


Rapport 03/2015

Revisjon av Sunnaas sykehus HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
27.3.2015

Rapport nr.	3/2015
Revisjonsperiode	Januar 2015 til mars 2015
Virksomhet	Sunnaas sykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Sunnaas sykehus HF v/ styreleder Administrerende direktør Sunnaas sykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Liv Lüdemann, Sturla Rising, Marte Vestengen, Anders Tømmerås, Lene Bjøntegaard, Sissel Korshavn, Anders L. Nordlund (oppdragsleder) og Tove M. Kolbeinsen (oppdragsleder).

INNHALDSFORTEGNELSE

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 området med problemstillinger</i>	6
2.1.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av området 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 området med problemstillinger</i>	9
2.2.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av området utskriving</i>	9
2.2.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	9
2.3 KOMPETANSESTYRING	12
2.3.1 <i>Beskrivelse av området med problemstillinger</i>	12
2.3.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av området kompetansestyring</i>	12
2.3.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	13
3. OPPSUMMERING AV INTERN STYRING OG KONTROLL.....	15
3.1 SAMMENSTILLING AV REVIDERTE OMRÅDER.....	15
3.2 OVERORDNET VURDERING.....	17
VEDLEGG 1 - INFORMASJONSGRUNNLAG, GJENNOMFØRTE SAMTALER, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	18
VEDLEGG 2 – KRITERIER BENYTTET I REVISJONEN	20

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

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

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 SunHF 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 SunHF 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 SunHF. 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 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
- Klinikker:
 - Seksjon for ryggmargsskade, multitraume og nevrologi (RMN) og team 1
 - Seksjon for vurdering og oppfølging (VO) og team 3

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 omfattet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten på følgende nivå og enheter:

- Sentral stab
- Klinikker:
 - Seksjon for hjerneskader (HS) og team 7

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 omfattet kompetansestyringen på følgende nivå og enheter:

- Sentral stab
- Klinikker:
 - Seksjon for ryggmargsskade, multitraume og nevrologi (RMN) og team 1 og team 2.

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 virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst¹

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 og nestleder i Brukerutvalget ved SunHF.

1.4 Veiledning til leseren

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

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 virksomhetsstyring gjennom prosesser for intern styring og kontroll. Dette kravet er videreført i styresak 092-2010 gjennom rammeverk for 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.

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 det er avdekket svakheter (gjort funn) på 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 12) 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 problemstillinger og kriterier som er benyttet i revisjonen.

1.5 Behandling av rapporten

Utkast rapport oversendes administrerende direktør i SunHF for endelig verifisering. Arbeidet med å planlegge og å iverksette forbedringstiltak som dekker anbefalingene, forventes startet opp underveis i revisjonen og danner igjen grunnlag for en helhetlig handlingsplan. Den endelige rapporten og administrerende direktørs handlingsplan, behandles av styret i SunHF.

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

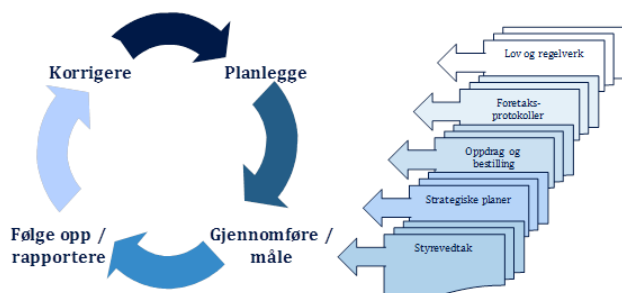
2. Revisjonsfunn per område

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.

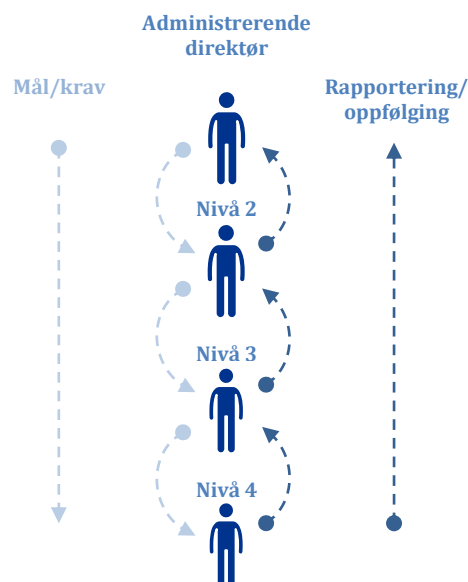
2.1 Virksomhetsstyring

2.1.1 Beskrivelse av området 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 området virksomhetsstyring

Revisjonen har vist at helseforetaket har operasjonalisert rammeverket for god virksomhetsstyring. Det er avdekket noen mindre mangler knyttet til styrende dokumenter, fullmakter og oversikt over oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyring.

Det er etablert et system som skal sikre at prosesser for planlegging, oppfølging og analyse/ rapportering ivaretas. Systemet er formalisert, dokumentert og implementert. Revisjonen har imidlertid vist at systemet ikke er gjennomgående etterlevd fra nivå 1 til nivå 4. Dette kan medføre økt risiko for manglende måloppnåelse.

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:

- Helseforetaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet.
- 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 helseforetaket, det vil si;
 - beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen
 - oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i foretaket

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

Det anbefales at:

- Helseforetaket oppdaterer og godkjenner styrende dokumenter for budsjett, rapportering og analyse.
- Helseforetakets fullmaktsdokumenter også omfatter generelle prinsipper i retningslinjene fra Helse Sør-Øst RHF.
- Begrensninger knyttet til delegerte fullmakter tydelig kommer frem i dokumentene.
- Det begrunnes hvorfor fullmakter er tildelt på lavere myndighetsnivå enn anbefalt.

- Det utarbeides en samlet oversikt på foretaksnivå over gjennomgående oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyring som skal gjennomføres i løpet av et år.

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 kommuniseres til den enkelte leder. Målene er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål som gjelder for sin enhet.
- Det er utarbeidet virksomhetsplaner/handlingsplaner som sørger for at alle mål, gitt i oppdraget og særskilte mål 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:

Det anbefales at:

- Det tydeliggjøres hvem som har ansvar for å følge opp ulike overordnede mål.
- Det tydeliggjøres hvilke hovedmål seksjonens delmål er forankret i.
- Seksjonene tidfester tiltaksplanene.
- Det utarbeides en samlet oversikt som beskriver totaliteten av aktiviteter som skal gjennomføres på de ulike nivåene som del av virksomhetsstyringen og når aktivitetene skal gjennomføres.
- Det utarbeides aktivitetsplaner som beskriver når tiltak skal gjennomføres.
- Det beskrives ansvarssatte tiltak for alle mål der det er vurdert risiko for manglende måloppnåelse.
- Det beskrives hvilken effekt hvert tiltak i LGG skal ha.

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 nivåer. Det gjøres en vurdering av måloppnåelse på ulike nivåer, og manglende måloppnåelse følges opp.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

Det anbefales at:

- Det etableres et system som sikrer at planer og aktiviteter på nivå 3 og 4 følges opp.

Problemstilling 4:

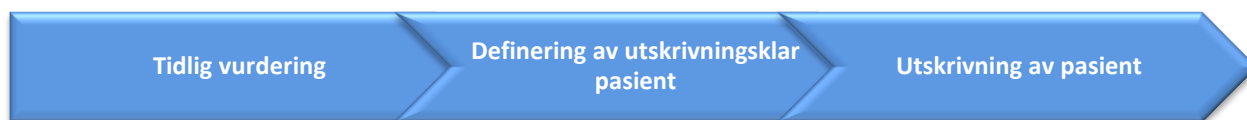
I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering?

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

2.2 Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

2.2.1 Beskrivelse av området med problemstillinger

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



Figur 3: Utskriving 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 utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten?

2.2.2 Konsernrevisjonens vurdering av området utskrivning

Revisjonen har vist at helseforetaket har etablert samarbeidsrutine med kommunene som er i tråd med kravene. Helseforetaket har også etablert interne prosedyrer/rutiner for prosessen, men at det i prosessen er manglende etterlevelse av etablerte prosedyrer/rutiner.

Revisjonen har vist at dette kan skyldes enkelte svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll, eksempelvis at leder ikke har nødvendig oversikt over opplæring i prosessen, enkelte prosedyrer er utdatert 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 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).

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Vurdering av pasientens sannsynlige behov for tjenester fra kommunen etter utskrivning blir gjennomført ved innleggelse og dokumentert i DIPS.
 - Det dokumenteres at kommunen varsles innenfor fristen på to døgn.
 - Pasientens samtykke til at informasjon utveksles med kommunen dokumenteres.



Figur 5: Utskriving av pasienter – definering av utskrivningsklar pasient

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

- Sykehuset varsler kommunen straks en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning er utskrivningsklar.
- Utskrivningsklar pasient vurderes i henhold til gjeldende krav.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Lege vurderer pasienten som utskrivningsklar på bakgrunn av gjeldende krav og at dette dokumenteres i journal.
 - Sykehuset gjennomgående varsler kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.



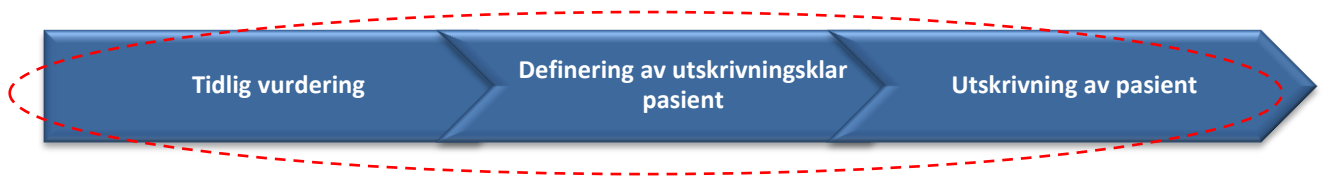
Figur 6: Utskriving av pasienter – utskrivning av pasient

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

- 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.
- Sykehuset sikrer at pasienten får med seg nødvendige legemidler frem til kommunehelsetjenesten klarer å skaffe dette.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Mottatt bekreftelse på at kommunalt tilbud er klart, dokumenteres før pasienten overføres.
 - Oppdatert og kvalitetssikret epikrise eller tilsvarende informasjon sendes med pasienten.
 - Det fremgår av journal hvilke medikamenter som sendes med.



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 fremgår av journal at koordinator er utnevnt for alle pasienter.
 - Vurdering av behov for IP og kontakt med kommunen angående dette gjennomgående blir dokumentert i journal.
 - Det er en enhetlig praksis for informasjon til pasienter og pårørende, og at dette dokumenteres i journal.
 - Ansatte og pårørende som hovedregel ikke benyttes som tolk.

Problemstilling 2

I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med utskrivning 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 utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
- Data anvendes som grunnlag for evaluering av prosessen.
- Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at:
 - Det etableres oversikt over hvem som har tilegnet seg ønsket kompetanse.
 - Utskrivningsprosessen risikovurderes som grunnlag for igangsetting av eventuelle tiltak, eller justering av igangsatte tiltak.
 - Det fastsettes hvilken informasjon fra prosessen som skal benyttes i oppfølgingen, og oppfølgingen settes i system (hvem skal gjøre hva og når).
 - Utdaterte dokumenter fjernes fra E-håndboken.
 - Det meldes avvik i seksjonen på interne feil i utskrivningsprosessen.

2.3 Kompetansestyring

2.3.1 Beskrivelse av området med problemstillinger

Kompetansestyingsprosessen kan skisseres med 7 steg (se figur 8).



Figur 8: Kompetansestyring

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 området kompetansestyling

Revisjonen har vist at enhetene gjennomfører flere aktiviteter for å sikre rett kompetanse til rett tid. Revisjonen har videre vist at det i forbindelse med utarbeidelse av Strategisk kompetanseledelse i klinikk er gjennomført analyser og kartlegginger av nåværende og fremtidige kompetansebehov for alle faggrupper og seksjon/klinikk.

Revisjonen har imidlertid vist enkelte 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 for linje (gjennomføring) eller 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: Kompetansestyingsprosessen – 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 anbefaling:

Det anbefales at:

- Overordnede føringer for kartlegging og analyse av kompetansebehov konkretiseres.



Figur 10: Kompetansestyingsprosessen – 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 anbefales at:

- Det utarbeides planer for å beholde og anskaffe sårbar kompetanse.
- Det utarbeides overordnede føringer for hvordan sjekklister og gjennomført opplæring i regi av faggruppene og team/seksjon skal dokumenteres.



Figur 11: Kompetansestyingsprosessen – 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 anbefaling:

Det anbefales at:

- Evalueringer av kompetansetiltak gjennomføres i tråd med interne føringer.

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).
- Kompetansestyringsprosessen er kartlagt og risikovurdert.
- Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for kompetansestyring.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

Det anbefales at:

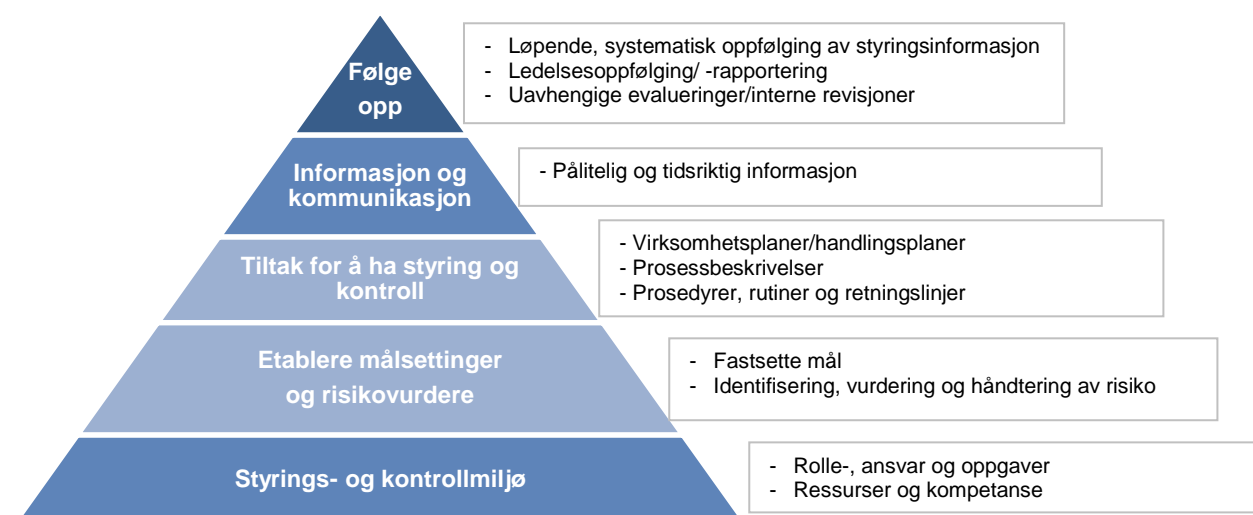
- Ansvar og oppgaver for kompetansestyring tydeliggjøres.
- Kompetansestyringsprosessen risikovurderes på overordnet nivå.
- Det tydeliggjøres når risikovurderinger skal dokumenteres.
- Overordnede føringer for kompetansestyring videreføres i retningslinjer og/eller prosedyrer.
- Rangeringer og bruk av styrende dokumenter, sjekklister, maler og skjemaer for kompetansestyring tydeliggjøres.
- Retningslinjer, prosedyrer og veiledere oppdateres og gjøres kjent.

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 12) på intern styring og kontroll.



Figur 12: Utvalgte kriterier fra rammeverket for intern styring og kontroll

Tabell 1 til 5 under gir en oversikt over revisjonsområdene og revisjonskriteriene. Alle kriteriene er ikke revidert for alle områdene. Det vil da 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 kontrollmiljø

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyling
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.	Anbefaling ikke gitt	Tiltak anbefalt	Anbefaling ikke gitt

Tabell 2: Etablere målsettinger og risikovurderere

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

Tabell 3: Tiltak for å ha styring og kontroll

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhets-Styring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyring
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	Virksomhets-Styring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyring
Generer relevant og pålitelig styringsinformasjon.	Anbefaling ikke gitt	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert

Tabell 5: Følge opp

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhets-Styring	Utskrivning av pasienter	Kompetansestyring
Løpende og systematisk oppfølging på ulike nivåer for å korrigere og forbedre.	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Anbefaling ikke gitt
Ledelsesoppfølging/ - rapportering	Anbefaling ikke gitt	Kriteriet ikke vurdert	Anbefaling ikke gitt
Evalueringer	Kriteriet ikke vurdert	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt
Interne revisjoner	Kun gjennomført kartlegging – anbefaling ikke gitt.		

3.2 Overordnet vurdering

Som det fremgår av tabellene ovenfor og de ulike områdene i kapittel 2, er det avdekket enkelte svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll.

For revisjonsområdene utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og kompetansestyring er det avdekket svakheter knyttet til hvordan helseforetakets system for intern styring og kontroll er etablert.

For utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, og i noen grad for virksomhetsstyring, er det avdekket mangelfull etterlevelse av overordnede føringer.

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

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
Individuelle utviklingsplaner
Handlingsplaner/virksomhetsplaner
Rapporter
Samarbeids-/lederavtaler
Funksjonsbeskrivelser (stillingsbeskrivelser)
Sjekklistor
Evalueringer
Avtaler
Styringsdokument som viser oppfølging i divisjoner/klinikker
Pasientjournaler (HS team 6 og team 7)

Gjennomførte samtaler

Rolle
Administrerende direktør
HR- direktør
Økonomidirektør og controller
Fagdirektør
Kvalitetssjef
Klinikksjef

Kompetanseenheten
Seksjonsleder, Seksjon RMN
Teamleder, Seksjon RMN, team 1 og fagansvarlig ergoterapeut
Teamleder, Seksjon RMN, team 2
Fagansvarlig fysioterapeut RMN
Fag- og systemansvarlig sykepleier RMN
Seksjonsleder, Seksjon VO
Teamleder, Seksjon VO, team 3
Teamleder, Seksjon HS, team 7
Teamkoordinator, Seksjon HS, team 7
2 sykepleiere, Seksjon HS, team 7
2 leger, Seksjon HS, team 7
Samhandlingssjef

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
11.3.15	Verifisering av detaljgrunnlag gjennomført for alle de reviderte enhetene
18.3.15	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør
26.3.15	Presentasjon av utkast rapport for helseforetaket
26.3.15	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
27.3.15	Oversendelse endelig rapport til styret ved styreleder og administrerende direktør
Ikke fastsatt	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs presentasjon av handlingsplan for styret.

Vedlegg 2 – Kriterier benyttet i revisjonen

Virksomhetsstyring	
Problemstillinger	Revisjonskriterier
1. I hvilken grad har helseforetaket operasjonalisert rammeverket for/kravene til god virksomhetsstyring?	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket 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 helseforetaket, det vil si <ul style="list-style-type: none"> ○ beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen ○ oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i helseforetaket • Det er definert hvilken kompetanse innen virksomhetsstyring ledere på ulike nivåer skal ha.
2. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for planlegging som sikrer at alle mål og krav blir ansvarssatt og tidfestet?	<ul style="list-style-type: none"> • Mål kommuniseres til den enkelte leder. Målene er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål som gjelder for sin enhet. • Det er utarbeidet virksomhetsplaner/ handlingsplaner som sørger for at alle mål, gitt i oppdrag og bestilling, samt særskilte mål 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.
3. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for oppfølging av daglig drift, rapportering og planer?	<ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert rutiner for oppfølging av drift, risikovurdering og planer. Dette skjer på alle nivåer. Det gjøres en vurdering av måloppnåelse på ulike nivåer, og manglende måloppnåelse følges opp.
4. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering?	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporteringen i helseforetaket gir ledere på alle nivåer nødvendig styringsinformasjon for å kunne nå mål og korrigere avvik.

Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Problemstillinger	Revisjonskriterier
<p>1. I hvilken grad har helseforetaket etablert rutiner for samarbeid med kommunene i tråd med gjeldende lov/krav.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 koordinator utnevnes for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester • 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. • Det gjøres 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 skal varsle 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. • Sykehuset sikrer at pasienten får med seg nødvendige medikamenter og utstyr frem til kommunehelsetjenesten klarer å skaffe legemidler.
<p>2. I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar og roller for prosessen er beskrevet og kjent. • Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. • Data anvendes som grunnlag for evaluering av prosessen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Avvik meldes og håndteres i melde- og avvikssystemet. • Det identifiseres og vurderes risiko i utskrivningsprosessen og tiltak igangsettes for å håndtere risiko. • Det sikres at personalet har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgaver i utskrivningsprosessen.
--	--

Kompetansestyring	
Problemstillinger	Revisjonskriterier
1. I hvilken grad sikrer enhetene riktig kompetanse til rett tid?	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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. • Effekt av tiltak måles, evalueres og anvendes i forbedringsarbeid. • Kompetansebehov / tiltak rapporteres til ledelsen / i linjen.
2. I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med kompetansestyringen?	<ul style="list-style-type: none"> • 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.