

Internkontroll AS

Arbeidsinstruks; Avviksbehandling og kontinuerlig forbedring

Internkontroll AS
Steinhaugen 11
7049 Trondheim

Oppdatert 13.04.2026



Instruks for avviksbehandling og kontinuerlig forbedring

1. Formål

Denne instruksjonen skal sikre at virksomheten systematisk identifiserer, behandler og lærer av avvik og systemmangler. Formålet er å bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhetens styring, etterlevelse og praksis, og å sikre at alle relevante krav er omsatt til operasjonelle instruksjoner som faktisk følges i det daglige arbeidet.

2. Virkeområde

Instruksjonen gjelder for alle ansatte, ledere og innleide i virksomheten. Den gjelder for alle forhold som kan utgjøre et avvik fra etablerte instruksjoner, eller som kan indikere at virksomhetens instruksjonsgrunnlag er utilstrekkelig. Eksterne avviksfunn – herunder pålegg og merknader fra tilsynsmyndigheter, revisjonsrapporter og dokumenterte kundeklager – behandles etter samme metodikk som interne avvik.

3. Definisjoner

- **Avvik:** Brudd på et etablert krav i en instruks.
- **Systemmangel:** Manglende eller utilstrekkelig instruks der det skulle eksistert et målkrav.
- **Nestehendelse:** Hendelse som under litt andre omstendigheter kunne ha medført et avvik eller en uønsket konsekvens.
- **Strakstiltak:** Umiddelbar handling for å stanse pågående skade, sikre situasjonen eller gjenopprette normal drift. Ikke å forveksle med korrigerende tiltak.
- **Korrigerende tiltak:** Tiltak som retter seg mot årsaken til avviket, slik at det ikke gjentar seg.
- **Instrukseier:** Den funksjon eller rolle som har ansvar for å forvalte den aktuelle instruksjonen.
- **Eskalering:** Løfting av en sak til høyere nivå når den ikke kan løses, eller ikke bør besluttes, på det nivået den befinner seg.
- **Foreløpig protokoll:** Dokumentasjon av at saken er ferdig behandlet metodisk (fase 1–5), men ikke endelig lukket. Saken venter på verifisering over tid.
- **Endelig lukking:** Lukking av saken etter at effekten av tiltaket er verifisert over tid i samsvar med 1-3-6-prinsippet.
- **KPI (styringsparameter):** Målbar indikator som benyttes til å styre, vurdere og forbedre avviksbehandlingen.

4. Styringslogikk – grunnforståelse

Virksomheten styres gjennom et kravbasert system. Krav kan ha ulike opprinnelse, eksempelvis lover, forskrifter, avtaler, risikovurderinger, tilsynspålegg eller interne beslutninger. Alle slike krav skal identifiseres, vurderes og oversettes til konkrete, bindende målkrav i instruksjoner.

Instruksjoner er det eneste styringsdokumentet som definerer hvordan arbeid skal utføres. Dette innebærer at:

- Ansatte arbeider ikke direkte etter lover, avtaler eller interne beslutninger.
- Ansatte arbeider etter instruks som oversetter disse kravene til praktisk utførelse.
- Dersom et krav ikke er oversatt til instruks, er det ikke operasjonalisert.

Som konsekvens skal virksomheten ikke bare kontrollere om instruks er fulgt, men også kontrollere at alle relevante krav faktisk er oversatt til instruks.

5. Sentrale begreper – avvik og systemmangel

5.1 Avvik (etterlevelsavvik)

Et avvik er et brudd på et etablert krav i en instruks. Eksempler:

- En kontroll som skulle vært gjennomført er ikke utført.
- En arbeidsoppgave er utført i strid med instruks.
- En barriere som er beskrevet i instruks er ikke etablert.

5.2 Systemmangel (styringsavvik)

En systemmangel er manglende eller utilstrekkelig instruks der det skulle eksistert et mål-krav. En systemmangel oppstår når virksomheten ikke har lyktes med å identifisere et krav, oversette kravet til instruks, eller å etablere tilstrekkelig tydelig og dekkende instruks.

Eksempler på systemmangel:

- Krav fra lov er ikke omsatt til instruks.
- Tiltak fra risikovurdering er ikke implementert.
- Kritisk arbeid mangler instruks.
- Instruks er så uklar at den ikke kan etterleves.

5.3 Sammenhengen mellom avvik og systemmangel

Ved behandling av alle avvik skal det alltid vurderes om forholdet er et brudd på instruks, eller en mangel ved instruks. Ofte vil et etterlevelsavvik også avdekke en underliggende systemmangel.

6. Meldekultur, meldeplikt og personvern

6.1 Meldeplikt

Alle ansatte har plikt til å melde:

- Avvik fra etablert instruks.
- Mistanke om systemmangel.
- Nestenhendelser.
- Observerte risikoforhold som ikke fanges opp i eksisterende kontroller.

Forbedringsforslag kan registreres i samme system, men behandles som forbedrings saker – ikke som avvik.

6.2 Vern av den som melder

Det å melde et avvik skal aldri slå tilbake på den som melder. Dette gjelder også når den som melder selv har vært involvert i forholdet. Hensikten med avviksbehandling er læring og forbedring – ikke å plassere skyld.

Sanksjoner er forbeholdt forsettlige eller grovt uaktsomme handlinger, og besluttes etter egne personalmessige prosesser – ikke som del av avviksbehandlingen.

6.3 Anonym melding

Det skal være mulig å melde anonymt dersom melderens ønsker det. Anonym melding skal behandles på samme måte som andre meldinger, men kan begrense muligheten for tilbakemelding og oppfølgingsspørsmål.

6.4 Konfidensialitet og personopplysninger

Registreringer i avvikssystemet skal være saksorienterte, ikke personorienterte. Navngivning av personer skal kun skje når det er nødvendig for å beskrive forholdet, og opplysningene skal behandles i samsvar med personvernregelverket. Tilgangen til avvikssaker skal begrenses til de som har et reelt behov.

7. Roller og ansvar

7.1 Alle ansatte

Alle ansatte har plikt til å:

- Melde avvik, systemmangler og nestenhendelser uten unødig opphold.
- Registrere forholdet i virksomhetens avvikssystem.
- Iverksette nødvendige strakstiltak innenfor egen myndighet.
- Bidra i årsaksanalyse og oppfølging når de blir bedt om det.

7.2 Nærmeste leder

Nærmeste leder har ansvar for å:

- Sikre at meldte avvik blir registrert og behandlet innen gjeldende frister.
- Klassifisere avvik etter alvorlighetsgrad.
- Lede eller utpeke ansvarlig for årsaksanalyse.
- Beslutte og iverksette tiltak innenfor eget ansvarsområde.
- Eskalere saker som ligger utenfor egen myndighet.
- Verifisere at tiltak virker etter hensikten, gjennom 1-3-6-løpet.
- Lukke avvik endelig når kriteriene for endelig lukking er oppfylt.

7.3 Systemansvarlig (instrukseier)

Systemansvarlig har ansvar for å:

- Vurdere om instruksene er korrekte og tilstrekkelige.

- Etablere eller revidere instruks ved systemmangel.
- Gjøre endringer kjent i organisasjonen.
- Sørgе for at endringer er implementert i opplæring og kontrollaktiviteter.

7.4 Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig

Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig har ansvar for å:

- Forvalte avvikssystemet og verktøyene som inngår i det.
- Sikre at metodikk (5 hvorfor, MTO, 1-3-6) brukes konsekvent.
- Måle og rapportere KPI-er i samsvar med kap. 12.2.
- Følge med på trender, gjentakende avvik og effekt av tiltak.
- Rapportere status og funn til ledelsen.
- Koble avviksdata mot risikovurderinger og revisjonsfunn.

7.5 Ledelsen

Ledelsen har ansvar for å:

- Sikre at avvikssystemet brukes som forutsatt.
- Behandle systemmangler som har strategisk eller tverrgående betydning.
- Bruke informasjon fra avvik aktivt i beslutninger om ressursfordeling, prioriteringer og styring.
- Etablere eierskap til tverrgående systemmangler på riktig nivå.
- Bruke avviksdata i ledelsens gjennomgang.

8. Verktøy for avviksbehandling

Virksomheten benytter konkrete verktøy fra Internkontrollportalen for å sikre ensartet, sporbar og metodisk korrekt behandling av avvik. Bruken av verktøyene er forankret i denne instruksjonen. Det er metodikken som er må-kravet – verktøyene er de anviste hjelpemidlene for å oppfylle kravet.

8.1 Verktøy og bruksområde

Fase	Verktøy	Formål
Før registrering	AvvikStandard™ Sorteringsnøkkel	Skille reelle avvik fra driftshendelser og fastslå om saken krever videre behandling som avvik.
Registrering og behandling (fase 1–5)	Avviks-Audit™ PRO – Behandling	Registrering, klassifisering, MTO-diagnose, tiltaksbeslutning og plan for 1-3-6-verifisering. Avsluttes med foreløpig protokoll.
Verifisering og lukking (fase 6–7)	Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking	Strukturert gjennomføring av 1-3-6-løpet, effektkontroll, eventuell gjenåpning og endelig lukking.

Fase	Verktøy	Formål
Fordypet årsaksanalyse	Årsaksfinneren™ PRO	Strukturert MTO- og rotårsaksanalyse ved komplekse, gjentakende eller systemiske avvik.

8.2 AvvikStandard™ Sorteringsnøkkel

Sorteringsnøkkelen skal brukes når det er tvil om et observert forhold skal behandles som avvik eller som driftshendelse. Verktøyet stiller standardiserte spørsmål om regelbrudd, skadepotensial, systemsvakhet og gjentakelsesrisiko, og foreslår klassifisering.

Sorteringsnøkkelen er et beslutningsstøtteverktøy, ikke et erstatningsverktøy for faglig vurdering. Resultatet skal vurderes av saksbehandler. Ved tvil – eller når sorteringsnøkkelen indikerer kritisk systemsvikt – skal saken alltid behandles som avvik.

8.3 Avviks-Audit™ PRO – Behandling

Avviks-Audit™ PRO – Behandling er virksomhetens primære verktøy for selve avviksbehandlingen. Verktøyet skal benyttes for alle avvik som krever full saksbehandling etter denne instruksen, og leder saksbehandler gjennom:

1. Registrering, klassifisering og sortering.
2. MTO-diagnose – obligatorisk vurdering av menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorer.
3. Strakstiltak og korrigerende tiltak.
4. Plan for 1-3-6-verifisering med frister, ansvarlige og verifiseringsmetode.
5. Foreløpig protokoll.

Verktøyet sikrer at krav til klassifisering (kap. 10.3.2), MTO-analyse (kap. 10.4.2) og planlegging av 1-3-6-verifisering (kap. 10.7.2) blir gjennomført og dokumentert i samsvar med denne instruksen.

Når trinnet er fullført, får saken status «**Under verifisering**» og overføres automatisk til Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking via referansekode.

8.4 Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking

Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking er virksomhetens verktøy for å lukke sløyfen – det vil si verifisere at iverksatte tiltak faktisk gir varig effekt før saken lukkes endelig.

Verktøyet skal benyttes for alle saker som har fått status «Under verifisering» i behandlingsverktøyet, og struktureres rundt:

1. Henting av saken fra Avviks-Audit™ PRO – Behandling via referansekode.
2. Strukturerte verifiseringer på 1, 3 og 6 måneder, med kalendervarsling og frister.
3. Dokumentasjon for hver verifisering: metode (observasjon, stikkprøve eller kontroll), funn, faglig vurdering, ansvarlig.
4. Beslutning om gjenåpning dersom verifisering viser at tiltaket ikke har gitt forventet effekt.

5. Endelig lukking med godkjenning fra leder (og fra nivået over ved kritiske avvik).

Endelig lukking kan ikke gjennomføres uten at hele 1-3-6-løpet er dokumentert i samsvar med kravene i denne instruks (se kap. 10.7 og 10.8).

8.5 Årsaksfinneren™ PRO

Årsaksfinneren™ PRO skal benyttes som tilleggsverktøy for fordypet rotårsaksanalyse i følgende tilfeller:

- Ved kritiske avvik (nivå 1) der MTO-diagnosen i Avviks-Audit™ PRO – Behandling ikke gir tilstrekkelig dybde.
- Ved gjentakende avvik der tidligere tiltak ikke har fjernet årsaken.
- Ved mistanke om at flere underliggende systemmangler virker sammen.
- Når en systemmangel berører flere prosesser eller enheter.

Resultatet fra Årsaksfinneren™ PRO legges som vedlegg til hovedsaken i Avviks-Audit™ PRO – Behandling.

8.6 Krav til bruk av verktøyene

Ved bruk av verktøyene skal saksbehandler sørge for at:

- Alle påkrevde felt fylles ut. Verktøyenes «VETO»-funksjoner (som blokkerer videre saksbehandling ved manglende MTO-vurdering eller manglende verifisering) skal ikke omgås.
- Eksportert rapport (PDF og/eller JSON) arkiveres i virksomhetens avvikssystem.
- Referansekoden fra verktøyet noteres og brukes konsekvent gjennom hele saksløpet, slik at sammenhengen mellom behandling, verifisering og lukking er sporbar.

AI-funksjoner i verktøyene gir veiledende forslag. Saksbehandler er alltid ansvarlig for den endelige faglige vurderingen. AI-forslag skal vurderes kritisk og tilpasses den konkrete saken før de tas i bruk.

8.7 Forholdet mellom verktøyene og virksomhetens øvrige avvikssystem

Verktøyene erstatter ikke virksomhetens samlede avvikssystem, men inngår som metodiske komponenter i det. Registrering, arkivering og rapportering skal alltid skje i samsvar med kap. 9 «Krav til bruk av avvikssystem».

9. Krav til bruk av avvikssystem

Alle avvik og systemmangler skal registreres i virksomhetens avvikssystem. Det er ikke tillatt å:

- Løse forhold uformelt uten registrering.
- Utelate registrering fordi forholdet «ble rettet med en gang».
- Behandle avvik utenfor systemet.

Registrering er ikke en sanksjon, men en forutsetning for læring og forbedring.

10. Gjennomføring av avviksbehandling

Avviksbehandling består av syv faser fordelt over to løp: et **behandlingsløp** (fase 1–5) som avsluttes med foreløpig protokoll, og et **verifiserings- og lukningsløp** (fase 6–7) som avsluttes med endelig lukking. Alle faser skal gjennomføres for at avviket skal regnes som ferdig behandlet og lukket.

10.1 Identifikasjon

Når et forhold oppdages skal den som oppdager forholdet:

1. Avklare hva som faktisk har skjedd – konkret og faktuert.
2. Identifisere hvilken instruks som regulerer det aktuelle arbeidet.
3. Vurdere om forholdet er et brudd på instruks (avvik) eller en mangel ved instruks (systemmangel).
4. Dersom det ikke finnes instruks for det aktuelle arbeidet, skal forholdet registreres som systemmangel.

Ved tvil om et observert forhold skal behandles som avvik eller hendelse, skal AvvikStandard™ Sorteringsnøkkel benyttes (se kap. 8.2).

Eksempel: En operatør oppdager at en kritisk ventil ikke er kontrollert som forutsatt før oppstart. Ved gjennomgang av instruksene viser det seg at instruksene ikke angir hvem som skal utføre kontrollen eller når. Forholdet skal da registreres både som et avvik (kontrollen ble ikke gjort) og en systemmangel (instruksene er utilstrekkelige).

10.2 Strakstiltak

Før eller parallelt med registrering skal det vurderes om situasjonen krever strakstiltak. Strakstiltak skal:

- Stanse pågående skade eller risiko.
- Sikre at avviket ikke fortsetter mens saken behandles.
- Gjenopprette normal og forsvarlig drift.

Strakstiltak erstatter ikke videre avviksbehandling. De skal dokumenteres i avvikssystemet sammen med begrunnelse. Dersom strakstiltaket er omfattende eller har varig karakter, skal det også vurderes om det er behov for endring av instruks.

10.3 Registrering og klassifisering

10.3.1 Registrering

Registrering skal skje gjennom Avviks-Audit™ PRO – Behandling (se kap. 8.3), uten unødig opphold og senest innen utløpet av påfølgende arbeidsdag. Følgende skal alltid registreres:

- Hvilken instruks som er relevant, eller at instruks mangler.
- Hva som er brutt, mangler eller er uklart.

- Faktiske observasjoner – hva som ble sett, hørt eller målt.
- Tidspunkt, sted og involverte funksjoner.
- Eventuelle strakstiltak som er iverksatt.

Registreringen skal beskrive observasjoner, ikke forklaringer eller vurderinger av skyld. Vurderinger hører hjemme i årsaksanalysen.

Eksempel på korrekt formulering: «Loggføring av temperatur i kjølerom mangler for perioden 03.–05. mai. Instruks XX-12 krever daglig loggføring.»

Eksempel på ukorrekt formulering: «Nattevakten glemte sannsynligvis å sjekke kjølerommet fordi det var travelt.»

10.3.2 Klassifisering etter alvorlighet

Hvert avvik skal klassifiseres i ett av tre nivåer. Klassifiseringen styrer frister, eskalering og krav til verifisering.

Kritisk avvik (nivå 1) foreligger når forholdet:

- Medfører eller kan medføre alvorlig skade på personer, miljø, materiell eller omdømme.
- Innebærer brudd på lov- eller forskriftskrav med alvorlige konsekvenser.
- Berører kritiske barrierer eller sikkerhetsbarrierer.

Vesentlig avvik (nivå 2) foreligger når forholdet:

- Har potensial til å påvirke leveranser, kvalitet eller etterlevelse i vesentlig grad.
- Gjelder gjentakende forhold som indikerer underliggende systemmangel.
- Berører viktige, men ikke kritiske, kontroller eller barrierer.

Mindre avvik (nivå 3) foreligger når forholdet:

- Har begrenset konsekvens og lav sannsynlighet for gjentakelse.
- Kan rettes uten større endringer i instruks eller praksis.

Ved tvil om nivå velges det høyere nivået. Klassifiseringen kan justeres etter hvert som ny informasjon kommer til.

10.3.3 Frister og eskalering

Nivå	Strakstiltak vurdert	Årsaksanalyse startet	Tiltak besluttet	Eskalering
Kritisk	Umiddelbart	Innen 3 arbeidsdager	Innen 10 arbeidsdager	Skal varsles ledelsen samme dag
Vesentlig	Innen 2 arbeidsdager	Innen 10 arbeidsdager	Innen 30 arbeidsdager	Eskaleres ved manglende fremdrift

Nivå	Strakstiltak vurdert	Årsaksanalyse startet	Tiltak besluttet	Eskalering
Mindre	Ved behov	Innen 20 arbeidsdager	Innen 60 arbeidsdager	Eskaleres ved behov

Eskalering skal alltid skje når:

- Saken ligger utenfor egen myndighet eller ansvarsområde.
- Frister ikke kan overholdes.
- Avviket berører flere enheter eller fagområder.
- Saken har strategisk eller omdømmemessig betydning.

10.4 Årsaksanalyse

Årsaksanalyse er kjernen i avviksbehandlingen. Den skal gjennomføres med to obligatoriske metoder: 5 hvorfor og MTO-analyse. Metodene brukes sammen, ikke som alternativer. MTO-diagnose gjennomføres som standard i Avviks-Audit™ PRO – Behandling. Ved behov for fordypet rotårsaksanalyse benyttes Årsaksfinneren™ PRO (se kap. 8.5).

10.4.1 5 hvorfor – metodikk

Metoden går ut på å stille spørsmålet «hvorfor?» gjentatte ganger for å komme bak symptomet og frem til den underliggende årsaken.

Fremgangsmåte:

1. Start med å beskrive konkret hva som skjedde.
2. Still spørsmålet «hvorfor skjedde dette?».
3. Gi et konkret og faktabasert svar.
4. Still nytt «hvorfor» til svaret.
5. Gjenta inntil du når et systemnivå, det vil si en årsak knyttet til instruks, opplæring, kontroll eller organisering.

Antallet «hvorfor» er ikke nødvendigvis fem – det kan være færre eller flere. Det avgjørende er at analysen når frem til en systemisk årsak.

Når du ikke får lov å stoppe: Det er ikke tillatt å stoppe analysen ved forklaringer som «menneskelig feil», «glemsel» eller «travelte». Disse er symptomer, ikke årsaker. Analysen skal forklare *hvorfor* det var mulig å gjøre feilen, *hvorfor* det var mulig å glemme, eller *hvorfor* travelhet kunne påvirke utførelsen.

Eksempel på gjennomført 5 hvorfor:

- *Hva skjedde?* Temperaturlogg i kjølerom ble ikke ført i tre dager.
- *Hvorfor?* Nattevakten gjennomførte ikke loggføringen.
- *Hvorfor?* Nattevakten visste ikke at oppgaven var hennes.
- *Hvorfor?* Oppgaven var ikke nevnt i innføringsopplæringen.

- *Hvorfor?* Sjekklisten for innføringsopplæring inneholder ikke kjølerom-rutiner.
- *Hvorfor?* Instruksen for innføringsopplæring ble ikke oppdatert da kjølerom-rutinen ble innført.

→ Systemisk årsak: Instruks for innføringsopplæring er utdatert (systemmangel).

10.4.2 MTO-analyse – metodikk

MTO-analyse skal alltid utføres parallelt med 5 hvorfor for å sikre at årsaken vurderes fra tre perspektiver: Menneske, Teknologi og Organisasjon. Ingen av perspektivene kan utelates. Det skal alltid beskrives hva som er vurdert under hvert perspektiv, også når perspektivet ikke har bidratt til hendelsen.

Menneske – vurder blant annet:

- Hadde personen nødvendig opplæring og kompetanse?
- Var oppgaven forståelig og tydelig kommunisert?
- Var det mulig å gjøre feil uten å oppdage det?
- Var personen utsatt for stress, tidspress eller andre påvirkninger?

Teknologi – vurder blant annet:

- Fungerte verktøy, utstyr og systemer som forutsatt?
- Fantess nødvendige tekniske barrierer (alarmer, sperrer, automatikk)?
- Var løsningen robust mot feilbruk?
- Var det tilgjengelig informasjon i de systemene som ble brukt?

Organisasjon – vurder blant annet:

- Var instruksen tilstrekkelig, oppdatert og kjent?
- Var arbeidet planlagt og bemannet riktig?
- Var det oppfølging og kontroll fra leder?
- Var ansvar og myndighet tydelig fordelt?

Eksempel på MTO-vurdering (fortsettelse av eksemplet over):

- *Menneske:* Nattevakten hadde generell opplæring, men ikke spesifikk opplæring i kjølerom-rutiner.
- *Teknologi:* Det finnes ingen automatisk varsling ved manglende loggføring. Systemet er manuelt og uten påminnelse.
- *Organisasjon:* Instruks for innføringsopplæring er ikke oppdatert. Det er heller ingen kontrollrutine som fanger opp manglende logg innen rimelig tid.

10.5 Tiltak

10.5.1 Hovedregel

Tiltak skal fjerne årsaken – ikke bare rette feilen. Et tiltak som kun gjenoppretter normal tilstand uten å adressere årsaken, er ikke et tiltak i denne instruksens forstand, men et strakstiltak.

10.5.2 Typer tiltak

Tiltak skal kategoriseres som ett eller flere av følgende:

- **Systemtiltak:** Endre, etablere eller fjerne instruks. Endre arbeidsprosess, kontrollordning, teknisk løsning eller organisering.
- **Kompetansetiltak:** Opplæring, kursing, øving eller informasjonsformidling.
- **Adferdstiltak:** Tiltak rettet mot å påvirke hvordan arbeid faktisk utføres innenfor eksisterende rammer, for eksempel oppfølgingsamtaler, observasjon eller endrede oppfølgingsrutiner.

I de fleste tilfeller vil det være nødvendig med en kombinasjon. Et rent kompetansetiltak (kun «mer opplæring») er sjelden tilstrekkelig dersom årsaken ligger i instruks eller organisering.

10.5.3 Ved systemmangel

Ved systemmangel skal tiltaket alltid omfatte å etablere eller forbedre instruks. Det er ikke tilstrekkelig å informere ansatte om hvordan de «egentlig» skal gjøre noe – det må forankres i instruks.

10.5.4 Krav til formulering av tiltak

Hvert tiltak skal være:

- **Konkret:** Det skal være tydelig hva som skal gjøres.
- **Tidfestet:** Det skal være en frist for gjennomføring.
- **Tilordnet:** Det skal være tydelig hvem som er ansvarlig.
- **Verifiserbart:** Det skal kunne kontrolleres om tiltaket er gjennomført og virker.

Eksempel: «Instruks for innføringsopplæring (HR-04) revideres slik at den inkluderer kjølerom-rutiner. Revidert instruks gjøres kjent for alle nattevakter. Frist: 15.06. Ansvarlig: HR-leder.»

10.6 Gjennomføring av tiltak og foreløpig protokoll

Et tiltak regnes ikke som gjennomført før det er implementert og faktisk i bruk. Dette innebærer at:

- Ny eller endret instruks er publisert og tilgjengelig.
- Berørte ansatte er informert og har fått nødvendig opplæring.
- Tiltaket gjenspeiles i de kontroll- og oppfølgingsrutinene som gjelder.

Når tiltaket er gjennomført og 1-3-6-planen er etablert, avsluttes behandlingsløpet med en **foreløpig protokoll** i Avviks-Audit™ PRO – Behandling. Saken får status «Under verifisering» og overføres automatisk til Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking. Foreløpig protokoll innebærer ikke at saken er lukket – kun at fase 1–5 er metodisk fullført.

10.7 Verifisering

Verifisering skal kontrollere om tiltaket faktisk virker, og om effekten er varig. Det er ikke tilstrekkelig å konstatere at instruksjonen er endret eller at opplæringen er gjennomført – det skal kontrolleres at praksis er endret og at endringen holder seg over tid. All verifisering gjennomføres og dokumenteres i Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking (se kap. 8.4).

10.7.1 Verifiseringsmetoder

Verifisering kan gjennomføres ved:

- **Observasjon:** Følge med på utførelse av arbeidet i en periode.
- **Stikkprøver:** Tilfeldig kontroll av at oppgaven utføres som forutsatt.
- **Kontroll:** Gjennomgang av loggføring, dokumentasjon eller resultatdata.

10.7.2 Verifisering over tid – 1–3–6-prinsippet

For å sikre at effekten av tiltak er varig, skal verifisering gjentas etter følgende mønster, avhengig av alvorlighetsgrad:

	Nivå	1 måned	3 måneder	6 måneder
Kritisk	Ja	Ja	Ja	
Vesentlig	Ja	Ja	Ved behov	
Mindre	Ja	Ved behov	Nei	

Hver enkelt verifisering skal dokumenteres som egen post i Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking. Det skal fremgå hvilken metode som er brukt, hva som er funnet, hvilken faglig vurdering som er gjort, og hvem som har utført verifiseringen. Kalenderfunksjonen i verktøyet skal benyttes for å sikre at frister overholdes.

10.7.3 Gjenåpning

Dersom en verifisering viser at tiltaket ikke har gitt forventet effekt, skal saken gjenåpnes. Gjenåpning innebærer at:

- Årsaksanalysen skal revurderes – ofte er det den opprinnelige analysen som var utilstrekkelig.
- Nye eller justerte tiltak skal besluttes.
- Et nytt 1-3-6-løp startes for de justerte tiltakene.

Gjenåpning er en naturlig del av kvalitetssystemet og skal ikke oppfattes som en svakhet ved saksbehandlingen. Tvert imot er evnen til å fange opp og gjenåpne saker et tegn på et fungerende system.

10.8 Endelig lukking

Endelig lukking kan kun skje gjennom Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking, og kun når alle følgende kriterier er oppfylt:

- Årsaken er forstått og dokumentert.
- Eventuell instruks er korrekt og tilstrekkelig.
- Praksis fungerer i tråd med instruksen.
- 1-3-6-verifisering er gjennomført og dokumentert i samsvar med alvorlighetsnivået.
- Verifiseringene viser dokumentert og varig effekt.

Endelig lukking gjøres av nærmeste leder eller utpekt avviksansvarlig. For kritiske avvik kreves det i tillegg at lukkingen godkjennes på nivået over.

Lukking uten dokumentert verifisering, eller før 1-3-6-løpet er fullført, er ikke tillatt.

Oppfølging etter lukking: Saker som er lukket etter at systemmangel er rettet, skal markeres for oppfølging ved senere ordinære internrevisjoner. Dette sikrer at instruksen fortsatt fungerer over lengre tidshorisont enn 1-3-6-løpet.

11. Særlig om håndtering av systemmangel

Systemmangel skal alltid behandles med høy prioritet, ettersom den potensielt påvirker alt arbeid som reguleres (eller burde vært regulert) av den aktuelle instruksen.

Ved systemmangel skal følgende alltid gjennomføres:

1. Ny eller forbedret instruks skal etableres av instrukseier.
2. Instruksen skal gjøres kjent for alle som er omfattet.
3. Etterlevelse av instruksen skal kontrolleres aktivt i en periode etter innføring, gjennom 1-3-6-løpet i Avviks-Audit™ PRO – Verifisering & Lukking.

Inntil ny instruks er på plass skal det vurderes om det er behov for midlertidige kompensierende tiltak.

12. Læring, oppfølging og aktiv ledelsesstyring

12.1 Løpende oppfølging

Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig skal følge avvikssystemet løpende og identifisere:

- Saker som nærmer seg eller har oversittet frist – både i behandlings- og verifiseringsløpet.
- Gjentakende avvik som kan indikere ubehandlet systemmangel.
- Tiltak som ikke gir forventet effekt, og som har ført til gjenåpning.
- Områder med påfallende lav meldefrekvens, som kan indikere underrapportering.

12.2 Styringsparametere (KPI-er)

Virksomheten skal styre avviksbehandlingen etter et sett målbare parametere. KPI-ene måles løpende av internkontroll- eller kvalitetsansvarlig, rapporteres kvartalsvis til ledelsen, og benyttes som grunnlag for beslutninger og prioriteringer.

KPI	Hva måles	Akseptabelt nivå	Eier
Meldegrad	Antall registrerte avvik per ansatt per kvartal	Skal være stabil eller økende over tid; sterk nedgang indikerer underrapportering	Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig
Behandlingstid kritisk	Tid fra registrering til besluttet tiltak (kritiske avvik)	≤ 10 arbeidsdager (jf. kap. 10.3.3)	Nærmeste leder
Behandlingstid vesentlig	Tid fra registrering til besluttet tiltak (vesentlige avvik)	≤ 30 arbeidsdager	Nærmeste leder
Andel fristbrudd	Saker hvor frist for tiltak er oversittet	≤ 10 % per kvartal	Nærmeste leder
Lukketid	Tid fra registrering til endelig lukking (etter 1-3-6)	Rapporteres som median per alvorlighetsnivå; trend over tid følges	Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig
Andel systemmangler	Systemmangler som andel av totale avvik	Rapporteres; bør utgjøre en vesentlig andel av totale avvik for å indikere modent system	Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig
Gjentakelsesrate	Andel avvik som gjentar tidligere registrert avviksmønster innen 12 mnd	≤ 15 %; høyere indikerer mangelfull årsaksanalyse	Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig
Gjenåpningsrate	Andel saker som har måttet gjenåpnes etter 1-3-6-verifisering	≤ 20 %; indikator på kvaliteten i opprinnelig årsaksanalyse	Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig
MTO-balanse	Fordeling av identifiserte årsaker på M, T og O	Skal vise balansert fordeling; sterk skjevhet mot M kan indikere overfladisk analyse	Internkontroll- eller kvalitetsansvarlig

KPI	Hva måles	Akseptabelt nivå	Eier
Tiltakseffekt	Andel verifiserte tiltak som viser dokumentert effekt etter 6 mnd	≥ 80 %	Nærmeste leder

Akseptable nivåer er veiledende. Ved første gangs implementering skal det første driftsåret brukes til å etablere et faktisk baseline-nivå før tersklene settes endelig. Ledelsen kan justere terskler basert på virksomhetens modenhet og kontekst, men endringer skal dokumenteres og begrunnes.

Tre KPI-er er særlig viktige som ledende indikatorer på systemmodenhet:

- **Andel systemmangler** – indikerer at virksomheten ser bak symptomene og oppdager styringssvakheter, ikke bare etterlevelsessvikt.
- **MTO-balanse** – indikerer at årsaksanalysene er reelle og ikke skylder på enkeltpersoner.
- **Gjenåpningsrate** – indikerer at verifisering faktisk avdekker svake tiltak, og at systemet ikke bare lukker saker for å lukke dem.

12.3 Kvartalsvis trendanalyse

Hvert kvartal skal det utarbeides en samlet trendanalyse som omfatter:

- KPI-status i samsvar med kap. 12.2.
- Antall avvik per kategori, enhet og alvorlighetsnivå.
- Andel saker behandlet innen frist.
- Andel saker som har gått til endelig lukking, og andel som er gjenåpnet.
- Andel systemmangler av totale avvik.
- Effekt av iverksatte tiltak basert på 1-3-6-verifiseringsdata.
- Anbefalte fokusområder for kommende periode.

12.4 Ledelsens aktive bruk av avviksdata

Ledelsen skal ikke bare motta rapportering – den skal bruke avviksdata aktivt som styringsinformasjon. Dette innebærer at ledelsen skal:

- Behandle trendanalysen som beslutningsgrunnlag, ikke som orienteringssak.
- Prioritere ressurser dit avviksdata viser at de trengs mest.
- Ta eierskap til tverrgående systemmangler og utpeke ansvarlig for utbedring.
- Følge opp at tiltak ledelsen selv har besluttet, faktisk gir effekt over tid.
- Vurdere om avviksbildet indikerer behov for endringer i risikovurderinger, mål eller strategiske prioriteringer.
- Følge med på gjenåpningsrate som indikator på kvaliteten i årsaksanalysen.
- Treffe og dokumentere konkrete beslutninger på grunnlag av avviksbildet (eksempelvis ressursopprioriteringer, instruksrevisjoner, kompetansetiltak, organisatoriske endringer). Beslutninger som tas på grunnlag av avviksdata skal være sporbare i protokoll fra ledelsens gjennomgang.

Avviksdata skal være fast tema i ledelsens gjennomgang, og funn skal kobles mot virksomhetens øvrige styringsdata.

12.5 Kobling til andre prosesser

Avviksbehandlingen skal sees i sammenheng med, og gi innspill til:

- Risikovurderinger (avvik kan avdekke risiko som ikke var identifisert).
- Internrevisjoner (avvik kan peke på områder som bør revideres, og lukkede saker skal følges opp ved senere revisjon).
- Kompetanseplanlegging (gjentakende kompetanserelaterte årsaker).
- Ledelsens gjennomgang.

13. Avsluttende forståelse

Når du jobber med avvik, skal du alltid tenke:

- Gjorde noen feil?
- Eller var systemet utilstrekkelig?

Ofte er svaret begge deler – systemet gjorde det mulig å gjøre feil. Hensikten med avviksbehandling er derfor ikke å plassere skyld, men å forstå hvorfor det kunne skje, og å forbedre systemet slik at det ikke skjer igjen.

En sak er aldri ferdig før det er dokumentert at tiltaket faktisk virker over tid. Det er forskjellen mellom et avvikssystem på papiret og et avvikssystem som styrer virksomheten.

Vedlegg A: Metodisk forankring i anerkjente rammeverk og standarder

Innledning

Denne instruksjonen er ikke et lokalt eller frittstående initiativ. Den bygger på etablerte, internasjonalt anerkjente rammeverk for virksomhetsstyring, internkontroll, kvalitetsledelse, risikostyring, HMS og kontinuerlig forbedring. Instruksjonen anvender disse rammeverkene på en samlet og operasjonalisert måte, tilpasset norsk regulatorisk kontekst og virksomhetens praksis.

Formålet med dette vedlegget er å synliggjøre den metodiske forankringen, slik at instruksjonen kan dokumenteres som anvendt beste praksis ved internrevisjon, tilsyn, sertifisering eller styrebehandling. Det skal være tydelig at instruksjonen ikke representerer noe nytt eller alternativt regime, men en konsekvent anvendelse av anerkjent metodikk satt i god styringsrelatert praksis.

1. Norsk regelverk – det rettslige fundamentet

Instruksjonen er først og fremst forankret i norsk regelverk om systematisk styring og internkontroll:

- **Internkontrollforskriften § 5** – krav til at virksomheter har systemer for å identifisere, behandle og forebygge gjentakelse av avvik. Instruksjonens kap. 9 og 10 operasjonaliserer disse kravene direkte. Skillet mellom etterlevelsessavvik og systemmangel reflekterer forskriftens skille mellom å «følge kravene» og å «ha systemer som sikrer at kravene følges».
- **Arbeidsmiljøloven § 3-1** – krav til systematisk HMS-arbeid, herunder kartlegging av risiko, gjennomføring av tiltak og kontroll med at tiltakene virker. Speiles i instruksjonens krav til risikovurdering som kilde til instruks (kap. 4) og i verifiseringskravene (kap. 10.7).
- **Personopplysningsloven og GDPR** – krav til at avvikshåndtering ivaretar personvern. Speiles i kap. 6.4 om at registreringer skal være saksorienterte og at tilgang begrenses.
- **Aksjeloven og selskapsretten** – styrets og ledelsens overordnede ansvar for forsvarlig virksomhetsstyring. Speiles i kap. 12.4 om ledelsens aktive bruk av avviksdata som beslutningsgrunnlag.
- **Sektorspesifikt regelverk** – herunder bokføringsloven, kapitalkravsregelverk, helselovgivning, petroleumsregelverk, akvakulturlovgivning, m.fl. – som alle stiller krav om systematisk avvikshåndtering tilpasset bransjens risikobilde.

Instruksjonen tar et grunnleggende standpunkt om at krav fra alle disse kildene skal oversettes til instruks for å være operasjonalisert. Dette er en streng, men prinsipielt korrekt tolkning av kravbasert styring.

2. COSO-rammeverkene – internkontroll og helhetlig risikostyring

COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) er det dominerende internasjonale rammeverket for internkontroll og er referansestandard for både revisorer, styrer og tilsynsmyndigheter.

COSO Internal Control – Integrated Framework (2013) definerer fem komponenter for effektiv internkontroll: kontrollmiljø, risikovurdering, kontrollaktiviteter, informasjon og kommunikasjon, samt overvåking. Instruksene reflekterer alle fem:

- *Kontrollmiljø* – kap. 6 om meldekultur, vern av melder og personvern etablerer det kulturelle og etiske grunnlaget.
- *Risikovurdering* – kap. 10.3.2 om klassifisering etter alvorlighet, samt koblingen til risikovurderinger i kap. 12.5.
- *Kontrollaktiviteter* – kap. 10.5 om tiltak og kap. 10.7 om verifisering.
- *Informasjon og kommunikasjon* – kap. 9 om bruk av avvikssystem og kap. 8 om verktøy som sikrer informasjonsflyt.
- *Overvåking* – kap. 12 om løpende oppfølging, KPI-er og ledelsens aktive bruk av data.

COSO ERM – Enterprise Risk Management (2017) utvider perspektivet til helhetlig risikostyring koblet til strategi og prestasjon. Instruksene reflekterer ERM-tenkningen særlig gjennom kap. 12.4, der ledelsen skal vurdere om avviksbildet indikerer behov for endringer i risikovurderinger, mål eller strategiske prioriteringer. Dette er nettopp ERM's kjerneidé: at risikoinformasjon (herunder avvik) skal kobles mot virksomhetens strategiske beslutninger.

3. ISO-standarder – ledelsessystemer og kvalitet

Instruksene følger strukturen og prinsippene i de sentrale ISO-standardene for ledelsessystemer. Disse standardene deler en felles overordnet struktur (Annex SL / High Level Structure) som gjør dem gjensidig forenlige.

ISO 9001:2015 – Kvalitetsledelse stiller krav til håndtering av «nonconformities» (punkt 10.2) og kontinuerlig forbedring (punkt 10.3). Instruksene speiler ISO 9001s krav om at virksomheten skal:

- Reagere på avviket, herunder gjennomføre strakstiltak (kap. 10.2).
- Vurdere behovet for å fjerne årsakene – ikke bare symptomene (kap. 10.4 og 10.5).
- Implementere nødvendige tiltak (kap. 10.6).
- Gjennomgå effekten av tiltakene (kap. 10.7).
- Oppdatere risikoer og muligheter dersom nødvendig (kap. 12.5).
- Endre kvalitetsstyringssystemet ved behov (kap. 11 om systemmangel).

Instruksens skille mellom **foreløpig protokoll** og **endelig lukking** er i tråd med ISO 9001:2015 punkt 10.2.1 e), som krever vurdering av tiltakets effekt – ikke bare gjennomføring.

ISO 14001:2015 – Miljøledelse og **ISO 45001:2018 – Arbeidsmiljøledelse** stiller tilsvarende krav til avviksbehandling, og instruksene er dermed direkte anvendelig også på miljø- og HMS-området.

ISO 31000:2018 – Risikostyring gir prinsipper og rammeverk for risikostyring, herunder at risikostyring skal være integrert i virksomhetens prosesser og inngå som grunnlag for beslutninger. Instruksens kap. 12.4 og 12.5 reflekterer dette.

ISO 19011:2018 – Retningslinjer for revisjon av ledelsessystemer – instruksens krav om at lukkede saker med systemmangel skal følges opp ved senere internrevisjoner (kap. 10.8 og 12.5) er i tråd med ISO 19011s prinsipper om risikobasert revisjonsplanlegging.

4. Kvalitets- og forbedringsmetodikk

Instruksen bygger på etablert kvalitets- og forbedringsmetodikk med lange historiske røtter:

PDCA-syklusen (Plan-Do-Check-Act) – også kjent som Deming-sirkelen – er det grunnleggende mønsteret for kontinuerlig forbedring. Instruksens syvfasede prosess følger PDCA direkte:

- *Plan*: identifikasjon, klassifisering, årsaksanalyse, tiltaksbeslutning (kap. 10.1–10.5).
- *Do*: gjennomføring av tiltak (kap. 10.6).
- *Check*: verifisering, herunder 1-3-6-løpet (kap. 10.7).
- *Act*: endelig lukking, gjenåpning ved behov, og læring som gir innspill til neste syklus (kap. 10.8 og 12).

Splittingen mellom behandlingsløp og verifiserings-/lukkingsløp er en bevisst styrking av *Check-Act*-fasen, som i mange virksomheter er den svakeste delen av PDCA.

5 Hvorfor (Five Whys) ble utviklet av Sakichi Toyoda og er en bærebjelke i Toyota Production System og i Lean-metodikk. Instruksens kap. 10.4.1 anvender metoden i sin etablerte form, med den viktige presiseringen at analysen ikke får stoppe ved «menneskelig feil» – et prinsipp som er sentralt i moderne sikkerhetsfaglig tenkning (jf. James Reason og Sidney Dekker).

Rotårsaksanalyse (Root Cause Analysis – RCA) er en samlebetegnelse for systematiske metoder for å avdekke underliggende årsaker. Instruksens bruk av 5 Hvorfor i kombinasjon med MTO-analyse er en anerkjent kombinasjon innenfor RCA.

5. Sikkerhetsfaglig metodikk – MTO og barrieretenkning

MTO-analysen (Menneske–Teknologi–Organisasjon) har sin opprinnelse i kjernekraftindustrien (Three Mile Island-utredningene) og er videreutviklet i petroleumssektoren av Petroleumstilsynet og operatørselskapene. Metoden er anerkjent som standard innenfor:

- Petroleumsindustrien (Petroleumstilsynets veiledning til styringsforskriften).
- Luftfart (ICAO og EASA gjennom human factors-metodikk).
- Helsesektoren (Pasientsikkerhetsprogrammet og lignende initiativer).
- Sjøfart (IMO og klassifikasjonsselskapenes retningslinjer).

Instruksens kap. 10.4.2 anvender MTO i sin etablerte form, med eksplisitt krav om at alle tre dimensjoner skal vurderes. Dette samsvarer med James Reasons «Swiss Cheese Model» og bidrar til at årsaksanalysen ikke faller tilbake på enkeltpersoner.

Barrieretenkning – at sikkerhet og kvalitet opprettholdes gjennom flere uavhengige barrierer som kan svikte – er sentralt i instruksens definisjon av avvik (brudd på barriere, jf. kap. 5.1) og i klassifiseringen av kritiske avvik (berører kritiske barrierer, jf. kap. 10.3.2).

6. Tilsynsmyndighetenes praksis og forventninger

Instruksen er utformet for å møte forventningene fra norske tilsynsmyndigheter, herunder:

- **Arbeidstilsynet** – forventer dokumentert avvikshåndtering med årsaksanalyse, tiltak og verifisering.
- **Petroleumstilsynet** – stiller eksplisitte krav om MTO-baserte granskinger og om at læring skal forankres i styringssystemet.
- **Statsforvalteren / Helsetilsynet** – forventer systematisk avvikshåndtering i helse- og omsorgstjenester, med tydelig kobling mellom hendelse, årsak og forbedring.
- **Datatilsynet** – stiller krav om avvikshåndtering ved personvernbrudd, herunder dokumentert årsaksanalyse og tiltak.
- **Finanstilsynet** – stiller krav om effektive internkontrollsystemer i finansforetak, herunder håndtering av operasjonelle hendelser og avvik.
- **Mattilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), m.fl.** – stiller tilsvarende sektorspesifikke krav.

Instruksen er gjennomgående utformet slik at den vil fremstå som godt forankret og dokumentert ved tilsyn fra disse myndighetene.

7. Verktøystøtte og AvvikStandard™

Verktøyene som benyttes i kap. 8 – AvvikStandard™ Sorteringsnøkkel, Avviks-Audit™ PRO (Behandling og Verifisering & Lukking) og Årsaksfinneren™ PRO – er utviklet av Internkontroll AS som operasjonalisering av IS-Modellen™ og AvvikStandard™. Disse rammeverkene er i sin tur eksplisitt bygget på Internkontrollforskriften § 5, ISO-standardenes prinsipper og COSO-rammeverket, og representerer norsk fagmiljøes operasjonalisering av internasjonal beste praksis.

Bruken av disse verktøyene i instruksen er ikke en innsnevring til en bestemt leverandørs metodikk, men en utnyttelse av at leverandøren har gjort det metodiske grunnarbeidet med å oversette anerkjente standarder til konkret norsk styringsverktøy.

8. Hva instruksens tilfører ut over standardene

Instruksens følger anerkjent metodikk, men gjør samtidig fire grep som styrker den operativt:

1. **Klart skille mellom etterlevelsavvik og systemmangel.** Mange virksomheter behandler kun det første. Instruksens tvinger frem behandling av begge, i tråd med Internkontrollforskriftens intensjon.

2. **Splitt mellom behandlingsløp og verifiserings-/lukkingsløp.** Dette styrker *Check-Act*-fasen i PDCA, som er den svakeste delen i de fleste avvikssystemer. ISO 9001 krever effektivitetsvurdering, men sier ikke at det skal være en egen, atskilt arbeidsoperasjon. Instruksen gjør det.
3. **1-3-6-prinsippet for verifisering over tid.** Differensiert etter alvorlighet, og koblet til gjenåpning som naturlig del av systemet. Dette går utover minimumskravet i ISO 9001 og samsvarer med strengere bransjepraksis (legemiddelindustri, luftfart, kjernekraft).
4. **KPI-styring og aktiv ledelsesstyring som bindende krav, ikke som anbefaling.** Dette løfter avvikssystemet fra et compliance-system til et reelt styringssystem, i tråd med COSO ERM og ISO 31000.

9. Konklusjon

Denne instruksen er anerkjent metodikk satt i god styringsrelatert praksis. Den representerer ikke et nytt eller alternativt regime, men en konsekvent anvendelse av:

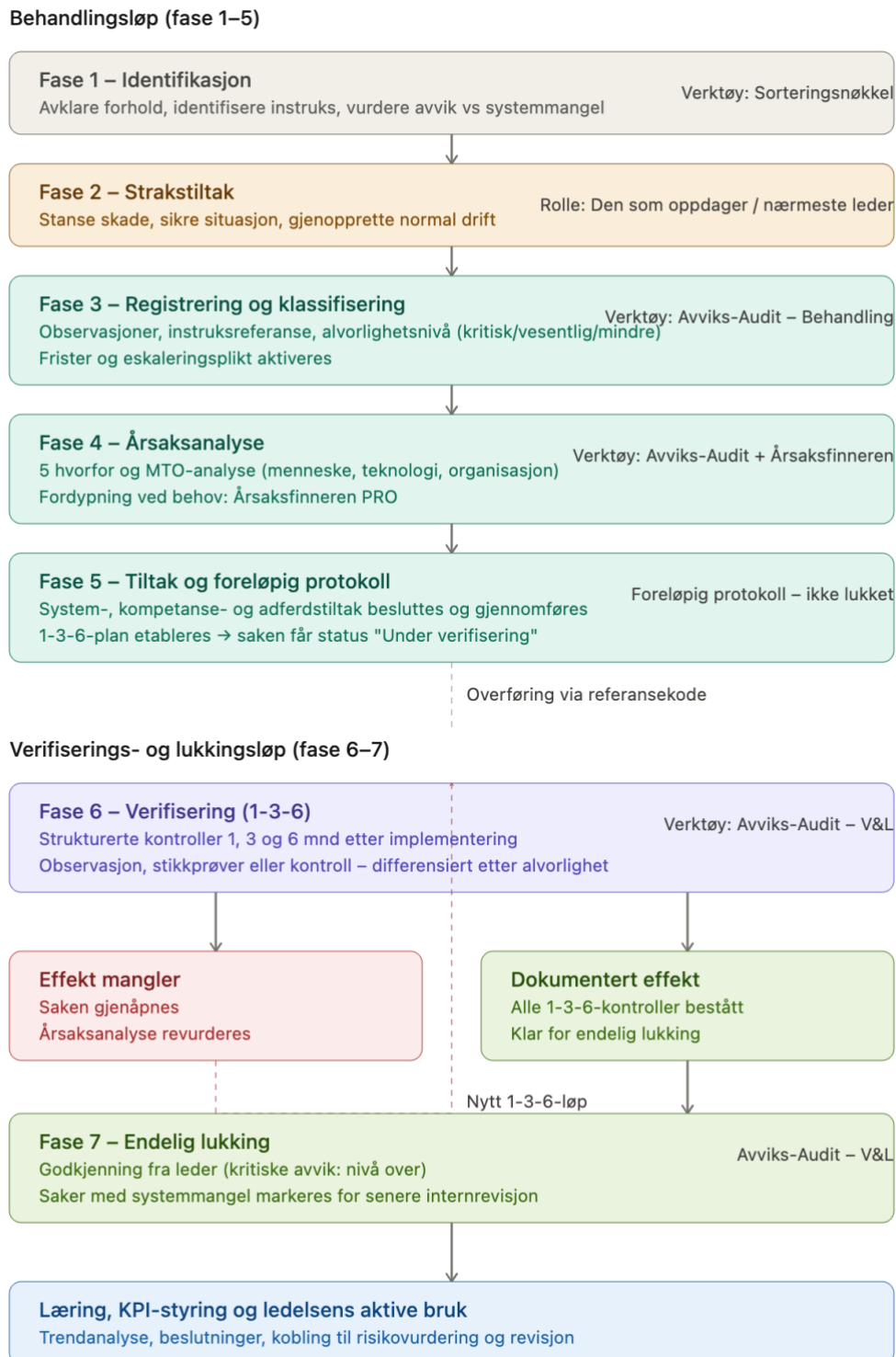
- Norsk regelverk (Internkontrollforskriften, arbeidsmiljøloven, sektorlovgivning).
- COSO Internal Control og COSO ERM.
- ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001, ISO 31000 og ISO 19011.
- PDCA, 5 Hvorfor og rotårsaksanalyse.
- MTO-analyse og barrieretenkning.
- Norske tilsynsmyndigheters forventninger.
- IS-Modellen™ og AvvikStandard™ som norsk operasjonalisering av internasjonal beste praksis.

Det som er nytt, er ikke metodikken, men disiplinen i anvendelsen. Det er denne disiplinen som gjør forskjellen mellom et avvikssystem på papiret og et avvikssystem som faktisk styrer virksomheten.

Vedlegg B: Skjematisk fremstilling av avviks- og forbedringsprosessen

B.1 Hovedflyt – fra observasjon til endelig lukking

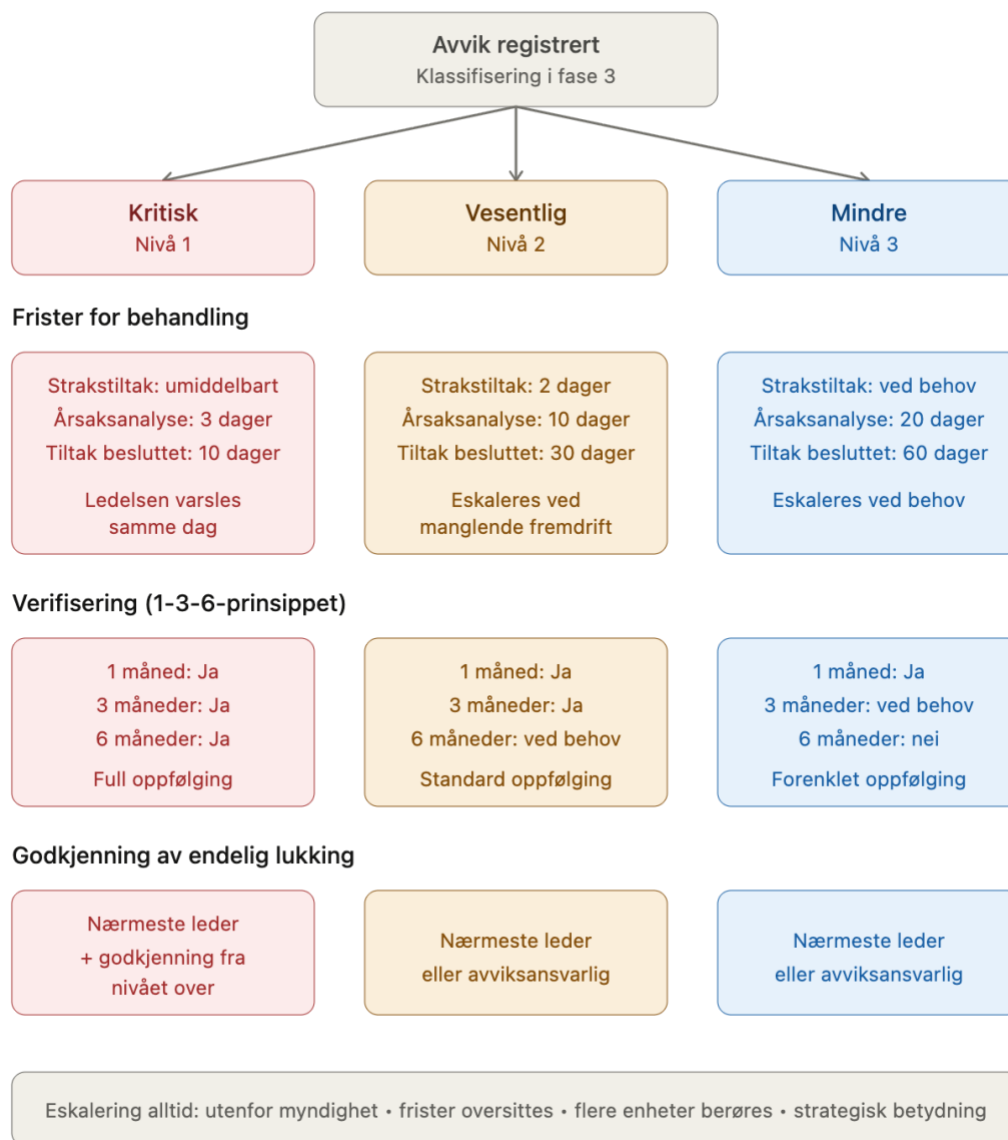
Diagrammet viser hele prosessen gjennom de syv fasene, fordelt på de to løpene (behandlingsløp og verifiserings- og lukningsløp).



Diagrammet over viser hovedflyten. Legg særlig merke til den **stiplede grå linjen** mellom fase 5 og fase 6 – dette er den kritiske overgangen mellom de to løpene, der saken får status «Under verifisering» og overføres via referansekode. Den **røde returpilen** fra «Effekt mangler» tilbake til fase 6 viser gjenåpningsløkken – en naturlig og forventet del av kvalitetssystemet, ikke et unntak.

B.2 Klassifisering, frister og eskaleringslogikk

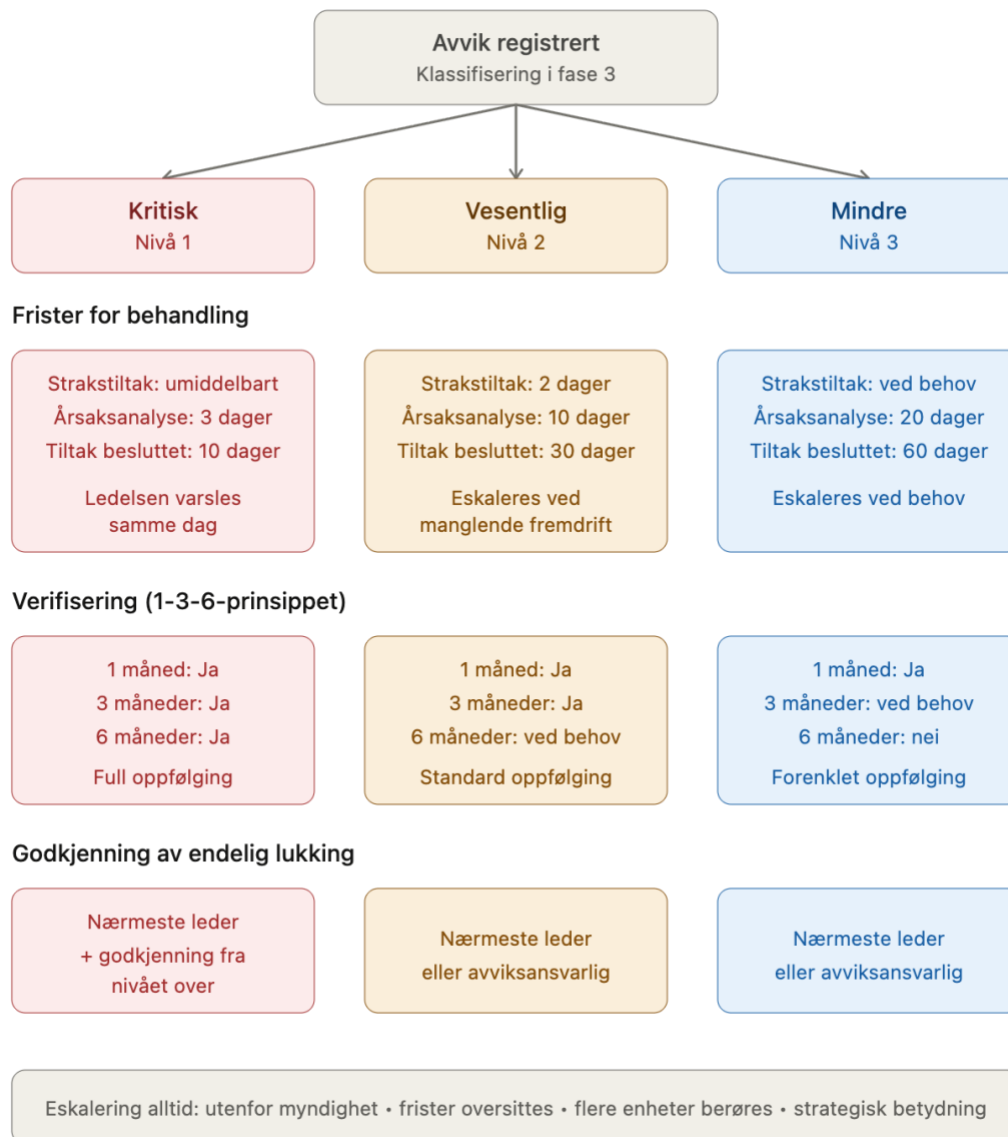
Dette diagrammet viser hvordan alvorlighetsklassifiseringen i fase 3 styrer alle påfølgende frister, eskaleringsbehov og verifiseringskrav.



Klassifiseringen i fase 3 er den enkeltbeslutningen som styrer mest i hele prosessen – frister, eskalering, verifiseringsdybde og godkjenningsnivå for lukking henger alle direkte sammen med hvilket nivå avviket plasseres på. Ved tvil velges alltid det høyere nivået.

B.3 Sammenheng mellom verktøy, faser og roller

Det siste diagrammet viser hvordan de fire verktøyene fra Internkontrollportalen kobler seg til prosessfasene og rollene som har ansvar.



B.4 Lesehjelp og kobling til instruksen

De tre diagrammene over henger sammen slik:

B.1 viser «hva som skjer» – den faktiske prosessflyten gjennom de syv fasene. Skillet mellom behandlingsløpet (fase 1–5) og verifiserings- og lukningsløpet (fase 6–7) er instruksens kjernemekanisme for å sikre at saker ikke lukkes uten dokumentert effekt over tid. Gjenåpningsløkken er ikke en svakhet i systemet, men en innebygd kvalitetsmekanisme.

B.2 viser «hva som styrer tempo og dybde» – klassifiseringen i fase 3 er det punktet hvor saksbehandler og leder bestemmer hvor strengt resten av løpet skal håndteres. Tabellen viser

at frister, eskaleringsplikt, verifiseringsdybde og godkjenningsnivå alle henger sammen med alvorlighetsnivået.

B.3 viser «hvem som gjør hva med hvilke verktøy» – sammenhengen mellom de fire verktøyene, prosessfasene og rollene. Den stiplede pilen til Årsaksfinneren PRO illustrerer at dette er et fordypningsverktøy som brukes ved behov, ikke i alle saker. Den stiplede grå linjen mellom Behandling-verktøyet og Verifisering & Lukking-verktøyet markerer den kritiske overføringen som splitten i verktøyutviklingen skal sikre.

Diagrammene er ment som hurtigreferanse for ledere, saksbehandlere, tilsyn og styre. De erstatter ikke instruksens tekstlige krav, men gir en visuell inngang til strukturen som gjør det enklere å se sammenhengene i det daglige arbeidet.