


Rapport 7/2015

Revisjon tilgjengelige helsetjenester Oslo universitetssykehus HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
1. desember 2015

Rapport nr.	7/2015
Revisjonsperiode	September – november 2015
Virksomhet	Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Oslo universitetssykehus HF ved styreleder Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF
Kopi av rapport	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Liv Lüdemann, Wenche A. Klemetsen og Hans Petter Eide (oppdragsleder)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn og beskrivelse.....	5
1.2	Mål og problemstillinger	6
1.3	Tilnærming, omfang og avgrensing	6
1.4	Revisjonsgrunnlag og metode	9
1.5	Saksgang	9
1.6	Veiledning til leseren.....	10
2	Funn fra gjennomgangen	11
2.1	Plan- og oppfølging av tilgjengelige helsetjenester.....	11
2.2	Ansvar og kompetanse	16
3	Oppsummering og hovedkonklusjon.....	19

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av konsernrevisjonens revisjon av ”Tilgjengelige helsetjenester” ved Oslo universitetssykehus HF (OUS).

Bakgrunnen for revisjonen er at det i lang tid har vært et stort antall pasienter i helseforetakene, deriblant OUS, som ikke har fått helsehjelp innen fastsatt tid. Revisjonens problemstilling har vært:

- Arbeider OUS på en strukturert måte for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet?

Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon både arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter, samt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Revisjonen har satt dette i sammenheng med plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket, og andre sentrale faktorer som ansvar og kompetanse.

Revisjonsperioden har vart fra medio september til primo november 2015. Rapporten er basert på informasjon innhentet fra intervjuer med linje- og stabsledere, og dokumentasjon som blant annet belyser systemet og praksisen rundt plan- og oppfølgingsprosessene.

Revisjonen har vært rettet inn mot tre klinikker i OUS, henholdsvis kreft-, kirurgi, - og transplantasjonsklinikken, klinikk for kirurgi og nevrofag og medisinsk klinikk. I tillegg til linjen har sentral stab vært inkludert i revisjonen. Revisjonen har ikke hatt som hovedmål å belyse hvordan den enkelte enhet arbeider, men hvordan arbeidet gjennomføres som helhet i helseforetaket.

Sentrale observasjoner og funn

Revisjonen har vist at det er gjennomført en rekke tiltak i OUS for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tider. Samtidig har revisjonen vist områder som kan forbedres.

Gjennomgangen viser at OUS har tilrettelagt for å innhente sentral styringsinformasjon i pasientforløpet. Den er primært rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og redusere langtidsventede. OUS har i mindre grad tilrettelagt for styringsinformasjon som fokuserer på restansene for kontrollpasientene. Dette gjenspeiles også i arbeidet som gjøres i klinikkene.

Enkelte enheter i OUS har iverksatt egne tiltak for å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Gjennomgangen viser at det på overordnet nivå ikke er utviklet styringsinformasjon for dette området med tilhørende verktøy som kan benyttes i hele helseforetaket. OUS viser selv til at dette er et forbedringsområde hvor det planlegges tiltak.

Når det gjelder plan- og oppfølgingsprosessen viser gjennomgangen at det er utarbeidet mål for området tilgjengelighet. Det gjennomføres risikovurderinger, det utarbeides planer med tilhørende tiltak og det er etablert prosesser for oppfølging. Revisjonen viser imidlertid at det ikke er en gjennomgående struktur på dette i helseforetaket. Det vil si at plan- og oppfølgingsprosessen gjøres i varierende grad og på ulike måter innenfor både klinikkene og stabene.

Det fremkommer videre at ansvar og oppgaver er definert for både stab og linje. Det er i tillegg etablert egne nettverk med definert ansvar og oppgaver innenfor tilgjengelighet. Revisjonen viser

at stab og linje er kjent med eget ansvar, men det er ikke tilstrekkelig avklart hva som inngår i stabens oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Dette kan også ses i sammenheng med at stabene ikke er tilstrekkelig koordinert, samt mangler i utformingen av egne mål- og handlingsplaner.

Når det gjelder utvikling av kompetansen til ledere, er det etablert obligatorisk lederopplæring og andre lederkurs. Den daglige veiledningen og støtten etterlyses av ledere i klinikkene i forbindelse med plan- og oppfølgingsprosessen og daglig drift. Eksempelvis hva som skal utarbeides til hvilken tid (f.eks i forbindelse med rapportering), bruk av verktøy/malverk, og bruk av styringsinformasjon (uthenting og analyser).

Overordnet vurdering og anbefaling

De mangler og svakheter som revisjonen viser, kan føre til at OUS ikke når sine mål og krav i tiden fremover. Dette gjelder for det første mål og krav som direkte påvirker pasienten, som for eksempel at helsehjelpen gis til fastsatt tid. For det andre gjelder det mål og krav knyttet til optimal ressursbruk for å sikre tilgjengelige helsetjenester. For eksempel vil manglede synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet, medføre at ledelsen ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å allokere ressurser på en god måte.

På bakgrunn av konsernrevisjonens vurderinger anbefales det at OUS iverksetter tiltak både rettet mot å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk. Anbefalingene som er gitt i rapporten er rettet både mot linjen som gjennomfører og staben som tilrettelegger.

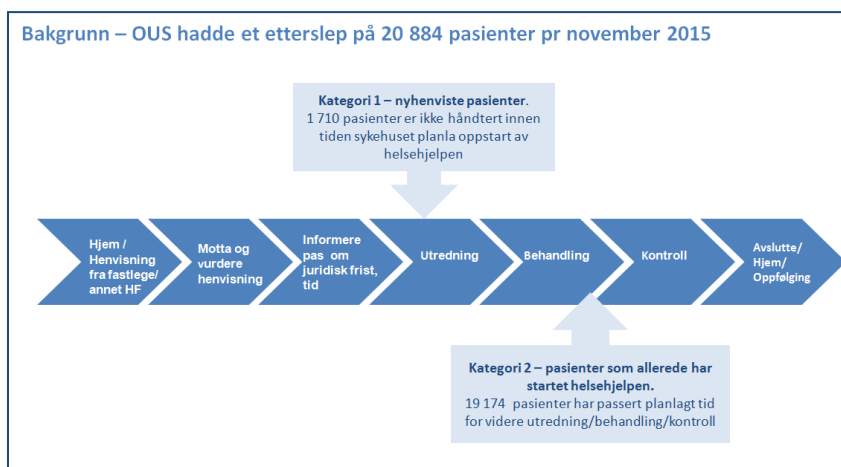
1 Innledning

1.1 Bakgrunn og beskrivelse

Revisjonen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) er gjennomført i henhold til konsernrevisjonens plan for 2015-2016. Revisjonsplanen er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Bakgrunnen for revisjon av tilgjengelige helsetjenester er:

- Det er et sentralt område med tydelige mål og krav fra eier i kommende år – og det er et område hvor det skjer mange endringer.
- Det er av vesentlig betydning for pasienter og ansatte.
- Det har indirekte betydning for riktig ressursbruk og dermed økonomien i helseforetakene.
- Det er et område som er omdømmekritisk.

Tilgjengelige helsetjenester handler om å gi pasientene helsehjelp innenfor det fastsatte tidspunktet som blir satt gjennom ulike deler av pasientforløpet. Dette har i lang tid vært en utfordring i de fleste helseforetak. Utfordringen gjelder for det første nyhenviste pasienter (både rettighetspasienter og behovspasienter) som ikke har fått startet helsehjelpen innen fastsatt tid. For det andre er det flere pasienter der helsehjelpen er startet, som ikke har fått videre helsehjelp innen fastsatt tidspunkt. Figur 1 illustrerer med kategori 1 og 2 hvor i pasientforløpet disse utfordringene treffer. Figuren viser også restansene for OUS per november 2015.¹ Den viser at det er 20 884 pasienter per november som står på ventelistene til OUS som ikke har fått helsehjelp innen det fastsatte tidspunktet. I april 2015 var tilsvarende tall for OUS 26 525, det vil si at det har vært en betydelig reduksjon i etterslepet de siste syv månedene.



Figur 1 Etterslep november 2015 OUS

Tilgjengelighetsproblematikk må også ses opp mot endringer i pasient- og brukerrettighetslov, innføring av pakkeforløp for kreft, nye prioriteringsveiledere (Prio-prosjektet) og fritt behandlingsvalg.

På bakgrunn av nevnte forhold, har Helse Sør-Øst RHF iverksatt flere omfattende tiltak. Disse inngår i det som samlet benevnes som ”Tilgjengelighetsprosjektet”. Prosjektet består av forskjellige innsatsområder, rettet mot langtidsventede, effektivitet på poliklinikkene, oppløring- og erfaringsoverføring, analyser/benchmarking, samt det regionale prosjektet “Glemte av

¹ Data innhentet fra Sykehuspartner HF

sykehuset². Det er også iverksatt tiltak i helseforetakene som har medført en positiv utvikling både på fristbrudd og langtidsventede. Utviklingen av restansene for etter start helsehjelp er mer usikre, ettersom det i mindre grad har vært fokus (gjennom krav/mål og derav rapportering) på denne delen av pasientforløpet.

1.2 Mål og problemstillinger

Formålet med revisjonen følger av helseforetaksloven § 37a Internrevisjon, og har vært å bekrefte helseforetakets styring og kontroll, risikostyring og virksomhetsstyring, og bidra til forbedring.

Målet med denne revisjonen er å undersøke hvordan OUS planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. På bakgrunn av dette har revisjonen følgende problemstilling:

- Arbeider OUS på en strukturert måte for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet?

Revisjonen har tatt utgangspunkt i seks elementer/faktorer som inngår i gjeldende krav til intern kontroll² for å svare på problemstillingen. Disse er:

1. Mål og utarbeidelse av planer
2. Risikovurderinger gjennomføres som en del av planarbeidet på det enkelte nivå
3. Tiltak identifiseres og iverksettes
4. Oppfølging
5. Ansvar og oppgaver
6. Kompetanse og opplæring

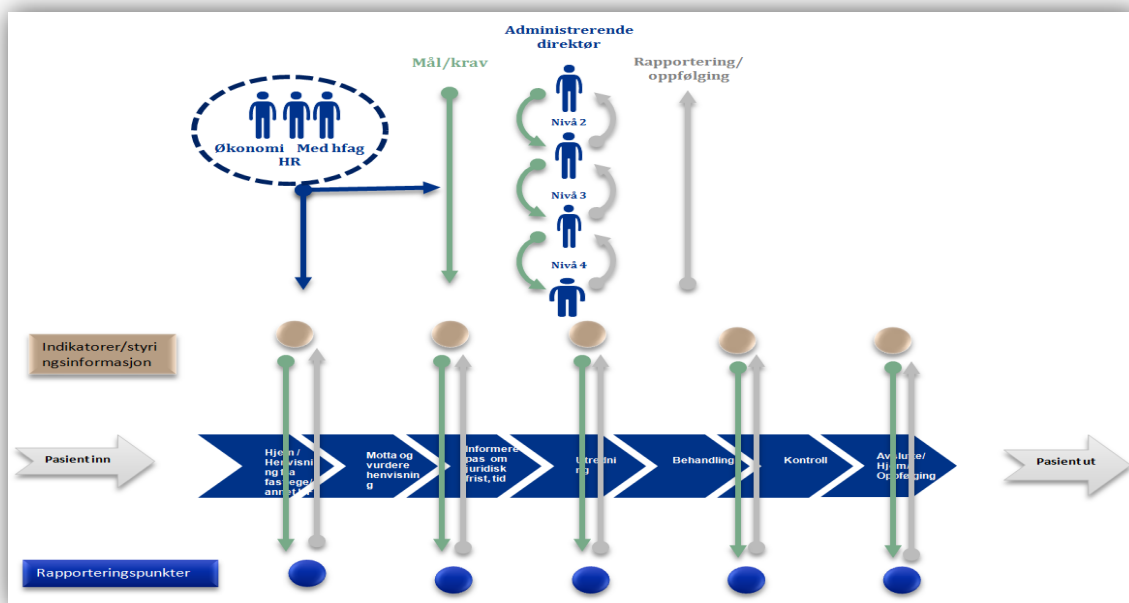
Faktorene henger tett sammen og anvendes i revisjonen som grunnlag for å kartlegge hvordan helseforetaket på ulike nivå arbeider med å nå målene knyttet til tilgjengelighet. De fire første faktorene omhandler plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket.

1.3 Tilnærming, omfang og avgrensing

Pasientforløpet kan deles inn i steg for å synliggjøre de mest sentrale fasene (se figur 2). God styring og kontroll med pasientforløpet avhenger av at ledelsen i enhetene både planlegger og følger opp denne prosessen på en strukturert måte, slik at alle pasientene får helsehjelp innenfor fastsatte tider. Denne revisjonen har derfor satt fokus på hvordan mål og krav knyttet til tilgjengelighet formidles til stab- og linjeledelsen, hvordan det enkelte nivå planlegger for hvordan

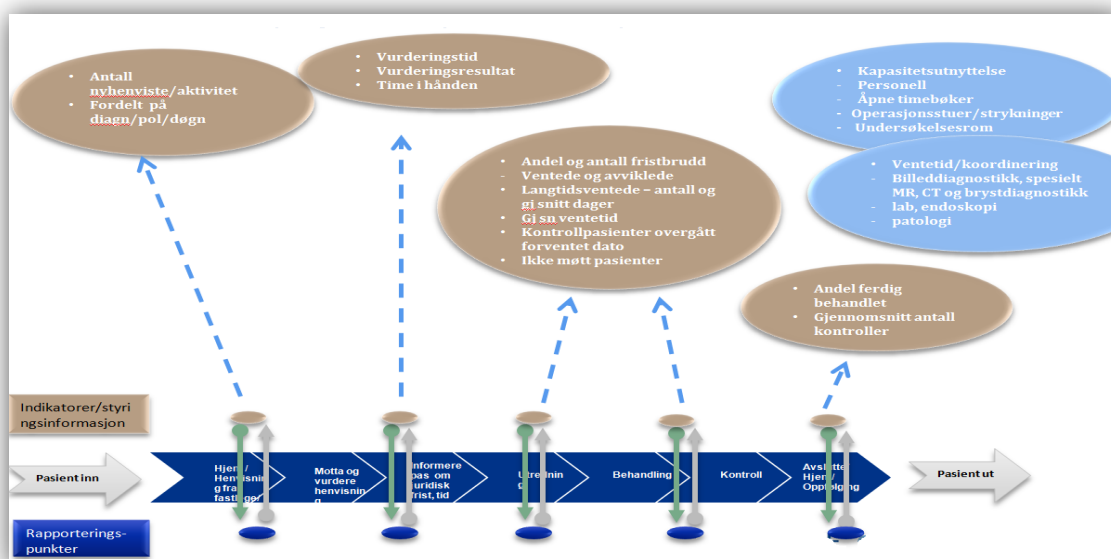
² En grunnleggende forutsetning for arbeidet med tilgjengelighet er at det er etablert en tilfredsstillende intern kontroll i helseforetaket. Med intern kontroll menes ”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at helseforetaket når sine målsettinger”.

de skal nå gitte mål og krav og hvordan dette igjen følges opp i helseforetaket (se figur 2).



Figur 2 Styring og kontroll av pasientforløpet – illustrert med horisontale og vertikale prosesser, samt aktører

I forbindelse med plan- og oppfølgingen av pasientforløpet, er det undersøkt hvilken styringsinformasjon³ helseforetaket benytter seg av for å sikre at alle pasientene som er i et pasientforløp får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Det er i tillegg undersøkt hvilken styringsinformasjon som benyttes for å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet (antall og kategorisering av henvisninger, antall kontroller), ressurser og kapasitet. Figur 3 illustrerer eksempler på styringsinformasjon fra pasientforløpet som er sentral i forbindelse med innretning på denne revisjonen.



Figur 3 – Eksempler på styringsinformasjon fra pasientforløpet

³ Styringsinformasjon kan defineres som en kvantitativ størrelse eller resultatet av en kvalitativ vurdering. I mange sammenhenger benyttes ulike typer styringsinformasjon med ulike dimensjoner. Disse deles ofte inn i 5 kategorier: 1) kroner eller volum 2) produktivitet 3) kvalitet 4) effekter 5) effektivitet. Denne styringsinformasjonen er ofte tilknyttet fag- økonomi- og HR områdene. Disse skal igjen sikre bedre: 1) Ressurs- og kostnadsstyring 2) Aktivitetsstyring og 3) Kvalitetsstyring/-økning

I revisjonen er det også undersøkt andre faktorer som kan påvirke strukturen rundt arbeidet med tilgjengelighet i pasientforløpene. Dette omhandler ansvar og oppgaver både innad- og mellom stab og linje, samt hvordan helseforetaket sikrer at ledere har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sitt ansvar og sine oppgaver.

Revisjonen har ikke hatt som mål å kartlegge om helseforetakene har nådd målene sine, eller om styringsinformasjonen som benyttes er pålitelig, eksempelvis gjennom å undersøke hvordan registreringspraksisen er. Dette ble gjort gjennom revisjonene av det pasientadministrative arbeidet i alle helseforetak av konsernrevisjonen i 2011-2012.

Revisjonen er gjennomført i tre klinikker i OUS. Innenfor hver av de tre klinikkene er tre avdelinger med fire tilhørende seksjoner inkludert i revisjonen (se tabell 1 og figur 4). Det er hovedsaklig poliklinisk aktivitet som genererer flest fristbrudd, lange ventetider (gjennom hele pasientforløpet), samt at aktivitetsøkningen er størst. Av den grunn er det polikliniske aktiviteten som har vært sentral i revisjonen.

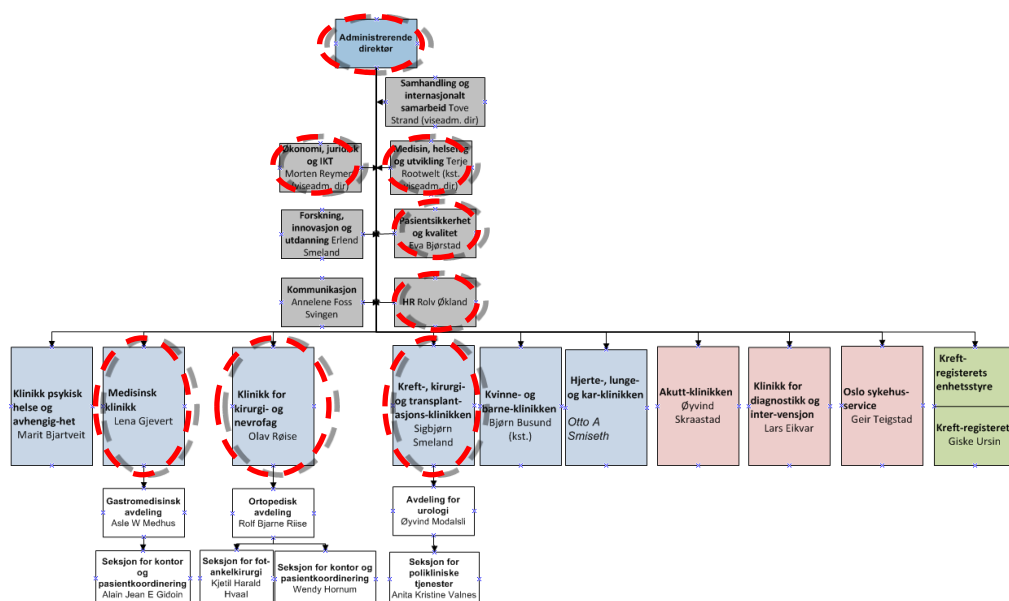
Klinikk	Avdeling	Seksjon/enhet
Kreft-, kirurgi, - og transplantasjonsklinikken	Urologisk avdeling	Seksjon for polikliniske tjenester
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Ortopedisk avdeling	Seksjon for fot- og ankelkirurgi Seksjon for kontor og pasientkoordinering
Medisinsk klinikk	Gastromedisinsk avdeling	Seksjon for gastromedisinske poliklinikker og dagbehandling

Tabell 1 Oversikt over reviderte enheter

Konsernrevisjonens kriterier for valg av enheter baseres på følgende;

- at underliggende poliklinikker er av en viss størrelse, og har stor gjennomstrømming av pasienter
- at det er et generelt utfordringsbilde med flaskehals i pasientforløpet
- at det er mange samarbeidspartnere, som er avhengig at andre ”leverer” samt at man er ”leverandør”
- at de ikke får bistand og støtte fra tilgjengelighetsprosjektet i regi av RHFet.

Klinikkene, avdelingene og seksjonene/enhetene som er inkludert i revisjonen, er valgt på bakgrunn av overnevnte kriterier, samt på innspill fra helseforetaket. I tillegg til linjen har sentral stab, henholdsvis medisin og helsefag, HR, økonomi og kvalitet og pasientsikkerhet, vært inkludert i revisjonen (se figur 4). Revisjonen har ikke hatt som hovedmål å belyse hvordan den enkelte enhet arbeider, men hvordan arbeidet gjennomføres som helhet i helseforetaket.



Figur 4 Forenklet organisasjonskart OUS som viser hvilke staver og enheter i linjen som har blitt revidert

1.4 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget som er benyttet i revisjonen er hentet fra

- Lov og forskriftskrav
- Styrende dokumenter
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst RHF

Revisjonskriteriene utledes fra revisjonsgrunnlaget. I revisjonen blir faktisk tilstand vurdert opp mot revisjonskriteriene. Foreløpige funn/observasjoner ble i første omgang presentert i møte 22. oktober 2015 med ledere på ulike nivåer. I etterkant fikk OUS tilsendt et foreløpig detaljgrunnlag med funn/observasjoner til verifisering. Konsernrevisjonen fikk tilbakemeldinger på detaljgrunnlaget 12. november 2015. Detaljgrunnlaget danner fundamentet for revisjonsrapporten.

Revisjonen bygger på dokumentstudier, samt intervju med ledere i Oslo universitetssykehus HF. Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremgår av vedlegg 1.

Konsernrevisjonen viser for øvrig til tidligere gjennomførte revisjoner i helseforetakene, 1) det pasientadministrative arbeidet og 2) ressursstyring, som berører samme tema, men med litt ulike innfallsvinkler.

Konsernrevisjonen er også kjent med at Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse (Dokument 3:12, 2014-2015) på temaet ”Styring av pleieressursene i helseforetakene”. Det er etablert dialog for å sikre informasjonsdeling der dette er aktuelt.

1.5 Saksgang

Revisjonen har pågått i perioden september til november 2015. Rapport blir sendt til administrerende direktør ved OUS for videre behandling i helseforetakets styre. Etter at rapporten og helseforetakets handlingsplan er behandlet av styret i OUS, vil konsernrevisjonen

legge rapporten frem for revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF til orientering. For nærmere redegjørelse om saksgang fremkommer av vedlegg 1.

1.6 Veiledning til leseren

I kapittel 2 presenteres funn og observasjoner fra revisjonen. Innledningsvis utdypes det enkelte revisjonskriterie. Deretter beskrives det hva som er på plass i helseforetaket, samt mangler og utfordringer i henhold til kriteriene. Avslutningsvis fremkommer konsernrevisjonens anbefalinger.

I kapittel 3 gis en oppsummering og hovedkonklusjon.

2 Funn fra gjennomgangen

Funnene presenteres i to hoveddeler; plan- og oppfølging av tilgjengelige helsetjenester (2.1) og ansvar og kompetanse tilknyttet dette (2.2).

2.1 Plan- og oppfølging av tilgjengelige helsetjenester

Dette kapittelet beskriver hvordan mål og krav for tilgjengelighet formidles til stab- og linjeledelsen, hvordan det enkelte nivå planlegger for å nå mål og krav, hvordan dette igjen følges opp/rapporteres og korrigeres i helseforetaket.



Figur 5 OUS modell for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

Mål og utarbeidelse av planer

Med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det er etablert klare mål for helseforetaket. Målene må kommuniseres fra øverste leder og ut til lederne i helseforetaket, herunder poliklinikkene og sengepostene. Grunnlaget for å sikre måloppnåelse er systematikk rundt iverksettelse av tiltak, for eksempel utarbeidelse av handlingsplaner. Dette gjøres for å vise hvem som jobber med hva, når tiltakene skal gjennomføres, og hvilke effektmål og resultatmål som forventes. Systematikken angående mål og planer gjelder både for linje og stab, der tiltak som stabene iverksetter skal understøtte og bistå linjen. På bakgrunn av ovennevnte har konsernrevisjonen satt følgende revisjonskriterium angående mål og utarbeidelse av planer.

- *Det er angitt mål for helseforetaket som sikrer at pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet. Målene er kommunisert og operasjonalisert i stab og linje, og tilpasset og kommunisert til den enkelte enhet der dette er relevant.*

Revisjonen har vist at det er angitt konkrete mål for området tilgjengelighet i OBD. Det er for eksempel angitt krav om gjennomsnitt ventetid på 65 dager og ingen fristbrudd. I tillegg er det stilt krav i OBD om at helseforetaket skal gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehus, eksempelvis identifisere flaskehals i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, sikre bedre planlegging og organisering ved poliklinikker og operasjonsstuer.

Målene fra OBD fordeles skriftlig i et eget dokument til lederne på nivå 2 (både stab og linje). Flere av målene som er angitt i OBD, er kommunisert i lederavtalene i ulike varianter, alt etter hva som er viktigst å fokusere på i kommende år for den enkelte enhet. Revisjonen har videre vist at alle ledere er kjent med mål som er fastsatt i lederavtalene, og at de skal evalueres på måloppnåelse en gang per år.

Revisjonen viser at det i tilknytning til OUS sin modell for systematisk forbedring, er det utarbeidet prosedyrer og retningslinjer for sykehusets årsplan for styrings- og planprosesser. Her fremkommer det at ledere på alle organisasjonsnivå skal utarbeide årlige handlingsplaner i tråd med overordnede oppgaver, oppdrag og føringer. Det er videre utarbeidet et styringshjul i helseforetaket som sammenstiller de overordnede prosessene (for ledernivå 1 og 2).

Det er utarbeidet en overordnet handlingsplan mars 2015 hvor konkrete tiltak for tilgjengelighet er beskrevet i Leder møtesak i april 2015. Videre er det utarbeidet handlingsplaner i klinikkene der mål og tiltak er beskrevet. Målene i handlingsplanene bygger på de mest relevante målene fra OBD og lederavtalene på samme nivå. Flere mål og tiltak er rettet mot tilgjengelighet, eksempelvis rettet mot ventelister og fristbrudd. Urologisk avdeling i klinikk for Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken har utarbeidet en egen handlingsplan hvor mål og tiltak er beskrevet, blant annet er det angitt at man skal ha full utnyttelse av kapasiteten på poliklinikk. I sentral stab har kvalitet og pasientsikkerhet utarbeidet en egen handlingsplan for å sikre måloppnåelsen for egen stabsenhet.

I revisjonen er det imidlertid vist enkelte svakheter/mangler innenfor dette området. Mål for tilgjengelighet som er angitt i OBD fordeles skriftlig i et eget dokument til lederne på nivå 2 (både stab og linje), men videre operasjonalisering og fordeling til avdelingsledere og seksjonsledere er i mindre grad formalisert og skriftliggjort.

Det er i liten grad utarbeidet handlingsplaner for ledernivåene på nivå 3 og 4 i klinikkene, og i liten grad for sentrale staber. I handlingsplaner som er utarbeidet, er tiltakene i liten grad ansvarssatt og tidfestet. Det er heller ikke beskrevet hva tiltakene skal bidra til angående resultatmål og effektmål. Det er heller ikke utarbeidet årshjul i klinikkene som viser hvordan plan- og oppfølgingsprosessene henger sammen på de ulike nivåene.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende operasjonalisering og fordeling av målene ut i stab og linje, kan bidra til uklarhet angående hvilke mål som gjelder for det enkelte nivå. Videre vurderer konsernrevisjonen at manglende handlingsplaner, samt manglende innhold, kan medføre at tiltak ikke gjennomføres og at helseforetakets evne til å nå fastsatte mål reduseres. Til slutt vurderer konsernrevisjonen at mangel på oversikt over faste gjennomgående aktiviteter i løpet av året, kan innebære at oppgaver ikke blir utført eller startet opp i tide, eller at de ikke blir tilstrekkelig samordnet.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Mål blir fordelt til alle aktuelle ledelsesnivåer. Dette gjelder både mål fastsatt for linjen og mål fastsatt for stabenes arbeid med å understøtte linjen.
- Tiltak som skal sikre måloppnåelse, både for stabs- og linjeledelsen, angis i henhold til helseforetakets føringer for planlegging (krav til planer).
- Det utarbeides en oversikt over oppgaver og aktiviteter som gjennomføres i løpet av året for det enkelte ledelsesnivå.

Risikovurderinger gjennomføres som en del av planarbeidet på det enkelte nivå

Som en del av internkontrollen stilles det krav til at helseforetaket gjennomfører risikovurderinger av målene. Det innebærer at det er føringer for håndtering av risiko i helseforetaket og at vurdering av risiko tar utgangspunkt i målene på det enkelte nivå. Risikovurderingene gjennomføres som en integrert del av planarbeidet på det enkelte nivå, og at det er dokumentert/sporbart. I den forbindelse har konsernrevisjonen satt følgende revisjonskriterium angående risikovurderinger:

- *Det gjennomføres risikovurderinger knyttet til målene for at pasientene får helsehjelp innen riktig tid.*

Gjennomgangen viser at det er utarbeidet en retningslinje for "Risikovurdering og styring" på overordnet nivå. Denne gir føringer for hvordan ledere skal gjøre risikovurderinger. Det er også utarbeidet standardiserte risikomatriser for operasjonalisering av risikostyringsprosessen. Risikovurderinger med tilhørende tiltak gjennomføres i et aggregert format på øverste ledernivå i forbindelse med ledelsens gjennomgang hvert tertial. Aggregeringen av risikovurderingene baseres på de klinikkvise tertialvise risikovurderingene. I medisinsk klinikk har gastromedisinsk avdeling utarbeidet egne risikovurderinger.

I risikomatrissene som utarbeides fremkommer det at det gjennomføres risikovurderinger for området tilgjengelighet, blant annet er risiko knyttet til fristbrudd og ventelister beskrevet. I risikomatrissen omtales årsaken til risiko, det er beskrevet tiltak, ansvar, frister og effekt av tiltak er angitt. Det er lagt opp til at dokumentet skal være et aktivt verktøy som skal benyttes i oppfølgingen.

I revisjonen er det imidlertid vist enkelte svakheter/mangler innenfor dette området. Risikovurderingene er i stor grad knyttet til helseforetakets overordnede mål og krav i forbindelse med ledelsens gjennomgang. Foruten dette risikovurderes mål i varierende grad på de ulike nivåene i klinikkene. Risikovurderingene som gjennomføres i helseforetaket er videre ikke direkte koblet opp mot den enkelte enhets (nivå) mål og handlingsplaner. Det vil si at risikovurderingene i mindre grad er samordnet med de ordinære planprosessene i helseforetaket.

Sentral stab gjennomfører i liten grad risikovurderinger i forhold til egne fastsatte mål.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende risikovurderinger av målene vanskeliggjør identifisering og prioritering av tiltak som må iverksettes for å sikre at alle pasientene får helsehjelp innen riktig tid. Videre vurderer konsernrevisjonen at manglende samordning av risikovurderingene og de øvrige planprosessene, kan bidra til en lite helhetlig styring.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Mål risikovurderes, og risikovurderingene gjennomføres som en del av de øvrige planprosessene.

Tiltak identifiseres og iverksettes

På bakgrunn av eventuell manglede måloppnåelse og risikoer for fremtidig måloppnåelse må helseforetaket iverksette tiltak som bidrar til å sikre at de når målene. Tiltakene bør fremkomme i planarbeidet. I den forbindelse har konsernrevisjonen satt følgende revisjonskriterium angående tiltak:

- *Tiltak identifiseres og iverksettes for å sikre måloppnåelse vedrørende at pasientenes får helsehjelp innen riktig tid. Helseforetaket har identifisert og kjenner til hvilken informasjon som er nødvendig å benytte for å sikre at pasientene får helsehjelp til riktig tid, og det er angitt når og hvor den skal rapporteres.*

Revisjonen har vist at en rekke tiltak er iverksatt i helseforetaket de siste årene for å sikre at alle pasientene får helsehjelp til rett tid. Tiltakene er i stor grad rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og langtidsventede.

På overordnet nivå er det tilrettelagt for å innhente sentral styringsinformasjon/indikatorer fra ledelsesinformasjonssystemet (LIS), eventuelt direkte fra det pasientadministrative systemet (DIPS) og andre støttesystemer som kan eller skal benyttes for å følge opp resultatmål og/eller risikoer og flaskehalsen i pasientforløpet (jf eksemplene som vist i figur 3). Det er blant annet lagt til rette for å hente ut styringsinformasjon knyttet til fristbrudd, langtidsventede, time i hånden, ikke møtt pasienter, oversikt over aktivitet, "slottider" på lab/røntgen, operasjonskapasitet med videre. Tilgang på veiledere, prosedyrer, kurs og rapportpakker, inngår også i tilretteleggingen. Helseforetaket viser til at de løpende arbeider med å utvide antall sentrale indikatorer som kan benyttes i styring og kontroll av pasientforløpet, herunder indikatorer som kan benyttes til å se sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Basert på styringsinformasjon/indikatorer har helseforetaket iverksatt andre overordnede tiltak, for eksempel SMS-varslings i forkant av time, utvidelse av kapasitet røntgen/lab, bruk av ressurser fra "Fritt sykehusvalg", bruk av andre enheter i helseforetaket og/eller eventuelt andre foretak i regionen, bruk av overtid/kveldspoliklinikk, kjøp av helsetjenester fra private med videre. I tillegg har helseforetaket utarbeidet en prosedyre om at legenes timebøker skal være åpne 12 måneder av gangen. Flere av disse tiltakene er iverksatt for å redusere restanser som har økt over tid i helseforetaket innenfor ulike fagområder i klinikkene. Dette fremkommer i ledermøtesak april 2015.

Alle tre klinikkene som omfattes av revisjonen har benyttet seg av tilrettelagt styringsinformasjon/indikatorer og viser til at dette er nyttig for å kunne ha logistikk- og prosesskontroll. Klinikkene viser her til at en rapportpakke med status på sentrale indikatorer som utarbeides og sendes ukentlig til klinikkene fra sentral stab, er et nyttig tiltak. Gjennom faste rapporter og at man selv kan innhente styringsinformasjon, viser klinikkene til at de har et bedre grunnlag for å iverksette riktige tiltak for at pasientene får helsehjelp innenfor de datoene som er gitt pasientene. Alle klinikkene viser til at de gjennom dette har fått bedre kontroll med fristbrudd og langtidsventede (før start helsehjelp). Enkelte klinikker og enheter har også gjennomført tiltak som sikrer styring og kontroll med kontrollpasientene (etter start helsehjelp).

I tillegg har en medisinsk klinikk og enkelte poliklinikker iverksatt tiltak for å synliggjøre sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Medisinsk klinikk har utarbeidet et produksjonsplanleggingsdokument for å sikre en bedre og mer hensiktsmessig bruk av ressurser i klinikken. Dette dokumentet er obligatorisk for alle enheter i klinikken, slik at det er mulig å sammenligne aktivitet, ressurser og kapasitet mellom enhetene. Dette kan igjen bidra til omdisponering av ressursene mellom enheter eller fagområder hvor det reelle behovet er størst. Samme klinikk bruker verktøyet LEAN i dette arbeidet.

I revisjonen er det imidlertid vist enkelte svakheter/mangler innenfor dette området. De overordnede tiltakene er primært rettet mot å få ned restansene rundt fristbrudd og redusere langtidsventede. OUS har i mindre grad tilrettelagt for styringsinformasjon som fokuserer på restansene for kontrollpasientene. Det er variasjon i og mellom klinikkene med å ha like stort fokus på restansene av kontrollpasienter som nyhenviste pasienter.

På foretaksnivå er det foreløpig ikke tilrettelagt (utviklet og implementert) for bruk av styringsinformasjon og verktøy/maler som kan benyttes spesielt for å synliggjøre sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Det varierer både mellom- og innad i klinikkene hvilke verktøy som benyttes for å synliggjøre dette, innholdet i disse, hvem som skal benytte det og hvilket formål disse skal benyttes til.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende fokus på kontrollpasientene kan medføre at man ikke har styring og kontroll på hele pasientforløpet. I tillegg vurderer konsernrevisjonen at manglende synliggjøring av sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet, kan medføre at lederne ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Dette vil kunne hindre muligheten til å iverksette tiltak som blant annet kunne bidra til å behandle flere pasienter innenfor gitt ramme og/eller frigjøre og allokere ressurser.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Det tilrettelegges for at:
 - Enhetene har tilstrekkelig styringsinformasjon som sikrer at pasientene får helsehjelp innen fastsatt tid gjennom hele pasientforløpet.
 - Klinikkerne synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet og benytter dette i planlegging og oppfølging.

Oppfølging

Gjennom oppfølgingen får ledelsen informasjon om målene nås, og om gjennomførte tiltak etterlevs og gir ønsket effekt. I tillegg vil regelmessig og systematisk oppfølging bidra til at svakheter korrigeres før de påvirker helseforetakets evne til å oppfylle fastsatte mål og krav. Ut i fra dette har konsernrevisjonen satt følgende revisjonskriterium angående oppfølging:

- *Helseforetaket har etablert prosesser for oppfølging for å sikre seg at styrings- og kontrolltiltakene fungerer knyttet til tilgjengelighet for pasientene.*

Revisjonen viser at det er angitt overordnede føringer for oppfølging i helseforetaket, jf. figur 5 OUS modell for virksomhetsstyring. Det er videre etablert struktur for oppfølging i alle klinikkene. På overordnet nivå er det en tertialvis oppfølging av klinikkene, dvs. i forbindelse med ledelsens gjennomgang. I klinikkene gjennomføres det jevnlig oppfølgingsmøter mellom lederne på de ulike nivåene. I hver klinikk er det etablert en møtstruktur for å følge opp de underliggende ledernivåene. Noen klinikkledere foretrekker oftere oppfølging av avdelingsledere og seksjonsledere enn andre. Videre har avdelingslederne faste møter med sine seksjonsledere. I enkelte ledermøter er det møtereferater hvor tiltak og oppgaver er ansvarssatt med tidsfrister. Som grunnlag for oppfølgingen benyttes eksempel handlingsplaner, risikomatriser, rapportpakker og egne måltavler.

Revisjonen har også vist at det anvendes faste rapporter som sendes ut i alle klinikkene månedlig og ukentlig. Den ukentlige rapporten inneholder sentrale indikatorer som sier noe om status på tilgjengelighetsområdet, enten direkte eller indirekte. Rapporten viser tall i forhold til tilgjengelighet, for eksempel antall fristbrudd ventende pasienter, frister som forfaller, - hvorav uten tildelt time, andel epikriser sendt innen 7 dager (%) og aktivitet (antall polikliniske konsultasjoner, antall liggedager, beleggspersent). Tallmaterialet er for de fire foregående ukene, nåværende uke, og de neste åtte ukene. Tallene vises på klinikk- og avdelingsnivå. Rapportene

benyttes i oppfølging i ukentlige klinikkledermøter. Klinikkene bruker også samme rapportering til å følge opp avdelingene og seksjonene.

I revisjonen er det imidlertid vist enkelte svakheter/mangler innenfor dette området.

Oppfølgingen skjer rutinemessig mellom ledelsesnivåene, men på ulikt grunnlag. Der det er etablert handlingsplaner og/eller risikomatriser benyttes disse forskjellig og i ulik grad i oppfølgingen. Disse er i liten grad direkte koblet opp mot rapporteringen som skjer per uke, måned og tertial. Oppfølgingen av tiltak blir dokumentert i varierende grad og på ulik måte.

Konsernrevisjonen vurderer at oppfølging på ulikt grunnlag kan føre til usikkerhet angående hvilke tiltak som faktisk følges opp. Videre vurderer konsernrevisjonen at manglende dokumentasjon kan føre til manglende kontinuitet i gjennomføringen av oppfølgingsarbeidet. Dette kan igjen medføre at tiltak ikke blir gjennomført.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Oppfølgingen tar utgangspunkt i samme grunnlag, og tiltak dokumenteres.

2.2 Ansvar og kompetanse

Ansvar og oppgaver

Det er viktig for leder og medarbeider å forstå sitt ansvar og sine oppgaver for å bidra til felles måloppnåelse. Krav og forventninger overfor leder og medarbeider må fremgå og være kjent. Det innebærer at ansvar og oppgaver mellom linjelederne, stabsledere, og mellom stabs- og linjelederne er avklart og forstått. I den forbindelse er det utarbeidet følgende revisjonskriterium for ansvar og oppgaver:

- *Ansvar og oppgaver i og mellom linje og stab er fordelt og kjent.*

Revisjonen har vist at OUS har en organisatorisk struktur der linjelederne har ansvaret for å gjennomføre mål og krav som fremkommer i OBD. Sentral stab har en "tilretteleggerrolle", og skal bistå linjen med å nå de målene som er satt. Det er etablert klinikkvise staber som skal fungere som sentral stabs "forlengende arm". Dette gjelder innenfor økonomi, HR og medisin og helsefag. Innenfor medisin og helsefag er det etablert egne ventelisterådgivere som har konkrete ansvar og oppgaver innenfor området tilgjengelighet. Det er også etablert råd og utvalg tilknyttet flere av stabsområdene, eksempelvis ventelistenettverk. Ventelistenettverket er fortløpende orientert om føringer fra HSØ-tilgjengelighetsprosjektet. Ventelisterådgiverne har blant annet gitt opplæring til klinikkene i hvordan NPR tilbakemeldingen skal gjennomgås (tilgangsstyrt), for rydding og læring, månedlig. Klinikkene viste til at nye tilrettelagte rapporter fra staben og dedikerte ressurser til støtte med blant annet ventelistene, var til god nytte for å sikre bedre styring og kontroll med deler av pasientforløpet.

Revisjonen har vist at ansvaret til både linjeledere og stabene er kjent. I medisinsk klinikk er det iverksatt tiltak for å sikre god koordinering av ansvar og oppgaver mellom linje og klinikkstab. I den forbindelse har klinikkstaben koordinert ansvar og oppgavene seg i mellom, slik at de kommuniserer som en enhet utad i klinikken. I den sammenheng benyttes både måltavler og samarbeidstavler.

I revisjonen er det imidlertid vist enkelte svakheter/mangler innenfor dette området. Både stab og linje er kjent med eget ansvar, men det er ikke gjennomgående avklart hva som inngår i

stabens oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Det gjelder for eksempel hvilken type støtte (omfang, av hvem, på hvilket nivå og til hvilken tid) linjeledelsen kan forvente å få fra staber angående planlegging og løpende drift. Ansvar i stab er ikke tilstrekkelig koordinert. Det ble for eksempel vist til at "bestillinger" fra sentral stab til linjelederne ikke alltid var samkjørte.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende avklaring av ansvar og oppgaver mellom linje og stab, samt innad i stab, kan medføre at helseforetaket ikke utnytter de faktiske ressursene som er tilgjengelige, samt at ledere ikke får den støtte de har behov for.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Det avklares hva slags støtte stabene skal gi linjeledelsen angående planlegging og løpende drift. Det vil si omfang, av hvem, på hvilket nivå og til hvilken tid.
- Stabene koordineres, slik at de samarbeider om felles mål og oppgaver, samt at de kommuniserer som en enhet utad i klinikken.

Kompetanse og opplæring

Kompetanse skal gjenspeile den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver. Det innebærer at lederne har tilstrekkelig kompetanse til å planlegge å drifte egne enheter, slik at de er i stand til å nå de krav og mål som er satt. Konsernrevisjonen har utarbeidet følgende revisjonskriterium for kompetanse og opplæring.

- *Helseforetaket sikrer at lederne har tilstrekkelig kompetanse knyttet til å planlegge og drifte enhetene, slik at mål og krav, berunder knyttet til tilgjengelighet, kan nås.*

Revisjonen viser at det er etablert et obligatorisk lederprogram for alle nyansatte ledere. Lederprogrammet blir arrangert to ganger i året. Hensikten med lederprogrammet er å gjøre alle sykehusets ledere i best mulig stand til å utføre det oppdraget de har fått i OUS. Innholdet i lederprogrammet belyser overordnede strategier, lovverk og føringer som ligger til grunn for utøving av profesjonell ledelse i OUS. Det grunnleggende lederprogrammet består av fire obligatoriske dagskurs, ulike påbyggingskurs som til sammen skal utgjøre minimum ytterligere to dager, samt to lederutviklingsamlinger på henholdsvis to og tre dager. De fire obligatoriske dagskursene omfatter emner innen følgende områder: Medisin, helsefag og utvikling, Økonomi og jus, HR og personal, Pasientsikkerhet og kvalitet, kommunikasjon og media, samhandling og internasjonalt arbeid, forskning, innovasjon og utdanning, organisasjonskultur, prosessforbedring og HMS. Det er i tillegg etablert ulike kurs for ledere.

Lederne i klinikkene viser til at de har deltatt på de obligatoriske ledersamlingene og andre lederkurs.

Det vises til at opplæring av ledere internt i medisinsk klinikk i tillegg gjennomføres ved at nyansatt leder har faste møter med lokal stab, der krav og forventinger til ledere blir tydeliggjort. Nyansatte ledere får også opplæring i ansvar og oppgaver som staben har i klinikken.

I revisjonen er det imidlertid vist enkelte svakheter/mangler innenfor dette området.

Ved siden av obligatorisk lederopplæring og andre lederkurs, varierer det hva nye ledere i klinikkene får av støtte og veiledning når det gjelder styringen.

Den daglige veiledningen og støtten fra stabene etterlyses av flere ledere, eksempelvis;

- hva som skal utarbeides til hvilken tid knyttet til plan og oppfølgingsprosessene,
- bruk av lederverktøy/malverk,
- bruk av styringsdata med videre,
- bruk av LIS et både i forhold til å forstå veiledning for indikatorer, samt å forstå bruken av disse og se sammenhengene dem i mellom.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende veiledning og rådgivning for ledere kan føre til at linjeledere ikke har tilstrekkelig kompetanse til å drifte enhetene på en målrettet og effektiv måte.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Linjeledere får tilstrekkelig lederopplæring og kompetansestøtte knyttet til planlegging og daglig drift.

3 Oppsummering og hovedkonklusjon

Målet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om OUS arbeider på en strukturert måte som sikrer at pasientene får helsehjelp innen fastsatt tider. Revisjonen har vist at det er gjennomført en rekke tiltak i OUS for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tider. Samtidig har revisjonen vist områder som kan forbedres.

Gjennomgangen viser at OUS har tilrettelagt for å innhente sentral styringsinformasjon i pasientforløpet. Den er primært rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og redusere langtidsventede. OUS har i mindre grad tilrettelagt for styringsinformasjon som fokuserer på restansene for kontrollpasientene. Dette gjenspeiles også i arbeidet som gjøres i klinikkene.

Enkelte enheter i OUS har iverksatt egne tiltak for å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Gjennomgangen viser at det på overordnet nivå ikke er utviklet styringsinformasjon for dette området med tilhørende verktøy som kan benyttes i hele helseforetaket. OUS viser selv til at dette er et forbedringsområde hvor det planlegges tiltak.

Når det gjelder plan- og oppfølgingsprosessen viser gjennomgangen at det er utarbeidet mål for området tilgjengelighet. Det gjennomføres risikovurderinger, det utarbeides planer med tilhørende tiltak og det er etablert prosesser for oppfølging. Revisjonen viser imidlertid at det ikke er en gjennomgående struktur på dette i helseforetaket. Det vil si at plan- og oppfølgingsprosessen gjøres i varierende grad og på ulik måte innenfor både klinikkene og stabene.

Det fremkommer videre at ansvar og oppgaver er definert for både stab og linje. Det er i tillegg etablert egne nettverk med definert ansvar og oppgaver innenfor tilgjengelighet. Revisjonen viser at stab og linje er kjent med eget ansvar, men det er ikke tilstrekkelig avklart hva som inngår i stabens oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Dette kan også ses i sammenheng med at stabene ikke er tilstrekkelig koordinert, samt mangler i utformingen av egne mål - og handlingsplaner.

Når det gjelder utvikling av kompetansen til ledere, er det etablert obligatorisk lederopplæring og andre lederkurs. Den daglige veiledningen og støtten etterlyses av ledere i klinikkene i forbindelse med plan- og oppfølgingsprosessen og daglig drift. Eksempelvis hva som skal utarbeides til hvilken tid (f.eks i forbindelse med rapportering), bruk av verktøy/malverk, og bruk av styringsinformasjon (uthenting og analyser).

De mangler og svakheter som revisjonen viser, kan føre til at OUS ikke når sine mål og krav i tiden fremover. Dette gjelder for det første mål og krav som direkte påvirker pasienten, som for eksempel at helsehjelpen gis til fastsatt tid. For det andre gjelder det mål og krav knyttet til optimal ressursbruk for å sikre tilgjengelige helsetjenester. For eksempel vil manglede synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet, medføre at ledelsen ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å allokere ressurser på en god måte.

På bakgrunn av konsernrevisjonens vurderinger anbefales det at OUS iverksetter tiltak både rettet mot å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk. Anbefalingene som er gitt i rapporten er rettet både mot linjen som gjennomfører og staben som tilrettelegger.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Undersøkte dokumenter

Styrende dokumenter
Relevante styresaker
Lederavtaler
Funksjonsbeskrivelser
Rapportering fra reviderte enheter
Handlingsplaner relevante enheter
Referater fra ledermøter
Dokumentasjon knyttet til lederopplæring

Gjennomførte samtaler

Rolle
Administrerende direktør
Stabsledere
Klinikkledere
Avdelingsledere
Seksjonsledere
Enhetsledere

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
22.10.15	Verifisering av detaljgrunnlag/utkast rapport
23.11.15	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
30.11.15	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
01.12.15	Oversendelse rapport
xx.xx.xx	Fremleggelse av rapport og administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet for styret