


Rapport 01/2015

Revisjon av Akershus universitetssykehus HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
05.02.2015

Rapport nr.	1/2015
Revisjonsperiode	November 2014 til januar 2015
Virksomhet	Akershus universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Akershus universitetssykehus HF
Kopi	Styreleder Akershus universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Anders Tømmerås, Sissel Margrethe Korshavn, Marte Vestengen, Anders Ledsaak Nordlund, Signe Sagabraaten, Wenche Klemetsen, Sturla Rising, Hans Petter Eide (oppdragsleder) og Tove Kolbeinsen (oppdragseier)

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED REVISJONEN	3
1.2 OMFANG OG AVGRENSNING	3
1.3 PROSESS OG METODE.....	4
1.4 VEILEDNING TIL LESEREN.....	4
1.5 BEHANDLING AV RAPPORTEN.....	5
2. REVISJONSFUNN PER OMRÅDE.....	6
2.1 VIRKSOMHETSSTYRING.....	6
2.1.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i>	6
2.1.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område virksomhetsstyring</i>	7
2.1.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	7
2.2 UTSKRIVNING AV PASIENTER TIL KOMMUNEHELSETJENESTEN.....	9
2.2.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i>	9
2.2.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område utskrivning</i>	9
2.2.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	10
2.3 KOMPETANSESTYRING	12
2.3.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i>	12
2.3.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område kompetansestyling</i>	13
2.3.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	13
3. OPPSUMMERING AV INTERN STYRING OG KONTROLL.....	16
3.1 SAMMENSTILLING AV REVIDERTE OMRÅDER.....	16
3.2 OVERORDNET VURDERING.....	18
VEDLEGG 1 - INFORMASJONSGRUNNLAG, GJENNOMFØRTE SAMTALER, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	19
VEDLEGG 2 – KRITERIER BENYTTET I REVISJONEN	21

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

Konsernrevisjonen har i henhold til revisjonsplan 2014-2015, fastsatt av styret i Helse Sør-Øst, revidert intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Akershus universitetssykehus HF (Ahus).

Formålet med revisjonen er å kartlegge, vurdere og bidra til forbedringer av prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll innenfor utvalgte områder.

1.2 Omfang og avgrensning

I Ahus ble områder for revisjon valgt ut etter en innledende kartlegging og i dialog med helseforetakets ledelse. Enhetene som er revidert ble valgt for å sikre bredde i revisjonen, og med bakgrunn i vurdering av innhentet dokumentasjon.

Revisjonen i Ahus har omfattet følgende områder;

- Virksomhetsstyring
- Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
- Kompetansestyring

Virksomhetsstyring

Mål- og resultatstyring er styringsprinsippet i helseforetakene. Revisjonen tar for seg prosessene knyttet til virksomhetsstyringen i Ahus. Med *virksomhetsstyring* menes prosessene og aktivitetene som gjennomføres for å sikre målene som er fastsatt for helseforetakene. Dette skjer gjennom:

- effektiv og målrettet planlegging, gjennomføring og oppfølging
- et internt styringssystem som er dekkende for planleggings-, gjennomførings- og oppfølgingsbehovet i virksomheten
- systemet er formalisert, dokumentert, og understøttes av virksomhetens styrings- og kontrollprosesser

Dette innebærer også hvordan helseforetaket på overordnet nivå har lagt til rette for operasjonalisering av rammeverket for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst. Risikostyring er tatt med som del av virksomhetsstyringen. I revisjonen er det virksomhetsstyringen knyttet til ordinær drift som har vært vektlagt.

Revisjonen har omfattet virksomhetsstyringen på følgende nivå og enheter:

- Administrerende direktør og sentral stab
- Kirurgisk Divisjon
 - Avdeling for sentraloperasjon og enhet for kar/lunge sengepost 204
 - Avdeling for Kar/thoraxkirurgi og enhet for kar/thorax sengepost 204
- Ortopedisk klinikk
 - Avdeling leger, seksjon skulder og rygg, hofte og kne
 - Avdeling Pleie/merkantil og sengepost 205

Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

I utskrivningsprosessen inngår aktivitetene som innebærer samhandling med kommunen for å sikre at pasienten får den nødvendige hjelpen etter avsluttet sykehusopphold. Utskrivningsprosessen starter når pasientens behov etter utskrivelse vurderes ved innleggelse og varer frem til pasienten skrives ut fra sykehuset.

Revisjonen har inkludert sentrale stabsområder og seksjon for akutt hjerneslag (sengepost 103) ved medisinsk divisjon, Nevroklinikken.

Kompetansestyring

I kompetansestyringen inngår de aktivitetene som gjennomføres i foretaket for å sikre planlegging, gjennomføring og evaluering av kompetansearbeidet slik at klinikken, enheter og den enkelte medarbeider har den nødvendige kompetanse i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver.

Revisjonen har inkludert sentrale stabsområder, Kirurgisk divisjon, avdeling Urologi, sengepost 104 og Ortopedisk klinikk sengepost 105.

1.3 Prosess og metode

Revisjonsgrunnlaget som er lagt til grunn for utviklingen av revisjonene er hentet fra

- Lov og forskriftskrav
- Styrende dokumenter
- Helseforetakets egne prosedyrer
- Rammeverk for God virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst

Revisjonen er utført ved bruk av ulike metoder. Dette inkluderer gjennomgang av relevante dokumenter på de ulike områdene, intervjuer i stab og linje, journalgjennomgang og datauttrekk fra systemene.

I tilknytning til revisjonen er det gjennomført møte med leder i Brukerutvalget ved Ahus.

1.4 Veiledning til leseren

Denne rapporten er et sammendrag av resultatet av revisjonen i Ahus for de områdene som revisjonen har omfattet. Funnene gjelder for de undersøkte enhetene og kan ikke generaliseres til å gjelde for andre enheter ved Ahus. Detaljgrunnlagene som rapporten bygger på, er overlevert de reviderte enhetene og samlet til administrerende direktør ved Ahus. Detaljgrunnlagene er verifisert hos de reviderte enhetene.

Kapittel 2 gir en beskrivelse av de reviderte områdene. For hvert område beskrives problemstillinger som er undersøkt med konsernrevisjonens oppsummerte vurdering. Videre beskrives de revisjonskriteriene hvor det er avdekket svakheter (gjort funn) og de anbefalinger som konsernrevisjonen har gitt knyttet til disse.

Kapittel 3 gir en oppsummering av resultatet av revisjonen på undersøkte kriterier på intern styring og kontroll (se figur 14) for de ulike områdene som inngår i revisjonen.

Vedlegg 1 gir en oversikt over hvilket informasjonsgrunnlag som er benyttet i revisjonen, gjennomførte samtaler og saksgangen og rapportbehandling.

Vedlegg 2 gir en oversikt over alle kriterier som er benyttet i revisjonen.

1.5 Behandling av rapporten

Utkast rapport fra konsernrevisjonen ble sendt administrerende direktør i Ahus for endelig verifisering. Arbeidet med å planlegge og å iverksette forbedringstiltak som dekker anbefalingene, forventes startet opp underveis i revisjonen. Disse danner igjen grunnlag for en helhetlig handlingsplan. Den endelige rapporten og administrerende direktørs handlingsplan, legges samlet frem for styret i Ahus.

Konsernrevisjonens vurdering er at resultat av revisjonen bør sees i forhold til helseforetaket som helhet og legges til grunn for videre forbedringsarbeid.

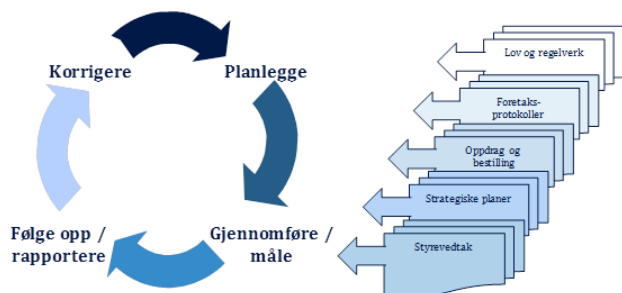
2. Revisjonsfunn per område

Resultatet av revisjonen på områdene virksomhetsstyring, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og kompetansestyring fremkommer i kapittel 2.1 – 2.3. Under hvert enkelt område gis en beskrivelse av området og problemstillinger som er undersøkt. Deretter beskrives konsernrevisjonenes overordnet vurdering. Denne er basert på de revisjonskriteriene som det er avdekket svakheter (gjort funn) på og som blir presentert for hvert av områdene.

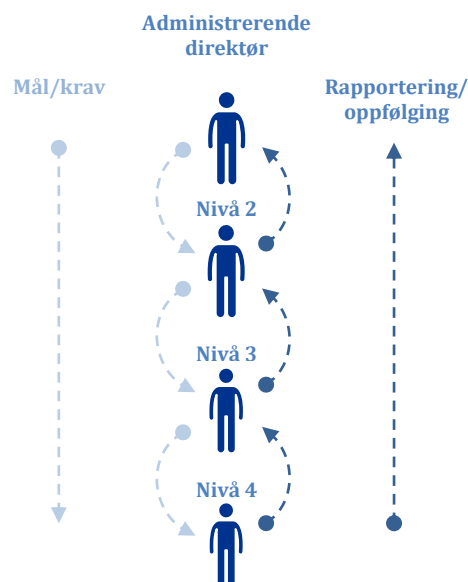
2.1 Virksomhetsstyring

2.1.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

Aktivitetene knyttet til virksomhetsstyring kan settes inn i et ”styringshjul”, som illustrerer hvordan aktivitetene henger sammen (se figur 1). Virksomhetsstyring skjer i og mellom de ulike nivåene i helseforetakene (se figur 2).



Figur 1: Styringshjul for virksomhetsstyring



Figur 2: Forholdet mellom mål/krav og rapportering/oppfølging

Styringshjulet gir en fremstilling av hvilke aktiviteter styringen består av, og viser disse som steg i en syklus. Overordnet kan disse deles inn i fire steg i styringen:

1. Planlegging
2. Gjennomføring og måling
3. Rapportering og oppfølging
4. Korreksjon av avvik knyttet til måloppnåelse

For å belyse helseforetakets virksomhetsstyring har revisjonen tatt utgangspunkt i fire problemstillinger.

1. I hvilken grad har helseforetaket operasjonalisert rammeverket for/kravene til god virksomhetsstyring?

Problemstilling 2-4 tar utgangspunkt i styringshjulet som vist over i figur 1:

2. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for planlegging som sikrer at alle mål og krav blir ansvarssatt og tidfestet?
3. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for oppfølging av daglig drift, rapportering og planer?
4. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering?

2.1.2 Konsernrevisjonens vurdering av område virksomhetsstyring

Revisjonen har vist at helseforetaket har operasjonalisert en del elementer fra rammeverket for virksomhetsstyring, men føringene er ikke dekkende for å sikre en helhetlig virksomhetsstyring.

Det er blant annet ikke utarbeidet styrende dokumenter som beskriver rolle, ansvar og oppgaver i forbindelse med planlegging og oppfølging av mål og krav i oppdrag og bestilling. Det er også uavklarte rolle- og ansvarsforhold mellom linjen og stab knyttet til virksomhetsstyring. I tillegg kan manglende opplæring av ledere på dette tema, være blant årsakene til at virksomhetsstyringen er fragmentert og mangelfull i forhold til planlegging, oppfølging og rapportering i helseforetaket.

Vurderingene er basert på avdekkede svakheter på kriterier som er beskrevet i kapittel 2.1.3.

2.1.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

I hvilken grad har helseforetaket operasjonalisert rammeverket for/kravene til god virksomhetsstyring?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Foretaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet.
- Roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen er definert og kommunisert, og det er definert hvordan staber og støttefunksjoner skal tilrettelegge for god virksomhetsstyring.
- Fullmakter som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet er tildelt i tråd med retningslinjer fra det regionale helseforetaket.
- Oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen er definert på en systematisk måte i foretaket, det vil si
 - beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen
 - oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i foretaket
- Det er definert hvilken kompetanse innen virksomhetsstyring ledere på ulike nivåer skal ha.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det vurderes hvilke styrende dokumenter som må etableres for å sikre nødvendige prosesser og aktiviteter slik at foretaket sikrer en helhetlig virksomhetsstyring.
- Alle aktuelle dokumenter gjøres tilgjengelig i kvalitetssystemet og utgåtte dokumenter revideres.
- Det utarbeides en systematisk oversikt over oppgaver og aktiviteter som skal gjennomføres i løpet av et kalenderår knyttet til ansvar for virksomhetsstyring.

- Roller og ansvar defineres og kommuniseres for linje og stab, herunder sentral stab sin rolle og ansvar for styrings- og oppfølgingsprosesser.
- Det etableres en forvaltning av fullmaktsdokumentet og det sikres at dokumentet og fullmaktene blir forankret på alle nivå i foretaket.
- Det defineres hvilken kompetanse ledere på alle nivå skal ha innen virksomhetsstyring.
- Temaet styrings- og oppfølgingsprosesser tydeliggjøres i lederopplæring og -utvikling.

Problemstilling 2:

I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for planlegging som sikrer at alle mål og krav blir ansvarssatt og tidfestet?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Mål og krav gitt i oppdrag og bestilling, og særskilte mål og krav for den enkelte enhet, kommuniseres til den enkelte leder. Mål og krav er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål og krav som gjelder for sin enhet.
- Det er utarbeidet virksomhetsplaner/ handlingsplaner som sørger for at alle mål og krav i oppdrag og bestilling, samt særskilte mål og krav for den enkelte enhet, er konkretisert, ansvarssatt og tidfestet.
- Det gjennomføres risikovurderinger som er gjennomgående i helseforetaket. De danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Mål og krav gitt i oppdrag og bestilling kommuniseres til den enkelte leder.
- Mål og krav operasjonaliseres på det enkelte nivå.
- Det avklares hvilke forventninger/krav foretaket har knyttet til utarbeidelse av virksomhetsplaner/handlingsplaner på de ulike nivåene.
- De ulike nivåene utarbeider virksomhetsplan/handlingsplan slik at mål og krav blir fulgt opp. Planen bør beskrive resultatmål, effektmål, tiltak, ansvarsfordeling og tidsplan gjennom året.
- Risikovurderingene gjennomføres som en del av foretakets styrings- og oppfølgingsprosesser.

Problemstilling 3:

I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for oppfølging av daglig drift, rapportering og planer?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Det er etablert rutiner for oppfølging av drift, risikovurdering og planer. Dette skjer på alle nivå. Det gjøres en vurdering oppnåelse av mål og krav på ulike nivåer, og manglende oppnåelse av mål og krav følges opp.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Foretaket presiserer hvilke oppfølgingsprosesser som skal være etablert på det enkelte nivå, og hva oppfølgingen skal omfatte.

- Oppfølgingen dokumenteres og rapporteres på en systematisk måte.

Problemstilling 4:

I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering?

Revisjonen har ikke avdekket svakheter (gjort funn) i forhold til systemer for analyse og rapportering.

2.2 Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

2.2.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

Utskrivningsprosessen kan skisseres med 3 steg; tidlig vurdering, definering av utskrivningsklar pasient og utskrivning av pasient (se figur 3).



Figur 3: Utskrivning av pasienter

For å belyse helseforetakets prosess for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, har revisjonen tatt utgangspunkt i to problemstillinger:

1. I hvilken grad er det etablert rutiner for samarbeid med kommunene i tråd med gjeldende krav?
2. I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten?

2.2.2 Konsernrevisjonens vurdering av område utskrivning

Revisjonen har vist at helseforetaket i stor grad har etablert samarbeid med kommunene og inngått avtaler som er i tråd med kravene. Helseforetaket har også etablert interne prosedyrer/rutiner for prosessen. Revisjonen har vist at det i prosessen er manglende etterlevelse av etablerte prosedyrer/rutiner, og at disse ikke er dekkende for alle krav.

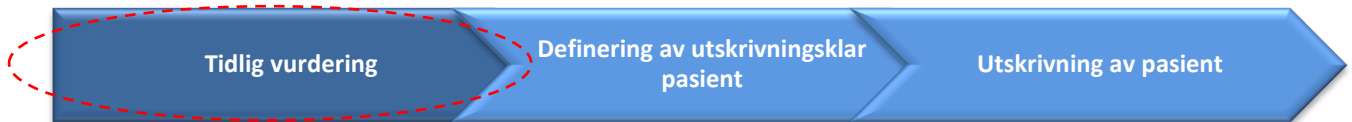
Gjennomgangen viser at dette kan skyldes enkelte svakheter i helseforetakets intern styring og kontroll, eksempelvis at personell ikke har nødvendig opplæring i prosessen og at det er en mangelfull overordnet risikovurdering og oppfølging/monitorering.

Vurderingene er basert på avdekkede svakheter på kriterier som er beskrevet i kapittel 2.2.3.

2.2.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

I hvilken grad er det etablert rutiner for samarbeid med kommunene i tråd med gjeldende krav?



Figur 4: Utskriving av pasienter – tidlig vurdering

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det gjøres ved innleggelse en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
- Sykehuset varslers kommunen om at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning (innen 24 timer etter innleggelse eller så snart det avklares at et slikt behov foreligger).

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Vurdering av pasientens sannsynlige behov for tjenester fra kommunen etter utskrivning blir gjennomført for alle pasienter ved innleggelse, eller så raskt som mulig, og at dette dokumenteres i DIPS.
 - Varsel til kommunen sendes så raskt som mulig og varselet har det innhold som er avtalt.
- Det tydeliggjøres hvordan pasienten skal informeres om sin anledning til å motsette seg at informasjon utveksles med kommunen, og hvordan det skal dokumenteres at pasienten er informert om dette.



Figur 5: Utskriving av pasienter – definerings av utskrivningsklar pasient

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Sykehuset varslers kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.
- Utskrivningsklar pasient vurderes i henhold til gjeldende krav.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Kommunene oppdateres ved vesentlige endringer som endringer i hjelpebehov eller utskrivningstidspunkt.
 - Lege vurderer pasienten som utskrivningsklar i tråd med gjeldende krav og at dette dokumenteres i journal.



Figur 6: Utskriving av pasienter – utskrivning av pasient

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.
- Ahus skal sende med pasienten resepter på nye legemidler ordinert ved Ahus og nødvendige/nye legemidler frem til og med første virkedag.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Epikrise eller tilsvarende informasjon som sendes med pasienten ved utreise inneholder kvalitetssikret medisinliste og en god funksjonsbeskrivelse.
 - PLO utskrivningsrapport alltid sendes med pasienter som skal følges opp av kommunen.
 - Det fremgår av journal og PLO utskrivningsrapport om det er sendt med pasienten legemidler (type legemiddel og dose), og om resepter er sendt med pasient eller formidlet apotek.



Figur 7: Utskriving av pasienter - gjennomgående for prosessen

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det sikres at koordinator i spesialisthelsetjenesten utnevnes for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Det sikres at kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering varsles så snart det avdekkes behov for individuell plan (IP) som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- Det sikres at pasienten ved utskrivning har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Det vurderes behov for, og eventuelt utnevnes, koordinator i spesialisthelsetjenesten for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
 - Prosedyren for individuell plan etterleves.
 - Det fremgår av journal i hvilken grad pasienten har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.
 - Ansatte og pårørende som hovedregel ikke benyttes som tolk.

Problemstilling 2

I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det sikres at personalet har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgaver i utskrivningsprosessen.
- Det identifiseres og vurderes risiko i utskrivningsprosessen og tiltak igangsettes for å håndtere risiko.
- Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten.
- Data anvendes som grunnlag for evaluering av prosessen.
- Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det defineres hva legene trenger å kunne knyttet til utskrivningsprosessen, og at ledere, både for sykepleiere og leger, etablerer oversikt over hvem som har tilegnet seg ønsket kompetanse.
- Utskrivningsprosessen risikovurderes som grunnlag for igangsetting av eventuelle tiltak, eller justering av igangsatte tiltak. Risikovurderingen dokumenteres.
- Det gjennomføres tiltak som sikrer bedre dokumentasjon av aktivitetene i prosessen i journal.
- Gjeldende retningslinjer/prosedyrer/rutiner for prosessen gjøres kjent for de ansatte og utdaterte dokumenter fjernes fra EQS.
- Basert på en gjennomgang av utskrivningsprosessen fastsettes hvilken informasjon fra prosessen som skal benyttes i oppfølgingen, og oppfølgingen settes i system (hvem skal gjøre hva og når).
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Både interne avvik og avvik knyttet til samhandlingen med kommunene i utskrivningsprosessen meldes.
 - Avvik meldt fra kommunene følges opp i de ansvarlige enhetene.

2.3 Kompetansestyring

2.3.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

Kompetansestyingsprosessen kan skisseres med 7 steg; fastsette krav til kompetanse, kartlegge og vurdere kompetansebehov, fastsette kompetansetiltak, planlegge kompetansetiltak, gjennomføre tiltak, evaluere og rapportere (se figur 8).



Figur 8: Utskriving av pasienter

For å belyse utvalgte enheters kompetansestyling har revisjonen tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer enhetene riktig kompetanse til rett tid?
2. I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med kompetansestylingen?

2.3.2 Konsernrevisjonens vurdering av område kompetansestyling

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere aktiviteter for kompetansestyling i enhetene, men gjennomføringen varierer blant annet i forhold til å kartlegge og vurdere kompetanse, planlegge, gjennomføre og dokumentere kompetansetiltak.

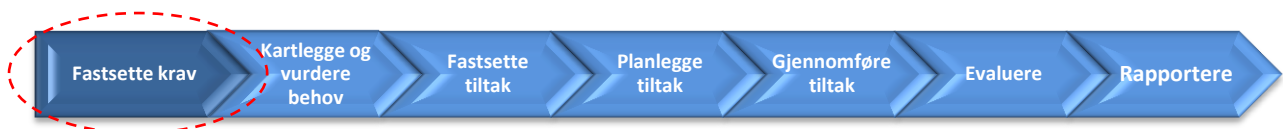
Gjennomgangen viser at dette kan skyldes flere svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll, blant annet at det i liten grad foreligger retningslinjer/prosedyrer for kompetansestyling på overordnet nivå og at ansvar og oppgaver knyttet til kompetansestylingen ikke er tydeliggjort både for linje (gjennomføring) og stab (tilrettelegge og følge opp).

Vurderingene er basert på avdekkede svakheter på kriterier som er beskrevet i kapittel 2.3.3.

2.3.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

I hvilken grad sikrer enhetene riktig kompetanse til rett tid?



Figur 9: Kompetansestylingprosessen – fastsette krav til kompetanse

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Det er definert og dokumentert mål og krav til kompetanse i forhold til oppgaver som enheten/ansatte skal utføre.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det utarbeides overordnede føringer for å sette mål og krav til kompetanse.
- Det defineres mål og krav til kompetanse gjennomgående fra klinikk/divisjon, til avdeling, til seksjon og den enkelte ansatte og for alle faggrupper.
- Mål og krav til kompetanse dokumenteres på en standardisert måte.



Figur 10: Kompetansestylingprosessen – kartlegge og vurdere kompetansebehov

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Krav til kompetanse fastsettes med grunnlag i nåværende og fremtidige behov.
- Kompetansebehov kartlegges/vurderes, både for enheten og for den enkelte medarbeider.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det etableres overordnede rutiner for kartlegging av kompetansebehov på alle nivåer.
- Det gjøres en mer helhetlig kartlegging av nåværende og fremtidige kompetansekrav og behov.



Figur 11: Kompetansestyringsprosessen – fastsette, planlegge og gjennomføre tiltak

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Kompetansetiltak fastsettes og planlegges (intern opplæring, etter- og videreutdanning), både for enheten og for den enkelte medarbeider.
- Gjennomført opplæring/iverksatte tiltak er dokumentert på en standardisert måte.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det utarbeides overordnede føringer for fastsetting og planlegging av kompetansetiltak.
- Det utarbeides overordnede føringer for hva og hvordan gjennomført opplæring skal dokumenteres.



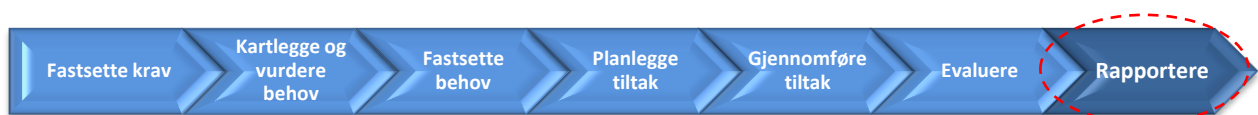
Figur 12: Kompetansestyringsprosessen – evaluere

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Effekt av tiltak måles, evalueres og anvendes i forbedringsarbeid.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det utarbeides overordnede føringer for hvordan systematisk evaluering av kompetansetiltak skal gjennomføres.
- Effekter av tiltak måles, evaluering gjennomføres systematisk og resultater anvendes i forbedringsarbeid.



Figur 13: Kompetansestyringsprosessen – rapportere

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Kompetansebehov/tiltak rapporteres til ledelsen/i linjen.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det defineres hva det skal rapporteres på knyttet til kompetanse.
- Rapportering skjer på en måte som sikrer at klinikken har styringsinformasjon fra hele kompetansestyringsprosessen.

Problemstilling 2:**I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med kompetansestyringen?****I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:**

- Det er definert ansvar og oppgaver for alle deler av kompetansestyringsprosessen (stab/linje).
- Det sikres at ledere og andre ansvarlige, har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene i kompetansestyringsprosessen.
- Kompetansestyringsprosessen er kartlagt og risikovurdert.
- Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for kompetansestyring.
- Det er etablert rutiner som sikrer at kompetansestyringen følges opp og vurderes opp mot mål, krav og føringer for driften.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

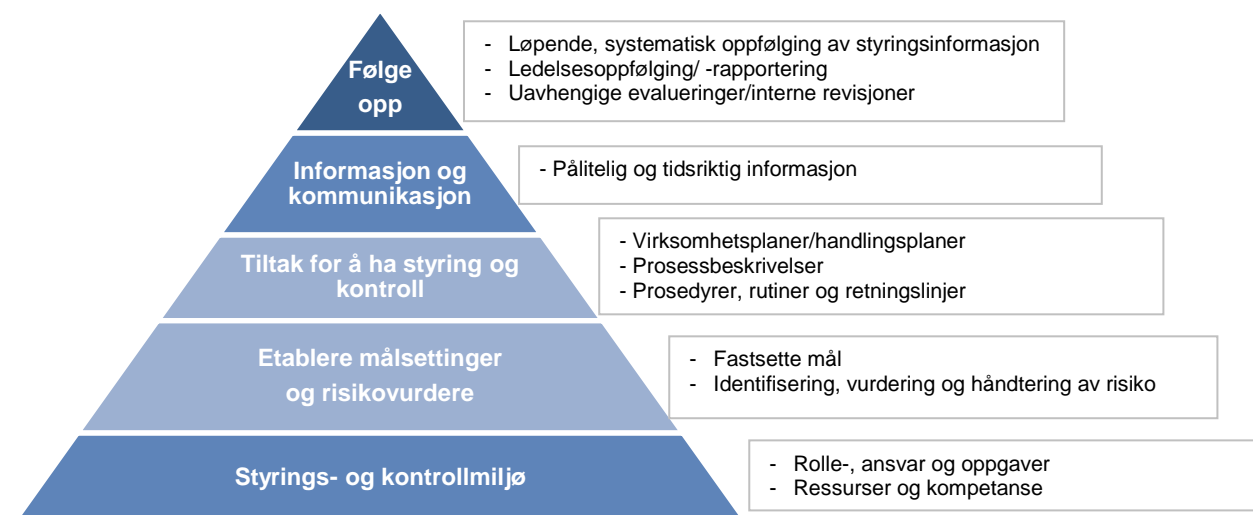
- Ansvar og oppgaver for kompetansestyring tydeliggjøres, herunder stabens ansvar og oppgaver for tilrettelegging og oppfølging av kompetansestyringsprosessen, samt linjens ansvar for og oppgaver knyttet til gjennomføring og oppfølging.
- Det sikres at ledere og andre ansvarlige for kompetanse får opplæring for å kunne utføre sine oppgaver.
- Kompetansestyringsprosessen risikovurderes som grunnlag for igangsetting av eventuelle tiltak, eller justering av igangsatte tiltak.
- Overordnede retningslinjer, prosedyrer/rutiner for kompetansestyring utarbeides.
- Det fastsettes hvilken informasjon som skal innhentes i oppfølging av kompetansestyringen, og oppfølgingen settes i system (hvem skal gjøre hva og når).

3. Oppsummering av intern styring og kontroll

3.1 Sammenstilling av reviderte områder

Som det fremgår av kapittel 2 er det gitt en rekke anbefalinger på områdene som er revidert. Anbefalingene gjelder både feil og mangler i prosessene og svakheter i intern styring og kontroll.

I dette kapitlet oppsummeres resultatet av revisjonen på undersøkte kriterier (se figur 14) på intern styring og kontroll.



Figur 14: Utvalgte kriterier fra rammeverket for intern styring og kontroll¹

Tabell 1 til 5 nedunder gir en oversikt over revisjonsområdene og revisjonskriteriene. Alle kriteriene er ikke revidert for alle områdene. Det vil her stå *kriteriet ikke vurdert* i tabellen. Der det er avdekket svakheter vil det stå *tiltak anbefalt* og der det ikke er avdekket svakheter vil det stå *anbefaling ikke gitt*.

Tabell 1: Styrings- og kontrollmiljøet

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyring
Rolle, ansvar, oppgaver og myndighet er definert	Tiltak anbefalt	Anbefaling ikke gitt	Tiltak anbefalt
Det er lagt til rette for at ledere og ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene innenfor sitt ansvarsområde.	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

¹ I styresak 016-2010 *God virksomhetsstyring og internkontroll i Helse Sør-Øst* fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 4. mars 2010, tydeliggjøres det gjennom foretaksmøtene et krav om et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring gjennom prosesser for intern styring og kontroll. Dette kravet er videreført i styresak 092-2010 gjennom rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, og blir inntatt i oppdrag og bestilling for 2011 i Helse Sør-Øst. Det forutsettes at risikostyring benyttes som verktøy inn i dette. Styrene i helseforetakene er ansvarlig for å påse at de samlede krav og forventninger kommuniseres og følges opp.

Tabell 2: Målsettinger og risikovurderinger

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyling
Mål er etablert	Tiltak anbefalt	Anbefaling ikke gitt	Tiltak anbefalt
Risiko identifiseres og vurderes for prosessen	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

Tabell 3: Tiltak for å ha styring og kontroll

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyling
Virksomhetsplaner/handlingsplaner er utarbeidet	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert
Prosedyrer rutiner, retningslinjer etc. utarbeides	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

Tabell 4: Informasjon og kommunikasjon

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyling
Generer relevant og pålitelig styringsinformasjon.	Anbefaling ikke gitt	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert

Tabell 5: Oppfølging

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyling
Løpende og systematisk oppfølging på ulike nivåer for å korrigere og forbedre.	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt
Ledelsesoppfølging/ - rapportering	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert
Evalueringer/interne revisjoner	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert

3.2 Overordnet vurdering

Som det fremgår av tabellene ovenfor og for de ulike områdene i kapittel 2, er det avdekket svakheter i helseforetakets intern styring og kontroll. Gjennomgangen har særlig vist at roller, ansvar og oppgaver i og mellom linjen og stab ikke er tydelig eller avklart. Særlig stabens rolle for tilrettelegging og oppfølging/monitorering innenfor de ulike områdene må tydeliggjøres.

Avdekkede svakheter kan innebære en økt risiko for at helseforetaket ikke når sine mål og krav, brudd på regelverk, manglende etterlevelse av rutiner/prosedyrer, fragmentert styring og unødvendig bruk av ressurser.

Konsernrevisjonen har gitt en del anbefalinger i kapittel 2 tilknyttet avdekkede svakheter.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Overordnede styrende dokumenter
Styresaker
Budsjett og planer
Strategiske planer
Organisasjonskart
Avviksmeldinger
Virksomhetsbeskrivelse
Prosedyrer, rutinebeskrivelser, (utkast) prosessbeskrivelser
Risikovurderinger og tiltaksplaner
Opplæringsmoduler for lederopplæring/lederutvikling
Møtestruktur
Interne møtereferat
Kompetanseutviklingsplaner
Handlingsplaner/virksomhetsplaner
Rapporter
Lederavtaler
Funksjonsbeskrivelser
Sjekklistor
Avtaler
Styringsdokument som viser oppfølging i divisjoner/klinikker
Pasientjournaler

Gjennomførte samtaler

Rolle
Administrerende direktør
HR- direktør
Økonomidirektør
Direktør sekretariatet
Fagdirektør
Konstituert direktør utvikling
Konstituert Helsefaglig direktør
Konstituert kvalitetssjef

Rådgiver (for eksterne revisjoner)
Divisjonsdirektør Kirurgi
Avdelingssjef sentraloperasjon, kirurgisk divisjon
Seksjonssykepleier sentraloperasjon, kirurgisk divisjon
Avdelingssjef kar/thorax, kirurgisk divisjon
Seksjonsleder S 204 – kar/thorax sengeområde, kirurgisk divisjon
Avdelingssjef leger urologi, kirurgisk divisjon
Overlege urologi, kirurgisk divisjon
Seksjonsleder urologisk avdeling S 104, kirurgisk divisjon
Kreftsykepleier urologisk avdeling S104, kirurgisk divisjon
Klinikkdirektør ortopedi
Avdelingssjef leger, ortopedisk klinikk
Seksjonssjef skulder, rygg, hofta og kne, ortopedisk klinikk
Avdelingssjef pleie og merkantil, ortopedisk klinikk
Seksjonssjef S105, ortopedisk klinikk
Fagutviklingssykepleier S105, ortopedisk klinikk
Seksjonsleder S205 og halve S305, ortopedisk klinikk
Samhandlingssjef Ahus
Seksjonsleder seksjon for akutt hjerneslag (sengepost 103), medisinsk divisjon
Sykepleiere seksjon for akutt hjerneslag (sengepost 103), medisinsk divisjon
Leger seksjon for akutt hjerneslag (sengepost 103), medisinsk divisjon

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
08.01.15	Verifisering av detaljgrunnlag gjennomført for alle de reviderte områdene
20.01.15	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør
21.01.15	Presentasjon av utkast rapport for helseforetaket
29.01.15	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
05.02.15	Oversendelse endelig rapport
Ikke fastsatt	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs presentasjon av handlingsplan for styret.

Vedlegg 2 – Kriterier benyttet i revisjonen

Kriterier Virksomhetsstyring
Foretaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet.
Roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen er definert og kommunisert, og det er definert hvordan staber og støttefunksjoner skal tilrettelegge for god virksomhetsstyring.
Fullmakter som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet er tildelt i tråd med retningslinjer fra det regionale helseforetaket.
Oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen er definert på en systematisk måte i foretaket, det vil si - beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen - oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i foretaket
Det er definert hvilken kompetanse innen virksomhetsstyring ledere på ulike nivåer skal ha.
Mål og krav, gitt i oppdrag og bestilling og særskilte mål og krav for den enkelte enhet, kommuniseres til den enkelte leder. Mål og krav er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål og krav som gjelder for sin enhet.
Det er utarbeidet virksomhetsplaner/ handlingsplaner som sørger for at alle mål og krav, gitt i oppdrag og bestilling, samt særskilte mål og krav for den enkelte enhet, er konkretisert, ansvarssatt og tidfestet.
Det gjennomføres risikovurderinger som er gjennomgående i helseforetaket. De danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak.
Rapporteringen i foretaket gir ledere på alle nivåer nødvendig styringsinformasjon for å kunne nå mål og krav, samt korrigere avvik.
Det er etablert rutiner for oppfølging av drift, risikovurdering og planer. Dette skjer på alle nivå. Det gjøres en vurdering av oppnåelse av mål og krav på ulike nivåer, og manglende oppnåelse av mål og krav følges opp.

Kriterier Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
Helseforetaket har sammen med kommunene etablert retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
Det gjøres ved innleggelse en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
Sykehuset varsler kommunen om at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning (innen 24 timer etter innleggelse eller så snart det avklares at et slikt behov foreligger).
Sykehuset varsler kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.
Utskrivningsklar pasient vurderes i henhold til gjeldende krav.
Sykehuset varsler kommunen straks en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning er utskrivningsklar.
Sykehuset overfører pasient til kommune etter å ha mottatt bekreftelse på at kommunalt tilbud er klart.
Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.
Foretaket skal sende med pasienten resepter på nye legemidler ordinert ved foretaket og nødvendige/nye legemidler frem til og med første virkedag.
Det sikres at koordinator i spesialisthelsetjenesten utnevnes for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
Det sikres at kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering varsles så snart det avdekkes behov for individuell plan (IP) som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.
Det sikres at pasienten ved utskrivning har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.
Ansvar og roller for prosessen er beskrevet og kjent.
Det sikres at personalet har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgaver i utskrivningsprosessen.
Det identifiseres og vurderes risiko i utskrivningsprosessen og tiltak igangsettes for å håndtere risiko.

Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
Data anvendes som grunnlag for evaluering av prosessen.
Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet.

Kriterier Kompetansestyring
Det er definert og dokumentert mål og krav for kompetanse i forhold til oppgaver som enheten/ansatte skal utføre
Krav til kompetanse fastsettes med grunnlag i nåværende og fremtidige behov
Kompetansebehov kartlegges/vurderes, både for enheten og for den enkelte medarbeider
Kompetansetiltak fastsettes, planlegges og gjennomføres (intern opplæring, etter- og videreutdanning), både for enheten og for den enkelte medarbeider
Gjennomført opplæring/iverksatte kompetansetiltak er dokumentert på en standardisert måte
Effekt av tiltak måles, evalueres og anvendes i forbedringsarbeid
Kompetansebehov/tiltak rapporteres til ledelsen/i linjen
Det er definert ansvar og oppgaver for alle deler av kompetansestyringsprosessen (stab/linje).
Det sikres at ledere og andre ansvarlige, har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene i kompetansestyringsprosessen
Kompetansestyringsprosessen er kartlagt og risikovurdert
Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for kompetansestyring
Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet
Det er etablert rutiner som sikrer at kompetansestyringen følges opp og vurderes opp mot mål, krav og føringer for driften