

Revisjonsrapport

Oppsummeringsrapport - Revisjon om ledelse

Versjon: 1.0
Dokumentstatus: Dokument opprettet
Forfatter: Midtlyng, Jørgen
Godkjent av: Jørgen Midtlyng
Godkjent dato: 13.05.2019

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1.0	2019-05-10	Godkjent for behandling i styrets revisjonsutvalg, med forbehold om eventuelle endringer som følge av pågående faktaverifikasjon av rapport for St. Olavs hospital HF.

Sammendrag

Internrevisjonen har fulgt opp gjennomføring av RHF-styrets vedtaket i sak 31/13 (gjengitt på side 5 i denne rapporten) med fokus på å vurdere systemet for lederutvikling og lederstøtte. Revisjonen er gjennomført ved Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF.

Denne oppsummeringsrapporten dekker:

- Bakgrunn og mål for revisjonen
- Forberedelse og gjennomføring – generell del
- Revisjonens konklusjoner, hovedfunn og anbefalinger for hvert av helseforetakene.

Revisjonsrapportene til hvert av helseforetak inneholder i tillegg mer detaljerte beskrivelser om funn, merknader og anbefalinger, oppsummeringer av de ulike revisjonsaktivitetene, samt forberedelser og gjennomføring som er spesifikke for det enkelte helseforetak. Formålet med disse beskrivelsene er å understøtte helseforetakenes etterarbeid med revisjonsrapportene.

Internrevisjonen kan fastslå at RHF-styrets vedtaket i sak 31/13 er fulgt opp med styrevedtak i alle helseforetakene. Gjennomføringen i helseforetakene har omfattet deltakelse i Nasjonalt Topplederprogram, lokale lederutviklingsprogram, innføring av IT-verktøyet *Kompetanseportalen* for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling, samt tiltak for ledermobilisering og mottak av nye ledere i oppstartfasen. Internrevisjonen kan imidlertid ikke fastslå at tiltakene har vært effektive med hensyn til å oppnå hensikten med den nasjonale lederplattformen: *å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten*.

Mange ledere kjenner ikke til eller har ikke et praktisk forhold til de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene. Systematikk og kontinuitet i lederutviklingen er ikke fullt ut operasjonalisert. Test av kjerneverdien *kvalitet* utført på prosessen for avvik og korrigerende tiltak viser at personell som melder avvik gjør dette på en utmerket måte, og at oppfølgingen svikter. Oppfølgingen er i henhold til myndighetskrav og eierstyring et lederansvar. I disse vurderingene har internrevisjonen lagt vekt på at prosessen for avvik og korrigerende tiltak er strategisk viktig, med stor betydning for vedlikeholdet av dokumenter i helseforetakenes ledelsessystemer, som igjen har betydning for opplæring og oppdatering av den menneskelige innsatsfaktoren i helsetjenestene.

Internrevisjonen anbefaler alle helseforetakene å ta i bruk *Kompetanseportalen* for systematisk og kontinuerlig lederutvikling forankret i nasjonale lederkrav og kjerneverdier. Det anbefales også at helseforetakene prinsipielt tar stilling til hvorvidt bruk av ressurser til lederutvikling skal forankres sterkere til den enkelte leders dokumenterte utviklingsmål.

Internrevisjonen har lagt til grunn eiers forventning om standardisering etter beste kunnskapsbaserte praksis, og potensialet i standardisering som Helse Midt-Norge selv har identifisert gjennom blant annet *Strategi 2030* og *Regional utviklingsplan 2019 – 2022 (2035)*. Det er ikke identifisert noen faglig eller styringsmessig grunn til at Helse Midt-Norges virksomheter skal ha ulike rammeverk for ledelsessystemer. Samtidig er det identifisert variasjon i synet på standarder, kunnskap om dem og evnen til å bruke standarder for å oppnå målsetninger og etterleve myndighetskrav. Bruk av standarden NS-EN 15224:2016 *Ledelsessystemer for kvalitet - NS-EN ISO 9001:2015 for helse- og omsorgstjenester* er anbefalt i alle revisjonsrapportene. Internrevisjonen anbefaler også Helse Midt-Norge RHF å ta stilling til om en standardisering av ledelsesprosessene i regionen etter samme norm skal gis som eierstyring. Anbefalingen omfatter ikke sertifisering.

Innhold

1. Bakgrunn og mål for revisjonen	5
2. Forberedelse og gjennomføring.....	6
2.1. Bakgrunn for revisjonen.....	6
2.2. Problemstilling	9
2.3. Omfang og avgrensning	9
2.4. Revisjonsgrunnlaget og kriteriene	9
3. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger – Helse Nord-Trøndelag HF	11
4. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger – Helse Møre og Romsdal HF	15
5. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger – St. Olavs hospital HF.....	19
6. Ledelse som tema i profesjonsutdanningene	23
7. Gjennomføring av forpliktelsene	23
8. Referanser	24

1. Bakgrunn og mål for revisjonen

Lederansvaret i sykehus slik vi kjenner det i dag ble etablert gjennom sykehusreformen og §3-9 i revidert Lov om spesialisthelsetjenester i 2001. Prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivå og muligheten til å stille kvalifikasjonskrav til ledere ble videreført fra gammel ordning. Det nye var plikten til å vurdere behovet for medisinskfaglige rådgivere for leder for å sikre forsvarlighet i tjenestene. Denne plikten gjelder alle organisatoriske nivå og skal vurderes konkret ved hver enkelt anledning. Regelverket la på denne måten opp til en tydelig, fleksibel og autonom måte å organisere og lede arbeidet i helseforetak på.

Innenfor disse rammene startet arbeidet med å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere. *Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak* koordinerte arbeidet nasjonalt med forpliktende deltakelse fra de regionale helseforetakene. I 2012 ble arbeidet med *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* ferdigstilt. Plattformen spesifiserte blant annet hvilke nasjonale kjerneverdier og lederkrav lederskapet i spesialisthelsetjenesten skal tuftes på.

Helse og Omsorgsdepartementet ba gjennom foretaksmøter i 2012 de regionale helseforetakene om å ta i bruk den nasjonale lederplattformen som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere. Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet temaet i styresak 31/2013 og videreførte oppgaven til helseforetakenes styrer samme år (Figur 1).

Målet med denne revisjonen har derfor vært å undersøke hvor langt helseforetakene har kommet i arbeidet. Fokus har vært på systemet for lederutvikling, og ikke selve ledelsesutøvelsen.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Det vises til oppdrag gitt i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF den 30.1.2012. pkt. 5.4, Ledelse.

1. Styret viser til prosessen med utvikling av en nasjonal lederplattform og legger til grunn:
 - a. At de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene utgjør felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge.
 - b. At det jobbes videre med erfaringsdeling og felles forståelse av hva som utgjør god ledelse i helseforetak.
 - c. At det utvikles et system for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging i hvert helseforetak, med konkrete planer for å sikre kompetente ledere på alle nivå i organisasjonen
 - d. At det legges spesiell vekt på å styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen
 - e. At regionene samarbeider om og bidrar til å få ledelse inn som tema i profesjonsutdanningene
 - f. At det videre arbeidet med gjennomføring av disse forpliktelsene legges til regionalt nivå i tett samarbeid mellom regionene.

2. Styret ber om at denne saken forelegges helseforetaksstyrene i Helse Midt-Norge for oppfølging.

Figur 1: Utklipp fra vedtaket fattet av Helse Midt-Norge RHF i sak 31/13 den 25. april 2013.

2. Forberedelse og gjennomføring

2.1. Bakgrunn for revisjonen

2.1.1. Rammene for ledelse i spesialisthelsetjenesten

Arbeidet med *ledelse* i spesialisthelsetjenesten er omfattende og har en lang historikk. Det har vært naturlig for revisjonen å se tilbake til utredningen *1997 NOU 2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Utvalget som fikk mandatet for utredningen skulle foreslå tiltak innenfor ledelse og organisering som kunne bedre driften i norske sykehus. Bedret drift i sykehusene ble konkret oversatt til å dekke *pasientenes behov* på en bedre måte.

Sosial- og helsedepartementet utdypet samtidig betydningen av at sykehus skal ivareta pasientens behov - de såkalte «Pasienten først»-retningslinjene. Retningslinjene omfattet ti punkter som konkretiserte hva sykehus må svare på for å oppfylle pasientens behov.

Ledelsesbegrepet ble i 2001 rammet inn i Lov om spesialisthelsetjenester. Bestemmelsen i §3-9 regulerer organiseringen av ledelsesansvaret på sykehus, og fastsetter prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivåer og muligheten til å stille kvalifikasjonskrav. Dette prinsippet var en videreføring av gjeldende rett. Eier og ledelse skulle fremdeles stå fritt til å vurdere hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige eller ønskelige hos ledere.

Det nye med bestemmelsen i §3-9 var plikten til å utpeke medisinskfaglige rådgivere for leder. Denne plikten inntreffer når det blir vurdert som nødvendig for å sikre forsvarlighet i tjenestene. Bestemmelsen gjelder for alle organisatoriske nivå og det er krav om konkret vurdering ved hver enkelt anledning¹. Bestemmelsen i §3-9 la på denne måten opp til både en autonom, tydelig og fleksibel måte å organisere og lede arbeidet i helseforetak på.

Kravet om forsvarlige helsetjenester betyr i praksis at eier og ledere skal organisere og tilrettelegge helsehjelpen slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette står fast og er tydeliggjort i oppdatert rundskriv om lederansvar i sykehus², og i oppdatert internkontrollforskrift som har fått tittelen *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Eierstyringen innenfor helseforetaksmodellen reguleres av Helseforetaksloven og utøves gjennom foretaksmøter. Vedtak i foretaksmøter har i henhold til loven status som beslutninger *av vesentlig betydning*, og utdyper bestillingen fra eier ut over det som er gitt av regelverket. Rapporteringen tilbake til eier gis gjennom Årlig melding fra helseforetakene.

¹ Rundskriv I-2002-9 Lederansvaret i sykehus (opphevet)

² Rundskriv I-2013-2 Lederansvaret i sykehus, 28. mai 2013.

2.1.2. Utvikling av et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere

Det systematiske arbeidet med lederutvikling i spesialisthelsetjenesten startet umiddelbart ved iverksetting av sykehusreformen i 2002. På nasjonalt nivå ble *Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak* oppnevnt samme år. Oppdraget var å ha et særlig fokus på toppledere gjennom nasjonalt topplederprogram, halvårige nasjonale direktørsamlinger og andre tiltak av nasjonal karakter. Hensikten var å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten. Forankringen av dette oppdraget regionalt ble formalisert i Foretaksmøtene januar 2004. De regionale helseforetakene fikk da i oppgave å *videreføre sin deltagelse* i styringsgruppen for nasjonal ledelsesutvikling.

Helse Midt-Norge RHF startet også umiddelbart arbeidet med å etablere et felles grunnlag for ledelse. Foretaksgruppens *prinsipper for ledelse* ble utviklet som en del av foretaksgruppens overordnede personalpolitikk³ i 2002 (Appendix B). Prosessen ble kjørt nokså fort gjennom, og utløste en del kritiske kommentarer for liten mulighet til medvirkning i arbeidet. Foretaksgruppens prinsipper for ledelse som ble vedtatt den gangen inneholdt likhetstrekk med lederkravene som ble tydeliggjort 10 år senere i forbindelse med Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak.

Ledelse i Helse Midt-Norge var igjen diskutert i 2005 i forbindelse med foretaksgruppens strategi fram mot 2010. Strategien⁴ omfattet i hovedsak en strukturell avklaring i forhold til sykehus og tjenestetilbud⁵, og sykehusreformens ambisjon om rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunns- og ledelsesmessig ansvar. Prinsippene for ledelse som ble diskutert omfattet i stor grad *samhandling, helhet og et pasientrettet verdigrunnlag*. Medvirkning i prosessen var fremdeles en utfordring i 2005.

Samhandlingsperspektivet var også tema da den overordnede personalpolitikken og prinsippene for ledelse ble revidert i 2008 i forbindelse med gjennomgangen av Regional handlingsplan for strategisk HR 2008 – 2013. Helseforetak og tillitsvalgte stilte seg bak politikken, som skulle videreutvikles og tilpasses lokalt i helseforetakene. Kommentarene i denne runden omfattet utfordringer med vanskelig språk og et omfattende dokument. Friheten som ble gitt til å bearbeide prinsippene for ledelse lokalt i helseforetakene rimet godt med autonomien og fleksibiliteten som det ble tilrettelagt for i regelverket, ref. kap. 2.1.1.

Høsten 2009 startet arbeidet med strategi fram mot 2020. Arbeidet omfattet refleksjon omkring kompetanseutvikling og behovet for synlig og ansvarlig ledelse for å få dette til. Derfor ble det lagt opp til en videre satsing på systematisk lederutvikling og lederstøtte.

³ Styressak 104/02 ([saksframlegg](#)) og Styresak 99/02 ([saksframlegg](#)), ([kommentarer](#)), ([merknader](#)), ([utkast til personalpolitikk](#)).

⁴ Helse Midt-Norge 2010; Styresak 81/05 Helse Midt-Norge 2010-utredning. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 ([saksframlegg](#)) ([vedlegg](#)).

⁵ Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge ([saksframlegg](#)), ([strategi](#))

Strategi 2020 som ble vedtatt i juni 2010 inneholder ingen eksplisitte formuleringer om ledelse. Implisitt berører strategien ledelse på flere punkter:

- 3 av 5 strategiske mål har tema som adresserer ledelse ganske direkte: organisering skal underbygge gode pasientforløp; økonomisk bærekraft; og rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- tiltakene i strategien skal gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk⁶. På området for ledelse betyr det å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten, slik det ble formulert allerede i 2002.
- styret bestiller⁷ egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell.
- styret understreker⁸ betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien.

Styret fikk i april 2011 en orientering⁹ om arbeidet med kompetanse og kapasitet. Orienteringen omfattet blant annet at ledere skal arbeide oppgaveorientert og systematisk med kompetanse- og personalplanlegging, og at det skal gjennomføres tiltak for å styrke og støtte ledere i dette arbeidet. Systematisk utvikling av felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere var ikke en del av dette arbeidet.

Foretaksmøtet i januar 2011 understreket på nytt *betydningen av lederrollen og ledernes rolleforståelse* i arbeidet med å videreutvikle gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen. Styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling ble bedt om å ta initiativ til å lede et arbeid med å utvikle og forankre en egen plattform for ledelse i helseforetakene. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å bidra til arbeidet. Krav til arbeidet var at lederplattformen skulle konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederatferd i helseforetakene, og at den skulle være *et redskap* for å styrke utøvelsen av ledelse i helseforetakene.

Innholdet i lederplattformen ble utformet i samarbeid med nærmere 1000 ledere i landet sykehus, arbeidstakerorganisasjonene¹⁰ og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, og fagpersoner fra ulike kunnskapsmiljøer. Tillitsvalgte og brukere var også invitert til å delta på flere av aktivitetene som prosjektet har gjennomført. Styringsgruppens rapport *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* ble publisert i mai 2012 og inneholdt anbefaling om hvilke nasjonale kjerneverdier og lederkrav som skal utgjøre plattformen for lederskap i spesialisthelsetjenesten. Det var blant annet disse kjerneverdiene og lederkravene de regionale helseforetakene fikk i oppgave å følge opp i Foretaksmøtet 2012.

I april 2013 ble saken behandlet i Helse Midt-Norge RHF sitt styre¹¹. Gjennom vedtaket ba styret helseforetakene i Midt-Norge om å følge opp saken om nasjonal lederplattform, inklusive å tilrettelegge for god ledelse på nivået nærmest pasienten.

⁶ Punkt 11 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

⁷ Punkt 16 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

⁸ Punkt 26 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

⁹ RHF-styresak 42-11 Statusrapport pr. februar 2011.

¹⁰ Den norske legeforening, Det norske sykepleierforbund, Fagforbundet

¹¹ Helse Midt-Norge RHF styresak 31/13

2.1.3. Internrevisjonens aktivitetsplan

Styret i helse Midt-Norge RHF vurderer hvert år internrevisjonens aktivitetsplan ut fra en risiko- og vesentlighetsvurdering. Tema *ledelse* ble tatt inn i planen i 2010 som fokusområde for perioden 2011 – 2012. I 2011 ble oppgaven definert videre til å skulle undersøke hvordan lederskap utøves i foretaksgruppen. I 2012 ble oppgaven bestemt utsatt med tanke på en ny vurdering igjen for perioden 2013 – 2015. Saken ble ikke avklart i 2013, men fikk i 2014 en tentativt plan for gjennomføring i 2015/2016. Denne planen ble endret på nytt i 2015, med tentativ gjennomføring i 2016-2017 og med rammer for ledelsen og utøvelse av ledelse som mulige innretninger for revisjonen. Revisjonen startet i 2017.

2.2. Problemstilling

Problemstillingen i revisjonen er orientert omkring Helse Midt-Norge RHF sitt styrevedtak i sak 31/13. Vedtaket gikk ut på å sikre at de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene blir gjort til et felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge, og at det legges vekt på ledelse nærmest pasientbehandlingen (se Figur 1).

Revisjonen har ønsket å undersøke hvor langt arbeidet har kommet på alle punktene i styrets vedtak og å komme med anbefalinger får å bidra til å ta prosessen ett steg videre. Den målsetningen mener revisjonslaget å ha oppnådd.

2.3. Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet:

- de 4 ledelsesnivåene i Helse Møre og Romsdal HF
- strategiske føringer og oppdrag fra eier

2.4. Revisjonsgrunnlaget og kriteriene

Grunnlaget for revisjonen har vært:

- det regionale helseforetakets styrevedtak i sak 31/13 om Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak.
- Rapporten Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak, mai 2012.
- Helseforetaksloven
- Lov om spesialisthelsetjenester
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren

Revisjonskriteriene som er utledet fra styrevedtak i sak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF følger strukturen i vedtaket. Kriteriene er ikke formulert på annen måte enn ordlyden i vedtaket. Vedtaket er gjengitt i sin helhet Figur 1.

Revisjonskriteriene er utdypet med grunnlag i:

- Spesialisthelsetjenestelovens §3-4a om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren
- NS-EN 15224: 2016 og har tittel *Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester.*

Revisjonen har også lagt vekt på at de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene, samt anbefalingene i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*, er godt forankret i alle de fire helseregionene, og at de inngikk i de regionale helseforetakenes svar på oppgaven som Helse og Omsorgsdepartementet ga gjennom Foretaksprotokollen i 2011.

Revisjonen har også tatt hensyn til hvordan krav til ledelse har blitt tydeliggjort i forskrift og anerkjente standarder:

- Ny forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. Forskriften utgjør det rettslige grunnlaget for kravene til internkontroll på sektoren, og stiller tydeligere krav til den øverste ledelsen når det gjelder systematisk styring og medarbeidernes medvirkning. Systematikken knyttet til oppfølgingen av eiers styringskrav er derfor vektlagt i revisjonen.
- Tilsvarende har økte krav trådt i kraft gjennom oppdaterte internasjonale standarder for ledelsessystemer. Standardene har relevans for vurderingene i denne revisjonen fordi de er godkjent i Norge og angir hvordan systematisk styring og ledelse skal forstås i europeisk sammenheng. Relevant standard for denne revisjonen er NS-EN 15224: 2016.

ANBEFALINGER

1. Bruk av lederkravene

Lederkravene i en utarbeidet kortversjon må gjøres kjent for alle ledere og medarbeidere i spesialisthelsetjenesten. Foretakene må utforme lokaltilpassede opplegg for innarbeidelse av plattformens innhold i videre arbeid med rekruttering, lederutvikling og lederevaluering.

2. Førstelinijeledelse

Prosjektet avdekker store utfordringer for førstelinijeledere. Det anbefales sterkt at de regionale helseforetakene videreutvikler og styrker lederutviklingstiltak for førstelinijeledere. Det bør utarbeides en felles mal for mottak, opplæring, utvikling og oppfølging av førstelinijeledere som foretakene kan ta utgangspunkt i når det skal lages lokale tiltak.

3. Livsløpsperspektiv på ledelse

Det er igangsatt viktige prosesser i flere foretak og regioner på ulike deler av ledelsesforløpet fra rekruttering og talentutvikling til etterfølgerplanlegging. Dette arbeidet bør samordnes og videreføres. Et livsløpshjul for ledelse som dekker alle faser av lederkarrieren bør utvikles.

4. Nasjonalt rammeverk for lederkravene

Med utgangspunkt i det arbeidet som allerede er lagt ned i nasjonal lederplattform, og inspirert av det rammeverk som National Health System (NHS) i Storbritannia har laget, anbefaler prosjektet at det jobbes videre med ytterligere konkretisering og operasjonalisering av en samlet modell og et felles rammeverk for ledelse i spesialisthelsetjenesten. Medarbeidere og ledere ser ut til å mangle et overgripende bilde, en samlet modell og et tydelig referansepunkt for hva ledelse i helseforetak skal være. Et slikt rammeverk vil kunne gi det samlede lederskapet i spesialisthelsetjenesten identitet og løft, og bør legges til grunn for alle ledelsesmessige prosesser: rekruttering, opplæring, videreutvikling og evaluering av ledere i helseforetak.

5. Lederkravene i profesjonsutdanningene

Ledelsesfaglige temaer og nasjonale lederkrav bør introduseres i de formende år mens man er under utdanning. En helsefaglig identitet må være bygget på kunnskap om hvordan man samlet sett kan drive en god og sammenhengende helsetjeneste til beste for pasienten. Prosjektet anbefaler at det tas initiativ til å innføre de nasjonale lederkravene i studentundervisningen ved universitet og høyskoler som utdanner til helse- og medisinskfaglige profesjoner.

Figur X (ref. de enkelte rapportene): Prosjektet *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* utarbeidet 5 anbefalinger om ledelse i helseforetak.

3. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger – Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF behandlet saken om nasjonal lederplattform den 12. juni 2013 i styresak 29/13 *Nasjonal lederplattform – oppfølging i Helse Nord-Trøndelag*. Styret tok administrerende direktørs redegjørelse til orientering.

Helse Nord-Trøndelag HF var i gang med konkrete tiltak innen lokal og nasjonal lederopplæring allerede i 2008. I perioden etterpå er det fulgt opp med regionale ledersamlinger for erfaringsdeling, utvikling av støttefunksjoner for bl.a. for å frigjøre tid til ledelse, og videreutvikling av ledelsessystemet for kvalitet. Det er nylig implementert IT-verktøy for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling, og tiltak for ledermobilisering og mottak av nye ledere er i oppstartfasen.

Nasjonal ledelsesutvikling har pekt på nødvendigheten av å ha både teoretisk, praktisk og personlig innsikt for å takle dilemmaer som helseledere står i. Internrevisjonen kan bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF har arbeidet aktivt for å gi ledere slik innsikt i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og Nasjonal ledelsesutvikling. Det gjenstår imidlertid å videreutvikle dette arbeidet i en systematisk og regelmessig praksis for å gi ledere personlig innsikt om ledelse, og en målforankret utviklingsplan ut over det man kan forvente gjennom en generell medarbeidersamtale.

Internrevisjonen finner at kjerneverdiene er godt kjent blant ledere og at de nasjonale lederkravene er mindre kjent. Årsaken er etter internrevisjonens vurdering at kjerneverdiene er kommunisert tydeligere, og at lederkravene ikke er systematisk tatt i bruk i praktisk arbeid med lederutvikling.

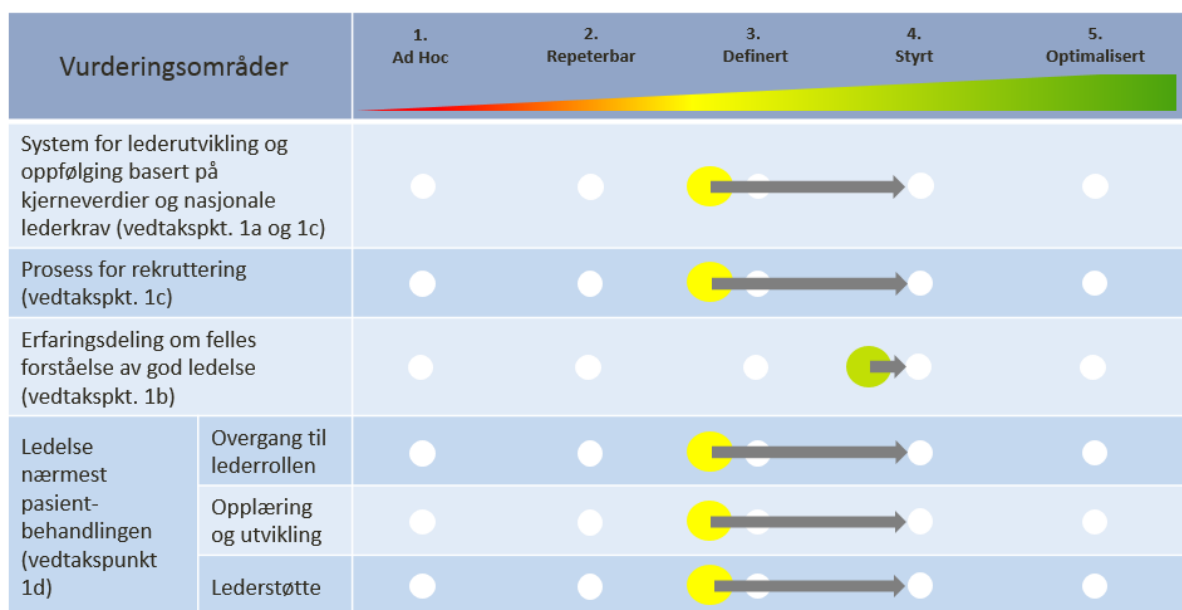
Internrevisjonen kan på overordnet nivå ikke bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF er i mål med hensyn til intensjonen i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*: å utvikle et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos ledere til å håndtere krevende eksterne og interne utfordringer.

Figur 2 (neste side) illustrerer konklusjonen for de ulike områdene nevnt styrevedtak 31/13. Flere av områdene når ikke helt opp til nivået *definert*, først og fremst fordi lederkravene ikke er tatt i bruk systematisk i en lederutviklingsprosess (en ledervariant av medarbeidersamtalen).

For å få ut effekt av tiltakene som er startet gir internrevisjonen følgende overordnede anbefalinger:

- Videreutvikle lederopplæringen for å sikre felles forståelse av god ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Lederopplæringen bør omfatte ledelsesprinsippene i Helse Midt-Norges personalpolitikk, og kunnskap om viktige prinsipper i normgivende kilder for ledelse og ledelsessystemer.
- Tilpasse prosessen for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling slik at den blir bedre egnet for lederutvikling. Prosessen må være målforankret og basert på kjerneverdiene og de nasjonale lederkravene. Prosessen må lede til individuelle utviklingsplaner for ledere og ivareta ulike kliniske behov.

Ved å implementere anbefalingene mener internrevisjonen at Helse Nord-Trøndelag HF kan oppnå *definert* nivå relativt raskt, og *styrt* nivå på litt lenger sikt. Tiltakene vil etter internrevisjonens syn bidra til å forsterke effekten av de tiltakene Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og Nasjonal ledelsesutvikling.



● Vurdering av dagens nivå i en modenhetsskala på 5 nivå.
 → Forventet effekt av internrevisjonens anbefalinger.

Figur 2: Figuren illustrerer 5 modenhetsnivå tilsvarende en forenklet bruk av rammeverket Capability Maturity Model (CMM). Helse Nord-Trøndelag HF sitt modenhetsnivå i forhold til styringssignalene gitt i styrevedtak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF, er i ferd med å nå nivået Definert. Nivået Styr kan oppnås gjennom å iverksette revisjonens anbefalinger. Forklaring til de ulike nivåene er gitt nedenfor:

1. Ad Hoc: Lederutviklingsprosessen er ad hoc og til tider kaotisk. Ingen systematikk eller systematisk målforankring.
2. Repeterbar: Enkelte lederutviklingsprosesser er bruk for å gi opplæring, kompetanse og bevissthet omkring lederutvikling.
3. Definert: Det eksisterer en komplett standardprosess for lederutvikling og lederoppfølging i organisasjonen.
4. Styr: Prosessen er forutsigbar. Helseforetakene har satt kvalitetsmål både for lederutviklingsprosessen og resultat av prosessen.
5. Optimalisert: Helseforetakene evaluerer og forbedrer prosessen kontinuerlig.

På de neste sidene er det satt opp en tabellarisk oversikt over revisjonsresultatene og revisjonens anbefalinger.

Tabell 1: Hovedfunnene i forhold til tema i vedtakspunkt 1 a) – d) i Helse Midt-Norge RHF sin styresak 31/13 om Nasjonal lederplattform.

Punkt i styre-vedtak	Status	Kommentar
1a) de nasjonale kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Bekreftes	Kjerneverdiene er referert, drøftet og kommunisert i blant annet underlagsdokument for framtidig organisering (fase 1, 25. nov. 2016) og i <i>Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – planperiode 2018 – 2022 og framtidsutsikter mot 2035</i> . Kjerneverdiene er også lett tilgjengelige og tydelig kommunisert via helseforetakets intranettsider Innblikk. De er innarbeidet i svært mange av helseforetakets styringsdokumenter og i det lokale lederutviklingsprogrammet (LUP). Intervjuede ledere kjenner til kjerneverdiene.
1 a) de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Kan ikke bekreftes	Intervju og dokumentgjennomganger har vist at de nasjonale lederkravene er vesentlig mindre kjent enn de nasjonale kjerneverdiene. Ledere praktiserer jevnt over ikke en målforankret, systematisk og regelmessig refleksjon basert på lederkravene, som en basis for individuelle utviklingsplaner. Helse Nord-Trøndelag HF har imidlertid iverksatt flere tiltak i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF som er tilrettelagt for å etablere en slik praksis relativt raskt.
1b) erfaringsdeling	Delvis bekreftet	Helse Nord-Trøndelag HF har utviklet og gjennomført egne tiltak og deltatt i nasjonale og regionale aktiviteter for å dele erfaringer og utvikle felles forståelse for god ledelse i helseforetak. Intervjuene gir en oppfatning av at det er få tverrfaglige arenaer for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse for ledere på nivå 3 og 4
1b) felles forståelse	Kan ikke bekreftes	Intervjuene avdekker betydelig variasjon i oppfatningen av ledelse og prosessen for lederutvikling. Internrevisjonen har derfor vurdert at gjennomførte tiltak i nåværende form ikke har vært effektive, og at det er vesentlig å fullføre systematikken i lederutviklingsprosessen.
1c) at det etableres et system for lederrekruttering	Delvis bekreftet	Intervjuene viser at det har vært en viss terskel for å gå inn i rollen som leder. Rekruttering har i stor grad drevet av driftsmessige behov med konstituert leder som løsning. Helse Nord-Trøndelag HF har sluttet seg til ledermobiliseringsprogrammet. Kapasiteten i programmet er foreløpig begrenset. Supplerende tiltak kan være nødvendig.
1c) system for utvikling og oppfølging	Delvis bekreftet	Helse Nord-Trøndelag HF har planlagt og utført viktige tiltak for opplæring og erfaringsdeling rettet mot ledere siden 2008. Planene er evaluert og kontinuerlig videreutviklet. Prosesser for ledermottak, en systematisk, regelmessig og målforankret refleksjon omkring hver enkelt leders plan for utvikling, og oppfølging av en slik plan, er imidlertid ikke satt i system ut over generelle medarbeidersamtaler.
1d) styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen	Delvis bekreftet	Det er utført tiltak for å styrke ledelse nærmest pasienten. Tiltakene omfatter støtte og oppfølging fra overordnet leder, opplæring og lederstøtte. Intervjuene viser imidlertid at opplevelsen av støtten er personavhengig og variabel. Internrevisjonen kan derfor ikke fullt ut bekrefte at tiltakene har vært effektive.

Tabell 2: Tabellen viser en mer detaljert framstilling av de overordnede anbefalingene fra revisjonen. Kapittelreferansene viser til mer utførlig beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Hva	Kap.*
Fortsatt legge anerkjent standard til grunn for systematisk videreutvikling av ledelsessystemet i helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag HF kan vurdere om det er hensiktsmessig å benytte sektorspesifikke versjonen av ISO-9001 standarden (NS-EN 15224:2016) fremfor den generelle standarden (NS-EN 9001:2015).	3.1.5
Videreutvikle kvalitetspolitikken (EQS ID 22847) slik at den oppfyller punkt 5.2 Policy i NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester.	3.1.5
Tilpasse IT-verktøyet Kompetanseportalen slik at det kan brukes til en systematisk og regelmessig ledervariant av medarbeidersamtalen. Tilpassingen bør sikre: - at ledere kan reflektere over egne utviklingsbehov basert på ledeordene definert ved de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene. - at refleksjonen utføres som en årlig prosess; først på egen hånd, deretter i samråd med ledere på samme nivå (hvis aktuelt), og til sist sammen med overordnet leder (målforankring). - at resultatet av refleksjonen kan dokumenteres i form av en egen utviklingsplan. - at verktøyet kan generere data for egen KPI om lederutvikling	3.2.5
Sikre at den enkelte leder selv tar ansvar for å gjennomføre ledervarianten av medarbeidersamtalen, og at refleksjonen omfatter: - målforståelse - oppdatert utfordringsbilde - gjeldende kompetanseplaner	3.2.5
Sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med overordnet leder (90-graders evaluering).	3.2.5
Sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med sideordnet leder når det er hensiktsmessig (180-graders evaluering). Kan ha betydning i forbindelse med organisasjonsutvikling og utvikling av standardiserte pasientforløp.	3.2.5
Sikre at overordnede ledere opparbeider seg ferdigheter til å reflektere sammen med underordnet leder på en støttende måte.	3.2.5
Sikre at overordnede ledere følger opp at underordnede ledere vedlikeholder en individuell utviklingsplan regelmessig.	3.2.5
Videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring i <i>pliktene og oppgavene</i> som er nedfelt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	3.3.4
Videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring i prinsipper og krav som er nedfelt i NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2016 for helsetjenester, eller tilsvarende.	3.3.4
Ta initiativ til en tilsvarende opplæring i regionale samarbeidet omkring ledelse, og spesifikt for toppledere i Nasjonalt topplederprogram.	3.3.4
Arbeide videre med risikobasert etterfølgerplanlegging.	3.3.4
Videreføre systemtiltak som sikrer førstelinjeledere tid til strategisk arbeid, forbedringsarbeid og personalledelse ved siden av løpende driftsoppgaver.	3.5.5

* Henvisning til kapitler i den fullstendige rapporten til Helse Nord-Trøndelag HF

4. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger – Helse Møre og Romsdal HF

Styret i Helse Møre og Romsdal HF Styret fikk orientering gjennom vedlegg 9 i HMR-styresak 24/13 om RHF-styrets vedtak i sak 31/13 vedr. Nasjonal lederplattform.

Helse Møre og Romsdal har fram til 2016 arbeidet samlingsbasert med lederutvikling. I perioden etter 2016 har helseforetaket arbeidet videre med planlegging av lederutvikling gjennom *delprosjekt 4 i organisasjonsutviklingsprosjektet* som ble gjennomført i forbindelse med omorganisering til tverrgående klinikkstruktur i 2016.

Konklusjon: Internrevisjonen kan ikke bekrefte at Helse Møre og Romsdal HF har kommet i mål med å operasjonalisere eiers oppdrag gitt i styresak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF. Konklusjonen er utarbeidet på grunnlag av dokumentgjennomganger, kvantitative analyser i prosessen for avviksbehandling, og intervjuer.

Hovedfunn som underbygger konklusjonen er:

- Helse Møre og Romsdal HF har fram til 2016 gjennomført samlingsbasert lederutvikling. De fleste ledere som internrevisjonen har snakket med refererer til denne lederutviklingen på en positiv måte og beskriver et behov for å videreføre lederutvikling i en eller annen form. Internrevisjonen har reagert på at en samlingsbasert tilnærming til lederutviklingen ikke har ført til en praktisk og systematisk bruk av lederkravene, og følgelig at samlingsbasert tilnærming alene ikke har vært et effektivt virkemiddel for å operasjonalisere lederkravene.
- Helseforetaket har i utviklingsplan for perioden 2019-2022; 2035 selv påpekt et (seksjon 5.2) behov for bl.a. å kvalitetssikre og standardisere lederopplæringen. Internrevisjonen vil i denne sammenhengen peke på innføringen av *Kompetanseportalen* som har funksjonalitet til å møte dette behovet. Ved å etablere de nasjonale lederkravene som formkrav til dokumenterte utviklingsmål for ledere, og ved å følge arbeidsprosessen i verktøyet, vil helseforetaket relativt raskt kunne svare ut oppdraget gitt i RHF-styrevedtak 31/13.
- Det er vesentlig at Helse Møre og Romsdal HF nyttiggjør seg *Kompetanseportalen* i lederutviklingen. Verktøyet ble opprinnelig utviklet for systematisk og kontinuerlig kompetanseplanlegging for legeressursene (RHF-styresak 72/12), men dekker også behovet for systematisk og kontinuerlig lederutvikling. Det er potensial både for økt gevinstrealisering knyttet til investeringen, og for å møte krav til kompetanse og opplæring i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (§ 6f) og krav til lederskap og kompetanse i ISO 9001:2015 Ledelsessystemer for kvalitet.
- *Kvalitet i prosess* er ett av elementene i kjerneverdien *kvalitet* (*Kvalitet i resultat* er det andre). Revisjonen har omfattet en kvantitativ analyse av kvaliteten i prosessen for avviksbehandling. Resultatet viser at personalet som melder gjør det med en tilfredsstillende kvalitet. Den videre meldingsbehandlingen som uten tvil er et lederansvar, har ikke tilfredsstillende kvalitet. Internrevisjonen har gitt en anbefaling om at denne svært sentrale prosessen for helseforetaket bør etableres som kompetansekrav for ledere.

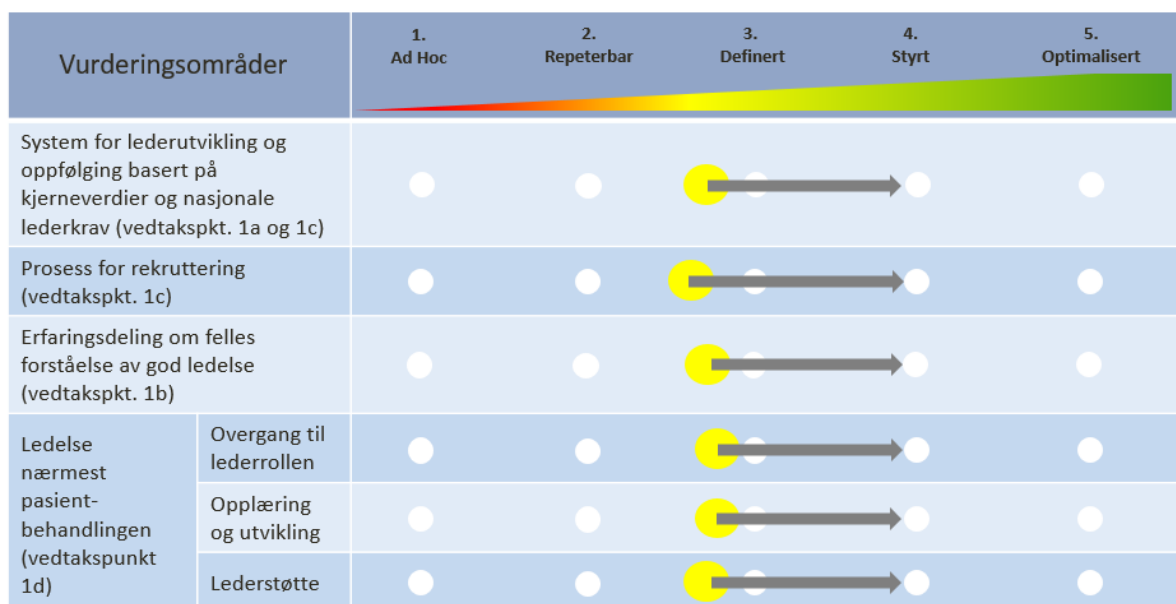
Figur 2 oppsummerer og illustrerer konklusjonen for punktene styrevedtak 31/13.

Revisjonskonklusjonen betyr at helseforetaket i denne omgangen ikke oppnår modenhetsnivå *definert*, som krever en komplett og standardisert prosess.

Internrevisjonen vil gi følgende anbefalinger:

- Helse Møre og Romsdal HF bør etablere kjerneverdiene, de nasjonale lederkravene og sektorspesifikk versjon av NS-EN ISO 9001:2015 (NS-EN 15224:2016) som kompetansekrav for ledere.
- Helse Møre og Romsdal HF bør utnytte Kompetanseportalen for å iverksette en systematisk, kontinuerlig og dokumentert lederutviklingsprosess, med felles målforståelse som et sentralt element, og med de nasjonale lederkravene som formkrav til ledernes utviklingsplaner.

Ved å gjennomføre anbefalingene mener Internrevisjonen at Helse Møre og Romsdal HF kan oppnå definert nivå relativt raskt og styrt nivå på litt lenger sikt.



● Vurdering av dagens nivå i en modenhetsskala på 5 nivå.
→ Forventet effekt av internrevisjonens anbefalinger.

Figur 3: Figuren illustrerer 5 modenhetsnivå tilsvarende en forenklet bruk av rammeverket Capability Maturity Model (CMM). Helse Møre og Romsdal HF sitt modenhetsnivå i forhold til styringssignalene gitt i styrevedtak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF, er i ferd med å nå nivået Definert. Nivået Styrt kan oppnås gjennom å iverksette revisjonens anbefalinger. Forklaring til de ulike nivåene er gitt nedenfor:

1. Ad Hoc: Lederutviklingsprosessen er ad hoc og til tider kaotisk. Ingen systematikk eller systematisk målforankring.
2. Repeterbar: Enkelte prosesser er brukt for å gi opplæring, kompetanse og bevissthet omkring lederutvikling.
3. Definert: Det eksisterer en komplett standardprosess for lederutvikling og lederoppfølging i organisasjonen.
4. Styrt: Prosessen er forutsigbar. Helseforetakene har satt kvalitetsmål både for lederutviklingsprosessen og resultat av prosessen.
5. Optimalisert: Helseforetakene evaluerer og forbedrer prosessen kontinuerlig.

Nedenfor er det satt opp en oversikt over revisjonsresultatene og revisjonens anbefalinger. Tabell 1 viser en oversikt over sentrale observasjoner og vurderinger for vedtakspunkt 1 a) –d) i styrevedtak 31/13. Vedtakspunktene 1 e) og f) rapporteres i samlerapport til Helse Midt-Norge RHF. Tabell 2 Tabell 4 gir en mer detaljert framstilling av revisjonens overordnede anbefalinger med kapittelreferanser til mer utførlige beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Tabell 3: Hovedfunnene i forhold til tema i vedtakspunkt 1 a) – d) i Helse Midt-Norge RHF sin styresak 31/13 om Nasjonal lederplattform.

Punkt i styre-vedtak	Status	Kommentar
1a) nasjonale kjerneverdier utgjør et felles grunnlag for ledelse	Delvis bekreftet.	Intervjuene viser at adm. direktørs kommunikasjon av kjerneverdiene er oppfattet på alle ledernivå. Kjerneverdiene inngår i foretaksovergripende stillingsbeskrivelser for ledernivå 3 og 4 med unntak av nivå 4 ved Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kjerneverdiene inngår ikke i stillingsbeskrivelser for ledere på nivå 2. Test av kjerneverdien <i>Kvalitet i prosess</i> i prosessen for avviksbehandling viser god meldekvalitet og mangelfull behandlingskvalitet.
1 a) de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Kan ikke bekreftes	De nasjonale lederkravene er ikke effektivt operasjonalisert som et felles grunnlag for ledelse. Det arbeides ikke systematisk og kontinuerlig med kravene. Foretaksovergripende stillingsbeskrivelser er ikke komplette med hensyn til de nasjonale lederkravene. Revisjonen finner imidlertid en klar kommunikasjon fra øverste leder og ut i organisasjonen. Helseforetaket har nå innført verktøyet Kompetanseportalen som gjør det mulig å operasjonalisere kravene effektivt. Tiltaket inngår i utviklingsplanens hovedstrategi 1.
1b) erfaringsdeling	Kan ikke bekreftes	Erfaringsdeling skjer, men aktiviteten har ikke bidratt til en effektiv operasjonalisering av kjerneverdiene og de nasjonale lederkravene. Analyse av ledernes leveranser i avviksprosessen synliggjør et klart forbedringspotensiale for kjerneverdien <i>kvalitet i prosess</i> .
1b) felles forståelse	Delvis bekreftet	Delprosjekt 4 i OU-prosjektet etter reorganiseringen i 2016 har bidratt til en viss felles forståelse av ledelse i helseforetaket. Systematisk og kontinuerlig lederutvikling i Kompetanseportalen er tiltakssatt i utviklingsplanen, men foreløpig ikke gjennomført og evaluert (se rad 2 ovenfor).
1c) at det etableres et system for lederrekruttering	Delvis bekreftet	Intervjuene viser at lederrekrutteringen ikke oppfattes som systematisk. 25% (5/20) av de intervjuede lederne ble ledere gjennom å bli konstituert i rollen først. Ledermobiliseringsprogrammet og etablering av kompetansekrav for nye ledere er imidlertid tiltak av nyere dato som bidrar til økt systematikk. Omfanget av tiltakene er ennå for lite til at revisjonen kan bekrefte effekten for styret.
1c) system for utvikling og oppfølging	Kan ikke bekreftes	Mange ledere oppgir at de ikke har hatt medarbeidersamtale med overordnet leder på lenge eller aldri. Topplederprogrammet benyttes, og ledere ønsker å gjenoppta lokalt lederutviklingsprogram. Liten effekt av samlingsbasert utvikling og lite omfang av kontinuerlig og systematisk oppfølging gjør at kravet foreløpig ikke kan bekreftes. God mulighet for bekreftelse ved systematisk, kontinuerlig og dokumentert oppfølging gjennom Kompetanseportalen.
1d) styrke ledelse nærmest pasient-behandlingen	Delvis bekreftet	Ledere oppgir at de støtter hverandre på eget initiativ, men at omfanget av systematisk lederstøtte er lavt. Flere oppgaver og større ansvar etter omorganiseringen gir mindre tid til ledelse. Leder på 100% oppgir at det er nok til ledelse. Det er utviklet rapporteringsverktøy som gir ledere muligheter for økonomisk analyse.

Tabell 4: Tabellen viser en mer detaljert framstilling av de overordnede anbefalingene fra revisjonen. Kapittelreferansene viser til mer utførlig beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Hva	Kap.*
Nasjonale lederkrav, kjerneverdier og NS-EN 9001:2015 som kompetansekrav for ledere på alle nivå. Vurder om sektorspesifikk standard NS-EN 15224:2016 om ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester er mer hensiktsmessig for helseforetaket enn den generelle ISO 9001-standard.	3.1.5 3.2.3
Alle ledere gjennomfører lederutviklingssamtale i henhold til prosess i Kompetanseportalen. Alle dokumenterer resultatet som arbeids- og utviklingsmål for ledere. Benytt nasjonale lederkrav og kjerneverdiene som formkrav til dokumentasjonen.	3.1.5 3.2.3
Nasjonale lederkrav og kjerneverdiene i alle stillingsbeskrivelser for ledere.	3.1.5 3.2.3
Sørg for bedre kvalitet i avviksprosessen bl.a. ved å forbedre arbeidet med årsaksanalyse, systematisk håndtering av korrigerende tiltak og evaluering av tiltakenes effekt.	3.1.5
Bedre sammenheng mellom rollen <i>dokumentgodkjenner</i> i EQS, organisasjonskartet og/eller gyldig fullmakt.	3.1.5
Bedre kobling mellom avviksprosessen, vedlikehold av interne styringsdokumenter og opplæring.	3.1.5
Tydeliggjøre nasjonale lederkrav i personalpolitikk og kvalitetspolitikk.	3.2.3
Prioritere bruk av Kompetanseportalen i arbeidet med systematisk og kontinuerlig lederutvikling. Benytt dokumenterte utviklingsmål som inngangskriterium for deltakelse i samlingsbasert lederutvikling.	3.3.4 3.4.3
Etabler og forankre klare overordnede mål for organisasjonen. Etabler tydelige sammenhenger mellom overordnede mål og mål langs de ulike lederlinjene.	3.3.4
Avklar om ledere skal ha totalansvar og inkluder tema i arbeids- og utviklingsmål for ledere som har behov for det. Sørg for at totalansvaret defineres, kommuniseres og kan gjennomføres.	3.3.4 3.5.2
Sikre at nasjonale lederkrav og kjerneverdiene inngår i alle stillingsbeskrivelser.	3.3.4
Etabler veiledning for hvordan ledere skal arbeide med lederkravene gjennom lederutviklingssamtalen, både som overordnet leder og underordnet leder.	3.3.4

* Henvisning til kapitler i den fullstendige rapporten til Helse Møre og Romsdal HF

5. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger – St. Olavs hospital HF

Styret ved St. Olavs Hospital HF fikk en redegjørelse i sak 27/13 om plan for oppfølging av RHF-styrets vedtak i sak 31/13. Planen omfattet lederutvikling basert på kurs, samlinger og individuell veiledning. Internrevisjonen trekker konklusjon om at det har vært for lite fokus på det individuelle og systematiske arbeidet i lederutviklingen. Det er relativt mange ledere i revisjonsomfanget som forklarer at de ikke har et aktivt forhold til de nasjonale lederkravene. Ingen av de vurderte stillingsbeskrivelsene reflekterer lederkravene. Helseforetakets personalpolitikk EQS ID 5274 omfatter prinsipper for ledelse men er heller ikke oppdatert til å reflektere nasjonale lederkrav.

Et av tiltakene i Regional handlingsplan for strategisk HR 2015 – 2016 var etablering av IT-verktøyet *Kompetanseportalen*. Verktøyet er tilrettelagt for å etablere og kontinuerlig evaluere og videreutvikle utviklingsmål for ledere i fase med prosessen for medarbeidersamtale. Kompetanseportalen er tatt i bruk ved St. Olavs hospital HF, men den systematiske arbeidsprosessen med etablering og vedlikehold av utviklingsmål for ledere har ikke kommet i gang.

Strategi 2030 knytter ledelse til to av fire strategiske mål (se. kap 3.1.2). Revisjonen kan bekrefte at arbeidet med rekruttering og mottak av nye ledere utvikler seg positivt i forhold til delmålet «*Vi rekrutterer, utvikler og beholder høyt kompetent personell*». Ledermobiliseringsprogram¹² og introduksjonskurs for ledere i Kompetanseportalen er viktige tiltak på dette området. Revisjonen kan imidlertid ikke bekrefte at lederutviklingen gjennomføres systematisk i tråd med eierstyringen. Etter revisjonens vurdering har balansen mellom samlingsbaserte tiltak og systematisk individuell refleksjon om egen lederutvikling vært skjev.

De nasjonale lederkravene er ikke reflektert hverken i *Regional utviklingsplan 2019 – 2022 (2035)* eller i *Utviklingsplan 2019 – 2035* ved St. Olavs hospital HF. Utviklingsplanene synliggjør et behov som tilsvarer innholdet i de nasjonale lederkravene. Planen ved St. Olavs hospital HF viser ensidig til lederutviklingsprogrammer, mens den regionale planen legger vekt på å strukturere og formalisere krav som kan bidra til å øke lederes og ledergruppers kompetanse. De nasjonale lederkravene og bruk av Kompetanseportalen er imidlertid ikke nevnt i noen av planene. Det gis derfor en anbefaling om å intensivere arbeidet med å etablere og vedlikeholde utviklingsmål for ledere gjennom bruk av Kompetanseportalens prosess for medarbeidersamtaler. Utviklingsmålene må etableres med formkrav lik de nasjonale lederkravene.

De nasjonale kjerneverdierne er godt kjent blant kun 3 av 16 ledere som deltok i revisjonen. Revisjonen har også testet om verdiene har materialisert seg i faktisk handling. Testen ble utført for kjerneverdien *kvalitet*, og nærmere bestemt for *kvalitet i prosessen for behandling av avvik*. Prosessen er sentral i helseforetakets arbeid med kontinuerlig forbedring. Resultatene viser at personalet som melder avvik gjør det på en tilfredsstillende måte. Den videre meldingsbehandlingen svikter imidlertid betydelig. Årsaksanalyse, kontroll av relevante styringsdokumenter, kontroll av opplæring og systematiske håndtering av tiltak var til dels svært mangelfullt utført. Kvalitet i denne prosessen er et lederansvar som etter revisjonens vurdering ikke er godt nok etablert ved helseforetaket.

¹² Et avklarings- motivasjons og utviklingsløp for medarbeidere som har interesse og potensial for ledelse.

Det er også gjort en vurdering av ledelsens gjennomgåelse på foretaksnivå. Gjennomgåelsen er godt forankret i den øverste ledelsen ved helseforetaket. Gjennomføringen avviker imidlertid fra norm for ledelsens gjennomgåelse. Vesentlige mangler er fravær av tema økonomi og internkontroll innenfor regnskap og bokføring, manglende knytning til strategisk retning og manglende fokus på betydningen av oppdaterte styringsdokumenter og opplæring.

Oppgaven om å ta i bruk den nasjonal lederplattform som verktøy i rekruttering, oppfølging og utvikling av ledere ble gitt under Foretaksmøtet med HMN RHF den 15. februar 2012. Styret ved St. Olavs hospital HF behandlet saken den 19. september 2013 (sak 27/13) med utgangspunkt i RHF-styrets vedtak i sak 31/13. Styret mottok en grundig redegjørelse om bakgrunnen for saken og helseforetakets planer videre (*Plan for lederutvikling - Synlig og ansvarlig ledelse ved St. Olavs Hospital 2014 – 2017*). Styret sluttet seg til ADs innstilling med følgende vedtak:

Styret tar rapporten "Nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene" og rundskrivet "Lederansvaret i sykehus" til etterretning, og slutter seg til administrerende direktørs planer for oppfølging i periode 2014 - 2017.

Planen for lederutvikling har omfattet kurs, samlinger og individuell veiledning.

Revisjonen kan bekrefte at RHF-vedtak 31/13 er fulgt grundig opp med stor vekt på det teoretiske fundamentet for ledelse, nettverksbyggingen og praktiske verktøy som er relevant for ledere. En prosess for å etablere, dokumentere og følge opp individuelle utviklingsmål basert på nasjonale lederkrav ser imidlertid ut til å mangle.

På neste side beskrives revisjonsresultatene og revisjonens anbefalinger i tabeller. Tabell 5 viser en oversikt over sentrale observasjoner og vurderinger for vedtakspunkt 1 a) –d) i styrevedtak 31/13.

Tabell 6 gir en mer detaljert framstilling av revisjonens overordnede anbefalinger med kapittelreferanser til mer utførlige beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Tabell 5: Hovedfunnene i forhold til tema i vedtakspunkt 1 a) – d) i Helse Midt-Norge RHF sin styresak 31/13 om Nasjonal lederplattform.

Punkt i styre-vedtak	Status	Kommentar
1a) nasjonale kjerneverdier utgjør et felles grunnlag for ledelse	Ikke bekreftet	3 av 16 ledere som deltok i revisjonen kjenner kjerneverdiene godt. En test av kvaliteten i deler av forbedringsprosessen viser kvalitetsbrist på strategisk viktige trinn i prosessen (avviksmeldinger, kontroll av styringsdokumenter, opplæring). Kjerneverdiene inngår i lokalt lederutviklingsprogram <i>Synlig og ansvarlig ledelse</i> .
1 a) de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Ikke bekreftet	Om lag en tredjedel av lederne forklarer at de kjenner lederkravene. Flere av de som kjenner kravene forklarer at de ikke benytter kravene aktivt. Lederkravene inngår i lokalt lederutviklingsprogram <i>Synlig og ansvarlig ledelse</i> , men inngår ikke i stillingsbeskrivelser for ledere.
1b) erfaringsdeling blant ledere	Ikke bekreftet	Erfaringsdeling gjennomføres som en del av samlingsbaserte tiltak. Manglende fokus på de nasjonale lederkravene gjør at vedtakspunktet ikke kan bekreftes.
1b) felles forståelse for ledelse i StO.	Ikke bekreftet	Erfaringsdeling gjennomføres som en del av samlingsbaserte tiltak. De nasjonale lederkravene er lite kjent og lite brukt, gjør at vedtakspunktet ikke kan bekreftes.
1c) at det etableres et system for leder-rekruttering	Bekreftet	Ledermobiliseringsprogrammet og etablering av kompetansekrav for førstegangsledere er tiltak av nyere dato som bidrar til økt systematikk. Omfanget av tiltakene er begrenset og gjelder ikke ledere på høyere nivå. Mottak av nye ledere er satt i system gjennom bruk av Kompetanseportalen.
1c) system for utvikling og oppfølging	Delvis bekreftet	Kompetanseportalen er tatt i bruk. Det gjenfinnes imidlertid ikke dokumentasjon på systematisk etablering og vedlikehold av utviklingsmål for ledere. Lederutviklingsprogrammet har ikke hatt tilstrekkelig effekt med hensyn til innføring av de nasjonale lederkravene som standard.
1d) styrke ledelse nærmest pasient-behandlingen	Ikke bekreftet	Kontrollspenn for førstelinjeledere er fremdeles høyt og i flere tilfeller høyere enn det overordnede strategiske målet på 30. Sviktende kvalitet i prosessen for avvik, korrigerende tiltak, vedlikehold av styringsdokumenter og opplæring kan tyde på manglende lederstøtte.

Tabell 6: Tabellen viser en mer detaljert framstilling av de overordnede anbefalingene fra revisjonen. Kapittelreferansene viser til mer utførlig beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Hva	Kap.*
Revisjonen anbefaler å intensivere arbeidet med å etablere og vedlikeholde utviklingsmål for ledere gjennom bruk av Kompetanseportalens prosess for medarbeidersamtaler. Utviklingsmålene må etableres med formkrav lik de nasjonale lederkravene. Leder og leders leder må om nødvendig gis opplæring og innføring i de enkelte prosessstrinnene.	2 3.1.6 3.3.3
Krav til ledelse omfatter mer enn krav stilt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Revisjonen anbefaler at det også tas hensyn til de generelle kravene i sphl. §3-9, krav i Rundskriv I-2013/2 om lederansvaret i sykehus, krav i nevnte forskrift og flere andre særlover og -forskrifter som refererer til virksomhetsleders ansvar. I tillegg kommer krav gitt gjennom eierstyring.	3.1.4
Analysen av kvalitet i prosessen for avvik og korrigerende tiltak påpeker svikt mht. tiltak, vedlikehold av styringsdokumenter og kontroll av opplæring. Dette er svikt av strategisk betydning sett i forhold til behovet for å bygge kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring (utviklingsplanen). Det gis en anbefaling om å bevisstgjøre ledere på dette.	3.1.4 3.3.1
De nasjonale lederkravene bør etableres som et formkrav til individuelle utviklingsmål for ledere.	3.1.7
Oppdater personalpolitikken og dokumentet for strategisk kompetanseplanlegging i tråd med eierstyringen i RHF-vedtak 31/13.	3.1.8
Benytt ISO 9001-rammeverket for å sikre en definert, anerkjent og systematisk gjennomføring av ledelsens gjennomgåelse i alle enheter	3.1.9
Sikre at ledelsens gjennomgåelse på foretaksnivå omfatter <u>hele</u> styringssystemet, også det som går på drifts- og investeringsøkonomi, regnskap og bokføring.	3.1.9
Sikre at ledelsens gjennomgåelse omfatter eksterne leverandørers prestasjon. Det anbefales at ledere setter seg inn i prinsippene i ISO-rammeverket for å håndtere dette på system- og fagnivå.	3.1.9
Etabler KPI med nullvisjon for dokumenter i ledelsessystemet som har status gyldig – passert revisjonsfrist.	3.3.2

* Henvisning til kapitler i den fullstendige rapporten til St. Olavs hospital HF

6. Ledelse som tema i profesjonsutdanningene

Internrevisjonen har ikke identifisert konkrete tiltak eller resultater knyttet til ledelse som tema i profesjonsutdanningene. Punkt 1e i RHF-styrevedtak 31/13 kan derfor ikke bekreftes.

7. Gjennomføring av forpliktelsene

Internrevisjonen har lagt vekt på å undersøke resultatene som er oppnådd etter RHF-styrets vedtak i sak 31/13, og har ikke grunnlag for å bekrefte at de nasjonale lederkravene og kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge jf. vedtakets punkt 1a. Begrunnelsen for dette er gjengitt i kapitlene 3 – 5 ovenfor og i mer detaljerte beskrivelser i de enkelte rapportene /1/, /2/,/3/.

Det er imidlertid jobbet videre med erfaringsdeling og felles forståelse jf. vedtakets punkt b), men den felles forståelsen kan foreløpig ikke bekreftes. Hovedårsakene til dette er etter internrevisjonens vurdering at verktøyet (*Kompetanseportalen*) for systematisk og kontinuerlig arbeid med de enkelte ledernes utviklingsmål ikke er fullt ut implementert i helseforetakene ennå, og at det mangler en effektiv norm for ledelsessystemer i foretaksgruppen som helhet.

Det er lagt til rette et system for lederrekruttering, - utvikling og -oppfølging i hvert helseforetak jamfør figur 4 nedenfor. Tilretteleggingen av IT-verktøyet *Kompetanseportalen* vurderes å være sentral for trinn 4 i denne prosessen. Internrevisjonen bedømmer innføringen av *Kompetanseportalen* som en svært sentralt og strategisk viktig leveranse med stor betydning for gevinstrealiseringen av alt arbeidet knyttet til RHF-styrets vedtak 31/13.

Internrevisjonen kan bekrefte at det er lagt vekt på å styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen jf. vedtakets punkt d), spesielt gjennom de lokale lederutviklingsprogrammene. Det kan imidlertid ikke bekreftes at dette har vært effektivt i forhold til vedtakets punkt a).

Ledelse i profesjonsutdanningene er omtalt i kapittel 6.



Figur 4: Illustrasjon av prosessen for livsløpsperspektivet. Prosessen er under implementering og skal som formål å være en strukturert og kvalitetssikret mottaks- og opplæringsprosess som sikrer nærmeste leder god lederstøtte i prosessen.

8. Referanser

- /1/ Revisjonsrapport: Ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF, 09.04.2018.
- /2/ Revisjonsrapport: Ledelse i Helse Møre og Romsdal HF, 21.01.2019.
- /3/ Revisjonsrapport: Ledelse i St. Olavs Hospital HF, 30.04.2019
(foreløpig versjon 2.0 utgitt u.off. for faktaverifikasjon. Endelig versjon off. frigis 22. mai 2019)