

Revisjonsrapport

Ledelse i Helse Nord Trøndelag HF

Versjon: 2.2
Dokumentstatus: Godkjent
Forfatter: Midtlyng, Jørgen
Godkjent av: Midtlyng, Jørgen
Godkjent dato: 09.04.2018

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1.0	2018-03-16	Utgitt for faktaverifikasjon
2.0	2018-04-09	Frigitt for revidert part og oppdragsgiver

Sammendrag

Sykehusenes eier startet arbeidet med utvikling av ledere i spesialisthelsetjenesten nokså umiddelbart etter sykehusreformen i 2002. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å delta i dette arbeidet i 2004 gjennom Nasjonalt topplederprogram. Sykehusenes eier gjentok i 2011 betydningen av lederrollen og ledernes rolleforståelse, og ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle og forankre en egen plattform for ledelse i helseforetakene. *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* ble frigitt i 2012, og de regionale helseforetakene fikk samme år i oppgave å følge opp plattformen. Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet oppgaven i styresak 31/13 og fattet vedtak om videre oppfølging i sin foretaksgruppe.

Internrevisjonen har fulgt opp gjennomføring av styrevedtaket i sak 31/13. Fokuset i revisjonen har vært å vurdere systemet for lederutvikling og lederstøtte, og ikke selve ledelsesutøvelsen. Revisjonen er utført i Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF, St.Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF. Det utarbeides individuelle rapporteres til hvert av helseforetakene og en samlet rapport til Helse Midt-Norge RHF.

Internrevisjonen om ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF er gjennomført som planlagt og har bestått av omfattende dokumentgjennomganger, intervjuer av 25 ledere fra nivå 1 (toppleder) til nivå 4 (førstelinjeleder) i tre klinikker og stab, samt stikkprøvetaking i avviksmeldinger.

Vedtaket i styresak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF om Nasjonal lederplattform er fulgt opp både med styrebehandling og tiltak i Helse Nord-Trøndelag HF. Tiltakene omfatter en bredt anlagt lederopplæring, regionale ledersamlinger for erfaringsdeling, utvikling av støttefunksjoner for ledere og implementering av IT-verktøy for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling. I tillegg er et tiltak for ledermobilisering og mottak av nye ledere i oppstartfasen.

Tiltakene som så langt er gjennomført er derimot ikke tilstrekkelig 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*. Til det varierer revisjonsresultatene for mye. Det er lite systematisk bruk av lederkravene i utvikling av ledere.

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

- Videreutvikle lederopplæringen for å sikre felles forståelse av god ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Videreutviklingen bør omfatte økt bevissthet om ledelsesprinsippene i Helse Midt-Norges personalpolitikk, og kunnskap om viktige prinsipper i normgivende kilder for ledelse og ledelsessystemer.
- Videreutvikling av prosessen for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling for å sikre en systematisk og målforankret utviklingsprosess for ledere basert på kjerneverdiene og de nasjonale lederkravene. Prosessen må forsterke bruken av individuelle utviklingsplaner og ivareta ulike kliniske behov.

Innhold

1. Bakgrunn og mål for revisjonen.....	5
2. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger.....	6
3. Revisjonens funn, merknader og anbefalinger	10
3.1. De nasjonale kjerneverdiene	10
3.2. De nasjonale lederkravene	12
3.3. Erfaringsdeling og utvikling av felles forståelse for ledelse	14
3.4. System for lederrekruttering, –utvikling og –oppfølging.....	16
3.5. Styrking av ledelse nærmest pasienten	18
3.6. Ledelse i profesjonsutdanningene	19
3.7. Organisering av det videre arbeidet	19
4. Oppsummering av revisjonsaktivitetene	20
4.1. Dokumentgjennomganger.....	20
4.2. Intervjuer	27
4.3. Stikkprøver	29
5. Forberedelse og gjennomføring	31
5.1. Bakgrunn for revisjonen.....	31
5.2. Problemstilling	34
5.3. Omfang og avgrensning	34
5.4. Revisjonsgrunnlaget og kriteriene	34
5.5. Revisjonsaktiviteter	36
5.6. Metode.....	36
5.7. Revisjonens oppdragsgiver	37
5.8. Revisjonslaget og representantene for revidert part	37
5.9. Revisjonens tidsplan og lokaliteter	37
5.10. Revisjonens prosedyrer.....	37
Appendiks A: Åtte gode råd om lederutvikling	38
Appendiks B: Personalpolitikkenes ledelsesprinsipper	39
Appendiks C: Forslag til prosess for lederutvikling.....	40

1. Bakgrunn og mål for revisjonen

Ledelsesbegrepet slik vi kjenner det i spesialisthelsetjenesten i dag ble etablert gjennom sykehusreformen og revidert Lov om spesialisthelsetjenester i 2001. Bestemmelsen i lovens §3-9 regulerer organiseringen av ledelsesansvaret på sykehus, og videreførte prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivåer, samt muligheten til å stille kvalifikasjonskrav til ledere. Det nye med bestemmelsen i § 3-9 var plikten til å utpeke medisinskfaglige rådgivere for leder når det vurderes å være nødvendig for å sikre forsvarlighet i tjenestene. Plikten gjelder for 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 utvikling av et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere nokså umiddelbart etter reformen. *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 saken i 2013 og videreførte oppgaven til helseforetakenes styrer samme år.

Målet med denne revisjonen har derfor vært å undersøke hvor langt helseforetakene har kommet i dette arbeidet. Fokuset i revisjonen har vært å vurdere systemet for lederutvikling og lederstøtte basert på styrevedtak 31/13, 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. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger

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.

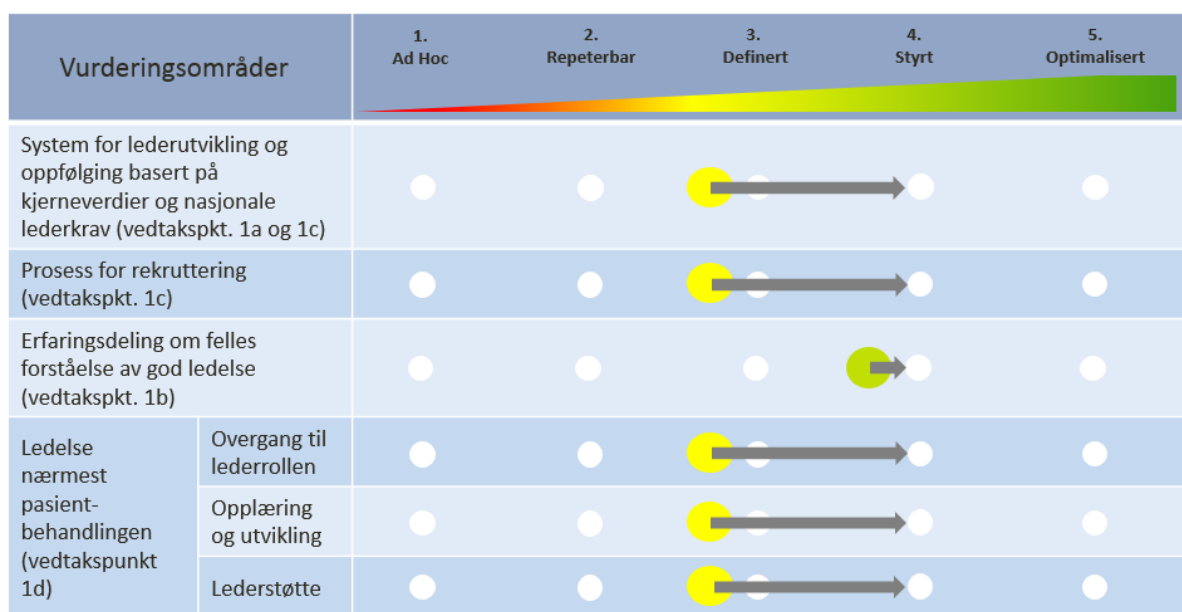
Internrevisjonen kan på overordnet nivå ikke bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF er i mål med hensyn til intensjonen i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*: å utvikle et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos ledere til å håndtere krevende eksterne og interne utfordringer.

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 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. Repetierbar: 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. Styrt: 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 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 gir en mer detaljert framstilling av revisjonens overordnede anbefalinger, samt kapittelreferanser til mer utførlige beskrivelser av revisjonens funn, merknader og 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 dokumentgjennomgørelser 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 (se eksempel i Appendiks C). - 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.	3.4.3
Videreføre systemtiltak som sikrer førstelinjeledere tid til strategisk arbeid, forbedringsarbeid og personalledelse ved siden av løpende driftsoppgaver.	3.5.5

3. Revisjonens funn, merknader og anbefalinger

3.1. De nasjonale kjerneverdiene

Internrevisjonen kan bekrefte at de nasjonale kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Kjerneverdiene er referert, drøftet og kommunisert i flere sentrale skriftlige kilder i Helse Nord-Trøndelag HF. Blant annet i underlagsdokument for framtidig organisering (fase 1, 25. nov. 2016) og i dokumentet *Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – planperiode 2018 – 2022 og framtidsutsikter mot 2035*. 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.

3.1.1. Kommunikasjon og bevissthet

De nasjonale kjerneverdiene er tydelig kommunisert i Helse Nord-Trøndelag HF sin kvalitetspolitikk. Kvalitetspolitikken er dokumentert i ledelsessystemet for kvalitet, og ledere synliggjør gjennom intervju en bevissthet for kjerneverdiene. Dette er i overensstemmelse med anerkjent standard for ledelsessystemer og med den plikten helseforetaket har til å planlegge og gjennomføre virksomheten etter *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten* (§ 6a og 7b).

3.1.2. Ledelsessystemet

Helse Nord-Trøndelag HF har inntil nylig arbeidet systematisk for å oppnå sertifisering etter kravstandarden *NS-EN ISO 9001:2015 Ledelsessystemer for kvalitet*. Ambisjonen om sertifisering er lagt vekk på grunn av en krevende økonomisk situasjon.

Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller delvis kravene til kvalitetspolitikk i sektorspesifikk standard for ledelsessystemer: *NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*. Standarden har kliniske tilleggspunkter til NS-EN ISO 9001:2015. Ett av tilleggspunktene er etiske verdier. Kvalitetspolitikken i Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller langt på vei dette punktet. Begge standardalternativene er nyttige supplement til *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren*.

3.1.3. Nytt IT-verktøy

Helse Nord-Trøndelag HF har tatt i bruk et nytt IT-verktøy for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling (*Kompetanseportalen*). Verktøyet kan håndtere sammenhengen mellom kompetanseplaner, kompetansegivende kurs og individuelle utviklingsplaner systematisk. Dersom Helse Nord-Trøndelag HF lykkes med å ta i bruk *Kompetanseportalen* på denne måten, vil det etter revisjonens syn forsterke etterlevelsen av forskriftens krav i §§ 6a) og 6 f) om å planlegge, § 7b) om å gjennomføre, § 8b) om å evaluere og § 9c) om å korrigere. Det vil også møte standardenes krav til å bestemme og vedlikeholde *Organisasjonens kunnskap* (7.1.6) og *Kompetanse* (7.2).

Overordnet vil det etter internrevisjonens syn bidra til å styrke Helse Nord-Trøndelag HF sin posisjon i forhold til kjerneverdien *kvalitet i prosess og resultat*.

3.1.4. Kjerneverdien Kvalitet i prosess og resultat

Målsetningen med revisjonen har blant annet vært å undersøke om de nasjonale kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge. Som en del av vurderingen er det utført en stikkprøvebasert test for kjerneverdien *kvalitet i prosess og resultat*. Testen er utført på prosessen for avviksbehandling, som er en sentral forutsetning blant annet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Området er brukt som et eksempel, og resultatene kan ikke overføres til andre områder. Metoden som er benyttet er forklart i kap. 5.6.3.

Testen har tatt for seg kvaliteten i avviksbehandlingen ved å se på sammenhengen mellom årsaksanalyse, tiltak, evaluering av tiltak og bedømmelse av effekt etter tiltak. Resultatene viser at kvaliteten i denne forbedringsprosessen varierer mye, og at kvaliteten i hovedsak ikke holder normative krav.

Kvaliteten i årsaksvurderingene varierte mye og var for størstedelen av utvalget lav. Konkrete vurderinger omkring lav kvalitet er:

- 98% av utvalget hadde dokumenterte vurderinger av årsak, dog med utydelig eller helt fraværende skille mellom direkte og bakenforliggende årsaker.
- skillet mellom korreksjoner (oppretting av feil) og korrigerende tiltak (fjerning av årsak til feil) var utydelig eller fraværende.
- kontrollen av skriftlig arbeidsrutiner ble gjennomført for kun 31% av utvalget.
- kontrollen av utført opplæring ble gjennomført i kun 7% av utvalget. Avviksbehandlingen er dermed ikke egnet til å fastslå om mangelfull kompetanse, opplæring eller bevissthet opptrer som årsaksfaktor ved feil.
- tiltak er registrert og i noen grad fulgt opp for kun 27% av utvalget.
- effekten av tiltak var bedømt som effektivt i 90% av tilfellene.

Hver enkelt leder er ansvarlig for kvaliteten på arbeidsprosessene i egen enhet/avdeling/klinikk. Internrevisjonen vil derfor påpeke behovet for at ledere skaffer seg kunnskap om prinsippene for normative metoder og krav innen avviksbehandling, og sikrer økt kvalitet i prosessen for avviksbehandling. I datamaterialet finnes det eksempler på avviksbehandling av høy kvalitet og som er godt egnet for erfaringsoverføring og læring.

3.1.5. Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord-Trøndelag HF om:

- å 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 15224:2015) fremfor den generelle standarden NS-EN 9001:2015.
- å videreutvikle kvalitetspolitikken (EQS ID 22847) slik at den oppfyller punkt 5.2 Policy i *NS-EN 15224 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*.

3.2. De nasjonale lederkravene

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Revisjonsaktivitetene har vist:

- at de nasjonale lederkravene var vesentlig mindre kjent enn kjerneverdiene.
- at ledere ikke praktiserer en systematisk og regelmessig refleksjon basert på lederkravene med tilhørende målforankring og individuelle utviklingsplaner.

Lederkravene utgjør pr. nå ikke et tilstrekkelig felles grunnlag for ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF.

3.2.1. Regelmessig og systematisk oppfølging

Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført lederopplæring både lokalt (ledernivå 3 og 4) og nasjonalt (ledernivå 1 og 2) i et betydelig omfang. Opplæringen har omfattet de nasjonale lederkravene og demonstrert hvordan lederkravene kan brukes i refleksjon omkring ledelse. Nasjonalt topplederprogram fremhever at opplæring bør følges opp med praktisk trening og videre at treningen bør deles opp i separate sesjoner over et lengre tidsrom, ref. Appendix A.

Lederopplæringen er stort sett ikke omsatt i systematisk og regelmessig praktisk trening for ledere ut over casebasert arbeid og hospitering. Forventningen har vært at treningen skal være individuell, målforankret, basert på lederkravene, og resultere i individuelle utviklingsplaner. Det er påvist enkelte eksempler, men praksisen er ikke foretaksovergripende.

Helse Nord-Trøndelag HF har tatt i bruk IT-verktøyet *Kompetanseportalen*, ref. kapittel 3.1.3. Etter internrevisjonens vurdering vil en implementering av lederutviklingsprosessen i dette verktøyet kunne hjelpe Helse Nord-Trøndelag HF til å oppnå en effektiv lederutvikling i tråd med styrevedtak 31/13.

3.2.2. Utviklingsplan

I høringsutgaven av Helse Nord-Trøndelag HF sin utviklingsplan¹ er utvikling av ledere i stor grad knyttet til mottak, opplæring og programmer, og i mindre grad til praktisk, systematisk og regelmessig refleksjon i retning av individuelle og målforankrede utviklingsplaner for ledere. Internrevisjonen vil påpeke med referanse til kap. 3.2.1 at dette ikke har vært effektivt nok.

3.2.3. Helse Midt-Norges personalpolitikk

Helse Midt-Norges personalpolitikk er et overordnet regionalt strategidokument som blant annet inneholder *prinsipper for ledelse*. Disse prinsippene understøtter rådene om lederutvikling som er gitt i Nasjonalt topplederprogram.

Personalpolitikken er referert fra *Personalweb* på helseforetakets intranettsider *Innblikk*, og er derfor vurdert å være kommunisert ut i organisasjonen.

Ledelsesprinsippene i personalpolitikken konkretiserer hva ledere i Helse Midt-Norge har ansvar for å utføre. Ett av punktene omfatter *kommunikasjon og oppfølging av mål og*

¹ Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – planperiode 2018–2022 og framtidsutsikter mot 2035

resultatkrav. Punktet understreker etter revisjonens syn betydningen av å forankre lederutviklingen sterkt i et felles målbilde, og å ha en lederutviklingsprosess som ivaretar ledelsesprinsippene på en effektiv måte.

3.2.4. Regional handlingsplan for strategisk HR.

Personalpolitikken ligger også til grunn for *Regional handlingsplan for strategisk HR*. I utgaven for perioden 2015 – 2016 er de nasjonale lederkravene spesifikt referert. Planen inneholder også helt konkrete tiltak for å heve kompetansen hos ledere, bedre IKT-støtte og ledelsesinformasjonssystemer.

Helse Nord-Trøndelag HF har utført tiltak for kompetanseheving og IKT-støtte. *Kompetanseportalen* og ulike lederopplærings- og lederutviklingstiltak er eksempler på dette.

Regional handlingsplan for strategisk HR omfatter også tiltak for å identifisere flaskehalser og innsatsområder. Anbefalingen i kap. 3.2.5 omfatter innsatsområder som internrevisjonen mener er vesentlige for å oppnå tilstrekkelig effekt av tiltak som allerede er iverksatt.

3.2.5. Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord-Trøndelag HF om:

- å tilpasse IT-verktøyet Kompetanseportalen slik at det kan brukes til en systematisk og regelmessig ledervariant av medarbeidersamtalen. Tilpassingen bør sikre:
 - at ledere kan gjennomføre refleksjon om egne utviklingsbehov basert på ledeordene definert gjennom de nasjonale kjerneverdier og lederkravene (se eksempel i Appendiks C).
 - at refleksjonen kan 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 en egen utviklingsplan.
 - at verktøyet kan generere data for egen KPI om lederutvikling
- å sikre at den enkelte leder tar ansvar for å gjennomføre ledervarianten av medarbeidersamtalen, og refleksjonen omfatter:
 - målforståelse
 - oppdatert utfordringsbilde
 - gjeldende kompetanseplaner.
- å sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med overordnet leder (90-graders evaluering).
- å sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med sideordnet leder når det er hensiktsmessig (180-graders evaluering). Kan være aktuelt i forbindelse med organisasjonsutvikling og utvikling av standardiserte pasientforløp.
- å sikre at overordnede ledere opparbeider seg ferdigheter til å reflektere sammen med underordnet leder på en støttende måte.
- å sikre at overordnede ledere følger opp at underordnede ledere vedlikeholder en individuell utviklingsplan regelmessig.

3.3. Erfaringsdeling og utvikling av felles forståelse for ledelse

Internrevisjonen kan bekrefte at 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. Internrevisjonen kan imidlertid ikke bekrefte at tiltakene har gitt en tilstrekkelig felles forståelse. Intervjuene avdekker at oppfatningene spriker og at arbeidet med lederutvikling ikke har kommet langt nok med hensyn til en målforankret refleksjonsprosess omkring ledelse. Intervjuene gir også en oppfatning av at det er få tverrfaglige arenaer for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse for ledere på nivå 3 og 4

Tiltakene som internrevisjonen har vurdert omfatter:

- LUP Grunnmodul: helseforetakets tiltak for lederutvikling på nivå 3 (avdelingsnivå) og 4 (seksjonsnivå – førstelinjeledelse).
- deltakelse i Nasjonalt topplederprogram: primært for ledere på nivå 1 (administrerende direktører) og nivå 2 (klinikkledere).
- Regionale ledersamlinger
- lokale/klinikkvise tiltak i helseforetaket
- ledermobilisering (se kap. 3.4.1)

3.3.1. LUP-grunnmodul

Det lokale lederopplæringsprogrammet i Helse Nord-Trøndelag HF omtales som *LUP Grunnmodul*. Programmet ble utviklet i første versjon i 2008, og er siden evaluert og videreutviklet i samråd med Høgskolen i Nord-Trøndelag (nå Nord Universitet).

Internrevisjonen har registrert at arbeidet som er utført i forbindelse med *LUP grunnmodul* har hatt stor betydning. Mange ledere har fått anledning til å gjennomføre programmet. De fleste lederne som internrevisjonen har snakket med sier at opplæringen har hatt nytteverdi. Nytteverdien er i hovedsak knyttet til nettverksbygging og deling av erfaringer.

3.3.2. Tverrfaglige arenaer

Intervjuene med ledere på nivå 3 og 4 gir en oppfatning om at det er få tverrfaglige arenaer/forum for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse. Noen ledere refererer til fagbaserte regionale samhandlingsnettverk. Det kan reises spørsmål om hvorvidt dette er tilstrekkelig i forhold til å møte forventningen som er nedfelt i nasjonale strategier:

- *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak og Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* viser til økt behov for tverrfaglig samhandling og en innsats for å redusere siloer i helsevesenet. Økt omfang av standardiserte pasientforløp på tvers i linjeorganiserte klinikker aktualiserer temaet ytterligere.
- *Veileder til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015 (« ... og bedre skal det bli!»)* peker blant annet på at tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling på langs i en tiltakskjede og på tvers av tjenestetyper og nivåer er en forutsetning for god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet.

3.3.3. Ulike behov

Regional handlingsplan for strategisk HR 2015 – 2016 (punkt 3.4 om ledelse) peker på at ledere står i et krysspress mellom ulike forventninger. Intervjuene i Helse Nord-Trøndelag HF viser tilsvarende at ledelse utøves ulikt i ulike kliniske situasjoner (akutt/intensiv vs. elektiv). Internrevisjonen vil derfor gi en merknad om at *erfaringsutveksling og felles forståelse* ikke bør forveksles med behovet for å kunne lede ulike kliniske eller helsefaglige oppgaver på ulike måter. Det som er felles og uavhengig av spesifikke målformuleringer er:

- at ledere har totalansvar innenfor sitt ansvarsområde og må finne løsninger for å håndtere dette totalansvaret (jf. ledelsesprinsippene i personalpolitikken)
- at valgt måte å lede på skal være hensiktsmessig både for å den aktuelle spesifikke oppgaven i pasientbehandlingen, og for alle etterfølgende/tilgrensende trinn i pasientbehandlingen (jf. eksempel vis punktene 8.3.2 h) og 8.3.5 b) i NS-EN ISO 9001:2015 og/eller NS-EN 15224:2016)

3.3.4. Anbefalinger

I tillegg til anbefalingene gitt i kapitler ovenfor, anbefaler internrevisjonen Helse Nord-Trøndelag HF om:

- å videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring som omfatter pliktene og oppgavene nedfelt i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- å videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring i prinsipper og krav som er nedfelt i *NS-EN 15224: 2015 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*, eller tilsvarende.
- å ta initiativ til en tilsvarende opplæring i regionale samarbeidet omkring ledelse, og spesifikt for toppledere i Nasjonalt topplederprogram.

3.4. System for lederrekruttering, –utvikling og –oppfølging

Rekruttering: Intervjuene har vist at det er en viss terskel for å gå inn i rollen som leder. Rekruttering er i stor grad drevet av driftsmessige akutte behov med konstituert leder som løsning. Helse Nord-Trøndelag HF har sluttet seg til ledermobiliseringsprogrammet, men kapasiteten i programmet er foreløpig begrenset. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at lederrekrutteringen er tilstrekkelig satt i system.

Utvikling: Revisjonen kan bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF har iverksatt viktige tiltak knyttet til lederutvikling, ref. kap. 3.2.1. Revisjonen kan ikke bekrefte at prosessen for lederutvikling er tilstrekkelig satt i system ut over generelle medarbeidersamtaler.

Oppfølging: Intervjuene har avklart at det ikke er iverksatt systematisk og regelmessig oppfølging av ledere ut over det som gjøres gjennom generelle medarbeidersamtaler. Helse Nord-Trøndelag HF har imidlertid hatt opplærings- og samlingsbaserte planer for å sikre kompetente ledere på alle nivå siden 2008. Planene for opplæring er gjennomført, evaluert og videreutviklet kontinuerlig

3.4.1. Rekruttering

Intervjuene har avdekket at det er en viss terskel for å gå inn i lederrollen og at det er ikke har vært etablert et effektivt system for lederrekruttering. En tilsvarende utfordring ble omtalt i rapporten *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (Nasjonal ledelsesutvikling 2012)*:

«Rekrutteringsprosessene oppleves flere steder å være like mye preget av tilfeldigheter og behov for raske løsninger som av målrettet talentspeiding og systematikk».

Sitat fra rapporten Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (kap.6.2)

Mange av lederne revisjonen har snakket med har blitt bedt om å søke på lederstillinger ut fra et umiddelbart driftsmessig behov. Det er identifisert gode eksempler på etterfølgerplanlegging, men praksisen er ikke foretaksovergripende. Blant lederne som internrevisjonen har snakket med er det også identifisert betydelige personlige initiativ for å sikre kontinuitet og kompetanse i ledernivåene nærmest pasienten.

I mange tilfeller har det vært utfordrende å finne søkere med tilstrekkelig faglige kvalifikasjoner. Dette har bidratt til en relativt høy andel konstituerte ledere. Samtidig forteller en rekke ledere som internrevisjonen snakket med at de verken hadde planer om, eller ønske om, å påta seg lederrolle når tilbudet eller muligheten oppsto. Etter å ha stått en tid i lederstilling forteller imidlertid de fleste lederne at de er tilfreds med å ha tatt utfordringen.

Helse Nord-Trøndelag HF deltar i 2018 med åtte deltakere i Helse Midt-Norges ledermobiliseringsprogram. Programmet skal gi medarbeidere fra ulike faggrupper med interesse og potensial for ledelse en mulighet til å utforske hva det innebærer å være leder. De foreløpige tilbakemeldingene fra potensielle ledere som har gjennomført programmet er oppgitt å være positive.

Rekrutteringsprosessen er nå videreutviklet og standardisert på tvers i Helse Midt-Norge. Prosessen er kjent som *Ledermobilisering – Vegen til ledelse* og implementeres i 2018. Prosessen er tilpasset stillingsnivå og er rettet mot rekruttering av klinikere til lederstillinger.

3.4.2. Utvikling og oppfølging

Mottak av nye ledere har vært personavhengig og til dels tidkrevende. *Kompetanseportalen* for Helse Nord-Trøndelag HF blir nå utviklet til å håndtere et standardisert mottaksopplegg for ledere. Fra 2018 får potensielle framtidige ledere som nevnt muligheten til å delta i *Regionalt ledermobiliseringsprogram*. Internrevisjonen vurderer begge tiltakene som et viktig startpunkt for utvikling av ledere.

Utviklingstilbudene for ledere i Helse Nord-Trøndelag HF er eksempelvis årsstudium i ledelse ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (nå Nord Universitet) og LUP grunnmodul. I tillegg deltar ledere i regionalt lederutviklingsnettverk. Nesten samtlige av lederne som revisjonen har snakket med har gjennomført LUP grunnmodul. De fleste av disse lederne gir god tilbakemelding på tematikk og kursholdere i opplæringen. Flere av lederne forteller at programmet var til stor hjelp i overgangen til lederrollen.

Planlegging for å dekke faglig kompetansebehov foregår på klinikk- og/eller avdelingsnivå. Systematisk kompetansekartlegging for den enkelte leder opp mot behovet er foreløpig ikke vanlig praksis. Mal for medarbeidersamtaler er heller ikke spesielt godt egnet for oppfølging og utvikling av ledere. Noen ledere benytter malen som sjekkliste, mens andre støtter seg på lederavtaler eller de nasjonale lederkravene i gjennomføringen av samtalen.

Normative kilder for ledelsessystemer (forskrift og ISO-standard) stiller krav å utvikle og forbedre prosesser. Internrevisjonen legger derfor vekt på at dette også må gjelde lederutviklingsprosessen på en slik måte at prosessen sikrer kontinuitet, systematikk og en relevant målforståelse. Et slikt initiativ skal være påbegynt i ved Helse Nord-Trøndelag HF i 2012. Initiativet fikk gode tilbakemeldinger men ble ikke videreført.

3.4.3. Anbefaling

Ved siden av deltakelse i ledermobiliseringsprogrammet og utvikling av mottaksopplegg i *Kompetanseportalen*, anbefaler internrevisjonen at Helse Nord-Trøndelag HF arbeider videre med risikobasert etterfølgerplanlegging. Det vil si at områder hvor det bedømmes som driftskritisk å ha kontinuerlig og faglig kvalifisert ledelse på plass bør ha konkrete planer for etterfølger.

3.5. Styrking av ledelse nærmest pasienten

Internrevisjonen kan bekrefte at det er gjort tiltak for å styrke ledelsen 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.

3.5.1. Rekruttering

Utfordringsbildet omtalt i kap. 3.4.1 er særlig knyttet til rekruttering av førstelinjeledere:

- Intervjuene har avdekket at tilgang til klinisk kompetanse er en knapphetsfaktor. Utfordringen opptrer oftest i driftsmessige situasjoner hvor det er behov for å rekruttere ledere raskt.
- *Meld. St. 12 Kvalitet og pasientsikkerhet* seksjon 8.3 refererer til erfaringer fra tilsyn som viser at det er behov for ledere med mer kompetanse om ledelse og tjenestene de skal lede. Stortingsmeldingen påpeker også at førstelinjelederen har en nøkkelrolle i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.
- Helse Midt-Norge har rekruttering som ett av sine fire strategiske mål i Strategi 2030.

Derfor vesentlig etter revisjonens syn at Helse Nord-Trøndelag HF arbeider aktivt med etterfølgerplanlegging for førstelinjeledere.

3.5.2. Overgang til lederrollen, opplæring og utvikling

Både *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*² og *NS-EN 15224:2016*³ stiller krav til systematisk og hensiktsmessig opplæring. Internrevisjonen anser ikke at prosessen for mottak og opplæring av nye ledere og fortløpende utvikling har oppfylt disse kravene fram til i dag.

Mange av førstegangs førstelinjeledere internrevisjonen har snakket med har hatt en overgang til lederrollen gjennom en praktisk innføring i stillingen av overordnet leder. Kvaliteten i praksisen har vært personavhengig og kan styrkes med en systematisert mottaksprosess.

Lederutviklingsprogrammet har vært tilgjengelig for omtrent alle lederne som internrevisjonen har snakket med. De fleste har fått tilbud om denne typen opplæring relativt raskt etter at de startet som ledere første gang.

Internrevisjonen har lagt vekt på det fokuset som Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019) har på rollen til lederne som står nærmest pasienten. Planen vektlegger at lederne nærmest pasientene blant annet har et betydelig ansvar for å stille krav til og følge med på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og at det etableres en åpenhetskultur hvor det

² Plikten til planlegging i omfatter å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, ref §6 f). Plikten til gjennomføring omfatter å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, ref. §7 b).

³ Seksjon 7.2 i standarden stiller krav til kompetanse.

oppleves trygt og meningsfullt å melde fra om uønskede hendelser og egne feil. Disse lederne skal også være i stand til å skape rammer for trygg og god helsehjelp gjennom å støtte den enkelte ansatte, gi konstruktive tilbakemeldinger og sikre at tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse eies av de ansatte.

Internrevisjonen har også lagt vekt på at førstelinjeledere ved sykehus i Helse Midt-Norge de nærmeste årene vil ha en viktig rolle i å ta i bruk ny felles pasientjournal (PAS/EPJ) for sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Det er derfor nødvendig å fremheve betydningen av at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette et mottaksopplegg som setter nye førstelinjeledere i stand til å takle begge utfordringene på best mulig måte.

3.5.3. Tid til ledelse

Førstelinjeledere beskriver en hverdag hvor de er dratt mellom mange aktiviteter. Ofte i kombinasjon med høy beleggsprosent (sengeposter). Ansvar for lede førstelinjen slik at pasientene opplever trygghet, respekt og kvalitet, blir beskrevet som meget stort.

Styringsrammene beskrives som krevende. Revisjonen vil bemerke følgende:

- at Helse Nord-Trøndelag HF har utført tiltak for å sikre tid til ledelse. Intervjuene viser at det er fremdeles behov for å gjennomføre tiltak for å sikre tid til ledelse for førstelinjeledere.
- det er vesentlig at tid til ledelse omfatter forventningene til førstelinjeledernes bidrag til en vellykket innføring av ny EPJ/PAS gjennom prosjektet Helseplattformen. Forventningene er høye innenfor organisasjonsutvikling, og ledere vil ha en nøkkelrolle i dette arbeidet. Helseplattformen er et strategisk hovedtiltak i Helse Midt-Norge og et viktig tiltak nasjonalt for å oppnå framgang med hensyn til kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene.

3.5.4. Lederstøtte

De fleste førstelinjelederne oppgir at de har tilgang til administrativ støtte og forbedret IT-støtte. De fleste oppgir også at de gjennomfører årlige medarbeidersamtaler med overordnede ledere som følges opp gjennom året. Malen som brukes for medarbeidersamtalen oppleves imidlertid som lite hensiktsmessig for ledere. Revisjonen gir i kap. 3.2.5 en anbefaling om å etablere en ledervariant av medarbeidersamtalen.

3.5.5. Anbefaling

I tillegg til anbefalingene gitt i kapitlene ovenfor anbefaler Internrevisjonen at Helse Nord-Trøndelag HF viderefører systemtiltak som sikrer førstelinjeledere tid til strategisk arbeid, forbedringsarbeid og personalledelse ved siden av løpende driftsoppgaver.

3.6. Ledelse i profesjonsutdanningene

Styret har lagt til grunn at regionene samarbeider om og bidrar til å få ledelse inn i profesjonsutdanningene. Denne delen av vedtak 31/13 er ikke vurdert spesifikt for Helse Nord-Trøndelag HF, og rapporteres i egen samlerapport til Helse Midt-Norge RHF.

3.7. Organisering av det videre arbeidet

Internrevisjonen kan bekrefte at det videre arbeidet med gjennomføring av forpliktelsene i vedtak 31/13 er lagt til regionalt nivå i samarbeid med regionene.

4. Oppsummering av revisjonsaktivitetene

I dette kapittelet gis korte sammendrag av de vesentligste revisjonsaktivitetene.

4.1. Dokumentgjennomganger

4.1.1. Formell oppfølging av RHF-vedtak 31/13 i Helse Nord-Trøndelag HF

Dokumentgjennomgangen viser at styret i Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp Helse Midt-Norge RHF sitt styrevedtak i sak 31/13 den 12. juni 2013 i styresak 29-13 *Nasjonal lederplattform – oppfølging i Helse Nord-Trøndelag*.

Statuskapitlet i saksframlegget gjør rede for:

- Helse Nord-Trøndelag HF sin deltakelse i det regionale arbeidet med *Nasjonal Plattform for Ledelse i Helseforetak (NPLH)*.
- Deltakelse i Helse Midt-Norge sitt regionale lederprogram.
- Deltakelse i Nasjonalt topplederprogram.
- Lederutvikling innenfor eget ansvarsområde: (LUP) for ledere på nivå 3 og 4.
- Lederstøtteprosjekt (2013 – 2014) med mål å frigjøre tid til ledelse for på nivå 3 og 4.

De øvrige revisjonsaktivitetene viser at Helse Nord-Trøndelag HF har gjort mange tiltak for å følge opp den nasjonale lederplattformen i tråd med styringskravene i RHF styresak 31/13. Internrevisjonens hovedkonklusjonen er at Helse Nord-Trøndelag HF ikke er i mål med arbeidet. Det er behov for mer systematikk, regelmessighet og praktisk tilnærming i arbeidet.

4.1.2. Lokal lederopplæring

Dokumentgjennomgangen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har arbeidet aktivt og i henhold til overordnede strategier med opplæring av ledere på nivå 3 og 4.

Lederopplæringen har fått navnet LUP Grunnmodul. Arbeidet med LUP Grunnmodul startet i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag (nå Nord-Universitet) i 2008. Første kull gjennomførte programmet høsten 2009. LUP har blitt gjennomført årlig deretter. Målsetningen har vært at alle aktuelle ledere skal gjennomføre programmet innen 2016.

LUP Grunnmodul er jevnlig evaluert og har stort sett fått gode tilbakemeldinger. Programmet er oppdatert to ganger. Første gang i forbindelse med *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* i 2012 hvor de nasjonale kjerneverdier og lederkravene ble innarbeidet i moduler og egen kurshåndbok. Andre oppdatering i 2016 omfattet en oppdatering på utfordringsbildet for Helse Nord-Trøndelag HF, IKT og systembruk, samt personalledelse.

Dagens utgave av LUP Grunnmodul med 4 ledersamlinger og 2 hospiteringsdager inneholder:

- Klinikervis opplæring av nytilsatte ledere, sjekklister for nye ledere og lederstøtte i IT-verktøyet *Kompetanseportalen*.
- Samlingsbasert modul som tar for seg strategi og endringsledelse, personalledelse, IKT-utvikling og IKT-bruk og faglig ledelse.
- Modul som innebærer kollegahospitering.

Dokumentgjennomgåelsen har påvist en rekke dokumenter som omtaler en systematisk tilnærming til lederutvikling. De mest framtreddende dokumentene er:

- *Ledelse i HNT - Arbeidsgruppen for gjennomføring og utvikling av LUP i HNT.*
 Dokumentet tar for seg de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene. Det gir også en beskrivelse av det totale lederutviklingstilbudet: Opplæring av nytilsatt leder, LUP Grunnmodul, Lederutvikling i klinikken, Nasjonalt topplederprogram, Nasjonal ledelsesutvikling, Nasjonalt/regionalt ledermobiliseringsprogram og Regionalt lederutviklingsnettverk.
- *Program for lederutvikling ved Helse Nord-Trøndelag 2012-2013 (Detaljprogram samling 1-4).* Tema i programmet har vært: Ledelse og strategi, fag- og forskningsledelse, ressursstyring og arbeidsmiljø.
- *Program for lederutvikling ved Helse Nord-Trøndelag 2016*
 Beskrivelsen omfatter kurs i endringsledelse, arbeidsgiverrollen, kommunikasjon, samhandling mellom klinikker/avdelinger, enhetlig ledelse, forbedringsarbeid, målstyring med mer.

4.1.3. Lederstøtteprosjektet

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har arbeidet aktivt med tiltak innen lederstøtte.

Lederstøtteprosjektet i Helse Nord-Trøndelag HF var en oppfølging av prosjektet *Helse Nord-Trøndelag med en moderne HR-funksjon - Et utrednings- og analyseprosjekt*. Prosjekt pågikk fra til 2012 og var bygget på tilbakemeldinger fra mellomledere ved de store kliniske avdelingene med døgndrift, om stor oppgaveportefølje og behov for avlastning i administrative oppgaver. Man ønsket å prøve ut oppgaveglidning fra leder til sekretær.

Helse Nord-Trøndelag HF søkte og fikk prosjektmidler for å finansiere to sekretærstillinger i ett år og ti måneder. Lederstøtteprosjektet hadde til hensikt å prøve ut lederstøtte i form av oppgaveglidning fra ledere til sekretærer. Prosjektet ble prøvd ut ved Medisinsk klinikk Levanger, samt GynFøde-avdelingen og Kirurgisk klinikk i Namsos over en periode på 23 måneder fram til 2014. Lederstøtteprosjektet ble oppsummert med 5 anbefalinger for bruk av lederstøtte:

1. Lederstøtte i form av oppgaveglidning fra ledere til sekretærer fungerer og gir lederne mer tid til ledelse.
2. En sekretær kan støtte flere ledere, og det er uproblematisk at 5-7 ledere deler på en ressurs.
3. Store avdelinger med døgndrift har størst behov for lederstøtte.
4. Sekretærer som driver lederstøtte bør kjenne sykehuset som organisasjon godt og ha god kjennskap til de viktigste datasystemene som benyttes, både pasientrelaterte systemer, personaladministrative systemer og office-pakken.
5. Sekretærene bør ha en så tett organisatorisk og fysisk tilhørighet til lederne som mulig.

4.1.4. Regional lederutvikling

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt på regional lederutvikling. Arbeidet med regional lederutvikling har pågått siden 2008 og ble første gang gjennomført i 2009. Det regionale initiativet har omfattet ledere på nivå 1 og nivå 2, mens lederutviklingen på nivå 3 og 4 skulle ivaretas av helseforetakene selv, se kap. 4.1.2.

Den regionale foretaksledelsen deltatt på regionalt lederutviklingsprogram siden 2011.

Helse Nord-Trøndelag HF var vertskap for samlingen i 2017. Tidligere evaluering av regionale samlinger har identifisert et ønske om tydeligere mål og hensikt med samlingene og at det settes av bedre tid. Samlingen ble utvidet med en halv dag i 2017.

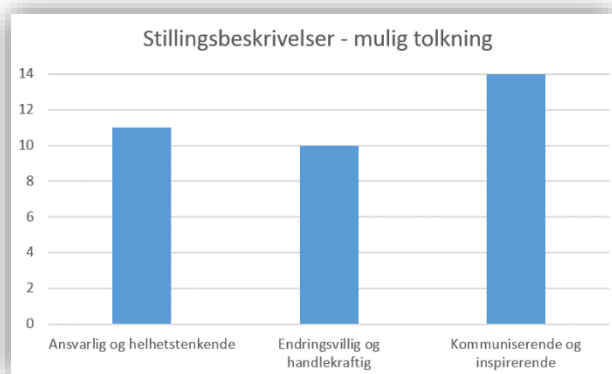
4.1.5. Stillingsbeskrivelser og utlysningstekster

Dokumentgjennomgåelsen viser at det ikke er noen klar sammenheng mellom stillingsbeskrivelser, utlysningstekstene som blir brukt til å rekruttere ledere inn i stillingene, og kjerneverdien og nasjonale lederkrav i Helse Nord-Trøndelag HF. Se Figur 3 og Figur 4 på neste side.

Revisjonen vil gi en merknad om at det er et betydelig potensiale for å kommunisere de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene, samt krav til prosessen for lederutvikling, i Helse Nord-Trøndelag HF sine stillingsbeskrivelser for ledere.

Dokumentgjennomgåelsen gikk ut på å undersøke sammenhengen mellom stillingsbeskrivelser (lederstillinger), utlysningstekster til stillingene og de nasjonale lederkravene. Sammenligningen er gjort med en romslig tolkning av teksten (innholdet kan tolkes i retning av) og en rigid tolkning (sammenligning av ord). Resultatene viser at det er mulig med litt god vilje å tolke tekstene i retning av de nasjonale lederkravene (Figur 3). Dersom man sammenligner mer rigid er det en viss forekomst av ordet *endringsvilje*. De øvrige nasjonale lederkravene er ikke påvist i det undersøkte materialet (Figur 4).

Utvalget i undersøkelsen omfatter 7 stillinger og er for lavt til å trekke bastante konklusjoner. Internrevisjonen anbefaler likevel Helse Nord-Trøndelag HF å vurdere om systematisk bruk av de nasjonale lederkravene i klinikkens stillingsbeskrivelser og utlysningstekster kan styrke arbeidet med å utvikle felles holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere.



Figur 3: Antall poeng av totalt 14 mulige poeng. (2 poeng for hele begrepet - eks. ansvarlig og helhetstenkende - 1 poeng for deler av begrepet, 0 poeng når det ikke var mulig å tolke teksten i retning av begrepet).



Figur 4: Antall poeng av 7 mulige. Sammenfall ga poeng. Omstillingsvilje ble akseptert som synonymt med endringsvillig

4.1.6. Personalpolitikk og ledelse

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har bygget arbeidet med ledelse og lederutvikling på personalpolitikken med ledelsesprinsippene i Helse Midt-Norge. Innholdet er imidlertid ikke er gjort tilstrekkelig kjent blant ledere i helseforetaket, og det gis to merknader til dette:

- den overordnede personalpolitikken ikke er oppdatert til å reflektere de nasjonale lederkravene. Helse Nord-Trøndelag HF har et selvstendig ansvar for å påse og eventuelt påvirke at overordnede føringer er hensiktsmessige.
- Sammenhengen mellom ledelsessystemet EQS i Helse Nord-Trøndelag HF og ledelsesprinsippene i personalpolitikken er kun svak. Hensikten med å ha en politikk er i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6c å oppnå bekjentgjøring i virksomheten. Denne hensikten støttes også av anerkjente ledelsesstandarter med tanke på å kommunisere en politikk for å skape bevissthet om vesentlige styringssignaler i organisasjonen.

Gjeldende versjon av personalpolitikken ble opprettet i 2002 og omfatter Helse Midt-Norges ledelsesprinsipper (ref. Appendix B). Dokumentet ble oppdatert i 2008 i forbindelse med styrebehandling av Handlingsplan for strategisk HR (RHF styresak 107-08). Endringene omfattet samhandling og lønnsdannelse. Ledelsesprinsippene er ikke oppdatert til å reflektere lederkravene i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*.

Arbeidet med ledelse og lederutvikling i Helse Nord-Trøndelag HF bygger på Helse Midt-Norges overordnede personalpolitikk. Dette framgår av styresaker behandlet i perioden 2008 – 2014⁴ og av helseforetakets *Personalweb* som er tilgjengelig fra intranettsiden *Innblikk*.

⁴ HNT styresaker: 31-2008 om kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling for ledere (lederutvikling); 13-2010 om å sikre foretaket som attraktiv arbeidsgiver gjennom aktiv personalpolitikk og livsfasepolitikk; 17-2012 om regional kreftplan

Det er imidlertid ingen omfattende sammenheng mellom ledelsessystem EQS i Helse Nord-Trøndelag HF og personalpolitikken ledelsesprinsipper (ref. Appendix B). Kun en av tre klinikker i revisjonsomfanget har etablert sammenhengen. Dette er representativt for hele Helse Nord-Trøndelag HF.

Med den vektleggingen som helseforetaket selv har gjort, vektleggingen om ledelse i nasjonale strategier og i RHF-styrets vedtak i sak 31/13, mener revisjonen at sammenhengen mellom overordnet strategi og helseforetakets ledelsessystem EQS er for svak i forhold til kravet om systematisk styring etter Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (§3 og § 6c).

4.1.7. Regionale handlingsplaner for strategisk HR

Dokumentgjennomgåelsen viser at handlingsplanene er oppdatert med hensyn til kjerneverdier og nasjonale lederkrav, og at det er iverksatt flere nødvendige tiltak på regionalt nivå. Ett av de viktige er utvikling av IT-verktøyet *Kompetanseportalen*. Revisjonen vil gi to merknader:

- verktøyet *Kompetanseportalen* har et uforløst potensiale som består i å lage en ledervariant av prosessen for medarbeidersamtalen. Helse Nord-Trøndelag HF har et selvstendig ansvar for å påse og eventuelt påvirke at *Kompetanseportalen* utvikles hensiktsmessig for Helse Nord-Trøndelag HF.
- Behovet for felles policy på personalområdet går igjen i flere styresaker (se nedenfor) og står som innsatsområde i HR handlingsplan for 2014 – 2015. Revisjonen har ikke lyktes med å identifisere en oppdatering av policy/politikk etter 2008.

De regionale handlingsplanene bygger på overordnet personalpolitikk, ref. kap. 4.1.6.

De nasjonale kjerneverdiene og lederkravene ble nevnt som et felles fundament for tiltakene i handlingsplanen for 2014 – 2015. Verdiene og kravene ble helt eksplisitt referert i handlingsplanen for 2015 – 2016. Lederutvikling forankret i de nasjonale lederkravene omtales imidlertid ikke på tiltaksnivå. Det er likevel identifisert flere tiltak som revisjonen vil bedømme som nødvendige men ikke tilstrekkelige for å svare ut vedtaket i styresak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF.

Handlingsplanen for 2014 – 2015 har utarbeidelse av *felles policy* som ett av innsatsområdene. Dette innsatsområdet gjentas i handlingsplanen for 2015 – 2016 sammen med behovet for videreutvikling av HR-kompetanse. Spørsmålet om policy er også behandlet i Helse Midt-Norge RHF sitt styre i følgende saker

- Sak 42/11 i forbindelse med Strategi 2020 og aktivitetsbasert turnusplanlegging
- Sak 51/12 i forbindelse med tiltak innen ledelse i forbindelse med risikogjennomgang
- Sak 98/16 om rammeverk for HMS-arbeid

Videre er det diskutert et behov for kulturendring i forbindelse med sak 66/15 om avvik fra arbeidstidsbestemmelsene (Arbeidstilsynet)

Revisjonen vil derfor reise spørsmålet om vedlikeholdet av den overordnede personalpolitikken. Siste oppdatering er fra 2008, samtidig som behovet for oppdatering har vært påpekt i flere styresaker. Spørsmålet tas med i oppsummeringsrapport for styret i Helse Midt-Norge RHF.

4.1.8. Topplederprogrammet

Dokumentgjennomgåelsen viser at topplederprogrammet blant annet setter fokus på praktisk trening og refleksjon over egne utfordringer og utviklingsmuligheter. Revisjonens merknader er gjengitt i teksten nedenfor.

Dokumentgjennomgåelsen har omfattet evalueringsrapporten for topplederprogrammet (Deloitte, 2008) og topplederprogrammets programpresentasjon for kull 21, presentasjon *åtte gode råd om lederutvikling*, og gjeldende gjennomføringsprogram for alle dager.

Revisjonen vil peke på tre forhold:

1. Evalueringen av Topplederprogrammet (Deloitte, 2008) resulterte i 6 utviklingsmuligheter. To av dem var:

- Et tydeligere faglig fundament for bedre forståelsesramme og begrepsapparat som de mer praksisnære innslagene kan sees i forhold til
- Konkrete verktøy og metoder for å drive endring, og trening og praktisk jobbing med hvordan man kan få til ønsket omstilling og utvikling.

Revisjonen ser at de samme utviklingsmulighetene fortsatt er til stede. Revisjonen gir anbefalinger som kan bidra til å realisere mulighetene ytterligere, basert på tiltak som helseforetakene har utført, dels i samarbeid med det regionale helseforetaket og nasjonal ledelsesutvikling. Revisjonens anbefalinger vil konkret omfatte en lederversjon av medarbeidersamtalen og bruk av relevant standard som et supplement til ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

2. Blant de *åtte gode rådene om lederutvikling* er det eksplisitt nevnt behov for gjentatte økter med praktisk trening. Revisjonen ser det samme behovet og kommer med anbefaling om målforankret 90- eller 180-graders evaluering, systematikk og kontinuitet.
3. *Jeg-perspektivet*, som revisjonen savner i helseforetaket, er allerede ivaretatt i Topplederprogrammet, se Figur 5. Det som mangler er å få *jeg-perspektivet* tydeligere på plass først og fremst i helseforetakenes linjeorganisasjoner og dernest i oppgaveorganiseringen som utvikler seg i forbindelse med standardiserte pasientforløp.



Figur 5: Revisjonens anbefaling kan bidra til å oversette Topplederprogrammets fokus på å kombinere kunnskaper, ferdigheter og holdninger i praktisk ferdighetstrening i helseforetakene. Figuren er hentet fra Nasjonalt topplederprogram.

4.1.9. Strategi 2030

Dokumentgjennomgåelsen viser at Strategi 2030 knytter ledelse til to av fire strategiske mål. Strategien er eksplisitt på felles målbilde.

Revisjonen vil gi en merknad om at et felles målbilde må ivareta ulike kliniske behov.

Strategi 2030 er overordnet for hele foretaksgruppen og innrettet *til det beste for pasientene*. En vesentlig erkjennelse ved strategien er at dagens organisering og drift av helsetjenestene ikke vil være bærekraftig i forhold til utfordringsbildet helsetjenestene står ovenfor.

I forhold til *ledelse* peker bakgrunnsdokumentet for strategien blant annet på *kultur, lederskap og medarbeidere* som kan møte det skisserte mulighets- og utfordringsbildet. *Ledelse* er spesifikt knyttet til to av de 4 strategiske målene på følgende måte:

- Utsagnet «*Vi har synlige og ansvarlige ledere som arbeider mot felles mål*» er knyttet til det strategiske målet «*Vi rekrutterer, utvikler og beholder høyt kompetent personell*».
- Utsagnet «*Utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon, kunnskapsoppsummeringer, bruk av teknologi, kvalitetssystemer og ledelse er sentrale virkemidler for en kunnskapsbasert helsetjeneste*» er knyttet til det strategiske målet «*Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse*»

For Helse Nord-Trøndelag HF sin del har revisjonen sett nærmere på styresak 57/16, hvor spørsmålet om framtidig organisering er behandlet. Beslutningsnotatet til styresaken er spesifikt på de nasjonale kjerneverdiene. De nasjonale lederkravene er imidlertid ikke nevnt. Beslutningsnotatet drøfter utfordringene om framtidig organisering med følgende utsagn om ledelse:

- For å greie å håndtere utfordringene som vil komme, må vi videreutvikle struktur, prosesser og ikke minst ledelse, der målet er å flytte flest mulig beslutninger nærmest pasienten. (s.3)
- Helse Nord-Trøndelag HF har behov for å gjøre tydeliggjøre foretaksledelsens strategiske rolle (s. 6)
- Direktøren ønsker tillitsbasert ledelse med minst mulig kontroll og styring.

Begrepet *Tillitsbasert ledelse* brukes men er ikke utdypet i forhold til betydning. Dersom man forutsetter at tillit utvikles gjennom relasjoner og er et uttrykk for kvaliteten i relasjonene, vil arbeidet med kvaliteten i relasjonene være vesentlig. Erfaringer gjort i andre store organisasjoner^{5,6} peker bl.a. på to forhold:

- det må trenes på å oppnå kvalitet i relasjoner
- og det må være tid nok til å utvikle relasjonene.

Internrevisjonen vil legge vekt på at et av hovedmålene med Lov om spesialisthelsetjenester er å arbeide for god ressursutnyttelse⁷. En viser også til Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus⁸ (kap 3.2), og til Helse Midt-Norge RHF sitt styrevedtak av 9. mars 2017⁹ som understreker behovet for nødvendig løpende effektivisering av driften. Helse Midt-Norge RHF sitt vedtak er tatt hensyn til i grunnlag for Helse Nord-Trøndelag HF sin styresak 34/2017 *Langtidsplan og -budsjett 2018 – 2023*. I dette ligger det en forventning til at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer god effekt av tiltak som allerede er påkostet.

4.2. Intervjuer

4.2.1. Innretning og omfang

Revisjonen har fokusert på fire hovedtema og gjennomført en tematisk analyse på følgende områder:

- innføring av de nasjonale lederkravene og kjerneverdiene
- erfaringsdeling og felles forståelse av ledelse
- system for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging
- styrking av ledelse nærmest pasientbehandlingen.

For å forstå hvordan Helse Nord-Trøndelag HF har jobbet med disse områdene har revisjonen forsøkt å få tak i ledernes perspektiv og opplevelse av områdene ovenfor. Intervjuene har omfattet:

- 29 ledere og 3 medarbeidere fra stab

⁵ Artikkel i Ledernytt 18. september 2016 av Grete Johansen: <https://www.ledernytt.no/tillitsbasert-ledelse.5908681-112372.html>

⁶ Tillitsbasert ledelse virker, Bård Kuvaas, BI Business review 15. mars 2017.

<https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2017/03/tillitsbasert-ledelse-virker/>

⁷ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. §1-1- pkt. 4

⁸ Dokument 3:4 (2013–2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Riksrevisjonen, 28.

november 2013: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf

⁹ Sak 21/17 Langtidsplan og budsjett 2018 - 2023 Prinsipper og forutsetninger

- Klinikk for medisinsk service, Klinikk for medisin og rehabilitering, Klinikk for psykisk helsevern og rus og Senter for virksomhetsstøtte og utvikling
- Seksjonsledere, avdelingsledere og klinikkledere fra både Levanger og Namsos Sykehus, samt HR-rådgivere og leder for senter for virksomhetsstøtte og utvikling

4.2.2. Generelt inntrykk

Revisorene møtte motiverte og engasjerte ledere – hvor de fleste var innom dilemmaet mellom trange økonomisk rammer og kvaliteten i tjenesten som tilbys pasientene. Lederne opplever i stor grad at de blir fulgt opp og får støtte fra overordnede ledere, og at Helse Nord-Trøndelag HF har et godt opplæringstilbud for ledere. Flere ledere skulle midlertidig ønsket seg en ledervariant av malen som brukes i medarbeidersamtalen.

4.2.3. De nasjonale kjerneverdiene og lederkravene

De fleste lederne synliggjorde god kjennskap og godt eierskap til kjerneverdiene. For de nasjonale lederkravene var det motsatt. Lederkravene var til dels lite kjent og lite brukt. En av 29 ledere som ble intervjuet hadde aktivt gjort tiltak for å bruke de nasjonale lederkravene som ledeord i refleksjon omkring ledelse.

4.2.4. Erfaringsdeling og felles forståelse av ledelse

Intervjuene har vist at oppfatningene av ledelse spriker selv om opplæringen har vært omfattende og noen ledere har deltatt i ulike aktiviteter for erfaringsdeling.

Intervju med ledere på nivå 3 og 4 gir en oppfatning av at det er få tverrfaglige arenaer/forum for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse. Noen ledere refererer til klinikkbaserte regionale samhandlingsnettverk.

Intervjuene har vist at ledelse utøves ulikt i ulike kliniske miljø.

4.2.5. System for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging

Intervjuene viste videre at det både er en viss terskel for å gå inn i lederrollen – spesielt for klinikere, og at det ikke har vært etablert et effektivt system for lederrekruttering. (En tilsvarende utfordring ble omtalt i rapporten *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (Nasjonal ledelsesutvikling 2012)*).

Ledere har gjennomgående hatt tilbud om lederopplæring som del av utviklingen. Men intervjuene viste også at opplæringen ikke var fulgt opp systematisk med praktisk regelmessig videreutvikling, med unntak av ett tilfelle. Intervjuene har totalt sett avdekket at det ikke er iverksatt en foretaksovergripende systematisk oppfølging av ledere.

4.2.6. Styrking av ledelse nærmest pasientbehandlingen.

Intervjuene avdekket at tilgangen på ledere med klinisk kompetanse i disse stillingene er en knapphetsfaktor. Denne informasjonen må sees i sammenheng med informasjonen om at det er en viss terskel for å gå inn i lederrollen, ref. kap. 4.2.5. Intervjuene avdekket videre at tid til ledelse er en utfordring og at det fremdeles er behov for å gjennomføre tiltak for å frigjøre tid til ledelse for førstelinjeledere.

4.3. Stikkprøver

Det ble tatt stikkprøver fra systemet for avviksmeldinger. Hensikten har vært å få fram mer konkret informasjon om spesielle egenskaper ved avviksbehandlingen og å diskutere resultatet i forhold til den nasjonale kjerneverdien kvalitet (*kvalitet i prosess og resultat*). Utgangspunktet for diskusjonen har vært totalansvaret og de pliktene og oppgavene som hører med.

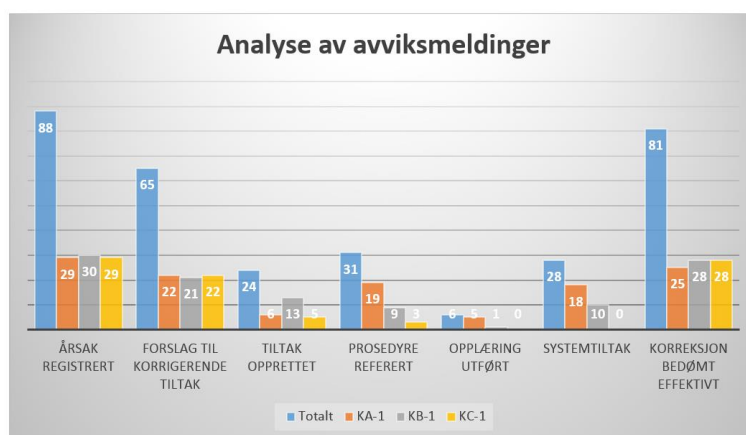
I diskusjonen er det lagt vekt på standardiserte tolkninger av begrep knyttet til kvalitet. Revisjonen har benyttet seg av internasjonalt anerkjente definisjoner og prosesskrav¹⁰.

En viktig aktivitet for å kunne iverksette effektive tiltak når det skjer feil er årsaksvurdering. Det er nærliggende å trekke en begrepsmessig parallell til kjente kliniske uttrykk som *anamnese* og *diagnose*, som et underlag for virkningsfull behandling.

Det ble gjennomført en tilfeldig trekning av et utvalg på 30 meldinger pr. klinikk fra en meldingspopulasjon registrert mellom 1. januar 2015 til 31. desember 2016. Fra hvert utvalg ble forekomsten av årsaksvurdering (*forekommer* eller *forekommer ikke*). I tillegg ble det registrert annen relatert informasjon knyttet til avviksbehandlingen (Figur 8).

Resultatet er:

- De fleste (98% av utvalget) avvik og hendelser som blir registrert i meldesystemet blir årsaksvurdert i en eller annen form. Omfanget av underrapportering er ikke kartlagt.
- Kvaliteten i årsaksvurderingene og systematikken i den videre behandlingen oppfyller i liten grad standardenes krav til systematisk avviksbehandling. Korrigerende tiltak¹¹ er bare i liten grad knyttet til årsak, og det skilles bare i liten grad mellom direkte og bakenforliggende årsaker. Noen gode eksempler er imidlertid påvist i det undersøkte materialet.



Figur 6 Resultat fra stikkprøvebasert analyse av avviksbehandlingen.
Kodene KA-1 til KC-1 refererer til de enkelte klinikkene i populasjonen for undersøkelsen.

¹⁰ NS-ISO 9000:2015 Ledelsessystemer for kvalitet (grunntrekk og terminologi)

NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester

¹¹ Tiltak for å fjerne årsak til avvik/hindre gjentakelse

Undersøkelsen ga noe tilleggsinformasjon av interesse:

- Avviksbehandlingen omfatter kontroll av skriftlig arbeidsrutiner/prosedyrer i 31% av utvalget. Selv om dokumentasjonskravet er forholdsmessig, bedømmes dette som et lavt tall og et område som bør forbedres.
- Avviksbehandlingen omfatter kontroll av opplæring i kun 7% av utvalget. Meldingsbehandlingen er dermed ikke egnet til å fastslå om mangelfull kompetanse, opplæring eller bevissthet opptrer som årsaksfaktor ved feil. Metodikken bær forbedres.
- Andelen registrerte tiltak er på 27%. Samtidig er effekten av korreksjoner og/eller korrigerende tiltak er bedømt i 90% av tilfellene. Begrepsbruken er inkonsekvent og det er grunn til å stille spørsmålsteget ved systematikken og til sist effektiviteten i avviksprosessen.
- Riksrevisjonen har nylig publisert¹² sin undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Rapportens kapittel 3.2.2 tar opp helseforetakenes ansvar for å sikre god henvisningspraksis. Datamaterialet som er hentet ut ved Helse Nord-Trøndelag HF inneholder eksempler på hvordan Helse Nord-Trøndelag HF benytter avvikssystemet til å håndtere, følge opp og dokumentere tiltak for å sikre god henvisningspraksis.

Oppsummert kan ikke internrevisjonen bekrefte at kjerneverdien kvalitet i prosess og resultat fungerer godt i det daglige arbeidet med feil og hendelser. Noe av årsaken kan etter revisjonens syn ligge i skjemaenes utforming. Det vil derfor være relativt lett å forbedre prosessen. Revisjonen er kjent med at nytt skjema ble tatt i bruk fra 1. januar 2018, blant annet for å fange opp nye rapporteringskrav fra eier. Effekten av denne omleggingen er ikke vurdert.

¹² Dokument 3:4 (2017–2018)

5. Forberedelse og gjennomføring

5.1. Bakgrunn for revisjonen

5.1.1. 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 anledning¹³. 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 sykehus¹⁴, og 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.

5.1.2. 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

¹³ Rundskriv I-2002-9 Lederansvaret i sykehus (opphevet)

¹⁴ Rundskriv I-2013-2 Lederansvaret i sykehus, 28. mai 2013.

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 personalpolitikk¹⁵ i 2002. 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. Strategien¹⁶ omfattet i hovedsak en strukturell avklaring i forhold til sykehus og tjenestetilbud¹⁷, 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. 5.1.1.

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. Helse Nord-Trøndelag HF startet den videre satsingen allerede i 2008.

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 helsepolitikk¹⁸. 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.

¹⁵ Styressak 104/02 ([saksframlegg](#)) og Styresak 99/02 ([saksframlegg](#)), ([kommentarer](#)), ([merknader](#)), ([utkast til personalpolitikk](#)).

¹⁶ Helse Midt-Norge 2010; Styresak 81/05 Helse Midt-Norge 2010-utredning. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 ([saksframlegg](#)) ([vedlegg](#)).

¹⁷ Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge ([saksframlegg](#)), ([strategi](#))

¹⁸ Punkt 11 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

- styret bestiller¹⁹ egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell.
- styret understreker²⁰ betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien.

Styret fikk i april 2011 en orientering²¹ 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 og 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, arbeidstakerorganisasjonene²² 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 styre²³. 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.

5.1.3. 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.

¹⁹ Punkt 16 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

²⁰ Punkt 26 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

²¹ RHF-styresak 42-11 Statusrapport pr. februar 2011.

²² Den norske legeforening, Det norske sykepleierforbund, Fagforbundet

²³ Helse Midt-Norge RHF styresak 31/13

5.2. 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.

5.3. Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet:

- de 4 ledelsesnivåene i de to sykehusene tilhørende Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos).
- strategiske føringer fra eier

5.4. 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*²⁴

²⁴ Fastsett som Norsk Standard (NS) av Standard Norge i mars 2016. Standard Norge har enerett på å fastsette og utgi Norsk Standard og er norsk medlem i bl.a. den europeiske standardiseringsorganisasjonen CEN.

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: 2016²⁴.

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. Førstelinjeledelse

Prosjektet avdekker store utfordringer for førstelinjeledere. Det anbefales sterkt at de regionale helseforetakene videreutvikler og styrker lederutviklingstiltak for førstelinjeledere. Det bør utarbeides en felles mal for mottak, opplæring, utvikling og oppfølging av førstelinjeledere 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 7: Prosjektet *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* utarbeidet 5 anbefalinger om ledelse i helseforetak.

5.5. Revisjonsaktiviteter

Revisjonen er satt sammen av følgende aktivitetstyper:

- Dokumentgjennomgåelser
- Intervjuer
- Stikkprøver.

Dokumentgjennomgåelsene framgår av overskriftene under kap. 4.1 og har vært brukt til:

- å bedømme systematikken og kontinuiteten i arbeidet med å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere.
- å utvikle intervjuguide for revisjonen

Intervjuene har hatt til hensikt å bedømme oppfatningene hos ledere når det gjelder arbeidet med å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere.

Stikkprøvene har hatt til hensikt å bedømme systematikken, kvaliteten og bruken av årsaksvurderinger når det oppstår avvik. Konklusjonen denne aktiviteten er også brukt som en indikator for verdien *kvalitet i prosess og resultat*.

5.6. Metode

5.6.1. Representativitet

Revisjonens representativitet er forsøkt ivaretatt gjennom å velge ulike klinikktyper. I samråd med foretaksgruppens fagsjef ble det bestemt at revisjonen skulle dekke både somatikk, psykisk helse og rus. Innen somatikken ble det videre plukket ut klinikker med dominerende andel egne tjenester, og dominerende andel tverrgående tjenester.

5.6.2. Anonymisering

Resultater fra intervjuer og annen personidentifiserbar aktivitet er aggregert for i størst mulig grad å anonymisere enkeltbidrag og å etablere et overordnet resultat for helseforetaket. Anonymiseringen av enkeltbidrag har også vært viktig for i størst mulig grad få fram reelle subjektive oppfatninger i intervjuene.

5.6.3. Kvantitativ metode - stikkprøver

Metoden er utformet for å gi en innledende ide om sannsynligheten for at ledere sørger for systematisk årsaksvurdering i avviksbehandlingen. Estimert sannsynlighet er bestemt gjennom tilfeldig trekning av 30 avviksmeldinger i en populasjon definert av påstartede meldingsskjema i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2016 per klinikk. Fordelingsfunksjonen og følgelig konfidensintervallet for estimert sannsynlighet per klinikk vil ikke være kjent. På foretaksnivå vil gjennomsnittsverdien av klinikkens gjennomsnittsverdier være normalfordelt og bedre egnet for å følge med konfidensintervallet for indikatoren over tid. Revisjonen vil argumentere for at denne metodikken bidrar til å følge med på utviklingen over tid i *prosessbidraget* til verdien *kvalitet i prosess og resultat*. Betydningen antas å være størst med tanke på reduksjon i kvalitetskostnader og hyppigheten av opplevd mangelfull kvalitet hos pasientene.

Omfanget av kartleggingen tar utgangspunkt i stikkprøvestørrelse på 30 meldinger valgt fra en populasjon avgrenset av meldinger registrert i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2016.

5.7. Revisjonens oppdragsgiver

Revisjonens oppdragsgiver er styret i Helse Midt-Norge RHF. Oppdraget er gitt gjennom styrets godkjenning av internrevisjonens *Revisjonsprogram 2017 – 2019* datert 9. mars 2017.

5.8. Revisjonslaget og representantene for revidert part

Revisjonslaget har bestått av:

- Jørgen Midtlyng, Revisjonsleder – Helse Midt-Norge RHF
- Jørgen Melbye, medrevisor – EY
- Tove Albrektsen, medrevisor – EY
- Finn Holm, rådgiver – EY

Representanter for revidert part har vært:

- Torbjørn Aas, Administrerende direktør – Helse Nord-Trøndelag RHF
- Nina Gravaune, revisjonskoordinator/helsefaglig rådgiver - Helse Nord-Trøndelag RHF
- Pauline Kolset, revisjonskoordinator/prosjektkoordinator - Helse Nord-Trøndelag RHF

5.9. Revisjonens tidsplan og lokaliteter

Revisjonen ble varslet 30. juni 2017 og igangsatt med åpningsmøte 28. september 2017. Intervjuer ble utført over 5 dager i perioden 28. september til 3 november 2017. En av disse dagene ble utført ved Sykehuset Namsos. Øvrig gjennomføring ble utført ved Sykehuset Levanger.

Det ble intervjuet 25 linjeledere og 4 personer tilhørende stab/HR. 16 av linjelederne var førstelinjeledere. Det ble gjennomført oppsummeringsmøte med ledergruppen i Helse Nord-Trøndelag HF 5. desember 2017.

Revisjonsrapporten er forelagt Helse Nord-Trøndelag HF for verifikasjon i perioden xx-xx.

5.10. Revisjonens prosedyrer

Prosedyrer for revisjonen er dokumentert i eget styringsdokument ID 707 for internrevisjonen.

Appendiks A: Åtte gode råd om lederutvikling

Punktene nedenfor utgjør de åtte gode rådene om lederutvikling i nåværende utgave av nasjonalt topplederprogram:

- **Erkjennelse om at ledere kan trenes og utvikles til å bli bedre ledere.**
- **Foreta en grundig behovsanalyse om ønskede utfall – hva vil vi oppnå? Ikke vær generelle.**
- **Benytt et bredt sett av læringsaktiviteter, undervisning, informasjon, demonstrasjoner og praktisk trening. Ved begrenset tid – prioriter praktisk trening.**
- **Vær forsiktig med å bruke ekstra ressurser på 360-graders vurderinger.**
- **Benytt flere separate sesjoner over et lengre tidsrom i stedet for en sammenhengende og lang sesjon.**
- **Begrens bruken av utviklingsprogrammer som gjennomføres i form av egenstudier – bruk heller interne og/eller eksterne ressurser – trenger støtte.**
- **Konsulter ekspertise utenfor ditt eget fagfelt, programmet skal være evidensbasert og praktisk relevant.**
- **Inkluder kunnskap og ferdigheter som omfatter effektive samspill og gode relasjoner med kollegaer og medarbeidere.**

Christina N. Lacerenza, m.fl.

DN – Bård Kuvås, m.fl.

Appendiks B: Personalpolitikken ledelsesprinsipper

Utdrag fra Helse Midt-Norge RHF sin gjeldende personalpolitikk, vedtatt i styresak 107/08.

Ledelsesprinsipper

Ledelse er å utvikle og fordele ressurser på en måte som gjør at medarbeiderne oppnår resultater.

Våre ledere skal systematisk følges opp og evalueres av sin leder. Administrerende direktør vil bli evaluert av sitt styre.

Dette betyr at ledere har ansvar for:

- at det settes realistiske mål for egen resultatenhet i tråd med de føringer, resultatkrav og rammer som er fastsatt for denne
- en prioritering og fordeling av aktiviteter og oppgaver som samsvarer med resultatenhetens mål.
- at kompetanse, økonomi og teknologi er tilpasset oppgaver og mål.
- at mål og resultatkrav kommuniseres systematisk og følges opp med evalueringer av og tilbakemeldinger til den enkelte medarbeider. Dette kan skje igjennom hensiktsmessig rapportering, medarbeidersamtale og lønnsamtaler
- at det raskt iverksettes nødvendige korrigerende tiltak når det er behov for at det utvikles effektive team og en samhandlingskultur som bygger opp under helheten i Helse Midt-Norge

Dette betyr at ledere i Helse Midt-Norge skal:

- være fremtids-, endrings- og handlingsorientert
- være fokusert på mål og resultater
- systematisk analysere og evaluere virksomheten
- kunne prioritere
- delegere, støtte og skape engasjement gjennom tydelige budskap, krav og tilbakemeldinger
- utvikle gode team og positive prosesser
- ta beslutninger og sørge for gjennomføring

Appendiks C: Forslag/eksempel til prosess for lederutvikling

Mine utviklingsmål fra forrige periode

Nasjonale kjerneverdier	Trygghet for tilgjengelighet og omsorg	Respekt i møtet med pasienten	Kvalitet i prosess og resultat
Nasjonale lederkrav	Ansvarlig og helhetstenkende	Endringsvillig og handlekraftig	Kommuniserende og inspirerende

Evaluering av forrige periodes utviklingsmål (måloppnåelse 1 – 5. 3 = som forventet/godt)

Nasjonale kjerneverdiene	Trygghet for tilgjengelighet og omsorg	Respekt i møtet med pasienten	Kvalitet i prosess og resultat
Nasjonale lederkrav	Ansvarlig og helhetstenkende	Endringsvillig og handlekraftig	Kommuniserende og inspirerende

Mine utviklingsmål for neste periode

Nasjonale kjerneverdiene	Trygghet for tilgjengelighet og omsorg	Respekt i møtet med pasienten	Kvalitet i prosess og resultat
Nasjonale lederkrav	Ansvarlig og helhetstenkende	Endringsvillig og handlekraftig	Kommuniserende og inspirerende

Årshjulet

Mars: Leders egenrefleksjon. Setter seg egne mål ut fra egen målforståelse. Kontroll mot kompetanseplaner. Fokus på sitt bidrag til å nå driftsmessige og strategiske mål.

Mai: Refleksjon sammen med overordnet leder. Støttende. Sikrer målforankring.