent, henholdsvis 26. mars 2019 og 5. august 2019. Varslingsrutinen er ikke fullstendig oppdatert i tråd med endringene i arbeidsmiljøloven fra 1. januar 2020. Vi er kjent med at det pågår et arbeid med å oppdatere rutinen.

Det er en felles oppfatning blant de intervjuede om hvilke dokumenter som er styrende for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold i helseforetaket.

5.2 Roller og ansvar

Beskrivelser av roller og ansvar

Varslingsrutinen i helseforetaket beskriver i liten grad roller og ansvar for å håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Dette gjelder både på et overordnet nivå og relatert til ulike aktører og aktiviteter ved mottak, videre behandling og oppfølging av varsel. Rutinen bruker

begreper som «den som mottar» og «arbeidsgiver», uten å definere hvilken rolle som har ansvar for ulike aktiviteter.

Linjeledelsen

Det er en gjennomgående og felles oppfatning at linjeledelsen er ansvarlig for å håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på lavest mulig nivå. Tilsvarende gjelder ansvaret for å følge opp tiltak i etterkant av varslingsaker. Ifølge varslingsrutinen har leder med personalansvar et ansvar for å ivareta arbeidstaker som har varslet.

Tillitsvalgte og vernetjenesten

Ansatte som blir kjent med kritikkverdige forhold kan ifølge varslingsrutinen varsle indirekte til ledelsen via tillitsvalgte eller verneombud, dersom det vurderes som hensiktsmessig. Nærmere beskrivelser av deres rolle og ansvar er ikke gitt.

Blant de intervjuede er det en felles oppfatning at de tillitsvalgte, men også vernetjenesten, er de ansatte sin representant i varslingsaker. Hvordan rollen blir ivaretatt synes å variere noe. Enkelte vurderer tillitsvalgte og verneombud som budbringere, som også ivaretar anonymitet dersom varsleren ønsker dette, og videreformidler henvendelsen direkte til riktig nivå i linjen. En av de intervjuede ville gått i dialog med den som varsler, for å skape trygghet og sammen bli enige om innhold og utforming før de begge signerer varselet.

Varslingsmottaket

Varslingsmottakets rolle og ansvar er delvis omtalt i varslingsrutinen. Se kapittel 6 for nærmere beskrivelse og konsernrevisjonens vurdering.

Støtte- og rådgivningsfunksjoner

Det er flere aktører som fremstår med en viktig rolle i arbeidet med ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Alle som er intervjuet opplyser at HR-sjef/HR-rådgiver, som er tilknyttet den enkelte divisjon, alltid blir involvert i slike saker. Disse benyttes raskt og aktivt for å få prosess-støtte, samtidig som

de sørger for å dokumentere saksbehandlingen. I anslagsvis tre av fire saker blir også avdelingsleder juridisk avdeling involvert, primært via HR-funksjonen. Bedriftshelsetjenesten bidrar med faktaundersøkelser på forespørsel, ivaretagelse av berørte eller rådgivning, men har etter hvert fått en mindre fremtredende rolle.

HR-funksjonen oppfattes av alle som er intervjuet som arbeidsgivers representant og har primært en rådgivende funksjon for ledere. En organisering i stab er opplyst å være med på å nøytralisere deres rolle. Avdelingsjef juridisk avdeling vurderer at han ofte ikke vil bli oppfattet som en uavhengig instans, og at han derfor råder de ansatte til å henvende seg til tillitsvalgte eller vernetjenesten. Se kapittel 6 for omtale og vurdering av varslingsmottakets rolle.

Det sentrale arbeidsmiljøutvalget (HAMU) blir i dag ikke orientert om antall og type varslings saker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst. Flere opplyser at uønskede hendelser som er registrert i «SI fra» og som er merket «HMS-relatert», automatisk kommer til orientering i HAMU.

5.3 Innholdet i varslingsrutinen

Innledende avklaringer – formål, omfang og ansvar

Varslingsrutinen oppfordrer alle ansatte i Sykehuset Innlandet HF til å varsle. Et formål med rutinen er å fremme en åpenhetskultur som legger til rette for læring og forbedring i virksomheten. Det fremkommer at arbeidstaker har rett til å varsle. Rutinen er imidlertid ikke tydelig på at retten til å varsle også gjelder innleide arbeidstakere, i henhold til varslingsbestemmelsene som trådte i kraft 1. juli 2017. Varslingsrutinen omtaler varslingsplikt særskilt.

Rutinen beskriver i liten grad roller og ansvar for å håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold, jf. kapittel 5.2.

Fremgangsmåte for varsling

Hva et varsel er og hva det kan varsles om

Varslingsrutinen skal beskrive hvordan en arbeidstaker kan varsle. For å kunne varsle må det være klart for ansatte og innleide hva et varsel er. Hva som menes med varsling og kritikkverdige forhold er omtalt innledningsvis i varslingsrutinen. Se kapittel 4.2 for nærmere omtale av rutinens definisjon av begrepene, og hvordan organisasjonen oppfatter disse.

Uavhengig av om en ansatte sender inn en melding om en uønsket hendelse eller en varsling, vil arbeidsgiver måtte forholde seg til bestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 2 A, heter det i varslingsrutinen. Samtidig fremgår det at «hovedforskjellen vil være etter hvilken fremgangsmåte meldingen blir behandlet på fra arbeidsgiver». Hva dette innebærer er ikke nærmere beskrevet. Rutinen oppgir trakassering/sekseuell trakassering som eksempler på typiske kritikkverdige forhold som kan begrunne varsling. Konsernrevisjonen er kjent med at egen rutine om mobbing og trakassering er under utarbeidelse i helseforetaket.

Manglende oppfølging av meldinger om uønskede hendelser er i rutinen angitt som et forhold som kan begrunne varsling. Per i dag vil meldinger i systemet for registrering av uønskede hendelser, som inneholder direkte påstander om kritikkverdige forhold etter definisjonen i arbeidsmiljøloven, ikke bli systematisk registrert som «varsel». Dette fremkommer i intervjuer. Enhetene fremstår i ulik grad å være bevisst på å vurdere meldinger om uønskede hendelser opp mot varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven.

Hvordan og til hvem det kan varsles

Varslingsrutinen beskriver i eget punkt «Til hvem skal det varsles». Ansatte blir oppfordret til å varsle internt i linjen til nærmeste leder, eller til ledere på

høyere nivå i linjen. Det kan også varsles indirekte til ledelsen via tillitsvalgte eller verneombud dersom det vurderes som hensiktsmessig. Dersom varsling internt i linjen ikke fører frem, eller det av andre grunner ikke er hensiktsmessig å varsle i linjen, kan den ansatte varsle direkte til det interne varslingsmottaket på oppgitt e-postadresse.

Varsel som gjelder administrerende direktør skal ifølge rutinen adresseres til konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. Blant divisjonsdirektørene er det en felles oppfatning at et slikt varsel ville blitt adressert til styreleder. Kritikkverdige forhold som gjelder medlemmer av varslingsmottaket og styret er ikke omtalt i rutinen.

Hvordan den ansatte kan varsle er beskrevet i punktet «Hvordan varsle – skjema for varsling». Første del omhandler hva varselet bør inneholde. Se egen omtale under. Her fremgår også at den som varsler kan velge å overlevere varselet på flere måter, per e-post, ordinær post eller ved personlig oppmøte.

Anonymitet ved varsling

Ansatte kan varsle anonymt, men ifølge rutinen kan det medføre at det tar lengre tid og at det er mer utfordrende å undersøke og dokumentere saksforholdet i tilstrekkelig grad. Videre fremgår det tydelig at det er varsleren selv som må sørge for å være anonym og levere varselet på en slik måte at anonymitet sikres om denne ønsker det. Et anonymt varsel kan sendes til ansvarlig leder og til varslingsmottaket. Anonym varsling til andre kanaler, som for eksempel tillitsvalgt eller verneombud, er ikke omtalt. Heller ikke grader av anonymitet er omtalt i rutinen. Mulighet for anonym varsling skisseres på informasjonssiden i «varslingsmenyen», men det er ikke gitt informasjon om hvordan en ansatt som ønsker å varsle anonymt kan gå frem.

Flere opplyser i intervju at de er usikre på hvordan et anonymt varsel skal håndteres. Det er likevel en felles oppfatning blant de intervjuede at den

som mottar et varsel så langt som mulig vil forsøke å bevare anonymiteten til den som varsler dersom varsleren ønsker dette.

Hva bør varselet inneholde

Hva et varsel bør inneholde fremgår klart i rutinen og på informasjonssiden under «varslingsmenyen» på intranett. Det fremgår at det er utarbeidet et varslings-skjema som kan benyttes, med henvisning til kvalitetssystemet og lenke til skjemaet.

Varslings-skjemaet gir ikke tilsvarende veiledning til hva varselet bør inneholde. I skjemaet vises det til at varsling av kritikkverdige forhold skal gjennomføres i henhold til helseforetakets varslingsrutine. Ut over datering/signering og informasjon om eventuelle tidligere varsel om samme forhold, er det ikke gitt veiledning til hvilken informasjon som bør fremgå av varselet.

Fremgangsmåte ved saksbehandling

Aktivitetsplikten og undersøkelse innen rimelig tid

Krav og forventninger til mottak, håndtering og oppfølging av ytringer om kritikkverdige forhold beskrives i liten grad i rutinen. Dette gjelder både hvem som forventes å gjøre hva, men også hvordan saksbehandlingen i de ulike fasene er ment utført.

Den som mottar varselet skal, ifølge rutinen, foreta en konkret vurdering av hvem som skal involveres i behandling av saken. Personkretsen som involveres skal begrenses så langt som mulig. Ut over dette er det ikke skissert hvilke kriterier som skal legges til grunn i vurderingen, og hvordan denne skal dokumenteres. Rutinen beskriver ikke forventninger til innledende undersøkelser, med unntak av de tilfeller der varselet innebærer «en anklage mot en ansatt». I slike tilfeller skal den som mottar varselet først undersøke om påstandene i varselet kan antas å være riktige, men uten at rutinen gir nærmere veiledning. Dersom saken skal behandles videre som et varsel, skal

den det blir varslet på gjøres kjent med innholdet i varselet og gis anledning til å komme med sin versjon av saken.

Ifølge rutinen skal den som varsler få en skriftlig bekreftelse på at varselet er mottatt. Vedkommende skal gis anledning til å legge frem sitt syn for den/de som skal behandle saken, fortrinnsvis i et møte hvor det skrives referat. Videre skal varsleren få en skriftlig tilbakemelding når varselet er ferdigbehandlet og konklusjon foreligger. Revisjonen indikerer at i de tilfeller varselet er sendt til varslingsmottaket, er det avdelingssjef juridisk avdeling på vegne av varslingsmottaket som bekrefter mottak av varsel og informerer varsleren når konklusjonen foreligger. For øvrige varsler varierer det om leder selv ivaretar dette, eller om oppgaven utføres av HR-funksjonen.

Helseforetaket har utarbeidet et skjema for oppfølging av kritikkverdige forhold. Varslingsrutinen omtaler ikke skjemaet og hvordan dette skal inngå i saksbehandlingen. En lenke er imidlertid tilgjengelig avslutningsvis i rutinen. Intervjuer blant linjelederne viser at det varierer om skjemaet er kjent og i hvilken grad det blir benyttet.

Grunnleggende prinsipper ved behandling av varsling

Prinsippene om objektivitet, saklighet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er avgjørende for tilliten til varslingsordningen. Ifølge rutinen skal alle varsler behandles på en forsvarlig og fortrolig måte. Det presiseres at varslersens identitet skal behandles som en fortrolig opplysning, både overfor den/de det varsles om og andre kollegaer. Hva dette innebærer og hvordan sikre konfidensialitet i hele prosessen er ikke beskrevet. Videre står det at varslersens identitet likevel i noen tilfeller vil være nødvendig å tilkjenne dersom det er helt nødvendig for å få løst saken. I slike tilfeller skal det være dialog mellom den som har ansvar for å behandle varslingen og den som har varslet.

Omvarsledes rett til å få legge frem sin versjon av saken (kontradiksjon) fremkommer i eget punkt, «Hensynet til den det varsles om». I rutinens omtale av varslersens rett til å legge frem sitt syn for den som skal behandle saken, er det en forventning om at dette fortrinnsvis skal skje i et møte hvor det skrives referat. Metoden knyttet til intervjureferater er ellers ikke beskrevet. I intervjuer med konsernrevisjonen fremstår det som praksis at intervjureferater fra samtaler med varsleren ikke fremlegges for omvarslede og visa versa. Det er opplyst at hvilken informasjon som deles med den det er varslet på, blir avklart med varsleren. Intervjureferater oppfattes som fortrolige dokumenter og håndteres av HR-funksjonen. I de tilfeller eksterne konsulenter deltar i undersøkelse av varslings saker mottar helseforetaket kun en sluttrapport.

Varslingsrutinen omhandler ikke habilitet og risiko for mulige rollekonflikter. Intervjuene indikerer likevel at det er god bevissthet om habilitet i organisasjonen. Det er noe varierende oppfatninger om hvem som beslutter hvem som er habile til å behandle enkeltsaker. Imidlertid er det en felles oppfatning at slike vurderinger ikke dokumenteres. Ved varsel på en selv eller ved inhabilitet av andre årsaker, opplyses at varselet vil bli sendt til neste nivå i organisasjonen.

Dokumentasjon og tilgang til saksbehandlingen

Ifølge varslingsrutinen skal behandling av en varslings sak dokumenteres skriftlig, gjennom redegjørelse for varselets innhold, oppsummering av undersøkelser, referat fra møter og eventuelt andre samtaler, samt rapport om funn og konklusjoner. Alle sakens dokumenter skal journalføres på tilgangsstyrt område i saks- og arkivsystemet Public 360. Det er også et krav at eventuelle muntlige varsel skal nedtegnes og signeres av varsleren.

Alle linjeledere har tilgang i Public 360. Det er opplyst at sterk grad av skjerming kan medføre at ledere opplever det som krevende å søke opp dokumentene. I intervjuer opplyser mange av linjelederne at de ikke har tilgang i Public 360 til de varslings sakene som de selv er ansvarlig for å behandle. Journalføring oppfattes som et lederansvar. Samtidig uttaler flere av

linjelederne at de er avhengig av HR-funksjonen tilknyttet egen divisjon for å få tilgang til dokumentene i saken, og for å kunne dokumentere saksbehandlingen. Varslingsmottaket har kun tilgang til 2-3 saker hvor de har mottatt varsel. Kun arkivet har tilstrekkelige rettigheter i Public 360 til å kunne ta ut en samlet oversikt over varslingssaker.

En demonstrasjon i Public 360 for utvalgte saksnummer viser at det varierer hvilke dokumenter som lagres på saken. I intervjuer fremkommer flere erfaringer fra varslingsaker som indikerer at helseforetaket ikke har tilfredsstillende rutiner for å dokumentere og følge opp de berørte eller varslingen som sak.

Saksbehandling i praksis

Revisjonen har ikke omfattet revisjonshandlinger for å verifisere i hvilken utstrekning helseforetaket etterlever rutinen for å håndtere varsling i hver enkelt sak. I intervjuene har vi hatt oppmerksomhet på den overordnede tilnærmingen ved håndtering i linjen og i varslingsmottaket.

Som omtalt i kapittel 5.2, er det praksis at linjeledelsen raskt kontakter divisjonens HR-sjef for å få råd og sikre riktig håndtering i varslingssaker. Blant de intervjuede er det en generell oppfatning at HR-funksjonen, ofte med bistand fra avdelingssjef juridisk avdeling, ivaretar de grunnleggende prinsippene for god saksbehandling, herunder nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon. Det at HR-funksjonen og spesielt leder av juridisk avdeling blir involvert i å håndtere de fleste varslingssakene, er opplyst å bidra til en mer ensartet håndtering av sakene. Revisjonen har ikke gått nærmere inn i HR-funksjonen og avdelingssjef juridisk avdeling sin praksis i saksbehandlingen.

Både administrerende direktør og styret har vært involvert i håndtering av flere varslingssaker. Administrerende direktør bekrefter at det ved behov etableres en form for et midlertidige varslingsutvalg som saksbehandler varselet, ofte med ekstern bistand i vanskelige saker.

Revisjonen viser at helseforetaket ved flere anledninger har benyttet eksterne konsultentselskaper i forbindelse med faktaundersøkelser og behandling av konkrete varslingssaker. Det er uttalt at omfanget av ekstern bistand øker i takt med kompleksiteten i den enkelte sak. Beslutning om kjøp av ekstern kompetanse tas av linjeleder i samråd med HR og avdelingssjef juridisk avdeling.

Bedriftshelsetjenesten i helseforetaket blir i liten grad involvert i varslingssaker. I den grad enheten deltar i arbeidet synes det i hovedsak å være relatert til tiltak i etterkant av en sak. Tidligere var enheten mer delaktig i innledende undersøkelser. Intervjuer viser at det er ulik tilnærming til bruk av enheten i organisasjonen.

5.4 Omsorgsplikt for alle berørte - parallelt med aktivitetsplikt

Samtidig som mulige kritikkverdige forhold blir undersøkt og fulgt opp skal arbeidsgiver ivareta varsleren, den/de omvarslede og andre involverte i saken. Den omvarslede er omtalt i eget punkt i varslingsrutinen, «Hensynet til den det varsels om». Hvis et varsel innebærer en anklage mot en ansatt i helseforetaket, skal den som mottar varselet først undersøke om påstandene i varselet kan antas å være riktige, heter det i rutinen. Videre fremgår det at dersom saken etter disse undersøkelsene skal forfølges, må den det blir varslet på gjøres kjent med varselet, hvilke opplysninger som er gitt og få anledning til å komme med sin versjon av saken. Når saken er ferdig behandlet skal den det er varslet på straks få beskjed uansett utfall av saken.

Hensynet til varsleren og andre berørte fremgår ikke like tydelig i rutinen, men omtales under punktet «Håndtering av mottatt varsel». Det fremgår at leder med personalansvar har ansvar for å ivareta arbeidstaker som har varslet. Videre er det et krav at varslers identitet skal behandles som en fortrolig opplysning, både overfor den/de det varsles om og andre kollegaer. Rutinen presiserer imidlertid at enhver form for gjengjeldelse mot varslere er forbudt.

Varslerens følelse av trygghet, uten risiko for tap av rettigheter eller muligheter, fremstilles som en forutsetning for å kunne sikre virksomheten nødvendig informasjon om det kritikkverdige forholdet. Videre heter det at arbeidsgiver plikter å søke å forhindre «gjengjeldelse» fra kollegaer eller andre aktører. Hva som oppfattes som gjengjeldelse, eller forventninger om hvordan og hvem som skal bidra til å reduseres risiko for gjengjeldelse, er ikke omtalt.

Det er en felles oppfatning blant de intervjuede at ytringer om påståtte kritikkverdige forhold normalt blir tatt raskt tak i og håndtert på lavest mulig nivå. Revisjonen indikerer imidlertid at det er noe ulik oppfatning om og opplevelse knyttet til omsorgsplikten. Enkelte hevder at omsorgsplikten for den som varsler ikke er like sterk som for den omvarslede, med unntak av forbudet mot gjengjeldelse. I intervju fremkommer erfaring med at det kan være spesielt vanskelig å ivareta omsorgsplikten til den det er varslet på. Revisjonen viser dessuten at det er ulik praksis med å tilby støtte og hjelp til de involverte. I deler av organisasjonen tilbys den omvarslede rutinemessig bistand fra bedriftshelsetjenesten, i motsetning til den som varsler, som eventuelt får et slikt tilbud etter et uttrykt ønske om bistand.

Helseforetaket har ikke etablert rutiner som innebærer systematisk risikovurdering av fare for gjengjeldelse mot varsler. De fleste av de intervjuede oppfatter at fare for gjengjeldelse heller ikke blir fulgt opp systematisk i etterkant av en varslingssak.

5.5 Evaluering av sak og rutine

Varslingsrutinen i Sykehuset Innlandet HF omhandler ikke evaluering av rutinen og ordningen, eller håndteringen av enkeltsaker. I samtaler fremkommer at helseforetaket heller ikke har praksis med å løpende vurdere den enkelte sak, eller rutinen og ordningen som en helhet i tilknytning til det systematiske HMS-arbeidet.

Helseforetakets kvalitetssystem krever at varslingsrutinen må godkjennes hvert annet år. I intervju fremkommer at ved behov for reelle endringer i rutinen, blir tillitsvalgte og vernetjenesten involvert i evalueringen. Det opplyses at det er avdelingssjef juridisk avdeling som vil utarbeide et utkast til oppdatert versjon av rutinen ved behov. Utkastet presenteres for tillitsvalgte og verneombud i møter med TV20 og HAMU, hvor de kan gi sine innspill. Ledergruppen blir involvert ved vesentlige endringer. Mottatte referater fra ledermøte og møter i TV20 og HAMU, viser at endringer i varslingsrutinen sist var til behandling høsten 2016. Konsernrevisjonen er kjent med at pågående arbeid med oppdatering av varslingsrutinen var til behandling i møte i TV20 i oktober 2020.

En arbeidsgruppe med blant annet tillitsvalgte og vernetjenesten ble satt ned i januar 2020 for å revidere gjeldende rutine, men arbeidet ble forsinket som følge av koronautbruddet.

5.6 Vurderinger

Gode varslingsrutiner må tilpasses situasjonen og behovet i hver enkelt virksomhet. Arbeidsmiljøloven kapittel 2 A fastsetter enkelte minimumskrav til interne rutiner. Utover dette er det «god praksis» i henhold til blant annet lovforarbeider, Arbeidstilsynets nettsider, samt veiledere og retningslinjer for sammenlignbare virksomheter som er førende.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at den interne varslingsrutinen i Sykehuset Innlandet HF kun omhandler deler av varslingsprosessen, og at roller og ansvar ikke kommer godt nok frem av beskrivelsene. Minimumskravene i varslingsbestemmelsene er ikke tilstrekkelig ivaretatt. Mer veiledning og støtte til ansatte som vurderer eller ønsker å varsle, og i saksbehandling ved mottak og videre behandling og oppfølging av varsel, vil styrke varslingsordningen. Tydelige og avklarte roller og ansvar, i tillegg til ivaretagelse av de grunnleggende prinsippene for god saksbehandling, bør fremgå av rutinen.

Roller og ansvar er i liten grad avklart og formalisert

Flere stillinger og funksjoner kan ha en rolle i varslingsaker. Arbeidstilsynet anbefaler at man beskriver disse rollene i varslingsrutinen, slik at ingen er i tvil om hvilken rolle den enkelte har i en varslingssak. Eksempler på slike stillinger og funksjoner kan være administrerende direktør, styreleder, tillitsvalgte, HR-funksjonen, varslingsutvalget i virksomheten, bedriftshelsetjenesten og eksterne konsulenter. Særlig viktig er det å klargjøre roller og ansvar mellom de ulike funksjonene.

Sykehuset Innlandet HF beskriver i liten grad roller og ansvar i sin varslingsrutine. Ansvar og oppgaver er ikke adressert med krav og forventninger til de ulike aktørene og aktivitetene i varslingsprosessen. Varslingsrutinen viser i enkelte tilfeller til hva «arbeidsgiver» har ansvar for, uten at det er konkretisert hvem dette er og hvordan oppgavene forventes løst. Sentrale støtte- og rådgivningsfunksjoner er ikke beskrevet. Spesielt HR-funksjonen knyttet til den enkelte divisjon og leder for juridisk avdeling, men også vernetjenesten og de tillitsvalgte, har i praksis stor betydning for arbeidet med ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Dette gjelder både i rollen som rådgivere overfor varslere, omvarslede og andre berørte, samt ledere. Erfaring viser at arbeidsmiljøutvalg vanligvis ikke har en rolle i konkrete varslingssaker, men at de kan delta i arbeidet med varslingsrutiner. Arbeidstilsynet anbefaler at virksomhetens sentrale arbeidsmiljøutvalg blir orientert om antall varslingssaker, hvilke kritikkverdige forhold disse sakene gjelder og hvordan sakene blir håndtert og løst.

Manglende beskrivelse av roller og ansvar kan bidra til ulik forståelse, og medfører risiko for at aktivitets- og omsorgsplikten ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Dette vil kunne påvirke kvaliteten i saksbehandlingen, og redusere trygghet og forutsigbarhet for potensielle varslere og andre involverte.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det behov for å definere og formalisere roller og ansvar for de ulike funksjonene i varslingsordningen. Dette gjelder også administrerende direktør og styrets rolle og ansvar, som i liten grad fremgår av rutinen. I tillegg til å vurdere funksjonen til dagens varslingsmottak, jf. kapittel 6, bør helseforetaket også vurdere om bedriftshelsetjenesten skal ha en rolle med å støtte undersøkelser av de faktiske forholdene ved ytringer om påståtte kritikkverdige forhold.

Som en del av arbeidet med å tydeliggjøre roller og ansvar bør helseforetaket ta stilling til om organisasjonen selv kan tilby en potensiell varsler en objektiv og uavhengig part for å søke råd og veiledning, eller om dette er en funksjon som best kan ivaretas av en ekstern aktør. Et eksternt varslingsmottak vil i tillegg til de interne kanalene, være et alternativ for 100 prosent anonym varsling, forutsatt at helseforetaket har etablert en slik varslingsløsning.

Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres i tråd med gjeldende bestemmelser og prinsipper slik at den gir tilstrekkelig støtte gjennom alle deler av varslingsprosessen

Sykehuset Innlandet HF oppfordrer i sin rutine til å varsle om kritikkverdige forhold, og varslingsplikten er omtalt. Varslingsrutinen er imidlertid på flere områder ikke dekkende for hva en varslingsrutine bør inneholde for å oppfylle minimumskravene i arbeidsmiljøloven kapittel 2 A og Arbeidstilsynets anbefalinger for en varslingsrutine. Rutinen klargjør i liten grad roller og ansvar, noe som bidrar til at varslingsprosessen fremstår som uklar. Dette skaper usikkerhet både om hvordan varselet, og varsleren, den omvarslede og de berørte, blir ivaretatt i prosessen. Samtidig reduseres muligheten for en helhetlig tilnærming og muligheten for å etterleve lovbestemmelser og prinsipper for god saksbehandling ved håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Selv om varslingsrutinen oppfordrer til å varsle, medfører svakheter og mangler ved innhold og fremstilling risiko for at prosessen fremstår som lite forutberegnelig, og at den ikke gir tilstrekkelig støtte og veiledning til de som ønsker å varsle og de som mottar og behandler ytringer av slik art.

Varslingsrutinen er ikke fullt ut oppdatert i henhold til endringene i varslingsbestemmelsene som trådte i kraft 1. januar 2020. Blant annet fremgår det ikke at rutinen også gjelder for innleide arbeidstakere. Begrepet «kritikkverdige forhold» er konkretisert i de nye bestemmelsene. Varslingsrutinen i Sykehuset Innlandet HF er imidlertid ikke a jour med presiseringene, og innebærer en innskrenkning i muligheten til å varsle internt, med vilkår som er i strid med loven. Se nærmere omtale og vurdering av definisjon av begreper i kapittel 4.

Avgrensningen mot andre interne rutiner bør også presiseres for å redusere usikkerhet om når rutinen skal anvendes. Mobbing og trakassering inngår i definisjonen av kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøloven, og håndteringen av slike saker må derfor være i tråd med varslingsbestemmelsene. Rutinen må gjenspeile at ytringer om kritikkverdige forhold skal behandles i tråd med den interne varslingsrutinen uavhengig av hvordan det kritikkverdige forholdet er blitt kjent. Beskrivelser av tilgrensede områder, for eksempel håndtering av uønskede hendelser, bør angi når en hendelse skal vurderes opp mot varslingsrutinen.

Skriftlige varslingsrutiner skal bidra til forutberegnelighet i prosessen og sikre likebehandling og sporbarhet. Varslingsrutinen i Sykehuset Innlandet HF gir i dag ikke en helhetlig beskrivelse av fremgangsmåte for varsling og for arbeidsgivers saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varsling. Uklare beslutningspunkter med utydelige roller og ansvar innebærer risiko for at ytringer om påståtte kritikkverdige forhold ikke blir håndtert på en konsistent og god måte på tvers i organisasjonen. Rutinen bør i større grad konkretisere krav og forventninger slik at den gir tilstrekkelig støtte og veiledning til relevante aktører i ulike faser av prosessen.

Eksempelvis angir rutinen at det kan varsles «indirekte til ledelsen» via tillitsvalgte eller verneombud. Revisjonen har vist at det er ulike

oppfatninger om hva dette i praksis innebærer, og det er behov for å konkretisere rollen til de tillitsvalgte og vernetjenesten ved mottak av et varsel gjennom å beskrive hvordan varselet og varsleren skal håndteres videre. Rutinen bør for øvrig angi hvordan og hvem som skal registrere varsel om kritikkverdige forhold. Videre må det fremgå hvem som er ansvarlig, og hvilke vurderinger som bør dokumenteres og ligge til grunn for å beslutte hvem som skal delta i behandlingen av et varsel. Ved at den som mottar varselet selv gjør denne vurderingen, uten obligatorisk å involvere andre, øker risikoen for en lite konsistent behandling og en upartisk prosess. Det er naturlig at rutinen stiller krav om vurderinger knyttet til habilitet, kompetanse og kapasitet.

For at varslingsrutinen skal gi støtte til en mest mulig ensartet håndtering er det på samme måte behov for å utdype forventningene til aktiviteter og metoder som i tilstrekkelig grad belyser saken i en innledende fase, og senere ved eventuelle utvidede undersøkelser og avslutning av saken. En forsvarlig og etterprøvable saksbehandling tilsier at også forventningene til hvem og hvordan håndteringen dokumenteres og lagres bør fremkomme tydeligere av rutinen. I anledning denne presiseringen bør helseforetaket vurdere hvordan ansvarlig leder og saksbehandler skal ha tilgang til aktuelle saksdokumenter.

Helseforetaket bekrefter mottak av varsel overfor varsleren, og gir informasjon om at saken er avsluttet. Rutinen bør også legge opp til å informere om frister og saksgang ved håndtering av varslingssaker. Omsorgsplikten for omvarslede er ivarettatt i gjeldende rutine. Viktigheten av at varsleren føler seg trygg fremgår også, men basert på intervjuer er det vårt inntrykk at det er en opplevelse av frykt for å varsle. Rutinen bør omfatte systematiske risikovurderinger av fare for gjengjeldelse mot varsler.

Rutinen beskriver på en god måte hva et varsel bør inneholde, men dette fremgår ikke i varslingsskjemaet. Etter vår vurdering er det uheldig at den som ønsker å varsle må lese rutinen for å få veiledning til å fylle ut skjemaet. Manglende opplysninger i et varsel påvirker muligheten for en raskt og effektiv

håndtering, og ved et anonymt varsel vil det kunne være avgjørende for om varselet kan håndteres.

Etter konsernrevisjonens vurdering kan svakheter og mangler ved rutinen være en årsak til at linjelederne ofte henvender seg til HR-funksjonen, og i stor grad lederen for juridisk avdeling, for å be om bistand til korrekt saksbehandling og dokumentasjon i varslingssaker. En praksis med noe kjøp av eksterne konsulenttenester vurderes også som et tiltak for å sikre en rettmessig håndtering. Beskrivelsene er dessuten ikke utformet for å håndtere saker som krever støtte av annen type kompetanse enn HR, for eksempel ytringer om økonomiske misligheter eller brudd på personopplysningsikkerheten. Vesentlige forhold som konsekvenser ved lovbrudd og andre kritikkverdige forhold, og hvordan arbeidsgiver skal påse at arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig både for varsleren, den det er varselet på og andre berørte, er ikke omtalt.

Ivaretagelse av grunnleggende prinsipper for god saksbehandling er viktig for tilliten til ordningen. Varslingsrutinen omhandler anonym varsling, men beskriver ikke ulike grader av anonymitet og presiserer at det er varsleren selv som må sørge for at anonymitet sikres. Anonymt varsel kan enten sendes til leder eller varslingsmottaket, og anonym varsling til tillitsvalgt eller vernetjenesten er ikke en opsjon. Dette må sees i lys av at de tillitsvalgte og vernetjenesten i praksis er de ansattes primære representant i varslingssaker. Vår vurdering er at rutinen signaliserer en høy terskel for å varsle anonymt, og helseforetaket bør i større grad legge til rette for anonym varsling. Revisjonen har vist at helseforetaket har god oppmerksomhet om habilitet ved saksbehandling. For å bevare bevisstheten og sikre gode vurderinger bør imidlertid praksis og forventninger formaliseres. Etter vår vurdering er det også et behov for at rutinen i større grad synliggjør hvordan og hvem som skal ivareta de grunnleggende prinsippene for personvern og konfidensialitet.

Varslingsrutinen i helseforetaket beskriver hverken evaluering av rutinen og ordningen, eller håndteringen av enkeltsaker. Kvalitetssystemet krever automatisk godkjenning av rutinen annet hvert år, men andre føringer er ikke gitt. Både for å kunne innfri lovkravet, men også for å bidra til god forankring, er det viktige med en reell involvering av arbeidstakerne og de tillitsvalgte. Etter konsernrevisjonens vurdering bør varslingsrutinen beskrive hvordan enkeltsaker og ordningen som helhet skal evalueres. Hvem som er ansvarlig for gjennomføring, hvordan de ansatte skal involveres og hvilke frister som gjelder for arbeidet, bør angis slik at eventuelle innspill kan inngå i helseforetakets øvrige risiko- og forbedringsarbeid.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at minimumskravene i varslingsbestemmelsene ikke er godt nok ivaretatt i den interne varslingsrutinen. For å sikre en forutsigbar prosess som oppfordrer til å varsle om kritikkverdige forhold, og samtidig bidrar til en god håndtering av selve varselet og ivaretar varsleren, den omvarslede og andre berørte på en tilfredsstillende måte, er det behov for å definere og beskrive roller og ansvar som grunnlag for håndtering i et helhetlig perspektiv. Dette vil bidra til en felles tilnærming og forståelse, og samtidig skape større grad av trygghet i prosessen, med redusert risiko for ulik håndtering på tvers av enhetene i helseforetaket. Ved oppdatering av varslingsrutinen bør helseforetaket støtte seg til anbefalingene på Arbeidstilsynets nettsider om varsling.



6. Fra varslingsmottak til kompetansesenter

En av de største utfordringene i varslingsaker knytter seg til mangel på kunnskap og erfaring. Gjennom å være en naturlig rådgiver og en sentral aktør ved håndtering av kompliserte varslingsaker vil et varslingsutvalg kunne bygge kompetanse og bidra til bevisstgjøring og opplæring i organisasjonen. Videre vil utvalget kunne bidra til å trygge en god håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold.

6.1 Rådgivning og saksbehandling

Varslingsmottakets rolle i dag

Varslingsmottaket er ifølge varslingsrutinen en partssammensatt gruppe som består av avdelingssjef juridisk avdeling, HR-direktør, foretaksverneombud og en tillitsvalgt. Ansatte og innleide kan sende varsel direkte til varslingsmottaket. Varslingsmottaket har ansvar for å ta imot og følge opp varsel, og sørge for at varselet blir saksbehandlet på et hensiktsmessig nivå i organisasjonen. Samtidig understreker rutinen at varslingsmottaket ikke selv har ansvar for saksbehandling av innholdet i varslingen.

Intervjuer viser at det er ulik oppfatning i organisasjonen om varslingsmottakets rolle. Mange har en klar formening om at varslingsmottaket, etter å ha vurdert hvem som skal håndtere saken, kun videresender mottatte varsel til aktuell linjeleder. Andre mener at varslingsmottaket i større grad bidrar med vurderinger og veiledning, og blant annet tar stilling til om mottatte ytringer er et varsel om kritikkverdige forhold. De intervjuede fra en av divisjonene har en felles oppfatning om at varslingsmottaket er et rådgivende organ.

Medlemmene av varslingsmottaket er samstemte i at organet er et mottaksapparat. Det fremkommer i samtaler at varslingsmottaket er en kanal for å varsle dersom en ansatt ikke føler seg komfortabel med å varsle i andre kanaler, en mulighet for mer anonym varslingsmelding. Videre

opplyses at varslingsmottaket skal sikre god oppfølging av varslingsaker. Både leder av juridisk avdeling og tidligere konstituert HR-direktør opplyser at de ofte blir involvert i selve saksbehandlingen av varselet, men da i kraft av ordinære roller innen stabsområdet HR. Administrerende direktør bekrefter at det ved behov etableres en form for et midlertidige varslingsutvalg som saksbehandler varselet, ofte med ekstern bistand i vanskelige saker.

Varslingsmottaket er tilgjengelig gjennom egen e-postadresse, ordinær post eller personlig oppmøte. I intervjuer fremkommer at det er ulik oppfatning i organisasjonen av om varslingsmottaket er godt nok kjent, og om det faktisk blir benyttet ved ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Revisjonen viser at det ikke er tilgjengelig informasjon på helseforetakets intranett om navngitte medlemmer av varslingsmottaket.

Roller og ansvar – håndtering av saker

Varslingsrutinen beskriver hverken roller og ansvar innad i varslingsmottaket eller varslingsmottakets håndtering av saker. Revisjonen har vist at det er HR-direktør som har vært leder av varslingsmottaket. Samtlige medlemmer har tilgang til varslingsmottakets dedikerte e-postadresse.

I intervjuer får vi opplyst at varslingsmottaket samles så snart det mottar en ytring om et mulig kritikkverdig forhold. Avdelingssjef juridisk avdeling kaller inn til møte hvor det blir drøftet om saken er å anse som en ytring om et kritikkverdig forhold, og hvilket nivå i organisasjonen som eventuelt skal behandle saken videre. Som hovedregel er det opplyst at varslingsmottaket ikke skal ha kontakt med den som varsler ut over det å bekrefte at varsel er mottatt.

Mottatte eksempler på oversendelse av saker til aktuelle linjeledere viser at varslingsmottaket ber linjen om å følge opp saken i henhold til helseforetakets varslingsrutine. Videre gis en kort foreløpig vurdering av hvordan saken bør håndteres i den innledende fasen. Varslingsmottaket ber om å bli orientert om

utfallet av undersøkelsene. Linjeleder blir informert om at varslingsmottaket sørger for å informere varsleren om mottak av varsel og når saken er avsluttet.

Dersom varsleren ønsker å være anonym for andre enn medlemmene av varslingsmottaket, så blir dette ivaretatt, ifølge de intervjuede.

Varslingsmottaket skriver ikke referater fra møter der varslingsmottaket er samlet. Det er opplyst at e-posten fra avdelingssjef juridisk avdeling til linjelederen som skal behandle saken videre, utgjør dokumentasjon av håndteringen.

6.2 Samlet oversikt over antall og type saker

Mottatt oversikt over varslingssaker

Konsernrevisjonen har mottatt en oversikt over varslingssaker i Sykehuset Innlandet HF for perioden 2018 til medio oktober 2020. Oversikten er et uttrekk fra saks- og arkivsystemet Public 360, og viser at det er registrert totalt 17 varslingssaker. Fem av varslingssakene er registrert i 2018, ni av sakene i 2019 og tre saker så langt i 2020. Tolv av sakene er avsluttet, mens fem saker fortsatt er registrert «under behandling» i Public 360. Oversikten viser også saksnummer, ansvarlig enhet og ansvarlig person.

I intervjuer fremkommer at mange ikke er kjent med oversikten eller antall varslingssaker. De fleste vurderer at omfanget av registrerte saker er for lavt sammenlignet med den iverksatte risikoen for kritikkverdige forhold i et helseforetak med så mange ansatte som Sykehuset Innlandet HF. Spesielt risikoen for seksuell trakassering blir pekt på av mange. Flere opplyser at de er kjent med saker om kritikkverdige forhold som ikke er registrert og/eller dokumentert. I intervjuene omtales også flere varslingssaker som ikke fremgår av oversikten.

Revisjonen viser at helseforetaket ikke har etablert rutiner for å ta ut og gjennomgå oversikter over omfang og type varslingssaker. Oversikten er utarbeidet etter forespørsel fra konsernrevisjonen om en oversikt over antall og type varslingssaker.

Systematisk rapportering

Ifølge varslingsrutinen rapporterer varslingsmottaket til administrerende direktør. Nærmere angivelser av når informasjon skal deles, og om hvilke forhold, er ikke gitt. Forventninger til rapportering fra linjen fremkommer ikke. Heller ikke rapportering til styret eller andre relevante aktører er beskrevet. Revisjonen viser at det ikke er etablert systematisk rapportering med oversikt over antall og type saker, hverken fra linjen til administrerende direktør og/eller varslingsmottaket, eller fra varslingsmottaket og administrerende direktør til styret. Det er en felles oppfatning blant de intervjuede at helseforetaket ikke har en formell rapportering knyttet til varslingssaker, men at informasjon om varsler mottatt i linjen vil være en naturlig del av dialogen med nærmeste overordnede. Slik vil administrerende direktør også bli kjent med de mest alvorlige sakene.

Av de 17 varslingssakene som fremgår av oversikten er 2-3 oppgitt å være meldt direkte til varslingsmottaket. Varslingsmottaket opplyser at administrerende direktør informeres umiddelbart ved mottak av nye varsler.

Både administrerende direktør og styret har vært involvert i saksbehandling av flere varslingssaker i 2020. I intervjuer er det opplyst at administrerende direktør informerer styret om de alvorligste sakene gjennom sine orienteringer til styret. I styresakene i 2020 frem til utgangen av oktober, er det gitt orientering om tre «personalsaker» i lukkede møter. Det fremkommer ingen orienteringer om varslingssaker. I november 2019 ble det utarbeidet B-protokoll fra lukket styremøte i anledning et varsel sendt til styret. Styreleder fra februar 2020 signaliserer et ønske om mer systematisk rapportering om varslingssaker til styret.

Det er ingen systematisk rapportering om hvordan varslingsordningen fungerer.

6.3 Vurderinger

Et anerkjent og velfungerende uavhengig organ som mottar og behandler vanskelige varslings saker vil representere en verdi for helseforetaket. Gjennom å bli informert og involvert ved varsling i helseforetaket vil et slikt organ bygge kompetanse som kan benyttes til opplæring og bevisstgjøring, og håndtering av de mest kompliserte varslings sakene. Konsernrevisjonens vurdering er at varslingsmottaket i Sykehuset Innlandet HF er etablert som et overordnet organ, men det er behov for å utvide og styrke organets mandat og klargjøre i hvilken grad og hvordan organet skal være et kompetansesenter og en rådgivende enhet for ledere og ansatte.

Utvikling av varslingsmottaket til et uavhengig varslingsutvalg med utvidet rolle og kompetanse vil styrke varslingsordningen i helseforetaket

Kunnskap og erfaring fra tidligere varslings saker er viktig for forståelse og håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Enkelte saker er vanskelige med mange involverte og sammensatte problemstillinger. Slike saker kan lett utvikle seg til å bli store kompliserte saker med konsekvenser for arbeidsmiljøet, varsleren eller de som blir utpekt som ansvarlige, i tillegg til å påvirke virksomhetens omdømme negativt. Helseforetaket bør derfor ha et organ som bidrar til at varsling blir tatt på alvor, varsleren blir tatt vare på, og hvor det iverksettes adekvate prosesser umiddelbart for å få avklart om det foreligger kritikkverdige forhold, og der det kritikkverdige forholdet bringes til opphør.

Ved å utvide mandatet til dagens varslingsmottak vil flere av ytringene om kritikkverdige forhold kanaliseres til organet, enten direkte fra varsleren, eller fra linjen med ønske om bistand i vanskelige saker og ved

habilitetsutfordringer. Slik vil enheten også kunne avlaste administrerende direktør med håndtering av varslings saker på divisjonsnivå. Ved å behandle utvalgte varslings saker om ulike kritikkverdige forhold fra ulike deler av organisasjonen, vil enheten få et bredere erfaringsgrunnlag enn den enkelte linjeleder vil kunne opparbeide seg. Et utvidet mandat vil sammen med konkrete kompetansehevingstiltak utvikle verdifull kompetanse hos medlemmene. Dette vil skape et godt fundament for å gi råd og veilede linjelederne ved håndtering i enkeltsaker, og til selv å håndtere de mest kompliserte varslings sakene. Solid kompetanse i en uavhengig enhet vil redusere behovet for å etablere midlertidige arbeidsgrupper og for å kjøpe ekstern bistand til å håndtere varslings saker. For uten reduserte kostnader, vil dette også sikre at essensiell innsikt i kritikkverdige forhold blir ivaretatt gjennom en etablert enhet med muligheter for å gi innspill i det systematiske forbedringsarbeidet.

Helseforetaket benytter i dag ekstern bistand i enkeltsaker. Det er etter vår vurdering naturlig at varslingsutvalget har en sentral rolle i å vurdere om ekstern bistand er nødvendig, og at varslingsutvalget som et uavhengig organ har rollen som kontaktpunkt mot de eksterne konsulentene. I denne anledning bør helseforetaket vurdere å opprette et eksternt varslingsmottak som et supplement til de interne varslingskanalene.

For at dagens varslingsmottak skal kunne være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan, er det etter konsernrevisjonens vurdering behov for å styrke og klargjøre enhetens rolle. Varslingsrutinen bør beskrive når og på hvilken måte enheten skal involveres i varslingsprosessen. Blant annet gjelder dette undersøkelser av varslings saker, men også i hvilken grad enheten skal ha en veiledende rolle overfor ansatte, innleide og ledere. Enheten bør også ha en funksjon med å sikre at håndteringen av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på tvers av divisjoner og avdelinger er konsistent og i henhold til styrende dokumenter. Roller og ansvar internt i enheten bør fremgå av rutinen.

Varslingsmottaket har i dag en oppgave med å sikre god oppfølging av varslingssaker. Revisjonen viser imidlertid at helseforetaket ikke har etablert rutiner som sikrer systematisk rapportering om hvilke saker som er registrert, status i saksbehandlingen eller utfallet i saken. De sakene som varslingsmottaket har forutsetninger for å følge opp, er de sakene som blir meldt inn direkte til enheten. For å sikre et at alle varslingssaker blir fulgt opp på en god måte, og for å kunne få et samlet bilde på kritikkverdige forhold i organisasjonen, er det behov for å etablere rutiner for å systematisk rapportere fra linjen til ledelsen og styret. Et mest mulig fullstendig grunnlag for rapportering forutsetter en felles oppfatning om hva som er varslingssaker, jf. kapittel 4.

Konsernrevisjonens vurdering er at det også er behov for å i større grad synliggjøre et slikt uavhengig organ. Dersom enheten skal være et aktivt og sentralt organ for de som har behov for råd og veiledning, og som et bidrag i virksomhetens styringssystem, er det i tillegg til å klargjøre enhetens rolle og ansvar i varslingsrutinen avgjørende at organet er tilstrekkelig kjent i organisasjonen. For å skape trygghet for den som ønsker å ta kontakt, bør informasjon om hvem som til enhver tid er medlemmer av enheten være tilgjengelig via helseforetakets intranettsider.

Ved å være en naturlig rådgiver for linjen og saksbehandler i vanskelige saker, samt å være et bindeledd til ledelsen i rapportering av antall og type varslingssaker, vil et uavhengig organ etter vår vurdering bygge viktig kompetanse både innen varsling og om kritikkverdige forhold i virksomheten. Slik kan enheten sikre en trygg og god saksbehandling. Samtidig kan enheten bidra til å forebygge tilsvarende hendelser og ta del i det systematiske forbedringsarbeidet. Organet vil få kunnskap og erfaring som bør benyttes aktivt til opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket, og som innspill til risikoanalyser i helseforetakets plan- og oppfølgingsprosesser.



7. Modenhetsvurdering

En modenhetsvurdering er et nyttig verktøy som ledd i en kontinuerlig forbedringsprosess. Resultatet av analysen forteller hvor virksomheten står i dag i forhold til kriteriene gitt i bestemmelser, offentlige retningslinjer og utredninger samt god praksis. Rammeverket gir virksomheten konkret veiledning til forbedringstiltak for å kunne løfte modenheten på et høyere nivå.

7.1 Innledning

I dette kapittelet beskriver vi resultatet av modenhetsanalysen av varslingsordningen i helseforetaket. Modellen er utarbeidet av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst med bistand fra KPMG og er beskrevet i vedlegg 4. Figur 3 nedenfor viser de fire definerte modenhetsnivåene. Rammeverket er basert på bestemmelser, offentlige retningslinjer, utredninger samt god praksis:

- Arbeidsmiljøloven kapittel 2 A. Virksomheter må etterleve minimumskravene i arbeidsmiljøloven. Da endringene som trådte i kraft 1. januar 2020 har vært kjent siden juni 2019 legger vi gjeldende regelverk til grunn for modenhetsanalysen av helseforetaket.
- Arbeidstilsynets temaside hvor varslingsreglene beskrives.
- NOU 2018:6 Varsling – verdi og vern.
- Med «god praksis» mener vi innføring av praksis utover minimumskrav i lovverk og retningslinjer som fagekspertter regner som god.

Både bestemmelser, offentlige retningslinjer og utredninger samt god praksis er i stadig utvikling. Rammeverket må jevnlig oppdateres. I oktober 2019 vedtok EU et nytt «direktiv for varslere». Medlemsstatene har frist til desember 2021 for å implementere direktivet i nasjonal lovgivning. Gjennomføringen av direktive er for tiden til vurdering hos departementene. Direktivet stiller strengere krav til virksomhetenes

behandling av varslings saker enn det som følger av den norske arbeidsmiljøloven i dag. Blant annet åpner direktivet for at en større personkrets har rett til å varsle. Videre er det et konkret krav at varslingsmottaker skal være uavhengig og kompetent, og det er skjerpede bestemmelser om taushetsplikt og frister i saksbehandlingen. Hva som er å regne som «god praksis» endres også. Det som var «god praksis» for noen år tilbake kan i dag være noe mangelfullt.

7.2 Forankring og styring

Fokus og forankring hos ledelsen og styret

Varslingsordningen er ikke formelt besluttet og godkjent av ledelsen og har ikke vært formelt presentert til styret som egen sak. Varslingsordningen anerkjennes i for liten grad som en verdi. Ledelsen og styret involveres ikke i jevnlig evaluering av ordningen og heller ikke i evaluering av håndteringen av saker. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Involvering

Varslingsrutinen er utarbeidet etter innspill fra deler av organisasjonen. Det er ikke dokumentert prosesser for systematisk evaluering av rutinen med ansatte. HAMU blir ikke orientert om antall og type varslings saker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Risikoarbeid

Det er ikke etablert rapportering av antall og typer varslings saker til ledelsen og styret. Spørsmål om kjennskap til varslingsrutinen inngår som del av sjekkliste for HMS-runden, men svarene brukes ikke systematisk i helhetlig risikoarbeid. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

7.3 Varslingsrutinen – aktivitets- og omsorgsplikt

Formål-hensikt-omfang

Rutinen gir noe overordnet informasjon og veiledning, men ingen samlet fremstilling av varslingsprosessen. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Roller og ansvar

Varslingsmottakets rolle er i noen grad beskrevet i rutinen. Andre sentrale roller er mangelfullt beskrevet. Det fremgår ikke tydelig i hvilken grad varslingsmottaket også skal ha en rolle i å bistå leder og være veileder overfor varslere. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Hva det kan og skal varsles om

Hva det kan varsles om er ikke tydelig beskrevet i rutinen. Definisjonen av «kritikkverdige forhold» innebærer en innskrenkning av muligheten til å varsle i strid med endringene i varslingsbestemmelsene fra 1. januar 2020. Det er ikke godt kjent i organisasjonen hva et varsel er. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Varslingskanaler og fremgangsmåte

Varslingskanaler og fremgangsmåte er ikke tydelig beskrevet, herunder beskrivelse av anonym varslingsrutine. Rutinen beskriver hva et varsel bør inneholde, men dette fremgår ikke av varslingskjemaet. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Saksbehandling av varselet

Varslingsmottakets behandling er i noen grad beskrevet i rutinen. Forventninger til saksbehandling ved mottak, innledende undersøkelser og videre behandling som involverer andre roller er i liten grad beskrevet. Rutinen beskriver i liten grad beslutningspunkter, tidsfrister og

forventninger til dokumentasjon. Prinsippene om objektivitet, konfidensialitet, habilitet og personvern er ikke tilstrekkelig omtalt. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Konklusjon, rapportering og evaluering

Konklusjon og evaluering av hver enkelt sak er ikke beskrevet i rutinen. Rapportering inngår delvis. Rutinen beskriver i noen grad hvilken informasjon som skal gis til de involverte. Rutinen beskriver ikke konsekvenser ved brudd. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse

Ivaretagelse av den/de det er varslet på er beskrevet i rutinen. Hensynet til varsleren og andre berørte fremgår ikke like tydelig. Rutinen presiserer imidlertid at gjengjeldelse mot varslere er forbudt. Det er ikke beskrevet rutine for vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e). Vår vurdering er at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling

Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og dokumentere saksbehandling av varsel. Det er etablert egen e-postadresse for kommunikasjon med varslingsmottaket. Saker som blir behandlet skal lagres i Public 360. Vi vurderer at modenheten i dag er på nivå 2.

7.4 Kompetanse og bevisstgjøring

Opplæring

Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning. Opplæringen innen varsling er i hovedsak knyttet til årlige HMS-grunnkurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Leder av juridisk avdeling har gjennomført opplæring av ledere basert på en bestilling fra ledermøte. Opplæringsmaterialet er relatert til lovgrunnlaget og oppdateringer

i arbeidsmiljøloven, i tillegg til helseforetakets egen varslingsrutine. Kompetansebehovet for de ulike rollene er ikke definert og kartlagt. Vi vurderer at modenheten i dag er på nivå 2.

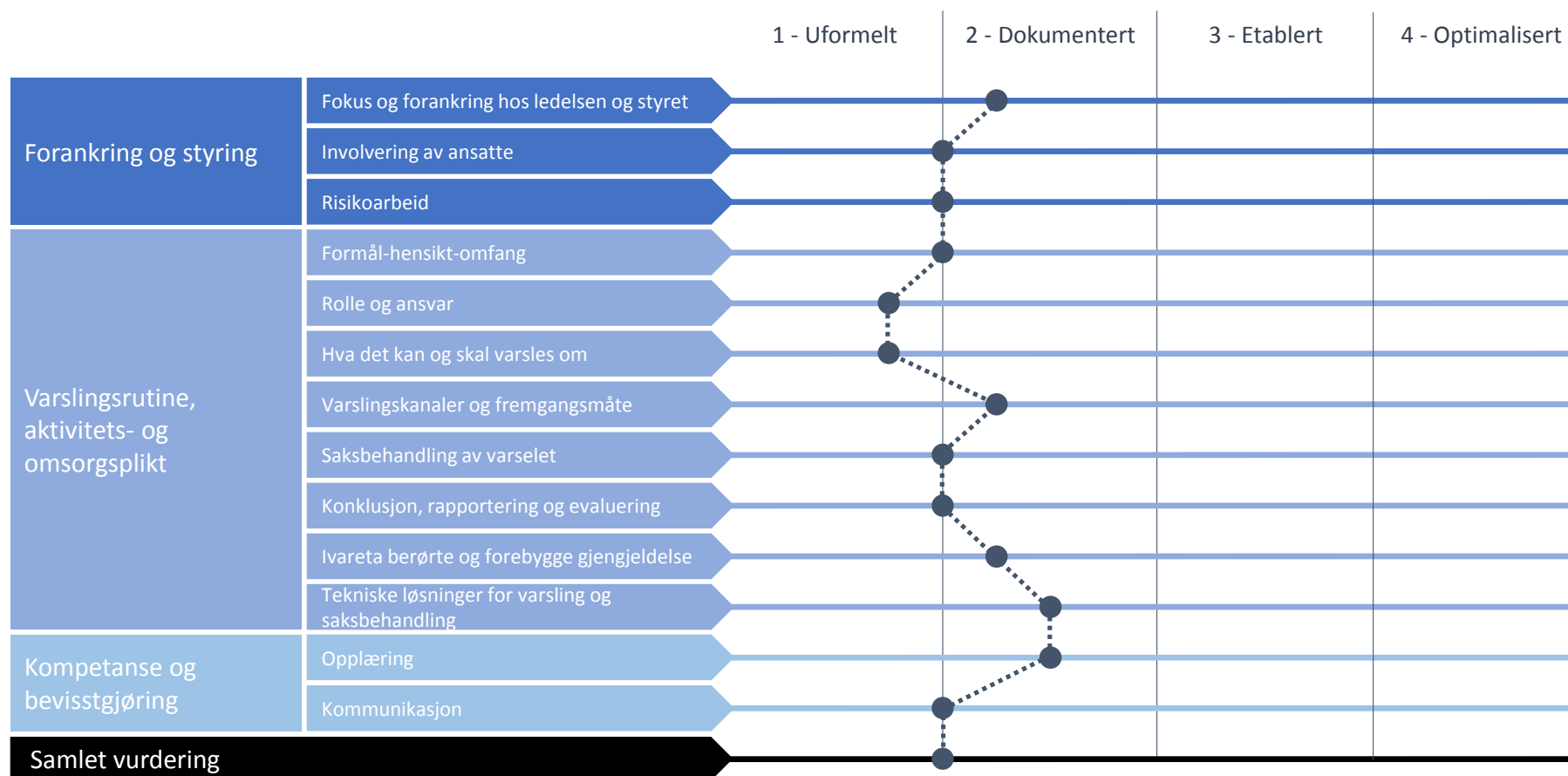
Kommunikasjon

Informasjon om varsling er godt synlig på intranett med egen «varslingsmeny». Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide. Det skal ikke ha blitt gjennomført tiltak for å øke bevisstheten om varslingsordningen og varsling generelt. Innholdet i selve varslingsordningen fremstår imidlertid ikke som godt nok kommunisert. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

7.5 Samlet modenhetsvurdering

Konsernrevisjonen vurderer at den samlede modenheten av ordningen i dag ligger mellom nivå 1 og 2 av 4 nivåer. Ledelsen kommuniserer ikke aktivt nok om varsling som en verdi. De styrende dokumentene ivaretar ikke godt nok kravene i varslingsbestemmelsene og ordningen er ikke godt nok kjent.

Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



Figur 3: Modenhetsanalyse av varslingsordningen i Sykehuset Innlandet HF

Vedlegg 1

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utledet fra revisjonsgrunnlaget beskrevet i kapittel 3.4. Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn:

- Helseforetaket har forankret et systemet for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold på overordnet nivå.
- Helseforetaket har etablert parallelle prosesser for å undersøke og saksbehandle det mulige kritikkverdige forholdet, og samtidig ivaretar varsleren, den det varsles om samt andre involverte.
- Konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er grunnleggende prinsipper som ligger til grunn for organisering og håndtering av varsling.
- Varslingsrutinen er lett tilgjengelig for de ansatte og innleide, og tiltak er etablert for å gjøre ordningen kjent.
- Varslingsordningen er organisert med tydelige roller og ansvar for mottak, behandling og oppfølging av varsling.
- Et etablert system sikrer at aktørene har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling i tråd med lovkrav, intern rutine og god praksis.
- Varslingsrutinen er utarbeidet i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid, og i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.
- Skriftlig varslingsrutine oppfordrer til å varsle og angir fremgangsmåte for varsling og saksbehandling i tråd med bestemmelser og god praksis.

Vedlegg 2

Tabell 1: Informasjonsgrunnlag

Arbeidsreglement – Sykehuset Innlandet
Varsling – Kritikkverdige forhold, utgave 5.00 (prosedyre)
Varsling – Kritikkverdige forhold, skjema
Varsling – Oppfølging av kritikkverdige forhold, skjema
Psykososialt arbeidsmiljø – Konflikthåndtering, saksgang (prosedyre)
Psykososialt arbeidsmiljø – Konflikthåndtering, ansvar og roller (prosedyre)
Psykososialt arbeidsmiljø – Mobbing og trakassering, saksgang (UTKAST prosedyre)
Psykososialt arbeidsmiljø – Mobbing og trakassering, ansvar og roller (UTKAST prosedyre)
HMS-kartlegging – HMS runden
HMS-kartlegging – HMS runden Spørsmålsliste ved kartlegging
HMS Runde Sjekkliste (modul for risikostyring)
LGG – Ledelsens gjennomgåelse Sjekkliste (modul for risikostyring)
Notat om teknisk løsning og rutiner for informasjonssikkerhet
Oversikt over varslingsaker 2018 – medio 2020
Eksempler på saksdokumenter i varslingsaker
Saksfremlegg (med vedlegg) til styret om <ul style="list-style-type: none">- orienteringer fra administrerende direktør (Sak nr. 051-2020)- styrende dokumenter i Sykehuset Innlandet HF - 2020 (Sak nr. 046-2020)

<ul style="list-style-type: none"> - orienteringer fra administrerende direktør (Sak nr. 041-2020) - orienteringer fra styreleder (Sak nr. 030-2020)
Referat fra ledermøtet 25. oktober 2016 om revidert varslingsprosedyre (Sak nr. 206-2016)
Referat fra ledermøte Prehospitale tjenester (med vedlegg) <ul style="list-style-type: none"> - ledelsesansvaret ifbm seksuell trakassering på arbeidsplassen (Sak nr. 106/17) - nye rutiner for varsler-saker (Sak nr. 76/17)
Referat fra kontaktmøte med TV20 15. september 2016 om varslingsprosedyrene (Sak nr. 38-2016)
Saksfremlegg (med vedlegg) fra HAMU <ul style="list-style-type: none"> - presentasjon av oppdatert varslingsrutine (Sak nr. 018-2017) - varslingsprosedyre – Forslag til endring (Sak nr. 030-2016/Sak nr. 031-2016) - orienteringssak – Statusrapport i forhold til arbeidet med revidering av varslingsrutinen (Sak nr. 61-2015)
Resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2019
Årsrapport Sykehuset Innlandet HF 2019
Skjermdump/bilde fra intranett, kvalitetsportalen, kurskatalogen og fra personalhåndboken, herunder <ul style="list-style-type: none"> - varslingsmenyen - kvalitetssystemet - risikostyring
Presentasjoner fra opplæring/kurs <ul style="list-style-type: none"> - varsling av kritikkverdige forhold, HMS, 5. februar 2019 - varsling av kritikkverdige forhold, Leder møte Tynset, 31. oktober 2017 - varsling av kritikkverdige forhold, Leder møte Prehospitale tjenester, 23. august 2017 - side fra e-læringskurs for nyansatte

Vedlegg 3

Tabell 2: Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
03.11.2020	Cecilie Dobloug Nyland, HR-direktør, leder av varslingsmottaket Ragnhild Wulfsberg, tidligere konstituert HR-direktør og leder av varslingsmottaket
03.11.2020	Hans Kristian Hellum, avdelingssjef juridisk avdeling, medlem av varslingsmottaket
03.11.2020	Elin Seierstad, hovedverneombud, medlem av varslingsmottaket
04.11.2020	Wenche Hansen, foretakstillitsvalgt Fagforbundet, medlem av varslingsmottaket Fredrik Aaserud Eng, foretakstillitsvalgt Den norske legeforening (Norsk overlegeforening)
04.11.2020	Kjersti Stenberg, rådgiver BHT, Stabsområde HR
04.11.2020	Kari Mette Vika, divisjonsdirektør, Divisjon Gjøvik - Lillehammer
04.11.2020	Anne Kristine Fagerheim Skaug, avdelingssjef, Medisinsk avdeling Gjøvik
04.11.2020	Øystein Høisveen, HR-sjef, Divisjon Gjøvik - Lillehammer
06.11.2020	Alice Beathe Andersgaard, administrerende direktør
06.11.2020	Ingvild Grønnerud, avdelingssjef, Ambulanse
06.11.2020	Bård Are Bjørnstad, divisjonsdirektør, Divisjon Eiendom og intern service
06.11.2020	Karl Løkken, avdelingssjef, Innkjøp og kontrakt
06.11.2020	Geir Kristoffersen, divisjonsdirektør, Divisjon Prehospitale tjenester
11.11.2020	Toril Bariusdotter Ressem, styreleder

Vedlegg 4

Modenhetsanalyse varslingsordning

Matrisen under viser vår vurdering av modenhet av varslingsordningen basert på kriteriene gitt i bestemmelser og god praksis.

		1 - Uformelt	2 - Dokumentert	3 - Etablert	4 - Optimalisert
Forankring og styring	Fokus og forankring hos ledelsen og styret				
	Involvering av ansatte				
	Risikoarbeid				
Varslingsrutine, aktivitets- og omsorgsplikt	Formål-hensikt-omfang				
	Rolle og ansvar				
	Hva det kan og skal varsles om				
	Varslingskanaler og fremgangsmåte				
	Saksbehandling av varselet				
	Konklusjon, rapportering og evaluering				
	Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse				
	Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling				
Kompetanse og bevisstgjøring	Opplæring				
	Kommunikasjon				
Samlet vurdering					

Kriteriene for nivåene «1 - Uformelt, 2 - Dokumentert, 3 - Etablert og 4 - Optimalisert» er beskrevet på de neste sidene.

Overordnet: Har helseforetaket etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling? Varslingsordningen må være egnet til å skape tillit til at varselet blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid, og at de berørte blir ivaretatt på en god måte. Varslingsrutinen må sikre en habil og forsvarlig saksbehandling med nødvendig forutberegnelighet og som ivaretar rettssikkerheten til alle berørte parter i en varslings sak. I tillegg til å ivareta arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling bør rutinene være i tråd med god praksis for håndtering av varslings saker.

1 = Uformelt - Varslingsordningen er mangelfull og varslings saker håndteres på en tilfeldig og ikke formalisert måte.

2 = Dokumentert - Varslingsordningen er formalisert med rutine på plass, tilgjengelig for de ansatte. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven.

3 = Etablert - Varslingsordningen er godt forankret, dokumentert og innført, god kompetanse. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven og hovedelementer av god praksis.

4 = Optimalisert - Virksomheten søker aktivt å følge ledende praksis. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven og ledende praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Fokus og forankring hos ledelsen og styret	<p>Varslingsordningen er ikke formelt godkjent av ledelsen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer ikke aktivt om varsling som verdi.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er orientert om ordningen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt om varsling som verdi.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er godt kjent med ordningen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt og tydelig om varsling som verdi.</p> <p>Ledelsen og styret involveres i evaluering av ordningen.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er godt kjent med ordningen</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt og tydelig om varsling som verdi.</p> <p>Ledelsen og styret involveres i evaluering av ordningen.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Involvering av ansatte	<p>Varslingsordningen er utarbeidet, men med uformell involvering av ansatte.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert og innført prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p> <p>AMU blir orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert og innført prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p> <p>AMU blir orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Risikoarbeid	<p>Varsling inngår i liten grad i virksomhetens risikoarbeid, arbeidet er i liten grad formalisert og dokumentert.</p> <p>Det er ikke etablert et helhetlig HMS-system der varsling er en del av systemet</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varsling er adressert i virksomhetens risikoarbeid, men inngår ikke som et fast element i et helhetlig HMS-system.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p>	<p>Det er etablert et helhetlig HMS-system der varsling inngår som et fast element.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p> <p>Det gjennomføres undersøkelser for å kartlegge tillit til varslingsordningen som innspill til risikostyring og kontinuerlig forbedring.</p>	<p>Det er etablert et helhetlig HMS-system der varsling inngår som et fast element.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p> <p>Det gjennomføres undersøkelser for å kartlegge tillit til varslingsordningen som innspill til risikostyring og kontinuerlig forbedring.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Formål-hensikt-omfang	Formål, hensikt og omfang er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert. Språket er enkelt og klart. Arbeidstakerne er godt kjent med formål, hensikt og omfang.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert. Språket er enkelt og klart. Arbeidstakerne er godt kjent med formål, hensikt og omfang. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Roller og ansvar	Roller og ansvar er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert. Alle sentrale roller er beskrevet.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert Alle sentrale roller er tydelig beskrevet. Det er etablert en objektiv og uavhengig person/part der en potensiell varsler kan søke råd. Roller og ansvar er godt kjent og innført i organisasjonen.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert. Alle sentrale roller er tydelig beskrevet. Det er etablert en objektiv og uavhengig person/part der en potensiell varsler kan søke råd. Roller og ansvar er godt kjent og innført i organisasjonen. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Hva det kan og skal varsles om	Hva det kan varsles om er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Hva det kan varsles om er dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel.	Hva det kan varsles om er godt dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel. Det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingsaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er godt kjent i organisasjonen.	Hva det kan varsles om er godt dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel. Det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingsaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er godt kjent i organisasjonen. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Varslingskanaler og fremgangsmåte	Varslingskanaler og fremgangsmåte er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er tydelig beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling. Varslingskanaler og fremgangsmåte er godt kjent.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er tydelig beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling og kryptert dialog med anonym varslar. Varslingskanaler og fremgangsmåte er godt kjent. Det er tilrettelagt for varsling til ekstern enhet som alternativ til interne kanaler. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Saksbehandling av varselet	Saksbehandling er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av ekstern kompetanse er etablert og godt kjent. Rutine for saksbehandling av varsel er godt kjent.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av ekstern kompetanse er etablert og godt kjent. Rutine for saksbehandling av varsel er godt kjent. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Konklusjon, rapportering og evaluering	Konklusjon, rapportering og evaluering er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert. Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte. Beskriver konsekvenser ved brudd.	Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert. Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte. Beskriver konsekvenser ved brudd. Det gjennomføres systematisk evaluering av håndtering av hver enkelt sak. Rutiner for konklusjon, rapportering og evaluering er godt kjent.	Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert. Rapportmater er etablert. Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte. Beskriver konsekvenser ved brudd. Det gjennomføres systematisk evaluering av håndtering av hver enkelt sak. Rutiner for konklusjon, rapportering og evaluering er godt kjent. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse	Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er i liten grad formalisert og beskrevet. Ikke egnet til å skape tillit.	Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet. Det er dokumentert rutine for vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).	Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet. Det er dokumentert og gjennomføres systematisk vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e). Varsler følges opp i etterkant med tanke på mulig gjengjeldelse Rutiner for å ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse er godt kjent.	Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet. Det er dokumentert og gjennomføres systematisk vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e). Varsler følges opp i etterkant med tanke på mulig gjengjeldelse. Rutiner for å ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse er godt kjent. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling	Tekniske løsninger legger i liten grad til rette for å varsle og saksbehandle et varsel. Ikke egnet til å skape tillit.	Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og saksbehandle et varsel. Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.	Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og saksbehandle et varsel. Ivaretar krav til personvern og sikkerhet. Løsningene er brukervennlige.	Tekniske løsninger legger godt til rette for å varsle og saksbehandle et varsel. Ivaretar krav til personvern og sikkerhet. Løsningene er brukervennlige. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Opplæring	<p>Det gjennomføres begrenset opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Kompetansebehovet for de ulike rollene er definert og kartlagt og opplæringen er tilpasset de enkelte rollene.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Kompetansebehovet for de ulike rollene er definert og kartlagt og opplæringen er tilpasset de enkelte rollene.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Kommunikasjon	<p>Leders kommunikasjon om varsling er lite synlig for de ansatte.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer om varsling til sine ansatte på allmøter, ledermøter etc.</p> <p>Virksomheten bruker digitale flater til å kommunisere om varsling, men begrenset med informasjon.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer tydelig om varsling som verdi og kommunikasjonen er godt synlig for de ansatte.</p> <p>Virksomheten bruker aktivt digitale flater til å kommunisere om varsling. Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer tydelig om varsling som verdi og kommunikasjonen er godt synlig for de ansatte.</p> <p>Virksomheten bruker aktivt digitale flater til å kommunisere om varsling. Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Oktober-Desember 2020

Virksomhet: Sykehuset Innlandet HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Signe Sagabraaten (oppdragsleder)
- Beate Hvam-Axelsen (innleide konsulent fra KPMG)

Rapporten er oversendt til:

- styret i Sykehuset Innlandet HF
- administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF
- revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>