


## Rapport 1/2016

# Revisjon tilgjengelige helsetjenester Akershus universitetssykehus HF



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
22.02.2016

Rapport nr.	1/2016
Revisjonsperiode	November – januar 2015/2016
Virksomhet	Akershus universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Akershus universitetssykehus HF ved styreleder Administrerende direktør Akershus universitetssykehus HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Liv Lüdemann, Anders Tømmerås, Wenche A. Klemetsen, Hans Petter Eide (oppdragsleder), Liv Todnem (oppdragsseier)

## Innholdsfortegnelse

### Sammendrag

1	Innledning .....	5
1.1	Bakgrunn og beskrivelse.....	5
1.2	Mål og problemstillinger .....	6
1.3	Tilnærming, omfang og avgrensing .....	6
1.4	Revisjonsgrunnlag og metode .....	9
1.5	Veiledning til leseren.....	10
2	Funn fra gjennomgangen .....	11
2.1	Plan- og oppfølging av tilgjengelige helsetjenester.....	11
2.2	Ansvar og kompetanse .....	17
3	Oppsummering og hovedkonklusjon.....	21

## Sammendrag

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

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

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

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

Revisjonsperioden har vart fra primo november til medio januar 2015/2016. Rapporten er basert på informasjon innhentet fra intervjuer med linje- og stabsledere, og dokumentasjon som blant annet belyser systemet og praksisen rundt plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket.

Revisjonen har vært rettet inn mot tre divisjoner/klinikker i Ahus, henholdsvis divisjon for psykisk helsevern, medisinsk divisjon og barne- og ungdomsklinikken. I tillegg til linjen har sentral stab vært inkludert i revisjonen. Revisjonen har ikke hatt som hovedmål å belyse hvordan den enkelte enhet arbeider, men hvordan arbeidet gjennomføres som helhet i helseforetaket.

### ***Sentrale observasjoner og funn***

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

Revisjonen har vist at det på overordnet nivå i Ahus er tilrettelagt for å innhente og rapportere sentral styringsinformasjon som sikrer kontroll med ventelistene. Styringsinformasjonen har primært vært rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og redusere langtidsholdene. Helseforetaket har i mindre grad lagt vekt på styringsinformasjon knyttet til restansene for pasienter som har startet helsehjelpen og som skal inn til ny time, eksempelvis kontrollpasientene. Enkelte enheter i revisjonen har likevel hatt fokus på denne type styringsinformasjon med tilhørende rapportering.

Revisjonen har videre vist at det på overordnet nivå i helseforetaket er igangsatt prosjekter innenfor temaet aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og ressurstyring i helseforetaket. Ahus har vist til at dette er et arbeid i en oppstartsfase hvor ulike enheter deltar som pilot. Enkelte enheter i linjen har iverksatt egne tiltak for å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Når det gjelder plan- og oppfølging har revisjonen vist at det er angitt en struktur for dette innenfor ulike nivåer i helseforetaket. Revisjonen har imidlertid vist at denne strukturen ikke er gjennomgående implementert i helseforetaket. Revisjonen har vist at plan- og oppfølgingsarbeidet i varierende grad er dokumentert. Dette gjelder særlig på ledernivå 3 og 4, og medfører at sammenhengen mellom *mål, risiko, tiltak, oppfølging av tiltak – og hvordan styringsinformasjon brukes i oppfølgingen*, i liten grad er sporbart.

Revisjonen har vist at stab og linje er kjent med eget ansvar, men det er ikke etablert et gjennomgående system for å definere ansvar og oppgaver til lederne i helseforetaket. Revisjonen har også vist at det er behov for å koordinere arbeidet som sentrale staber gjør i forbindelse med tilgjengelige helsetjenester, eksempel rettet mot ventelister/fristbrudd og bemanning/ressursbruk.

Når det gjelder kompetanse, er det systematisk lederopplæring- og utvikling gjennom Ahus sin lederskole. I tillegg er det en rekke enkeltstående kurs for ledere. Gjennomgående vises det til at det ikke er mangel på opplæringstilbud for ledere eller støtte fra staber som er en utfordring, men at det er behov for målrettet veiledning og kompetanse knyttet til plan- og oppfølgingsprosessen og daglig drift. Eksempelvis hva som skal utarbeides til hvilken tid, bruk av verktøy/malverk, og bruk av styringsinformasjon (uthenting og analyser).

### ***Overordnet vurdering og anbefaling***

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

På bakgrunn av konsernrevisjonens vurderinger anbefales det at Ahus iverksetter tiltak både rettet mot å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk. Anbefalingene som er gitt i rapporten er rettet både mot linjen som gjennomfører og staben som tilrettelegger. Konsernrevisjonen vurderer at funnene og anbefalingene fra denne revisjonen, må ses i sammenheng med det tiltaksarbeidet Ahus har igangsatt rettet mot virksomhetsstyring i 2015 og 2016.

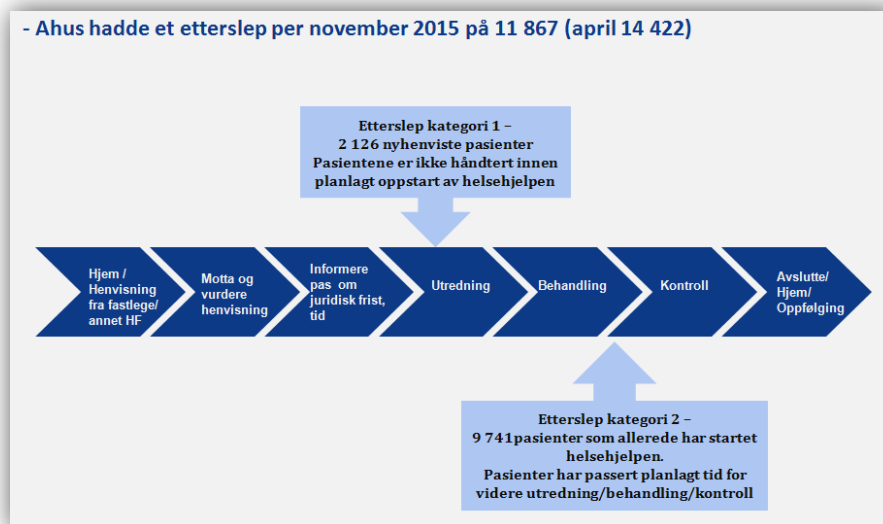
# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og beskrivelse

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

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

Tilgjengelige helsetjenester handler om å gi pasientene helsehjelp innenfor fastsatt tidspunkt som blir satt gjennom ulike deler av pasientforløpet. Dette har i lang tid vært en utfordring i de fleste helseforetak. Utfordringen gjelder for det første nyhenviste pasienter (både rettighetspasienter og behovspasienter) som ikke har fått startet helsehjelpen innen fastsatt tid. For det andre er det flere pasienter der helsehjelpen er startet, som ikke har fått videre helsehjelp innen fastsatt tidspunkt. Figur 1 illustrerer med kategori 1 og 2 hvor i pasientforløpet disse utfordringene treffer. Figuren viser videre at det per november 2015<sup>1</sup> var 11 867 pasienter på Ahus venteliste som ikke hadde fått helsehjelp innen det tidspunktet som var fastsatt. I april 2015 var tilsvarende tall for Ahus 14 422. Det vil si at det har vært en betydelig reduksjon i etterslepet fra april til november.



Figur 1 Etterslep venteliste november 2015 Ahus

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

På bakgrunn av nevnte forhold, har Helse Sør-Øst RHF iverksatt flere tiltak. Disse inngår i det som samlet benevnes som ”Tilgjengelighetsprosjektet”. Prosjektet består av forskjellige

<sup>1</sup> Data innhentet fra Sykehuspartner HF

innsatsområder, rettet mot langtidsventede, effektivitet på poliklinikkene, opplæring- og erfaringsoverføring, analyser/benchmarking, samt det regionale prosjektet “Glemt av sykehuset”. Det er også iverksatt tiltak i helseforetakene som har medført en positiv utvikling både på fristbrudd og langtidsventede. Utviklingen av restansene for etter start helsehjelp er mer usikre, ettersom det i mindre grad har vært fokus (gjennom krav/mål og derav rapportering) på denne delen av pasientforløpet.

## **1.2 Mål og problemstillinger**

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

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

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

Revisjonen har tatt utgangspunkt i seks elementer/faktorer som inngår i gjeldende krav til intern kontroll<sup>2</sup> for å svare på problemstillingen. Disse er:

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

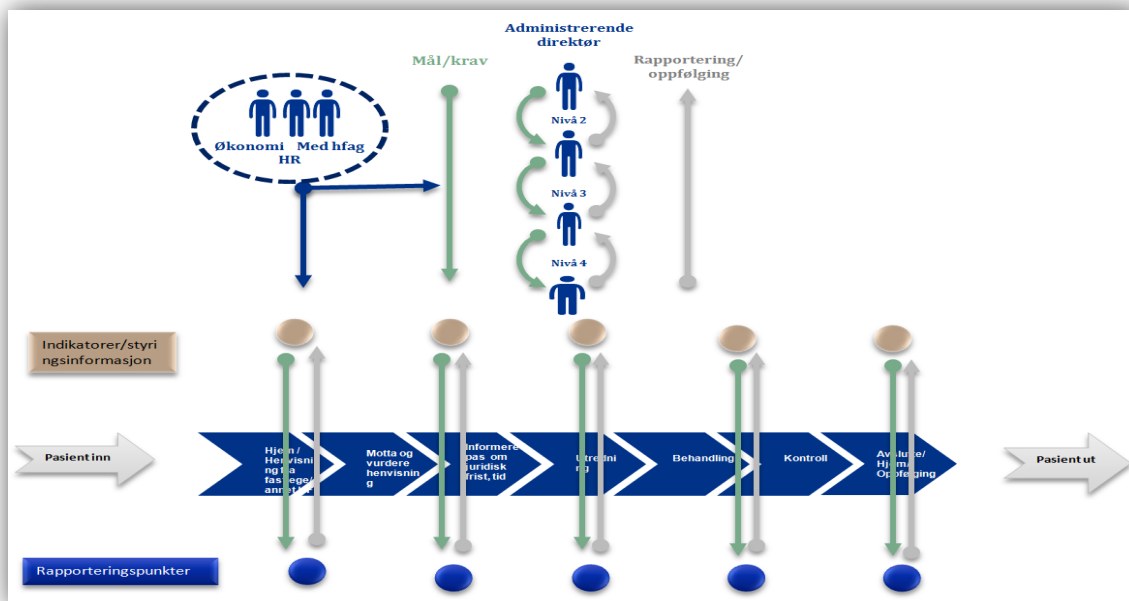
Faktorene henger tett sammen og anvendes i revisjonen som grunnlag for å kartlegge hvordan helseforetaket arbeider med å nå målene knyttet til tilgjengelighet. De fire første faktorene omhandler plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket.

## **1.3 Tilnærming, omfang og avgrensing**

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

---

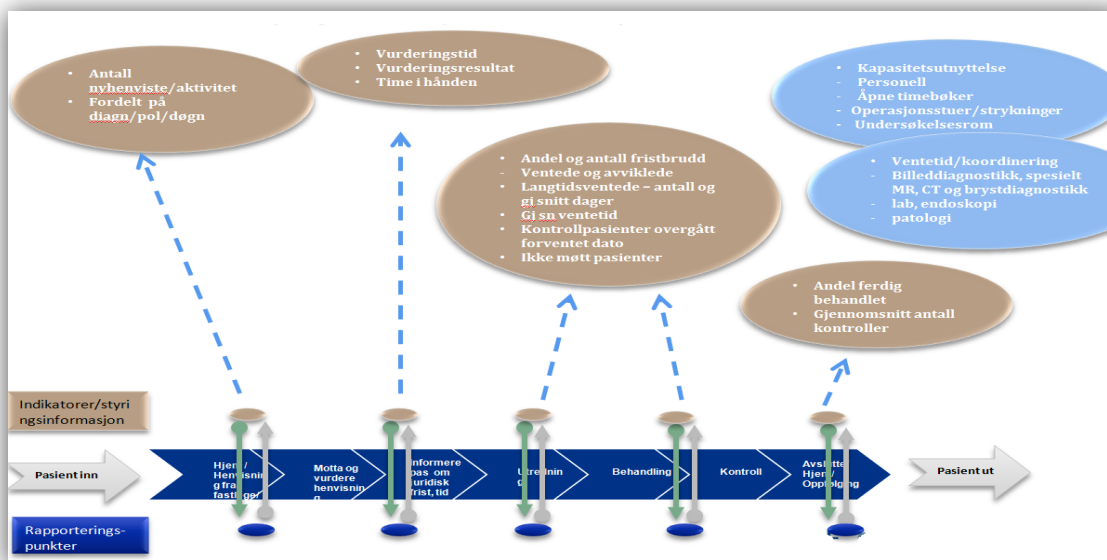
<sup>2</sup> En grunnleggende forutsetning for arbeidet med tilgjengelighet er at det er etablert en tilfredsstillende intern kontroll i helseforetaket. Med intern kontroll menes ”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at helseforetaket når sine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



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

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

<sup>3</sup> Styringsinformasjon kan defineres som en kvantitativ størrelse eller resultatet av en kvalitativ vurdering. I mange sammenhenger benyttes ulike typer styringsinformasjon med ulike dimensjoner. Disse deles ofte inn i 5 kategorier: 1) kroner eller volum 2) produktivitet 3) kvalitet 4) effekter 5) effektivitet. Denne styringsinformasjonen er ofte tilknyttet fag- økonomi- og HR områdene. Disse skal igjen sikre bedre: 1) Ressurs- og kostnadsstyring 2) Aktivitetsstyring og 3) Kvalitetsstyring/-økning (Kilde: Resultatmåling: Mål og resultatsyring i staten 2006, Direktoratet for økonomistyring (DFØ)).



Figur 3 – Eksempler på styringsinformasjon fra pasientforløpet

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

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

Revisjonen er gjennomført i tre divisjoner/klinikker i Ahus. Innenfor hver av de tre divisjonene/klinikkene har linjen blitt fulgt helt ut til en utvalgt poliklinikk med tilhørende avdeling/seksjon hvor legene er organisert (se tabell 1 og figur 4). Det er hovedsaklig poliklinisk aktivitet som genererer flest fristbrudd, lange ventetider, samt størst aktivitetsøkning. Av den grunn er det poliklinisk aktivitet som har vært sentral i revisjonen.

Divisjon/klinikk	Avdeling	Seksjon/enhet
Divisjon for psykisk helsevern	Avdeling for DPS	DPS Øvre Romerike - Allmennpoliklinikk
Medisinsk divisjon	Avdeling for hjertesykdommer	Hjertepoliklinikken Seksjon for leger
Barne- og ungdomsklinikken	Avdeling for leger Poliklinikk for barn og unge	

Tabell 1 Oversikt over reviderte enheter



Konsernrevisjonens kriterier for valg av enheter baseres på følgende;

- at underliggende poliklinikker er av en viss størrelse, og har stor gjennomstrømming av pasienter
- at det er et generelt utfordringsbilde med flaskehalsar i pasientforløpet
- at det er mange samarbeidspartnere, som er avhengig at andre ”leverer” samt at man er ”leverandør”

Divisjonene/klinikkene, avdelingene og seksjonene/enhetene som er inkludert i revisjonen, er valgt på bakgrunn av overnevnte kriterier, samt på innspill fra helseforetaket. I tillegg til linjen har sentral stab, henholdsvis Enhet for medisin og helsefag, Enhet for økonomi og finans, Enhet for kommunikasjon, Enhet for HR, og Foretaksrevisor. Revisjonen har ikke hatt som hovedmål å belyse hvordan den enkelte enhet arbeider, men hvordan arbeidet gjennomføres som helhet i helseforetaket.



Figur 4 Forenklet organisasjonskart Ahus som viser (merket rødt) hvilke staver og enheter i linjen som har blitt revidert.

## 1.4 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget som er benyttet i revisjonen er hentet fra

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

Med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget utledes revisjonskriterier som faktisk tilstand i helseforetaket blir vurdert opp mot. Ahus fikk 18. januar 2016 tilsendt en foreløpig rapport med

funn/observasjoner til verifisering. Konsernrevisjonen fikk tilbakemeldinger på utkast rapport fra Ahus 29. januar 2016.

Revisjonen bygger på dokumentstudier, samt på intervjuer av utvalgte ledere ved Ahus. Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte intervjuer fremgår av vedlegg 1.

Konsernrevisjonen viser for øvrig til tidligere gjennomførte revisjoner utført av konsernrevisjonen i Ahus og øvrige helseforetak, 1) det pasientadministrative arbeidet, 2) virksomhetsstyring og 3) ressursstyring 4) kompetansestyring. Disse fire revisjonene berører samme tema som denne revisjonen, men med noe ulik innfallsvinkel.

Konsernrevisjonen er også kjent med at Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse (Dokument 3:12, 2014-2015) på temaet ”*Styring av pleieressursene i helseforetakene*”.

Revisjonen har pågått i perioden november 2015 til januar 2016. For nærmere redegjørelse om saksgang fremkommer dette av vedlegg 1.

## ***1.5 Veiledning til leseren***

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

I kapittel 3 gis en oppsummering og hovedkonklusjon.

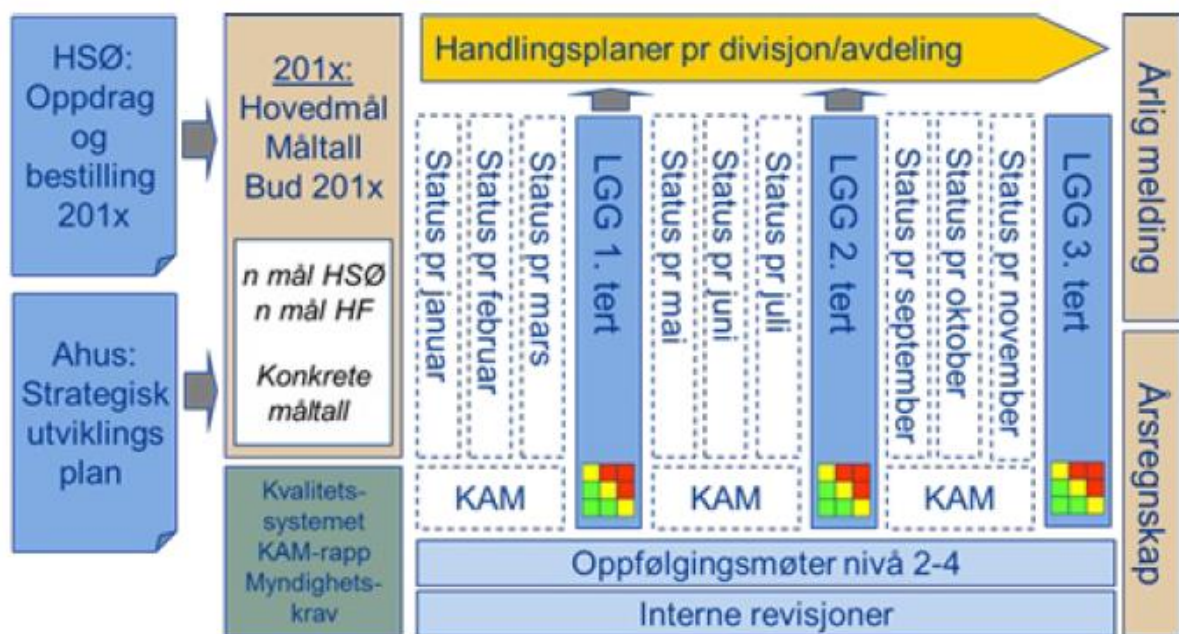
## 2 Funn fra gjennomgangen

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

### 2.1 Plan- og oppfølging av tilgjengelige helsetjenester

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

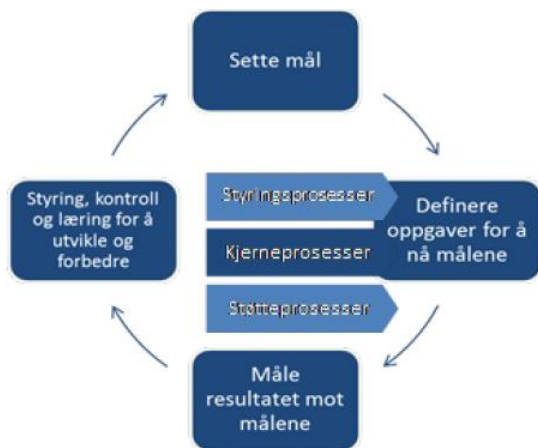
Ahus har utarbeidet en overordnet prosedyre for virksomhetsstyring. Prosedyren beskriver prinsipper, roller og ansvar innenfor virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring. I overordnet prosedyre illustrerer Ahus virksomhetsstyringen ut i fra hvilke styringsprosesser som er etablert i helseforetaket (se figur 5), mens figur 6 illustrerer en overordnet modell for helhetlig virksomhetsstyring.



Figur 5 Styringsprosesser virksomhetsstyring Ahus

Modellen beskriver sammenhengene mellom 1) mål, 2) oppgaver 3) måling av resultater 4) styring, kontroll og læring – og setter dette i en kontekst som viser helseforetakets styringsprosesser, kjerneprosesser og støtteprosesser. Ahus viser til at de er i gang med å utarbeide prosedyrer innenfor ulike styringsprosessene, eksempel for oppdrag og bestilling, strategisk planlegging, oppfølgingsmøter i lederlinjen.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Ahus viser til at dette arbeidet er en del av tiltaksarbeidet etter konsernrevisjonens revisjon 1/2015 ved Ahus, hvor konsernrevisjonen blant annet reviderte helseforetakets virksomhetsstyring.



Figur 6 Helhetlig virksomhetsstyring

## Mål og utarbeidelse av planer

### Revisjonskriterier

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

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

### Observasjoner

Revisjonen viser at det er angitt konkrete mål for området tilgjengelighet i Oppdrag- og bestillingsdokumentet (OBD) for Ahus i 2015. Eksempelvis er det angitt et krav om at gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager og det skal ikke forekomme fristbrudd. I tillegg er det stilt krav i OBD om at helseforetaket skal gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehus, blant annet ved å identifisere flaskehalsen i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avhjelpe disse, sikre bedre planlegging og organisering av poliklinikker og operasjonsstuer.

Helseforetaket har med utgangspunkt i OBD utarbeidet et eget dokument ("Oppdrag og bestilling") der målene fra OBD blir fordelt til nivå 2-4 (både stab og linje). I tillegg er det angitt gjennomføringsansvar, oppfølgingsansvar og risiko. Flere av målene som er angitt i OBD, er direkte videreført eller konkretisert i lederavtalene. Det vises til at Ahus sine lederavtaler er verktøyet som skal brukes i oppfølgingen av samtlige ledere. Revisjonen viser videre at lederne i reviderte enheter er kjent med mål som er fastsatt i lederavtalene, og at de skal evalueres på måloppnåelse fastsatt i lederavtalene.

Revisjonen viser at Ahus har utarbeidet en overordnet prosedyre for virksomhetsstyring. Den angir at det skal utarbeides handlingsplaner på nivå 2 til 4 i tråd med mål, oppdrag og føringer, se figur 5.

Gjennomgangen viser at det er utarbeidet handlingsplaner i forbindelse med LGG i divisjonen/klinikkene på ledernivå 2 der mål, tiltak, ansvar og tidsfrist er beskrevet. Målene i handlingsplanene bygger på de mest relevante målene fra OBD og lederavtalene på samme nivå. Flere mål og tiltak er rettet inn mot tilgjengelighet, eksempelvis ventelister, fristbrudd og timeavtale i første brev. I medisinsk divisjon er det også utarbeidet handlingsplaner på nivå 3. Det foreligger et dokument i medisinsk divisjon «MD – Bestilling og Fremdriftsplan for Ledelsens gjennomgåelse (LGG) », som beskriver leveransen og frister for avdelingene tilknyttet LGG.

I sentral stab har Enhet for økonomi og finans utarbeidet egne handlingsplaner for alle ledernivåene for å sikre måloppnåelsen for egen stabsenhet. Handlingsplanene viser handlingspunkter, mål, hvem som er ansvarlig og status på arbeidet. Enheten har også laget et årshjul som viser saksleveranser og møtedatoer for 2015. Enhet for HR har utarbeidet et dokument som heter ”HR Ahus; Ledergruppen – struktur og bestilling 2015”. Dokumentet beskriver fordelingen av mål i enheten, med tilhørende tiltak.

### **Svakheter/mangler**

Mål som er angitt og fordelt i forbindelse med oppdrag og bestilling er i mindre grad operasjonalisert på nivå 3 og 4 i divisjonen/klinikkene. Videre er det i varierende grad utarbeidet handlingsplaner for ledernivåene på nivå 3 og i liten grad for nivå 4 i divisjonen/klinikkene, og i Enhet for medisin og helsefag. Der det er utarbeidet handlingsplaner i divisjonen/klinikkene, er tiltakene i liten grad tidfestet. Det er videre ikke beskrevet hva tiltakene skal bidra til angående resultatmål og effektmål. Det er i liten grad utarbeidet årshjul som viser hvordan plan- og oppfølgingsprosessene henger sammen på de ulike nivåene.

### **Konsernrevisjonens vurderinger**

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

---

#### **På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:**

---

- Målene som fastsettes for stab og linje er operasjonalisert/tilpasset og kommunisert til det enkelte ledelsesnivå.
- Det utarbeides overordnede føringer som sikrer at det utarbeides handlingsplaner, både i stab og linje, for å sikre måloppnåelse.
- Det utarbeides en oversikt over oppgaver og aktiviteter som gjennomføres i løpet av året for det enkelte ledelsesnivå.

## Risikovurderinger gjennomføres som en del av planarbeidet på det enkelte nivå

### Revisjonskriterier

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

- *Det gjennomføres risikovurderinger av måloppnåelse knyttet til fastsatte mål for at pasientene får helsehjelp innen riktig tid.*

### Observasjoner

I Ahus sin overordnede prosedyre for virksomhetsstyring vises det til at intern kontroll og risikostyring skal være integrert i virksomhetsstyringen.

Revisjonen viser at det gjennomføres ROS-analyse på øverste ledernivå (nivå 2) i divisjonen/klinikkene, samt i enkelte avdelinger, i forbindelse med ledelsens gjennomgang (LGG) hvert tertial. I ROS-analysene som utarbeides fremkommer det at det gjennomføres risikovurderinger for området tilgjengelighet, blant annet er risiko knyttet til fristbrudd og ventelister beskrevet.

### Svakheter/mangler

Risikovurderingene er i stor grad knyttet til oppnåelse av helseforetakets overordnede mål og krav, og gjennomføres i forbindelse med ledelsens gjennomgang (på nivå 2 og i enkelte tilfeller på nivå 3). Gjennomgangen viser at lederne på nivå 4 er kjent med risiko i sine enheter, men risikovurderingene dokumenteres i liten grad. Dette kan ses i sammenheng med at det i varierende grad er utarbeidet handlingsplaner (se punkt om mål og utarbeidelse av planer).

Vurdering av risiko fremkommer ikke i handlingsplanene som utarbeides av sentral stab.

### Konsernrevisjonens vurderinger

Konsernrevisjonen vurderer at manglende risikovurderinger i planarbeidet på enkelte nivåer, vanskeliggjør identifisering og prioritering av tiltak som må iverksettes for å sikre at alle pasientene får helsehjelp innen riktig tid.

---

#### **På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:**

---

- Risikovurderingene gjennomføres som en del av planprosessen på det enkelte nivå for å sikre grunnlag for å prioritere- og følge opp tiltak.

## Tiltak identifiseres og iverksettes

### Revisjonskriterier

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

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

### **Observasjoner**

Revisjonen viser at helseforetaket har iverksatt flere tiltak for å sikre at alle pasientene får helsehjelp til fastsatt tid. Tiltakene som er iverksatt er i stor grad rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og langtidsventede. Det vises til at helseforetaket som helhet har hatt en positiv utvikling, men det er fortsatt enheter som har utfordringer med ventelister og fristbrudd.

På overordnet nivå er det tilrettelagt for å innhente sentral styringsinformasjon fra ledelsesinformasjonssystemet QlikLIS, eventuelt direkte fra journalsystemet (DIPS) og andre støttesystemer. Det er blant annet lagt til rette for å hente ut styringsinformasjon knyttet til ventende pasienter over ett år, gjennomsnitt ventetid, fristbrudd, truende fristbrudd, planlagte fristbrudd etc. Tilgang på veiledere, rutiner/prosedyrer, opplæring/bistand, kurs og utarbeidelse av rapportpakker og applikasjoner, inngår også i tilretteleggingen.

Helseforetaket viser videre til at de arbeider med å utvide antall indikatorer som kan benyttes til å se sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Dette er tilknyttet igangsatte prosjekter innenfor temaet aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og inngår i en felles ressurstyringsprosess i helseforetaket.

I divisjonen/klinikkene som omfattes av revisjonen vises det til at de har benyttet seg av tilrettelagt styringsinformasjon/indikatorer og viser til at de har et bedre grunnlag for å iverksette riktige tiltak for at pasientene får helsehjelp innenfor de datoene som er gitt. Eksempler på tiltak er åpne timebøker for legene, overføring av kontrollpasienter til primærhelsetjenesten, kapasitetskonferanser, åpningstider poliklinikk, sms varsling til pasientene om time for å få ned ikke møtt pasienter, organisatoriske endringer, kveldspoliklinikk mv. Divisjonen/klinikkene viser til at de gjennom dette har fått bedre kontroll med fristbrudd og langtidsventede (før start helsehjelp). Enkelte enheter har også gjennomført tiltak som sikrer fokus på alle deler av pasientforløpet – det vil si både før og etter start helsehjelp. Medisinsk klinikk tar eksempelvis ut jevnlig rapporter på kontrollpasientene (pasienter på ventelisten som har startet helsehjelpen) i sitt oppfølgingsarbeid og rapporterer status på dette i månedsrapporten som går til styret i helseforetaket.

I barne- og ungdomsklinikken synliggjør avdelingen for leger sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Avdelingen utarbeider egne dokumenter, *Fordeling av stillinger 2015, Bemanning 2015 og Bemanningsplan*, for å sikre en bedre og mer hensiktsmessig bruk av ressurser. Dokumentene benyttes til å sammenligne forholdet mellom aktivitet, ressurser og kapasitet mellom enhetene i klinikken. Det vises til at dette kan benyttes, eksempel i forbindelse med budsjettprosessen, til å omdisponere ressursene mellom enheter eller fagområder hvor det reelle behovet er størst. Videre har barne – og ungdomsklinikken etablert et prosjekt ”Velorganiserte dag- og polikliniske tjenester i BUK”. Prosjektet hadde som effektmål å ha fristbrudd under 2 % for 2015, og at etterslep på 0 pasienter på kontroller (pasienter på ventelisten som har startet helsehjelpen) innen 1.1.2016.

### **Svakheter/mangler**

Revisjonen viser at Ahus på overordnet nivå har tilrettelagt for å innhente og rapportere sentral styringsinformasjon som sikrer kontroll med ventelistene. Styringsinformasjonen er primært rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og redusere langtidsventede. Helseforetaket har i mindre

grad lagt til rette for styringsinformasjon knyttet til restansene for pasienter som har startet helsehjelpen og som skal inn til ny time, eksempelvis kontrollpasientene. Det vises også til at det ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for å ta ut styringsinformasjon som den enkelte enhet anser å være dekkende og pålitelig for sitt behov.

På overordnet nivå er det stort fokus på å sikre tilstrekkelig styringsinformasjon, men det er foreløpig ikke tilrettelagt (utviklet og implementert) styringsinformasjon og verktøy/maler for eksempel til å synliggjøre sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

### **Konsernrevisjonens vurderinger**

Konsernrevisjonen vurderer at manglende tilrettelegging og oppfølging av ventelisten etter start helsehjelp, kan medføre at man ikke har styring og kontroll på hele pasientforløpet. I tillegg vurderer konsernrevisjonen at manglende synliggjøring av sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet, samt manglende tilgjengelig og tilrettelagt styringsinformasjon, kan medføre at lederne på det enkelte nivå ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Dette vil igjen hindre muligheten til å iverksette tiltak som kan bidra til å behandle flere pasienter innenfor gitt ramme og/eller frigjøre og allokere ressurser.

---

#### **På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:**

---

- Det tilrettelegges for at enhetene har tilstrekkelig og tilgjengelig styringsinformasjon, samt tilknyttede verktøy. Dette gjelder styringsinformasjon som både
  - sikrer at pasientene får helsehjelp innen fastsatt tid gjennom hele pasientforløpet og
  - synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

### **Oppfølging**

#### **Revisjonskriterier**

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

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

#### **Observasjoner**

Revisjonen viser at det er angitt overordnede føringer for oppfølging i helseforetaket, jf. kap 2.1 hvor overordnet prosedyre for virksomhetsstyring er beskrevet (se figur 5 og 6). Det er videre etablert struktur for oppfølging i divisjonen/klinikkene. På overordnet nivå er det en månedlig og en tertialvis oppfølging av klinikkene, hvor den tertialvise oppfølgingen skjer i forbindelse med ledelsens gjennomgang (LGG). Oppfølgingen av divisjonen/klinikkene er rettet mot avvikene fra rapporteringen/handlingsplanen. Hver enkelt divisjon/klinikk beskriver status og tiltak innenfor de enkelte hovedmålene. Enheter med store avvik blir tettere fulgt opp.

I divisjonen/klinikkene er det etablert en møtestruktur for oppfølgingsmøter mellom lederne på nivå 2-4. Som grunnlag for oppfølgingen benyttes i stor grad helseforetakets faste



månedrappporter og tertialrappporter (LGG). Disse rapportene inneholder sentrale indikatorer tilknyttet tilgjengelighetsområdet, for eksempel antall fristbrudd, gjennomsnitt ventetid, time i første brev, økonomisk handlingsrom, aktivitet mv. Ved siden av ledermøtene følges tilgjengelighetsområdet også opp på andre arenaer, eksempelvis gjennom ”ventelistemøter”, ”poliklinikk møter”, ”fristbruddsmøter” og ”kapasitetskonferanser”. Her får ledere på det enkelte nivå mer spesifikk styringsinformasjon tilknyttet de sentrale styringsparametrene som er en del av rapporteringen som går i lederlinjen. I avdeling for hjertesykdommer utarbeides eksempelvis en ukesrapport som inneholder styringsinformasjon om fristbrudd, vurderingstid, antall kontroller og direktebooking.

I sentral stab og innad i de enkelte stabsenhetene, er det etablert en fast møtestruktur. Møtene referatføres i stor grad. Enhet for HR har eksempelvis regelmessige oppfølgingsmøter hver andre måned hvor status på mål og tiltak gjennomgås. I tilknytning til tilgjengelighet er fokusområdene implementering av turnusplaner, bemanningsplaner mv. I tillegg gjennomføres ukentlige tavlemøter der de samme målene gjennomgås.

### **Svakheter/mangler**

Revisjonen viser at linjeledelsen i stor grad benytter helseforetakets LGG og månedsrapportering i oppfølgingen mellom ledelsesnivåene, men denne rapporteringen inneholder ikke nødvendigvis styringsinformasjon som er kritisk (flaskehals/risiko) for den enkeltes enhets måloppnåelse. Denne type styringsinformasjon benyttes i ulik grad og på ulik måte i poliklinikkene, men generelt sett er grunnlaget for oppfølging av denne type styringsinformasjon i mindre grad dokumentert enn den faste rapporteringen og oppfølgingen.

### **Konsernrevisjonens vurderinger**

Det er risiko for at grunnlaget for oppfølgingen av mål knyttet til tilgjengelighet ikke er tilstrekkelig. Konsernrevisjonen vurderer at dette kan ses i sammenheng med at det er varierende bruk av handlingsplaner på de ulike nivåene i helseforetaket. Videre vurderer konsernrevisjonen at manglende dokumentasjon (møtereferater, herunder aktiv bruk av handlingsplaner), kan føre til manglende kontinuitet i gjennomføringen av oppfølgingsarbeidet. Dette kan igjen medføre at tiltak ikke blir gjennomført.

---

### **På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:**

---

- Helseforetaket presiserer hvilke oppfølgingsprosesser som skal være etablert på det enkelte nivå.
- Helseforetaket sikrer at oppfølgingen tar utgangspunkt i handlingsplaner som skal utarbeides.
- Helseforetaket sikrer at status på oppfølgingsarbeidet dokumenteres løpende for å sikre at man til en hver tid har oversikt over fremdrift og historikk.

## ***2.2 Ansvar og kompetanse***

### **Ansvar og oppgaver**

#### **Revisjonskriterier**

Det er viktig for leder og medarbeider å forstå sitt ansvar og sine oppgaver for å bidra til felles måloppnåelse. Krav og forventninger overfor leder og medarbeider må fremgå og være kjent. Det

innebærer at ansvar og oppgaver mellom linjelederne, stabsledere, og mellom stabs- og linjelederne er avklart og forstått. I den forbindelse er det utarbeidet følgende revisjonskriterium for ansvar og oppgaver:

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

### **Observasjoner**

Revisjonen viser at linjelederne i reviderte enheter i helseforetaket har ansvar for mål og krav som fremkommer i oppdrag og bestilling (OBD). Sentral stab har en tilretteleggerrolle, og skal bistå linjen med å nå de målene som er satt.

Det er angitt overordnede føringer for bruk av lederavtaler i Ahus og det foreligger en egen mal for utarbeidelse av lederavtaler. I malen vises det til at det er mål- og resultatstyring som er det grunnleggende styringsprinsipp i helseforetaket. Dette innebærer at alle ledere skal evalueres på målene som fastsettes i den enkeltes lederavtale.

Det foreligger videre funksjonsbeskrivelser for endel av lederne som er intervjuet i revisjonen. Det er ikke et gjennomgående krav i helseforetaket at samtlige ledere skal ha funksjonsbeskrivelser.

Ansvar og oppgaver for ledere i Enhet for HR fremkommer i dokumentet “HR Ahus, ledergruppen – struktur og bestilling 2015”.

Revisjonen viser også at ansvaret til både linjeledere og stabsledere i reviderte enheter er kjent.

Når det gjelder de sentrale stabenes tilretteleggeransvar og oppgaver knyttet til tilgjengelighet og pasientlogistikk, fordeles dette på tre av de sentrale stabene. Eksempelvis er Enhet for økonomi og finans, systemeier for LISet og tilhørende støttesystemer mv. Denne enheten arbeider blant annet med å utvikle og tilrettelegge styringsdata som linjelederne kan og skal benytte for planlegging og oppfølging. Enhet for HR er systemeier for GAT og har blant annet ansvar for å utvikle og implementere systemet tilknyttet ressursstyring. Enhet for medisin og helsefag er systemeier for kliniske applikasjoner, blant annet DIPS. Denne enheten leder ressursgruppen for tilgjengelighet som ble opprettet av sykehusledelsen i 2015. Ressursgruppen har ansvar for å sikre nødvendig bistand til opplæring og kompetanseheving, samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til henvisninger, ventelister og pasientadministrativt arbeid.

De samme sentrale stabene har videre dedikerte ressurser tilknyttet linjen som skal bidra med tilrettelegging og annen bistand ved behov. Det vises til at kontrollere bistår linjen i budsjettprosessen (både planlegging og oppfølging av denne). Det er også etablert nettverk tilknyttet flere av stabsområdene, eksempelvis ventelistenettverket, som skal støtte linjelederne i arbeidet med styring og kontroll med ventelister.

Ved siden av ventelisterådgivere, som er tilknyttet ventelistenettverket, er det for eksempel i DPS Romerrike en kvalitetsrådgiver som har konkrete ansvar og oppgaver innenfor området tilgjengelighet, blant annet “monitorering” og oppfølging av epikriser, ulike type restanser, aktivitet og rapporterer til linjen på dette.

### **Svakheter/mangler**

Det er ikke etablert et gjennomgående system for å definere ansvar og oppgaver til alle ledere i helseforetaket. Revisjonen har videre vist at det kan være behov for å koordinere arbeidet som

pågår på stabsnivå tilknyttet tilgjengelighet, der arbeidet (prosjekter etc.) har grensesnitt inn mot de ulike stabsenhetene.

### **Konsernrevisjonens vurderinger**

Manglende beskrivelse av ansvar og oppgaver, kan medføre at oppgaver ikke blir utført og/eller at flere utfører overlappende oppgaver. Manglende koordinering innad i stabene kan medføre risiko for at man gjør overlappende oppgaver, og at man ikke benytter ressursene optimalt.

---

#### **På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:**

---

- Overordnede føringer etableres for å sikre at alle er kjent med ansvar og oppgaver.
- Arbeidet som sentral stab gjør i forbindelse med tilgjengelighet, og som har grensesnitt inn mot flere av de sentrale stabsenhetene, koordineres.

### **Kompetanse og opplæring**

#### **Revisjonskriterier**

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

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

#### **Observasjoner**

Revisjonen viser at det foregår systematisk lederopplæring og utvikling gjennom Ahus sin lederskole. I lederskolen inngår modulene: Ny som leder, førstelinjelederprogrammet, mellomlederprogrammet, nettverksgrupper, konsept for effektive ledergrupper, årlig ledersamling og lederkonferanse for alle ledere. Det vises til at arbeidet med lederopplæring og lederutvikling skal ha et virksomhetsfokus og være innrettet rundt forbedringsprosesser og virksomhetsstyring. I tillegg til lederprogrammene tilbys en rekke enkeltstående kurs for samtlige ledere.

Lederne i reviderte divisjon/klinikkene viser til at de har deltatt på de obligatoriske lederprogrammer og andre lederkurs, samt at de får løpende støtte fra sentrale og lokale staber rettet mot daglig drift.

#### **Svakheter/mangler**

Flere linjeledere påpeker at det ikke er mangel på opplæringstilbud eller støtte fra staber, men at det er behov for veiledning og kompetanse rettet mot det å kunne planlegge og drifte enhetene i helseforetaket, eksempelvis;

- hva som skal utarbeides til hvilken tid knyttet til plan- og oppfølgingsprosessene,
- oversikter over møtestrukturer som er etablert,
- bruk av lederverktøy/malverk,
- bruk av styringsdata med videre,
- bruk av applikasjoner både til å forstå veiledning for indikatorer, samt å forstå bruken og sammenhengene dem i mellom.

### Konsernrevisjonens vurderinger

Manglende kompetanse og veiledning til å planlegge og drifte enhetene kan føre til at de driftes lite målrettet og effektivt.

---

#### **På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:**

- Helseforetaket identifiserer ledernes behov for veiledning og kompetanse knyttet til å understøtte arbeidet med å planlegge og drifte enhetene (både stab og linje).
- Med bakgrunn i avdekkede behov, etablerer helseforetaket tiltak som sikrer at lederne får veiledning og opplæring.

### 3 Oppsummering og hovedkonklusjon

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

Revisjonen har vist at det på overordnet nivå i Ahus er tilrettelagt for å innhente og rapportere sentral styringsinformasjon som sikrer kontroll med ventelistene. Styringsinformasjonen har primært vært rettet mot å få ned restansene med fristbrudd og redusere langtidshventede. Helseforetaket har i mindre grad lagt vekt på styringsinformasjon knyttet til restansene for pasienter som har startet helsehjelpen og som skal inn til ny time, eksempelvis kontrollpasientene. Enkelte enheter i revisjonen har likevel hatt fokus på denne type styringsinformasjon med tilhørende rapportering.

Revisjonen har videre vist at det på overordnet nivå i helseforetaket er igangsatt prosjekter innenfor temaet aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og ressurstyring i helseforetaket. Ahus har vist til at dette er et arbeid i en oppstartsfase hvor ulike enheter deltar som pilot. Enkelte enheter i linjen har iverksatt egne tiltak for å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Når det gjelder plan- og oppfølging har revisjonen vist at det er angitt en struktur for dette innenfor ulike nivåer i helseforetaket. Revisjonen har imidlertid vist at denne strukturen ikke er gjennomgående implementert i helseforetaket. Revisjonen har vist at plan- og oppfølgingsarbeidet i varierende grad er dokumentert. Dette gjelder særlig på ledernivå 3 og 4, og medfører at sammenhengen mellom *mål, risiko, tiltak, oppfølging av tiltak – og hvordan styringsinformasjon brukes i oppfølgingen*, i liten grad er sporbart.

Revisjonen har vist at stab og linje er kjent med eget ansvar, men det er ikke etablert et gjennomgående system for å definere ansvar og oppgaver til lederne i helseforetaket. Revisjonen har også vist at det er behov for å koordinere arbeidet som sentrale staber gjør i forbindelse med tilgjengelige helsetjenester, eksempel rettet mot ventelister/fristbrudd og bemanning/ressursbruk.

Når det gjelder kompetanse, er det systematisk lederopplæring- og utvikling gjennom Ahus sin lederskole. I tillegg er det en rekke enkeltstående kurs for ledere. Gjennomgående vises det til at det ikke er mangel på opplæringstilbud for ledere eller støtte fra staber som er en utfordring, men at det er behov målrettet veiledning og kompetanse knyttet til plan- og oppfølgingsprosessen og daglig drift. Eksempelvis hva som skal utarbeides til hvilken tid, bruk av verktøy/malverk, og bruk av styringsinformasjon (uthenting og analyser).

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

På bakgrunn av konsernrevisjonens vurderinger anbefales det at Ahus iverksetter tiltak både rettet mot å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk. Anbefalingene som er gitt i rapporten er rettet både mot linjen som gjennomfører og staben som tilrettelegger. Konsernrevisjonen vurderer at funnene og anbefalingene fra denne revisjonen, må ses i

sammenheng med det tiltaksarbeidet Ahus har igangsatt rettet mot virksomhetsstyring i 2015 og 2016.

# Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

## Undersøkte dokumenter

Styrende dokumenter
Relevante styresaker
Lederavtaler
Funksjonsbeskrivelser
Rapportering fra reviderte enheter
Handlingsplaner relevante enheter
ROS-analyser, risikovurderinger
Referater fra ledermøter
Dokumentasjon knyttet til lederopplæring

## Gjennomførte samtaler

Rolle
Øystein Mæland, Administrerende direktør
Øystein Kjos, direktør Divisjon for psykisk helsevern
Jan Petter Odden, direktør Barne- og ungdomsklinikken
Lisbeth Sommervoll, direktør Medisinsk divisjon
Jørn Limi, direktør Enhet for økonomi og finans
Jan Inge Pettersen, direktør Enhet for HR
Pål Wiik, direktør for Enhet for medisin og helsefag
Tor Martin Antonsen, nivå 3 leder Enhet for HR
Hilde Wergeland, rådgiver Enhet for HR
Tom Ellingsen, seksjonsleder DPS Nedre Romerrike, Divisjon for psykisk helsevern
Brita Angel-Jarman, enhetsleder allmenn poliklinikk DPS Nedre Romerrike, Divisjon for psykisk helsevern
Tone Nerdrum, seksjonsleder leger hjertepoliklinikken, Medisinsk divisjon
Wenche Brandtzæg Nicolaisen, avdelingsleder Divisjon for psykisk helsevern
Øyvind Antonsen, spesialrådgiver; Enhet for medisin og helsefag
Ingerid Sletten Løvik, seksjonsleder hjertepoliklinikken, Medisinsk divisjon
Ingrid Claesson, seksjonsleder poliklinikk for barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken
Helge Skulstad, avdelingsleder hjertesykdommer, Medisinsk divisjon
Lars Åge Møgster, avdelingsleder analyse Enhet for økonomi og finans
Erik Borge Skei, avdelingsleder leger; Barne- og ungdomsklinikken

Anne Birgitte Jensen, kontorleder hjertepoliklinikken, Medisinsk divisjon
Christel Wiik, kontorleder poliklinikk for barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken
Pirooz Badr, stedfortreder seksjonsleder leger hjertepoliklinikken, Medisinsk divisjon

### Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
18.01. 2016	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
29.01. 2016	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
22.02. 2016	Oversendelse rapport
	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre
	Styret i Helse Sør-Øst RHF orienteres om revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksarbeid