

● **Konsernrevisjonen**  
● **Rapport 3/2021**  
● **Risikostyring og kvalitet**  
● **Oslo universitetssykehus HF**

● 01. juli 2021



# Introduksjon

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet.

Flere undersøkelser og analyser, eksempel fra kvalitetsregistre og Helseatlas, har imidlertid vist at det er betydelig variasjon i kvalitet og tilbud i pasientbehandlingen. Helse- og omsorgstjenesten har ut i fra dette hatt stor oppmerksomhet på å redusere uønsket variasjon både knyttet til kvalitet og tilbud.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger virksomhetene å etablere et styringssystem hvor aktiviteter og prosesser løpende planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres for å nå mål og krav. Som del av dette arbeidet er vurdering, håndtering og oppfølging av risiko et sentralt hjelpemiddel.

Målet med revisjonen er å kartlegge og vurdere hvorvidt risikostyring benyttes i arbeidet med å sikre god kvalitet innenfor de ulike pasientforløpene. Dette innebærer å undersøke hvorvidt det er etablert hensiktsmessige prosesser i arbeidet med å kartlegge generiske og særskilte risikoer knyttet til et pasientforløp, hvilke risikoreducerende tiltak som er iverksatt og hvilken styringsinformasjon som brukes til oppfølging og korrigerende, samt rapportering.

Kartleggingen av disse prosessene vil også danne grunnlag for å vurdere hvorvidt arbeidet med risikostyring og kvalitet er en integrert del av virksomhetsstyringen.

For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

1. Har ansvarlig enhet etablert hensiktsmessige prosesser for å vurdere og håndtere risiko, som ivaretar føringene for kvalitet i pasientbehandlingen innenfor utvalgte pasientforløp?
2. Har ansvarlig enhet en hensiktsmessig oppfølging av at pasientbehandlingen er i tråd med anerkjent praksis?

Revisjonen er gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) i tidsrommet mars til juni 2021.

# Innhold

<b>1. Konklusjoner og anbefalinger</b>	<b>4</b>
1.1 Økt struktur i styringen vil bidra til mer målrettet arbeid med kvalitet i pasientforløpene	4
1.2 Anbefalinger	5
<b>2. Kontekst</b>	<b>7</b>
2.1 Bakgrunn	7
<b>3. Innretning</b>	<b>9</b>
3.1 Tilnærming	9
3.3 Valg av fagområde og pasientforløp	11
3.4 Organisering av gastrokirurgi i OUS	12
3.5 Avgrensinger i revisjonen	12
<b>4. Metode og revisjonsgrunnlag</b>	<b>14</b>
4.1 Metode	14
4.2 Revisjonsgrunnlag	14
<b>5. Observasjoner</b>	<b>15</b>
5.1 OUS føringer for ledelse og kvalitetsforbedring	15
5.2 Risikostyring og kvalitet i Avdeling for gastro- og barnekirurgi	16
<b>6. Vurderinger</b>	<b>20</b>
6.1 Avdelingen har et godt grunnlag for å identifisere og vurdere risiko i pasientforløpene	20
6.2 Manglende systematikk i planarbeidet vanskeliggjør god risikostyring	20
6.3 Lite målrettet oppfølging og rapportering	21
<b>Vedlegg 1 – gjennomførte samtaler</b>	<b>23</b>



# 1. Konklusjoner og anbefalinger

## 1.1 Økt struktur i styringen vil bidra til mer målrettet arbeid med kvalitet i pasientforløpene

*Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen både planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom strategiske og operative prosesser.*

Helseforetakene er store og komplekse organisasjoner med en rekke mål og krav som kan være krevende å håndtere. Revisjonen belyser hvordan Avdeling for gastro- og barnekirurgi ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) anvender risikostyring som et verktøy for å oppnå ønsket kvalitet i pasientbehandlingen. Dette er undersøkt ved å kartlegge avdelingens plan- og oppfølgingsprosesser, og hvordan risiko kartlegges og benyttes som et beslutningsverktøy i avdelingen.

Avdeling for gastro- og barnekirurgi har ansvar for flere diagnoser. I denne revisjonen har vi tatt utgangspunkt i tykk- og endetarmskreft som er to av pasientforløpene avdelingen har ansvar for.

Revisjonen viser at det er etablert et overordnet rammeverk i OUS som alle enheter skal benytte i arbeidet med kontinuerlig forbedring, herunder kvalitetsarbeid. Revisjonen viser videre at Avdeling for gastro- og barnekirurgi gjennom ulike prosesser iverksetter tiltak som skal bidra til at de imøtekommer kvalitetskrav innenfor tykk- og endetarmskreft. Revisjonen viser imidlertid at det ikke er tydelig sammenheng mellom mål og de tiltakene som iverksettes. Vi vurderer at økt struktur på styringen vil bidra til et mer proaktivt, helhetlig og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring. Dette begrunnes med følgende:

- Avdelingen har et godt grunnlag for å kunne identifisere og vurdere risikoer i pasientforløpene
- Manglende systematikk i planarbeidet vanskeliggjør god risikostyring
- Lite målrettet oppfølging og rapportering

### **Avdelingen har et godt grunnlag for å kunne identifisere og vurdere risikoer i pasientforløpene**

Avdelingen har etablert standardiserte pasientforløp og gjennom dette opparbeidet en god prosessforståelse. Avdelingen har videre etablert et system med faglige prosedyrer og rutiner som oppdateres jevnlig. I tillegg er det etablert flere tiltak som skal korrigere og avdekke manglende etterlevelse av de faglige føringene. Avdelingen har videre tilgang til en rekke kilder til informasjon om egen kvalitet, som kan anvendes i analyse av risikobildet. Dette omfatter blant annet kvalitetsregistre og pasientundersøkelser.

Ut ifra ovennevnte forhold vurderer vi at det er etablert et godt grunnlag i avdelingen for å kunne identifisere og vurdere risikoer for å ikke nå mål og krav innenfor tykk- og endetarmskreft.

### **Manglende systematikk i planarbeidet vanskeliggjør god risikostyring**

Det er ikke utviklet et tydelig målhierarki fra klinikk til avdeling som grunnlag for avdelingens styring. Ut ifra mottatt dokumentasjon fra planarbeidet for 2020, er det uklart for konsernrevisjonen på hvilket grunnlag tiltak iverksettes i avdelingen. Det er ikke etablert en systematisk prosess i planarbeidet for å kartlegge og vurdere risiko for det enkelte forløp. Dette reduserer muligheten for at avdelingen klarer å fange opp sentrale risikoer. Etter vår vurdering

innebærer dette en risiko for at tiltak i kvalitetsarbeidet iverksettes sent, og i mindre grad forebygger uønskede hendelser og negativ utvikling.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at avdelingen har igangsatt et arbeid med å videreutvikle avdelingens handlingsplan, ettersom denne er et viktig verktøy for et målrettet og systematisk forbedringsarbeid. Vi vurderer samtidig at det er flere områder som må styrkes og forbedres i klinikkens- og avdelingens styringssystem. Dette omfatter følgende forhold:

- Uklare beskrivelser av ansvar og oppgaver
- Mangelfull operasjonalisering av mål og krav på ulike nivåer
- Lite systematisk bruk av kilder som grunnlag for risikovurderinger
- Svakheter ved bruk av handlingsplaner
- Manglende opplæring og tilrettelegging for bruk av verktøy og metoder utarbeidet på nivå 1

Vi vurderer samtidig at disse svakhetene må ses i sammenheng med at helseforetaket ikke har etablert tilstrekkelige rammer for at klinikk og avdeling kan operasjonalisere egen styring på en enkel og hensiktsmessig måte. Vi vurderer at det er behov for at helseforetaket tydeliggjør sammenhengen mellom helseforetakets retningslinje for kontinuerlig forbedring og verktøy, maler og metoder som er utarbeidet. Et slikt arbeid vil også være viktig for øvrige klinikker og avdelinger ettersom dette vil bidra til en enhetlig praksis for hele helseforetaket.

#### **Lite målrettet oppfølging og rapportering**

Revisjonen viser at avdelingen følger opp tiltak for å sikre god kvalitet på et operativt nivå. I tillegg arbeides det med å følge opp resultater og risikoer i avdelingen, for eksempel gjennom uke- og månedsrapporter. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at oppfølgingen av effekter av tiltakene som iverksettes, i mindre grad er formalisert og satt i system i avdelingen. Etter vår vurdering kan dette relateres til avdelingens manglende bruk av handlingsplaner i de ulike ledernivåene i avdelingen, og at det ved innføring

av nye tiltak ikke gis tydelige forventninger til hvordan dette skal følges opp og rapporteres. Vi er samtidig av den oppfatning at noe av den manglende strukturen kompenseres ved at avdelingsledelsen kommuniserer mål og retning, samt følger dette opp, gjennom høy tilstedeværelse.

Vi vurderer at økt bruk av handlingsplaner vil kunne gi et godt grunnlag for regelmessig oppfølging av iverksatte tiltak innenfor det enkelte nivå. Det vil si at status på tiltak gjennomgås regelmessig med de ansvarlige, evalueres og oppdateres med eventuelle nye tiltak ved manglende måloppnåelse.

Handlingsplanene vil videre kunne brukes i rapporteringen i styringslinjen for å følge opp resultater og risiko. Dette gjelder informasjon både knyttet til indikatorene som fremkommer i målekortet og aktivitetsrapporten, samt annen særskilt informasjon knyttet til tiltak som direkte eller indirekte påvirker kvaliteten innenfor det enkelte pasientforløp. Oppfølgingsprosessene i styringslinjen vil da kunne ha oppmerksomhet på det som er mest kritisk. Dette vil igjen stimulere lederne til i større grad å følge opp handlingsplanene og rapportere dette i styringslinjen, og eventuelt til styret, når de mener det er nødvendig. På den måten vil man ha klart definerte læringsløyper på alle nivåer i avdelingen.

### **1.2 Anbefalinger**

Styringssystemet skal legge til rette for at ledelsen og styret informeres om resultater og risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen. I denne sammenheng har konsernrevisjonen identifisert enkelte svakheter i styringssystemet på foretaksnivå og i avdelingen. Konsernrevisjonen har følgende anbefalinger:

- For oppnå mer målrettet styring og oppfølging av kvalitet, vurderer konsernrevisjonen at OUS bør styrke både struktur og bruk av styringssystemet. Helseforetaket bør tydeliggjøre og legge bedre til rette for hvordan retningslinjen for kontinuerlig forbedring med verktøy skal praktiseres på de ulike nivåene i virksomheten.

- Når det gjelder revidert avdeling anbefaler vi at avdelingen viderefører arbeidet med utviklingen av handlingsplanen. Vi vurderer samtidig at det er flere områder som må styrkes og forbedres i klinikkens og avdelingens styringssystem. Dette gjelder følgende forhold:
  - Definere en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling for «eier» og «deleiere» av pasientforløpene
  - Utarbeide en klarere målstruktur gjennom å operasjonalisere og fordele mål til det enkelte nivå
  - Bruke kilder systematisk som grunnlag for risikovurderinger
  - Utarbeide handlingsplaner på alle ledernivåer i avdelingen og tilpasse de til det enkelte nivå
    - Handlingsplanene må vise sammenhengen mellom mål, vedtatte tiltak, hvordan tiltakene skal gjennomføres og følges opp. Dette gjelder for eksempel hvordan oppgaver og tiltak skal følges opp i lederlinjen gjennom året
    - For å unngå separate plan- og oppfølgingsprosesser må dette blant annet ses i sammenheng med øvrige oppfølgingsprosesser som for eksempel månedrapportering (målekortet), tertialrapportering osv.

## 2. Kontekst

### 2.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette skal blant annet gjøres ved å redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud på helsetjenestene. Å redusere uønsket variasjon er også et av fem satsingsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Videre inneholder oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene krav om å redusere uønsket variasjon.

Denne revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan risikostyring legger grunnlag for å sikre likeverdig helsehjelp av god kvalitet i pasientbehandlingen ved OUS. Temaet for revisjonen fremkommer etter innspill fra OUS. Som case har vi valgt ut pasientforløp med et visst volum innen et fagområde hvor enkelte resultater fra nasjonale kvalitetsregistre har lavere score enn sammenlignbare enheter.

#### **Uønsket variasjon i kvaliteten på pasientbehandlingen**

Når det gjelder kvalitet handler dette om behandlingsresultat, pasientopplevelser og pasientsikkerhet. Kvalitet kan defineres som:

Tjenester av god kvalitet som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på god måte og er tilgjengelige og rettfærdig fordelt.

Det er viktig å ha god oppfølging av kvaliteten på oppgavene gjennom hele pasientforløpet, både ved diagnostikk, behandling og oppfølging/kontroll. Det har de siste årene vært økt oppmerksomhet på å registrere og sammenligne kvalitet gjennom ulike nasjonale kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noen om kvaliteten på området som måles. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljø i helsesektoren, registermiljø, fagorganisasjoner og brukerrepresentanter.

Med utgangspunkt i ulike kvalitetsregistre har Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) utarbeidet det første Helseatlas for kvalitet for perioden 2017-2019. Formålet her var å kartlegge om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder. Oppsummert viser resultatene betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for bosatte i de ulike helseforetakenes opptaksområder for mange av kvalitetsindikatorerne.

#### **Uønsket variasjon i tilgang på helsetjenester**

I tillegg arbeides det også for å redusere uønsket variasjon i tilgang til helsetjenester. Ulike Helseatlas har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester og behandlingspreferanser innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon i tilgang og forbruk av helsetjenester kan få negative konsekvenser for behandlingsresultatet, pasientopplevelser og pasientsikkerheten.

#### **Mulige årsaker til uønsket variasjon**

Uønsket variasjon i kvalitet og tilgang på helsetjenester kan skyldes ulik grad av etterlevelse av retningslinjer, faglige råd og anbefalinger. Videre kan variasjonen relateres til ulik tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer. Ofte vil det være behov for supplerende analyser for å få økt forståelse for årsakene til uønsket variasjon, samt å følge opp effektene av tiltak som iverksettes for å redusere variasjonen.

En annen utfordring i helsesektoren er at pasientforløpene går på tvers av enheter og ulike faggrupper/profesjoner/yrkesgrupper. Det er utfordrende og krevende å koordinere dette og sikre etterlevelse av faglige råd og anbefalinger.

### **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring ble utarbeidet på bakgrunn av at flere tilsyn viste at det var utfordringer med styring og intern kontroll innenfor helsetjenesten. Forskriften tydeliggjør leders ansvar og pålegger virksomhetene å etablere et helhetlig styringssystem hvor aktiviteter og prosesser planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Vurdering, håndtering og oppfølging av risiko er et sentralt verktøy for å sikre god styring. Manglende styring av risiko kan føre til at det ikke iverksettes hensiktsmessige tiltak og at vesentlige forhold dermed ikke følges opp og rapporteres på en tilstrekkelig måte.

### **Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst**

I 2020 utarbeidet Helse Sør-Øst RHF et rammeverk for virksomhetsstyring med utgangspunkt i forskriftens krav til styringssystem. Rammeverket inneholder flere prinsipper for styring som gir en felles ramme og minimumskrav for virksomhetsstyringen i helseforetaksgruppen. Dette skal ligge til grunn for hvordan virksomhetsstyringen innrettes. Det vises til at gode systemer og strukturer for virksomhetsstyring er en grunnleggende forutsetning for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. I den sammenheng fremgår det av rammeverket at prosessene for vurdering og styring av risiko skal være integrert i virksomhetsstyringen.

### **Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring**

For å realisere Helse Sør-Østs visjon, mål og planer og oppfylle kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og føringer om god virksomhetsstyring, er det utarbeidet en Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Strategien har to overordnede mål:

- Redusere risiko for pasientskader
- Redusere uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenestene

Målene skal nås gjennom å styrke innsats og prioritere tiltak innen følgende satsingsområder:

1. Øke pasientens helsekompetanse
2. Utvikle mer sikkerhetsorientert ledelse
3. Øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
4. Styrke regionens innsats innen nasjonale satsinger
5. Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring



## 3. Innretning

### 3.1 Tilnærming

Målet med revisjonen er å kartlegge og vurdere hvorvidt risikostyring benyttes i arbeidet med å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen innenfor utvalgte pasientforløp. For å undersøke i dette har vi definert følgende problemstillinger:

1. Har ansvarlig enhet etablert hensiktsmessige prosesser for å vurdere og håndtere risiko, som ivaretar føringene for kvalitet i pasientbehandlingen innenfor utvalgte pasientforløp?
2. Har ansvarlig enhet en hensiktsmessig oppfølging av at pasientbehandlingen er i tråd med anerkjent praksis?

#### Pasientforløpet

Pasientforløpet kan sees på som en prosess og er forenklet illustrert i figur 1. Prosessen starter ved henvisning fra fastlege eller annet HF, deretter mottak og vurdering av henvisningen, informasjon til pasient og henviser vedrørende vurderingen og tilhørende rettigheter, og videre til at helsehjelpen startes gjennom utredning, behandling og kontroll, og til slutt at helsehjelpen avsluttes.



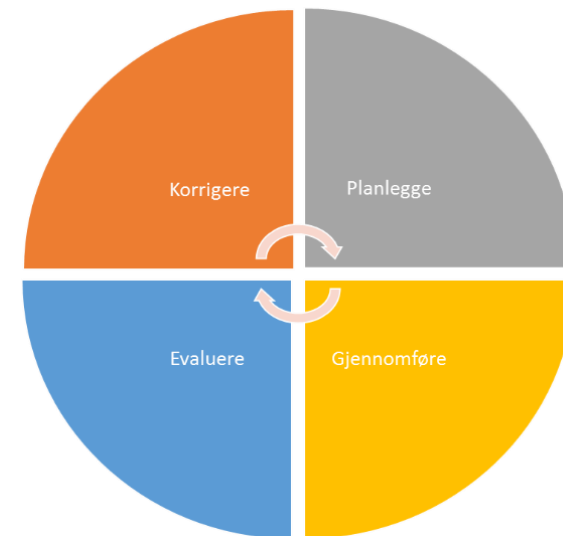
Figur 1: Stegene i pasientforløpene

#### Overordnede føringer for kvalitetsforbedring

For å svare ut problemstillingene tar vi utgangspunkt i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring og veileder for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst

RHF. I disse dokumentene fremkommer det at leder av virksomheten har det overordnede ansvaret for at det etableres et styringssystem og at det gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter for å nå de mål og krav som er gitt til helseforetaket. For å sikre at målene nås må ledelsen ha prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter. Dette illustreres gjennom forbedringssirkelen eller det som ofte i virksomhetsstyringen benevnes som styringshjulet (se figur 2).

Innunder hvert av stegene i forbedringssirkelen er det beskrevet et sett med oppgaver og aktiviteter som må gjennomføres for at arbeidet med forbedring får effekt.

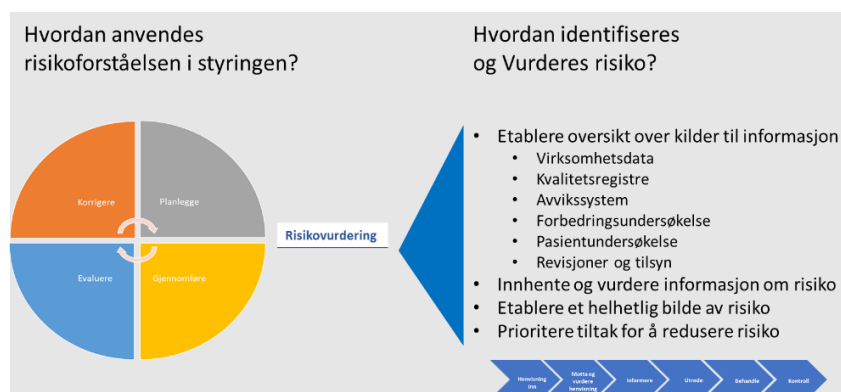


Figur 2: Forbedringssirkelen

### Planlegge og gjennomføre

Ettersom alle pasientforløp er ulike, vil det også være ulike forhold som påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen. Følgelig vil det også være ulike risikoer.

Ut ifra dette tar vi utgangspunkt i forbedringssirkelen og undersøker hvorvidt det i planarbeidet er etablert hensiktsmessige prosesser med å kartlegge generiske og særskilte risikoer knyttet til kvalitet i utvalgte pasientforløp. Figur 3 illustrerer at vurdering av risiko er en aktivitet som

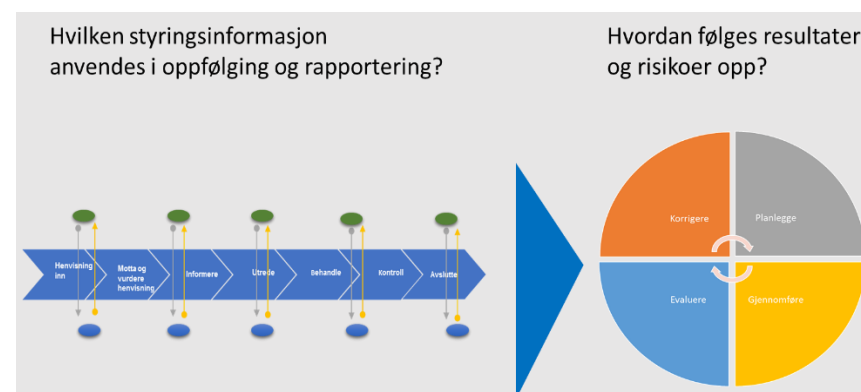


Figur 3: Illustrasjon av forbedringssirkelen og hvor arbeidet med risikovurderinger kommer inn

skal gjøres i forbindelse med planarbeidet. Figuren eksemplifiserer kilder som kan være informasjonsgrunnlaget for å identifisere og vurdere risiko i pasientbehandlingen. Dette danner igjen grunnlag for å iverksette nødvendige tiltak som skal redusere risikoene.

### Evaluere og korrigere

Etter valg av tiltak må det beskrives hvilke effekter og resultater disse forventes å gi. Det bør fremkomme hvordan dette skal måles og følges opp gjennom bruk av styringsinformasjon, jf figur 4. Styringsinformasjon i et helseforetak kan være bruk av ulike indikatorer fra for eksempel nasjonale og/eller sykdomsspesifikke registre, virksomhetsdata, egenutviklede data. Styringsinformasjon kan også være resultater fra kliniske revisjoner, bruker- og pasientopplevelser, gjennomgang av uønskede hendelser, NPE-saker mm.

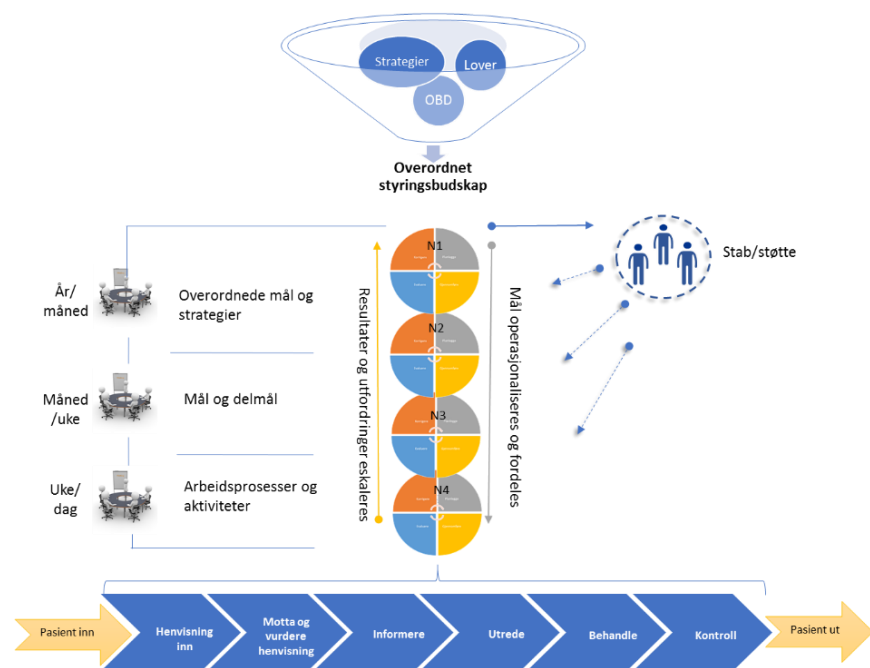


Figur 4: Forbedringssirkelen viser at gjennomførte tiltak må følges opp gjennom evaluering og korrigering. Dette kan gjøres gjennom å bruke ulik styringsinformasjon fra prosesser (aktiviteter, prosedyrer og behandlingstiltak) i et pasientforløp eller resultatet (utfall for pasienten eller tilfredshet) av behandlingen.

### Styring og oppfølging

Helseforetak er store og komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer og kjerne- og støtteprosesser. Øverste leder har et ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig etterspørre og følge opp resultater og risikoer knyttet til mål og krav.

Figur 5 illustrerer hvordan mål og krav operasjonaliseres og fordeles nedover i et helseforetak, samt hvordan resultater og utfordringer (risiko) rapporteres oppover i virksomheten.



Figur 5: Ledelse og kvalitetsforbedring forenklet visualisert i en styringsmodell i et helseforetak

Videre illustrerer de fire forbedringsssirkelene i figuren at hvert nivå i lederlinjen må ha egne prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter for å nå tildelte mål og krav. Risikostyringen skal være en integrert del i disse prosessene.

### Tilpasse prosessene til det enkelte ledelsesnivå

Figur 5 illustrerer videre at overordnet nivå i helseforetaket skal arbeide langsiktig med overordnede mål og strategier. Videre har mellomlederne mål og delmål de skal nå, mens førstelinjelederen er mer driftsorientert og arbeider mer med arbeidsprosesser og aktiviteter, for eksempel opp mot et pasientforløp. På det mer operative nivået vil også helsepersonell ha en rolle i forbedringsarbeidet gjennom å identifisere svikt eller forbedringsområder innenfor ulike aktiviteter i prosessen. Figuren viser videre at stab har en støtte- og tilretteleggerrolle i forbedringsarbeidet gjennom utarbeidelse av verktøy, maler, eksempler og opplæring.

### Strukturelle forutsetninger

For å kunne drive målrettet kvalitetsforbedrende arbeid gjennom gode plan- og oppfølgingsprosesser, er det samtidig flere strukturelle forutsetninger som må være på plass i et helseforetak. I den sammenheng vil en tydelig ansvar- og oppgavefordeling være av betydning. I tillegg vil ledernes kompetanse være viktig. Ut ifra dette vil revisjonen ha et systemperspektiv hvor vi både vil kartlegge og vurdere strukturer og prosesser i helseforetaket.

### 3.3 Valg av fagområde og pasientforløp

Revisjonen ser nærmere på pasientforløpene for tykk- og endetarmskreft. Tykk- og endetarmskreft er den nest hyppigste kreftformen i Norge når man ser på begge kjønn samlet. I 2018 ble det registrert mer enn 4 400 nye tilfeller i Norge. Risikoen for tykktarmskreft er tilnærmet lik hos kvinner og menn, mens risikoen for endetarmskreft er 70 % høyere hos menn.

Behandling av tarmkreft er i hovedsak kirurgi, og i mange tilfeller benyttes kikkeshullsteknikk. Cellegift kan bli brukt som tilleggsbehandling ved tykktarmskreft hvis sykdommen har spredt seg. Kreft i endetarmen kan ha nytte av strålebehandling kombinert med cellegift før operasjon.

Fra 1. januar 2015 ble Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft innført i helsetjenesten. Formålet med Pakkeforløp for kreft er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Forløpstidene i pakkeforløpet beskriver den maksimale tidsbruken og de ulike fasene i forløpet. Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp tilrettelegges for hver enkelt pasient.

Det er etablert et Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. Det nasjonale handlingsprogrammet for kreftbehandling skal bidra til at det offentlige tilbudet i kreftomsorgen har god kvalitet og at det er et likeverdig tilbud over hele landet.

Får å vurdere om anbefalingene i handlingsprogrammet er fulgt opp er det utarbeidet et sett med kvalitetsindikatorer som er samlet i Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft. Disse kvalitetsindikatorerne skal gi et helhetlig bilde på hvordan kvaliteten er.

Det er utarbeidet et Norsk register for gastrokirurgi – NoRGast. Registeret har definert et sett med kvalitetsindikatorer som skal gi et helhetlig bilde på kvaliteten i pasientbehandlingen innen gastrokirurgi.

### **3.4 Organisering av gastrokirurgi i OUS**

All gastrokirurgisk virksomhet i OUS er samlet i avdeling for gastro- og barnekirurgi som ligger innunder klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon. Avdelingen har ca. 350 årsverk. Avdelingen har lokale, regionale og nasjonale ansvarsoppgaver for gastro- og barnekirurgiske pasienter. Det er en funksjonsfordelt virksomhet med drift på fire lokalisasjoner, Ullevål, Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet (se organisasjonskart figur 6).

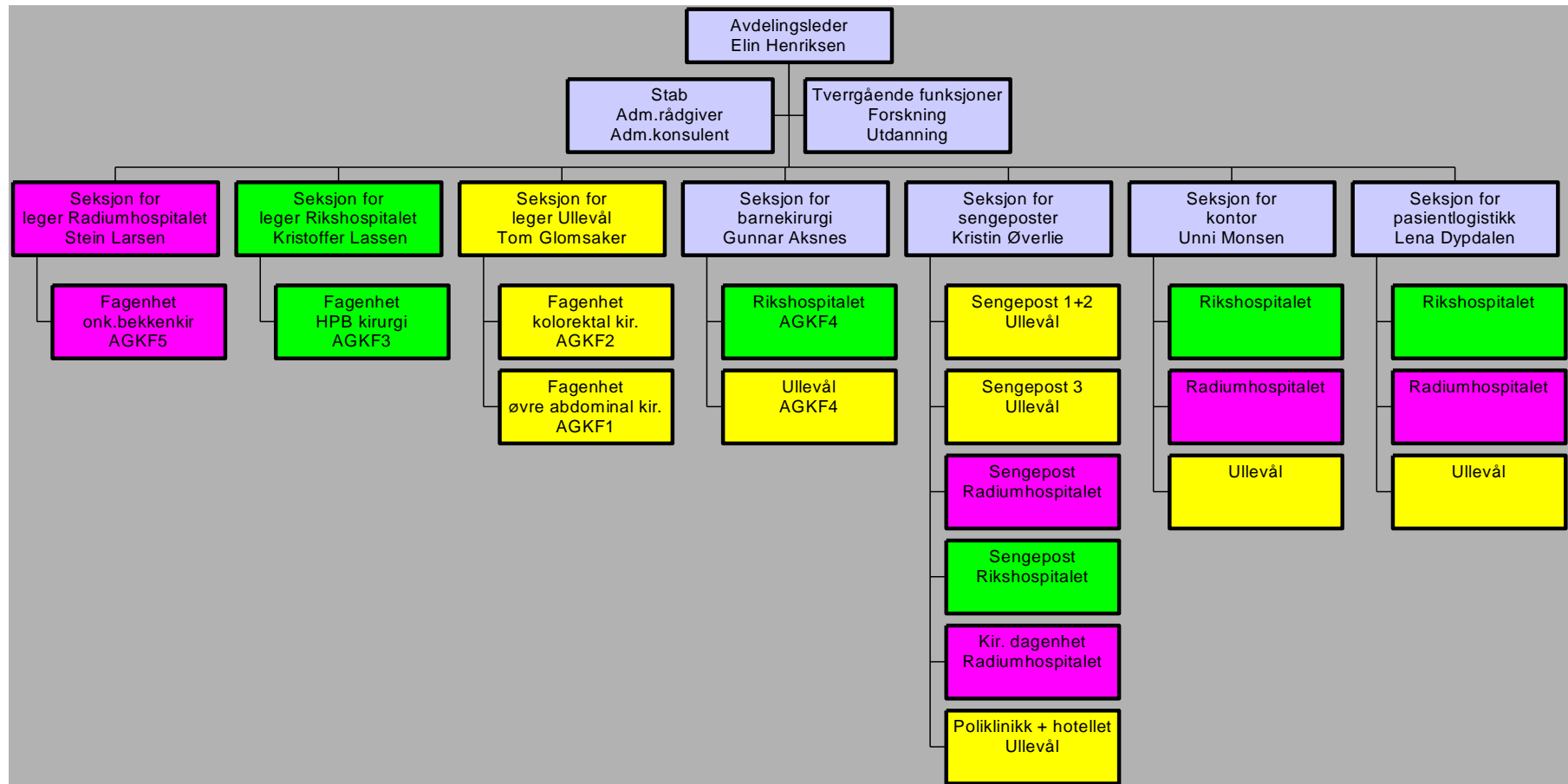
Avdelingen behandler både elektive- og akutte pasienter. Avdelingen har forløpsansvar for fem pakkeforløp for kreft og ni MDT møter. Avdelingen har også ansvar for flere andre diagnoser som ikke er en del av pakkeforløpene. OUS mottar en stor andel øyeblikkelig hjelp-pasienter, noe som innebærer at det er en stor vaktstyrke i avdelingen da avdelingen også har ansvaret for bemanningen på akutt/traume. I tillegg har avdelingen ansvar for utdanning av bla LIS 1,2,3 (leger i spesialisering) og sykepleiere. Avdelingen har også et ansvar for å gjennomføre forskning på sine områder.

For tykk- og endetarmskreft er den lokale og regionale funksjonen organisert ved Ullevål sykehus. De gule boksene i organisasjons-kartet viser hvilke enheter ved Ullevål sykehus som er involvert i arbeidet med tykk- og endetarmskreft.

### **3.5 Avgrensinger i revisjonen**

I revisjonen er det ikke vurdert om kvaliteten på pasientbehandlingen er i tråd med de nasjonale føringene, for eksempel ved å gjennomføre en journalgjennomgang. Vi har videre ikke vurdert om dagens rutiner og prosedyrer knyttet til pasientbehandlingen er hensiktsmessige og tilstrekkelige. Vi har heller ikke sett på hvordan enhetene arbeider med sentrale støtteprosesser som kompetanse- og ressursstyring.

Når det gjelder styringsinformasjon fra eksempelvis aktuelle kvalitetsregistre (kreftregisteret, NorGast, GastroNet), Helseatlas, uttrekk fra melde- og avvikssystemet og Norsk pasientskadeerstatning (NPE), Bruk av Trygg kirurgi mm, har vi ikke beskrevet status på disse i revisjonen. Vi har i større grad brukt dette som et diskusjonsgrunnlag i intervjuene. På den måten har vi ønsket å belyse hvordan de ansvarlige for de ulike pasientforløpene jobber med å sikre beste praksis i pasientbehandlingen.

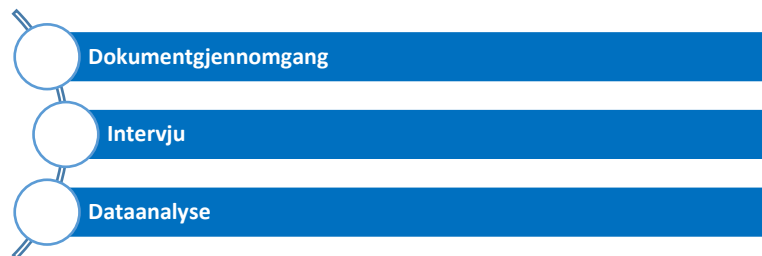


Figur 6: Organisasjonskart Avdeling for gastro- og barnekirurgi OUS

## 4. Metode og revisjonsgrunnlag

### 4.1 Metode

Figur 7 viser hvilke metoder som er benyttet for å belyse problemstillingene i revisjonen:



Figur 7: Metoder som er brukt i revisjonen

Dokumentgjennomgangen har blant annet innbefattet lederavtaler og funksjonsbeskrivelser, virksomhet/ handlingsplaner, referater fra ulike møter, faste rapporter, samt prosedyrer/rutiner, retningslinjer og sjekklister.

Det er gjennomført intervjuer med personer på ulike nivå i foretaket. Dette inkluderer klinikkdirektør, avdelingsleder, seksjonsledere, fagansvarlig/forløpsleder, forløpskoordinator og enhetsleder. Se vedlegg 1.

Det er videre benyttet informasjon fra aktuelle kvalitetsregistre, NPR-data, Helseatlas, rapporter fra melde- og avvikssystemet, NPE, og egne supplerende analyser som bakgrunnsinformasjon og diskusjonsgrunnlag i samtaler.

### 4.2 Revisjonsgrunnlag

Grunnlagsdokumenter for revisjonen er utledet fra følgende kilder:

- Oppdrag og bestillingsdokumentet til OUS 2020 og 2021
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Meld. St. 11 (2020-2021) – kvalitet og pasientsikkerhet
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykk- og endetarm
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)
- Regional handlingsplan pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2021-2024.
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020
- Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2035
- Rammeverk for virksomhetsstyring Helse Sør-Øst 2020
- Rundskriv I-2/2013 Lederansvar i sykehus
- Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft
- Metodebok for gastrokirurgi (OUS)

## 5. Observasjoner

Vi vil i dette kapittelet starte med beskrive hvilke føringer som er etablert på overordnet nivå i OUS for å ivareta forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, samt rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst.

Deretter beskrives hvilke strukturer og prosesser Avdeling for gastro- og barnekirurgi (AGK) har etablert for å drive med kvalitetsforbedring. Innunder dette ser vi på hvordan risikovurderinger brukes som grunnlag for å iverksette hensiktsmessige tiltak innenfor tykk- og endetarmskreft.

### 5.1 OUS føringer for ledelse og kvalitetsforbedring

I OUS sitt kvalitetssystem fremgår det av ulike dokumenter på nivå 1 flere krav til styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. Et sentralt dokument er retningslinjen *Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet*. Her beskrives en helhet av strukturer og elementer for styring av sykehusets prosesser og aktiviteter. Retningslinjen skal tydeliggjøre de krav som er satt til ledelse og systematisk styring. Her beskrives også verktøy som er tilrettelagt i ledelsessystemet.

Retningslinjen definerer følgende ansvar knyttet til ulike roller:

- **Administrerende direktør** har ansvar for systematisk styring av sykehusets aktiviteter i tråd med eksterne og interne krav og at medarbeiderne medvirker til dette.
- **Direktør for Stab kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling** er delegert systemansvar for ledelsessystemet og skal sørge for at lederne får kjennskap og tilgang til nødvendige metoder og verktøy.
- **Stabsdirektørene** har ansvar for å tilrettelegge for tilstrekkelig systematisk styring og utvikling av sykehusomfattende aktiviteter.

- **Klinikklederne** har ansvar for å styre tjenestetilbudet og sørge for at linjelederne følges opp og settes i stand til å bruke fastsatte metoder og styringsverktøy.
- **Avdelingsledere og andre linjeledere** har ansvar for systematisk styring og forbedring av tjenester og aktiviteter ved bruk av fastsatte metoder og styringsverktøy.
- **Alle medarbeidere** har ansvar for å medvirke til gjennomføring og forbedring av forsvarlige og gode tjenester og å følge sykehusets systemer og krav.

I retningslinjen fremgår det en modell for kontinuerlig forbedring i OUS (se figur 8). Denne viser hvordan helseforetaket innenfor kjerne-, støtte- og ledelsesprosesser skal planlegge, utføre, kontrollere og korrigere driften



Figur 8: Modell for kontinuerlig forbedring ved OUS

for å sikre at målene nås. I tilknytning til retningslinjen er det utarbeidet flere dokumenter og verktøy som hver for seg inneholder beskrivelser av hvordan disse kan brukes. Systemet skal sikre at sykehuset gir den enkelte pasient nødvendige helsetjenester, utfører pålagte oppgaver og når de mål som er satt.

I tilknytning til styring og ledelse fremgår det at det er etablert et obligatorisk lederprogram for alle nyansatte ledere i OUS. Det fremgår også at lederprogrammet er under videreutvikling med innføring av en egen samling for ledere på nivå 4-6, samt at det skal gjennomføres en ledersamling om pasientsikkerhet på nivå 3.

## **5.2 Risikostyring og kvalitet i Avdeling for gastro- og barnekirurgi**

Som det fremgår av kapittel 3 skal vurdering og oppfølging av risiko være en integrert del av plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetakene. Revisjonen har i den sammenheng kartlagt og vurdert om Avdeling for gastro- og barnekirurgi (AGK) har etablert hensiktsmessige strukturer som legger til rette for gode risikostyringsprosesser, samt hvordan disse fungerer i praksis. Vi har valgt å se på følgende strukturer og prosesser i avdelingen:

### **Strukturelle forhold**

- Ansvar- og oppgavefordelingen, herunder hvordan dette er organisert og hvilke roller som er etablert
- Kompetanse og opplæring knyttet til styring og oppfølging
- Prosedyrer og dokumenter i avdelingen

### **Prosser**

- Fordeling og kommunisering av mål på ulike nivåer
- Planlegge - vurdering av risiko og utarbeidelse av plandokumenter
- Oppfølging av tiltak – evaluering og korrigerende

- Rapportering i lederlinjen

### **5.2.1 Ansvar og oppgavefordeling i AGK**

*En forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur. I tillegg er det nødvendig med en tydelig beskrivelse av ansvar, myndighet og oppgavefordeling.*

Forløpene for tykk- og endetarmskreft er organisert geografisk til Ullevål sykehus. Det er avdelingsleder (N3) som har det overordnede ansvaret for forløpene som helhet (prosesseier). Det operative ansvaret er videre fordelt mellom fire seksjonsledere i AGK; leger, sengeposter, kontor og logistikk. Se organisasjonskart figur 6 side 12).

I seksjon *leger* er det etablert en underliggende fagenhet for nedre gastro (tykk- og endetarm). I denne enheten har en person rollen som fagansvarlig og forløpsleder for pakkeforløpene innenfor tykk- og endetarmskreft. Innunder seksjonsleder sengeposter er det på Ullevål sykehus en egen enhetsleder som har ansvar for pre poliklinikk og hotellet. Når det gjelder seksjon logistikk er det etablert funksjoner som har fått et driftsansvar på hver geografisk enhet. Forløpskoordinator for tykk- og endetarmskreft er også plassert i denne seksjonen.

Revisjonen viser at det i ulik grad dokumenteres og kommuniseres hvilket ansvar og hvilke oppgaver den enkelte leder i avdelingen har. Det er ikke utarbeidet lederavtaler for alle lederne i avdelingen. I de lederavtalene som er utarbeidet fremkommer det ikke tydelig hvilke forventninger og oppgaver som tilligger roller, herunder krav og forventninger til planlegging og rapportering.

Det er utarbeidet et forslag til funksjonsbeskrivelse for enhetsansvarlig for tykk- og endetarmskirurgi. Forløps-koordinator har en egen



funksjonsbeskrivelse. Det er også utarbeidet funksjonsbeskrivelser for stedlig leder i seksjon for pasientlogistikk.

### **5.2.2 Kompetanse og opplæring**

*Kompetanse skal gjenspeile den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver. Ut i fra dette må helseforetaket sikre at lederne har tilstrekkelig kompetanse knyttet til å planlegge og følge opp sitt ansvarsområde.*

Gjennom samtaler med lederne i avdelingen vises det til at de ikke har hatt noen systematisk lederopplæring knyttet til overordnede føringer for styring, herunder hvilke verktøy som skal benyttes. Flere av lederne viser til at dette er ønskelig.

### **5.2.3 Prosedyrer og dokumenter**

*Som grunnlag for å drive med kvalitetsforbedring er det nødvendig å ha oversikt over hvilke mål og krav som er gitt til i helseforetaket. I den sammenheng er det nødvendig å ha et hensiktsmessig system hvor dette fremgår.*

Alle interne prosedyrer og andre styrende dokumenter ved OUS er samlet i et elektronisk håndbokssystem, e-Håndbok. Her ligger både overordnede føringer for hele helseforetaket og spesifikke føringer for den enkelte enhet. For avdelingen fremkommer det både rutiner, prosedyrer og retningslinjer knyttet til sengepostene, pasientlogistikk og for legene. En stor del av prosedyrene og rutinene for behandling av tykk- og endetarmskirurgi er beskrevet i gastrokirurgisk metodebok utarbeidet av OUS. Metodeboken tar utgangspunkt i de nasjonale føringene og oppdateres jevnlig. Metodeboken benyttes også av andre helseforetak.

I arbeidet med å standardisere pasientforløpene ble det i 2019 utarbeidet detaljerte forløpsbeskrivelser av tykk- og endetarmskreft for pasienter

som tilhører OUS lokalsykehus-område. Arbeidet involverte flere seksjoner og det vises til at dette har vært et viktig løft i arbeidet med kvalitet.

Avdelingen har også utarbeidet en detaljert driftsplan som beskriver hvem som har ansvar for hvilke oppgaver og hva som kreves for å gjennomføre oppgavene på et operativt nivå.

Det vises videre til at det er etablert flere tiltak i avdelingen for å korrigere og avdekke feil og mangler i etterlevelsen av de faglige føringene. Det vises til at avdelingen har arbeidet mye med å implementere ulike tiltak fra pasientsikkerhets-programmet - I trygge hender 24/7. Det er eksempelvis innført komplikasjonsmøter og bruk av Trygg kirurgi. Andre sentrale tiltak er operasjonsplanleggingsmøter, morgenmøter, Multidisiplinært teammøte (MDT-møte) med påfølgende poliklinikk, MDT-CTC møter hvor det gjøres en teknisk gjennomgang av operasjonene. Flere av møtene journalføres og skal bidra til konsensus i behandlingen. Videre skal avdelingen følge opp resultatene fra ulike kvalitetsregistre.

### **5.2.4 Fordele og kommunisere mål**

*Det er en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå for å sikre god styring. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres og fordeles på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene.*

Ut ifra mottatt dokumentasjon er det noe uklart hvordan mål fordeles og kommuniseres til avdelingen og fra avdelingen til underliggende nivåer. Det er for eksempel ikke utarbeidet driftsavtaler hvor mål for den enkelte leder fremkommer. For avdelingsleder fremgår det imidlertid enkelte oppgaver/mål i lederavtalen.

Det vises til at det gis en del muntlige bestillinger til avdelingen i klinikkleder møtet som avdelingsleder kommuniserer videre til seksjonene i hovedsak gjennom eposter.

### **5.2.5 Vurdering av risiko og utarbeidelse av plandokumenter**

*Som en del av planleggingen skal det gjennomføres risikovurderinger av fastsatte mål. På bakgrunn av eventuell manglete måloppnåelse og risikoer for fremtidig måloppnåelse, må det prioriteres hvilke tiltak som skal iverksettes. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak.*

Det ble utarbeidet en felles handlingsplan for avdelingen for 2020. Det oppgis at denne var for omfattende og overordnet til å brukes som et aktivt arbeidsdokument knyttet til planlegging og oppfølging. Flere ledere viser til at det brukes e-post til å informere, herunder opplyses det om hva som skal prioriteres. Enkelte av lederne viser til at mye av tiden går til drift og «dag til dag» oppgaver og at dette går ut over muligheten for å arbeide mer strategisk. Det vises i den sammenheng til at mye av tiden som leder handler om å «vri på ting» for å håndtere daglige/ukentlige kapasitetsutfordringer.

Avdelingsleder viser at det for 2021 er startet et arbeid med å videreutvikle årets handlingsplan slik at den blir et mer aktivt dokument som kan brukes i daglig styring og oppfølging i avdelingen. Seksjonene er bedt om å gi innspill til planen hvor de kommer med to-tre områder de ønsker å ha ekstra oppmerksomhet på i 2021. Det er ikke utarbeidet egne handlingsplaner for seksjonene, men dette er et planlagt utviklingsprosjekt for 2022.

Av utkast til handlingsplan for 2021 fremgår det en rekke tiltak. Revisjonen har ikke mottatt dokumentasjon fra avdelingen som viser hva som er grunnlaget for prioritering av tiltak eller oppgaver for årets handlingsplan. Det er for eksempel ikke dokumentasjon som viser hvilke kilder/styringsinformasjon som er brukt som grunnlag for valg av tiltak, herunder hvilke risikovurderinger som er gjennomført.

### **5.2.6 Oppfølging og rapportering**

*For å sikre at tiltakene fungerer som forutsatt må det være etablert prosesser for oppfølging. Oppfølgingen skal gi informasjon om målene nås, og om gjennomførte tiltak etterleves og gir ønsket effekt.*

Avdelingsleder har møter med seksjonslederne hver 14. dag. Det opplyses om at det tidligere har vært manglende systematikk knyttet til å bruke avdelingens handlingsplan hvor status på helheten følges opp og eventuelt korrigeres. Enkelte av lederne viser i den sammenheng til at eksempler på manglende bruk av faglige retningslinjer dermed ikke alltid blir tilstrekkelig belyst. Flere av lederne opplyser at en mer helhetlig struktur på plan- og oppfølgingsarbeidet er ønskelig.

Avdelingsleder viser til at avdelingens handlingsplan for 2021 skal tas opp på ledermøtene en gang per måned for at alle skal ha et eierskap til denne.

Det vises til at oppfølging i avdelingen og underliggende enheter tar utgangspunkt i en ukentlig aktivitetsrapport og månedlige rapporter på målekortet. Målekortet inneholder i hovedsak statistikk over nasjonale indikatorer. Eksempler på indikatorer er vurderingstid på henvisninger, fristbrudd, ventetider, korridorpasienter, epikrisetid mm. I tillegg følges forløpstider i pakkeforløpene opp. Mottatt dokumentasjon viser at særskilte forhold knyttet til tallene forklares. Det fremgår av mottatt dokumentasjon at samlet forløpstid (OF4) for tykk og endetarmskreft var innenfor målkravet på 70 % for 2020.

Det vises videre til at tallene fra målekortet og andre rapporteringstall for avdelingen skal brytes ned på seksjonsnivå ettersom de ulike seksjonene har ulike utfordringer. Den enkeltes seksjons utfordringer skal deretter gjennomgås månedlig på avdelingsmøtet.

Seksjonene viser til at de følger opp sine daglige oppgaver knyttet til det operative arbeidet gjennom «daglig risikostyring». For eksempel har avdelingen opprettet egne faste møte der komplikasjoner fra pasientbehandling diskuteres. I disse møtene deltar alle som har vært i befatning med pasienten.

I arbeidet med å følge opp avvik og forbedringsområder er verktøy som «Det grønne korset» og tavlemøter innført i flere seksjoner. Det vises videre til at alle avvik skal meldes inn i systemet Achilles. Lederne opplyser at de går gjennom meldingene de mottar i Achilles og kvitterer ut disse. Det er opptil den enkelte leder å vurdere om det er noe som bør tas videre og hvordan det eventuelt skal gjøres. Det vises til at det ikke er en systematisk rapportering og oppfølging av disse sakene i lederlinjen.

Sengeposten viser til at de aktivt bruker pasientundersøkelser for fange opp behov for å forbedre pasientbehandlingen. De har utviklet en rutine hvor de går gjennom klagesaker der både sykepleiere og leger deltar. Dette vurderer de som nyttig.

Vi har ikke mottatt dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger knyttet til resultatene for tykk og endetarmskirurgi i OUS. Vi har imidlertid mottatt noe dokumentasjon fra seksjon for leger Ullevål som viser oppfølgingsaktiviteter knyttet til tallene fra kvalitetsregistre NoRGast (tykk- og endetarmskirurgi) og kreftregisteret. Det vises til at resultatene fra registrene diskuteres på ledermøtene og at dette har resultert i flere tiltak for å bedre kvaliteten. For eksempel kom de dårlig ut knyttet til indikatoren 30-dagers overlevelse fra kreftregisteret. I den sammenheng startet de et analysearbeid som viste at noe av årsaken var feil registrering. Det vises til at dette arbeidet skal fortsette for å se om det er legitime årsaker til at de kommer dårligere ut enn sammenlignbare enheter.

Ved siden av rapportering i styringslinjen har forløpsleder for tykk- og endetarmskreft dialogmøter med Kreftstyret i OUS. Her presenteres status og utfordringer knyttet til forløpene, for eksempel knyttet til arbeidet med standardisering av forløpene, regionale forløpsmøter, MDT-møter, resultater fra kvalitetsregistre, forløpstider knyttet til pakkeforløpene, forløpsleders oppgave mv. Rapportering opp mot kreftstyret har ikke vært en del av denne revisjonen.

## 6. Vurderinger

I dette kapittelet er følgende problemstillinger vurdert:

1. Har ansvarlig enhet etablert hensiktsmessige prosesser for å vurdere og håndtere risiko, som ivaretar føringene for kvalitet i pasientbehandlingen innenfor utvalgte pasientforløp?
2. Har ansvarlig enhet en hensiktsmessig oppfølging av at pasientbehandlingen er i tråd med anerkjent praksis?

### 6.1 *Avdelingen har et godt grunnlag for å identifisere og vurdere risiko i pasientforløpene*

Avdelingen har etablert standardiserte pasientforløp og gjennom dette opparbeidet en god prosessforståelse. Avdelingen har videre etablert et system med faglige prosedyrer og rutiner for tykk- og endetarmskreft som jevnlig oppdateres. I tillegg er det etablert flere tiltak som skal korrigere og avdekke manglende etterlevelse av de faglige føringene. Avdelingen har videre tilgang til en rekke kilder til informasjon om kvalitet som kan anvendes i analyse av risikobildet. Dette omfatter blant annet ulike kvalitetsregistre og pasientundersøkelser.

Ut i fra dette vurderer vi at det er etablert et godt grunnlag i avdelingen for å kunne vurdere risikoer for å ikke nå mål og krav innenfor tykk- og endetarmskreft.

### 6.2 *Manglende systematikk i planarbeidet vanskeliggjør god risikostyring*

Ut ifra mottatt dokumentasjon fra planarbeidet for 2020, er det imidlertid uklart for konsernrevisjonen på hvilket grunnlag tiltak iverksettes i avdelingen. Det fremgår i liten grad hvilken informasjon som er innhentet i

planarbeidet for å kartlegge og vurdere risiko for det enkelte forløp. Dette kan redusere muligheten for å fange opp sentrale risikoer. Etter vår vurdering innebærer dette en risiko for at kvalitetsarbeidet ikke kommer i forkant av eventuelle uønskede hendelser eller negativ utvikling.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at avdelingen har igangsatt et arbeid med å utvikle avdelingens handlingsplan ettersom denne er et viktig redskap for et målrettet og systematisk forbedringsarbeid. Vi vurderer samtidig at det er flere forhold som bør styrkes og forbedres i avdelingen.

#### **Lite systematisk bruk av kilder som grunnlag for risikovurderinger**

Konsernrevisjonen vurderer at det må gjennomføres en mer systematisk bruk av informasjon fra ulike kilder som grunnlag for å vurdere risiko knyttet til det enkelte forløp. Dette kan være informasjon fra interne kilder som eksempelvis trygg kirurgi, komplikasjonsmøter, driftsmøter, avvikssaker, pasientundersøkelser, eventuelt fra eksterne kilder som NPE saker, revisjon/tilsyn og kvalitetsregistre. I tillegg til å innhente status på kvalitet i pasient-behandlingen må dette også ses opp mot eventuelle nye mål og krav, nytt regelverk, nye retningslinjer, ny teknologi, ny organisering mv. Innhenting og strukturering av denne type informasjon vil etter konsernrevisjons vurdering gi bedre forutsetninger for å kunne utarbeide et helhetlig risikobilde for det enkelte forløp. Dette vil igjen danne et godt grunnlag for prioritering av hvilke tiltak som må iverksettes for å nå mål og krav.

#### **Mangelfull operasjonalisering og fordeling av mål**

Det er ikke utviklet et tydelig målhierarki fra klinikk til avdeling som grunnlag for avdelingens styring. Konsernrevisjonen vurderer at det er svakheter i arbeidet med å operasjonalisere og fordele mål til det enkelte nivå i avdelingen. Vi vurderer at mål for det enkelte nivå må tydelig fremkomme enten i lederavtalene eller i det som omtales som driftsavtaler. Dette behovet forsterkes ved at avdelingen er stor,

kompleksiteten i oppgaveløsningen er høy og at ansvaret for pasientforløpene ligger hos ulike seksjoner, faggrupper og team.

#### **Svakheter ved bruk av handlingsplaner**

Revisjonen viste at det er startet et arbeid med utvikle avdelingens handlingsplan. På bakgrunn av at avdelingen er stor og kompleks med flere ledelsesnivåer, vurderer vi at det også bør utarbeides egne detaljerte plandokumenter (handlingsplaner) på seksjonsnivå. Til sammen vil de ulike handlingsplanene, inkludert målekort og aktivitetsrapport, kunne gi et mer helhetlig bilde knyttet til hvordan man skal arbeide for å nå mål og krav i avdelingen.

Tiltakene som fremgår av planene må videre være ansvarsplassert, ha tidsfrister for gjennomføring, hvilke effekter som forventes oppnådd, samt hvordan effekten av tiltakene skal måles, følges opp og rapporteres. Tiltak på avdelingsnivå vil for eksempel være et prosjekt eller andre mer strategiske oppgaver, mens hos seksjonsleder, eventuelt nivå 5, vil det ofte være tiltak på et mer operativt nivå. For eksempel vil det i en egen handlingsplan for seksjon leger kunne fremgå hva slags tiltak fagansvarlig og forløpsleder har ansvar for å gjennomføre og følge opp.

#### **Uklare ansvars- og oppgaveforhold – manglende verktøy og opplæring**

Vi vurderer at det ikke fremgår tydelig for lederne i avdelingen hvilket ansvar og oppgaver de har knyttet til plan- og oppfølgingsprosessene, herunder hvordan risikostyring skal være integrert i disse prosessene. Vi vurderer at hovedoppgaver og prosesser som tilligger lederjobben bør fremkomme i en lederavtale.

Vi vurderer samtidig at det er behov for økt kompetanse hos lederne knyttet til prosessene for planlegging og oppfølging. I den sammenheng vurderer vi at lederne vil ha nytte av opplæring i hvordan de skal jobbe systematisk med mål- og resultatstyring, samt hvordan det enkelte nivå skal drive med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av

tilpassede mål og krav. I den sammenheng må det tydelig fremkomme hvilken støtte staben har ansvar for i dette arbeidet, herunder hvilke verktøy og maler som skal brukes gjennomgående for hele helseforetaket.

Konsernrevisjonen er av den oppfatning at avdelingen har fått opplæring og utviklet kompetanse knyttet til hvordan en skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere enkelttiltak på et operativt nivå. Konsernrevisjonen vurderer at dette henger sammen med satsningen som er initiert gjennom pasientsikkerhetsprogrammet.

#### **6.3 Lite målrettet oppfølging og rapportering**

Konsernrevisjonen vurderer at det arbeides med ulike tiltak for å følge opp resultater og risikoer i avdelingen, for eksempel gjennom ukes- og månedsrapporter, samt risikoer på et operativt nivå. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at oppfølgingen og rapporteringen av effekter av de ulike tiltakene i mindre grad er satt i system.

Etter vår vurdering kan dette relateres til avdelingens manglende bruk av handlingsplaner innenfor de ulike nivåene i avdelingen, og at det ved innføring av tiltak ikke gis tydelige forventninger til hvordan dette skal følges opp. Vi er samtidig av den oppfatning at noe av den manglende strukturen kompenseres ved at lederen i avdelingen kommuniserer mål og retning, samt følger dette opp gjennom høy tilstedeværelse.

Vi vurderer at økt bruk av handlingsplaner vil kunne gi en bedre og mer systematisk oppfølging av iverksatte tiltak innenfor det enkelte nivå. Det vil si at status på tiltak gjennomgås regelmessig med de ansvarlige, evalueres og oppdateres med eventuelle nye tiltak ved manglende måloppnåelse.

Handlingsplanene vil videre kunne brukes i rapporteringen i styringslinjen for å følge opp resultater og risiko. Dette gjelder informasjon både knyttet til indikatorene som fremkommer i målekortet og aktivitetsrapporten,

samt annen særskilt informasjon knyttet til tiltak som direkte eller indirekte påvirker kvaliteten innenfor det enkelte pasientforløp. I den sammenheng vil oppfølgingsprosessene i styringslinjen kunne konsentrere seg om det som er mest kritisk. Dette vil igjen stimulere lederne til i større grad å følge opp planene og rapportere dette i styringslinjen, og eventuelt

til styret, når de mener det er nødvendig. På den måten vil man ha klart definerte læringsløyper på alle nivåer.

## Vedlegg 1 – gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
23. mars 2021	Tom-Andreas Wiik, fagansvarlig og forløpsleder
23. mars 2021	Tom Glomsaker, seksjonsleder for legene, kolorektal kirurgi
24. mars 2021	Elin Henriksen, avdelingsleder for gastro- og barnekirurgi
29. mars 2021	Lena Dypdal, seksjonsleder for pasientlogistikk
9. april 2021	Hanne Drevsjø, forløpskoordinator
9. april 2021	Kristin Øverlie, seksjonsleder sengepost
16. april 2021	Nina Sofie Høgsveen, enhetsleder sengepost

I tillegg til disse formelle samtalene/intervjuene har vi hatt oppstartsmøter med:

**3. mars** Bjørn Atle Bjørnbeth, Morten Tandberg Eriksen, Elin Henriksen, Torill Krøvel, Sølvi Andersen og Tom Glomsaker

**9. mars** Elin Henriksen og Morten Tandberg Eriksen

### ***Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst***

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

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

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

### ***Vår visjon***

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

### ***Om revisjonsprosjektet***

Revisjonsperiode: Mars-juni 2021

Virksomhet: Oslo universitetssykehus HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Hans Petter Eide (oppdragsleder)
- Hanne Eide (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Oslo universitetssykehus HF
- Administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

### ***Konsernrevisjonens rapporter***

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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