

Revisjonsrapport

Ledelse i St. Olavs hospital HF

Versjon:	4.0
Dokumentstatus:	Godkjent
Forfatter:	Midtlyng, Jørgen
Godkjent av:	Midtlyng, Jørgen
Godkjent dato:	20.05.2019

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBESKRIVELSE
1.0	2019-04-11	Frigitt for intern kvalitetssikring
2.0	2019-04-29	Frigitt for faktaverifikasjon
3.0	2019-05-20	Frigitt etter faktaverifikasjon og for vurdering av konfidensialitet.
4.0	2019-05-20	Frigitt for oppdragsgiver og revidert part. Rapporten er offentlig.

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. *Nasjonalt plattform for ledelse i helseforetak* ble frigitt i 2012, og de regionale helseforetakene fikk samme år i oppgave å følge opp plattformen. Plattformen omfattet de nasjonale lederkravene:

- *Ansvarlig og helhetstenkende*
- *Kommuniserende og inspirerende*
- *Endringsvillig og handlekraftig*

og kjerneverdierne *Kvalitet – Respekt – Trygghet*. 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. Fokus 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 og St. Olavs hospital HF men omfatter også aktivitet på regionalt nivå. Det utarbeides individuelle rapporter til hvert av helseforetakene og en samlet framstilling for Helse Midt-Norge RHF.

Internrevisjonen om ledelse i St. Olavs hospital HF er gjennomført som planlagt med hensyn til aktiviteter. Gjennomføringen har tatt vesentlig lengre tid enn planlagt på grunn av kapasitet i Internrevisjonen og økt omfang av dokumentgjennomganger og kvantitative analyser. Revisjonen har omfattet Klinikk for anestesi og intensivmedisin, Divisjon psykisk helsevern, Klinikk for rus og avhengighetsmedisin og Medisinsk klinikk.

Resultatet viser at vedtaket i styresak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF om Nasjonalt lederplattform er fulgt opp ved St. Olavs hospital HF med en orientering i styret (styresak 27/13), deltakelse i Nasjonalt Topplederprogram, eget lokalt lederutviklingsprogram «Synlig og ansvarlig ledelse», innføring av IT-verktøyet *Kompetanseportalen* for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling, samt tiltak for ledermobilisering og mottak av nye ledere i oppstartfasen.

Revisjonen konkluderer med at disse tiltakene foreløpig ikke har vært effektive med hensyn til å oppnå hensikten med den nasjonale lederplattformen: *å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten*. Mange ledere kjenner ikke til eller har ikke et praktisk forhold til de nasjonale kjerneverdierne og lederkravene. Systematikk og kontinuitet i lederutviklingen er ikke på plass. Test av kjerneverdien *kvalitet* utført på prosessen for avvik og korrigerende tiltak viser at personell som melder gjør dette på en utmerket måte. Men oppfølgingen svikter. Kvalitet i oppfølgingen er et lederansvar.

Revisjonen anbefaler St. Olavs Hospital HF å ta Kompetanseportalen i bruk for systematisk og kontinuerlig lederutvikling, og at kurs og utdanning og samlingsbasert lederutvikling bør være betinget av dokumenterte utviklingsmål. Det anbefales også å styrke ledernes kompetanse i normativ standard for ledelsessystemer. Utfordringsbildet og utviklingstrekkene i spesialisthelsetjenesten tilsier at standarden NS-EN 15224:2016 *Ledelsessystemer for kvalitet - NS-EN ISO 9001:2015 for helse- og omsorgstjenester* bør vurderes.

Innhold

1. Bakgrunn og mål for revisjonen	5
2. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger	6
3. Oppsummering av revisjonsaktivitetene	10
3.1. Dokumentgjennomgørelser	10
3.1.1. Regionale handlingsplaner for strategisk HR	10
3.1.2. Strategi 2030	10
3.1.3. Regional utviklingsplan	10
3.1.4. Utviklingsplan for St. Olavs hospital HF	11
3.1.5. Regional lederutvikling.....	12
3.1.6. Formell oppfølging av RHF-vedtak 31/13 St. Olavs hospital HF	12
3.1.7. Stillingsbeskrivelser	13
3.1.8. Personalpolitikk og ledelse	13
3.1.9. Ledelsens gjennomgåelse	14
3.2. Intervjuer	15
3.3. Kvantitative analyser.....	16
3.3.1. Kvalitet i prosessen for avvik og korrigerende tiltak.....	16
3.3.2. Vedlikehold av styringsdokumenter	19
3.3.3. Bruk av Kompetanseportalen.	20
4. Forberedelse og gjennomføring.....	21
4.1. Bakgrunn og problemstilling	21
4.1.1. Rammene for ledelse i spesialisthelsetjenesten.....	21
4.1.2. Utvikling av et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere	22
4.1.3. Internrevisjonens aktivitetsplan	24
4.1.4. Problemstilling	24
4.2. Omfang, grunnlag og kriterier	24
4.3. Metode.....	24
4.3.1. Representativitet	24
4.3.2. Anonymisering	24
4.3.3. Dokumentgjennomgørelser.....	24
4.3.4. Intervju.....	25
4.3.5. Kvantitative analyser.....	25
4.4. Revisjonens oppdragsgiver, revisjonslag og representanter for revidert part	25
4.5. Revisjonens tidsplan, lokaliteter og prosedyrer	25
4.6. Faktaverifikasjon	26
Appendiks A: Stillingsbeskrivelser.....	27
Appendiks B: Personalpolitikken ledelsesprinsipper	28

1. Bakgrunn og mål for revisjonen

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

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

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

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

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

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

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

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

2. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger

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

Et av tiltakene i Regional handlingsplan for strategisk HR 2015 – 2016 var etablering av IT-verktøyet *Kompetanseportalen*. Verktøyet er tilrettelagt for å etablere og kontinuerlig evaluere og videreutvikle utviklingsmål for ledere i fase med prosessen for medarbeidersamtale.

Kompetanseportalen er tatt i bruk ved St. Olavs hospital HF, men den systematiske arbeidsprosessen med etablering og vedlikehold av utviklingsmål for ledere har ikke kommet i gang.

Strategi 2030 knytter ledelse til to av fire strategiske mål (se. kap 3.1.2). Revisjonen kan bekrefte at arbeidet med rekruttering og mottak av nye ledere utvikler seg positivt i forhold til delmålet «*Vi rekrutterer, utvikler og beholder høyt kompetent personell*». Ledermobiliseringsprogram¹ og introduksjonskurs for ledere i Kompetanseportalen er viktige tiltak på dette området. Revisjonen kan imidlertid ikke bekrefte at lederutviklingen gjennomføres systematisk i tråd med eierstyringen. Etter revisjonens vurdering har balansen mellom samlingsbaserte tiltak og systematisk individuell refleksjon om egen lederutvikling vært skjev.

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

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

¹ Et avklarings- motivasjons og utviklingsløp for medarbeidere som har interesse og potensial for ledelse.

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

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

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

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

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

På neste side beskrives revisjonsresultatene og revisjonens anbefalinger i tabeller. Tabell 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 saksframlegg til Helse Midt-Norge RHF.

Tabell 2 gir en mer detaljert framstilling av revisjonens overordnede anbefalinger med 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) nasjonale kjerneverdier utgjør et felles grunnlag for ledelse	Ikke bekreftet	3 av 16 ledere som deltok i revisjonen kjenner kjerneverdiene godt. En test av kvaliteten i deler av forbedringsprosessen viser kvalitetsbrist på strategisk viktige trinn i prosessen (avviksmeldinger, kontroll av styringsdokumenter, opplæring). Kjerneverdiene inngår i lokalt lederutviklingsprogram <i>Synlig og ansvarlig ledelse</i> .
1 a) de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Ikke bekreftet	Om lag en tredjedel av lederne forklarer at de kjenner lederkravene. Flere av de som kjenner kravene forklarer at de ikke benytter kravene aktivt. Lederkravene inngår i lokalt lederutviklingsprogram <i>Synlig og ansvarlig ledelse</i> , men inngår ikke i stillingsbeskrivelser for ledere.
1b) erfaringsdeling blant ledere	Ikke bekreftet	Erfaringsdeling gjennomføres som en del av samlingsbaserte tiltak. Manglende fokus på de nasjonale lederkravene gjør at vedtakspunktet ikke kan bekreftes.
1b) felles forståelse for ledelse i StO.	Ikke bekreftet	Erfaringsdeling gjennomføres som en del av samlingsbaserte tiltak. De nasjonale lederkravene er lite kjent og lite brukt, gjør at vedtakspunktet ikke kan bekreftes.
1c) at det etableres et system for leder-rekruttering	Bekreftet	Ledermobiliseringsprogrammet og etablering av kompetansekrav for førstegangsledere er tiltak av nyere dato som bidrar til økt systematikk. Omfanget av tiltakene er begrenset og gjelder ikke ledere på høyere nivå. Mottak av nye ledere er satt i system gjennom bruk av Kompetanseportalen.
1c) system for utvikling og oppfølging	Delvis bekreftet	Kompetanseportalen er tatt i bruk. Det gjenfinnes imidlertid ikke dokumentasjon på systematisk etablering og vedlikehold av utviklingsmål for ledere. Lederutviklingsprogrammet har ikke hatt tilstrekkelig effekt med hensyn til innføring av de nasjonale lederkravene som standard.
1d) styrke ledelse nærmest pasient-behandlingen	Ikke bekreftet	Kontrollspenn for førstelinjeledere er fremdeles høyt og i flere tilfeller høyere enn det overordnede strategiske målet på 30. Sviktende kvalitet i prosessen for avvik, korrigerende tiltak, vedlikehold av styringsdokumenter og opplæring kan tyde på manglende lederstøtte.

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

3. Oppsummering av revisjonsaktivitetene

3.1. Dokumentgjennomgørelser

3.1.1. Regionale handlingsplaner for strategisk HR.

Regional handlingsplan for strategisk HR for perioden 2015 – 2016² er oppdatert med hensyn til nasjonale kjerneverdier og lederkrav. Et av tiltakene på regionalt nivå var utvikling av IT-verktøyet *Kompetanseportalen*. Verktøyet har arbeidsflyt og registreringsmuligheter som etter internrevisjonens vurdering er hensiktsmessige for å planlegge, utføre, evaluere og korrigere lederutviklingen kontinuerlig og i fase med medarbeiderprosessen. I Kompetanseportalen er det relativt enkelt å etablere utviklingsmål til hvert av de tre gruppene av nasjonale lederkrav: *Ansvarlig og helhetstenkende; Endringsvillig og handlekraftig; Kommuniserende og inspirerende*. Kompetanseportalen er implementert ved St. Olavs hospital HF, og alt ligger til rette for at helseforetaket kan arbeide systematisk og effektivt med de nasjonale lederkravene

3.1.2. Strategi 2030

Strategi 2030 for Helse Midt-Norge understreker betydningen av et felles målbilde og knytter *ledelse* til to av fire strategiske mål. Det er en viktig erkjennelse i strategien at dagens organisering og drift av helsetjenestene ikke vil være bærekraftig i det utfordringsbildet som helsetjenestene står ovenfor. Bakgrunnsdokumentet for strategien trekker blant annet fram *kultur, lederskap og medarbeidere* for å møte mulighets- og utfordringsbildet. Om ledelse står det:

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

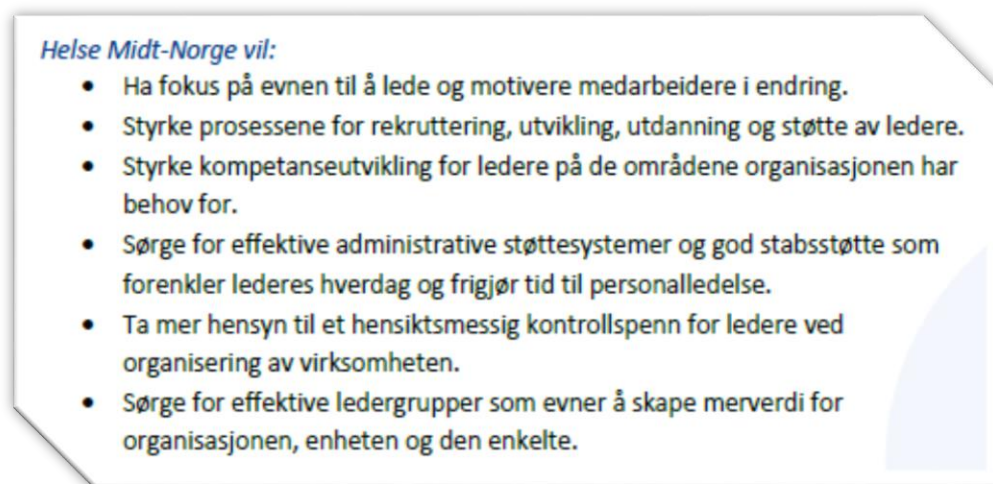
Kompetanseportalen har, dersom den blir brukt som verktøy for å fastsette mål, stor betydning for å operasjonalisere de strategiske styringssignalene, ved å gjennomføre lederutviklingsprosessen kontinuerlig etter en PDCA-systematikk.

3.1.3. Regional utviklingsplan

Regional utviklingsplan 2019 – 2022 (2035) legger vekt på evne til endring, ledelse og god involvering. I planens veivalg og strategier identifiseres det behov for å øke ledelseskapasitet og – kompetanse, blant annet ved å strukturere og formalisere krav som kan bidra til å øke

² Godkjent av HR-direktør ved Helse Midt-Norge RHF, 2.3.2015. Orienteringssak for styret i HMN RHF sak 37/15.

lederes og ledergruppers kompetanse. Målet er å oppnå motiverte, trygge, tydelige og utviklingsorienterte ledere som får det beste ut av hver enkelt i en svært krevende hverdag. Utfordringsbildet omfatter motivasjon og ledelse av medarbeidere i målrettet endringsarbeid, kontroll på bemanning, kostnader, kvalitet, måloppnåelse og gevinstrealisering. Teknologiforståelse og samarbeid på tvers av formelle grenser nevnes spesielt. De regionale utviklingstiltakene innen ledelse er gjengitt i Figur 2.



Figur 2: Regionale utviklingstiltak knyttet til ledelse

Regional utviklingsplan har ikke satt de nasjonale lederkravene i sammenheng med lederutviklingen.

3.1.4. Utviklingsplan for St. Olavs hospital HF

Helseforetakets Utviklingsplan 2019 – 2035 (februar 2018) viser til lederutviklingsprogrammet *Synlig og ansvarlig ledelse* og egen fagdag om ledelse.

Beskrivelsen av utvikling innen organisasjon og ledelse peker på at krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten er knyttet til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internrevisjonen vil gi en merknad om at dette gjelder lederkrav knyttet til internkontrollen. Kravene til ledelse går langt ut over dette, og omfatter de generelle kravene i spesialisthelsetjenestelovens §3-9, Rundskriv I-2013/2 om lederansvaret i sykehus, nevnte forskrift, flere særlover og -forskrifter som refererer til virksomhetsleders ansvar. I tillegg kommer krav via eierstyringen. Det gis en anbefaling om å ta hensyn til dette i utviklingsplanen.

Utviklingsplanen viser også til arbeidet med å bygge kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring, med referanse til nevnte forskrift. Analysene av det løpende forbedringsarbeidet (se kap. 3.3.1 og 3.1.9) viser en svikt på flere trinn og nivå i systematikken. Internrevisjonen betrakter dette som en svikt av strategisk betydning, som også berører arbeidet med å bygge kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring. Det gis en anbefaling om å benytte denne kunnskapen i lederutviklingen.

3.1.5. Regional lederutvikling

Regional lederutvikling har bestått av samlinger. Tilbakemeldinger fra tidligere deltakere i forkant av regional ledersamling 18. – 19. oktober 2017 var:

- at program for ledersamlinger må ha matnyttige og aktuelle tema
- at samlingene er en viktig møteplass for å dele erfaringer og bli kjent (nettverksbygging).
- at det er ønske om tydeligere mål og hensikt med samlingene og bedre tid.

Tema for samlingen i 2017 var toppledelse med henblikk på felles regional tilhørighet, kultur, forståelse og motivasjon til å drive ledelse, samt nettverksbygging, endring, læring og forbedring. Evalueringen tyder på at tema med eksterne foredragsholderne ble opplevd som mest matnyttig blant deltakerne.

Revisjonens vurdering er at prosess og verktøy for å etablere, dokumentere og følge opp individuelle utviklingsmål etter strukturen i de nasjonale lederkravene i samråd med overordnet leder ikke har vært tema i denne eller tidligere samlinger.

3.1.6. Formell oppfølging av RHF-vedtak 31/13 St. Olavs hospital HF

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

Styret sluttet seg til ADs innstilling med følgende vedtak:

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

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

Revisjonens vurdering er at RHF-vedtak 31/13 er fulgt grundig opp med stor vekt på det teoretisk fundamentet, nettverksbyggingen og praktiske verktøy som er relevant for ledere. Prosess og verktøy for å etablere, dokumentere og følge opp individuelle utviklingsmål etter strukturen i de nasjonale lederkravene i samråd med overordnet leder ser imidlertid ut til å mangle. Revisjonen gir en anbefaling om å benytte *Kompetanseportalen* for å etablere, dokumentere og kontinuerlig følge opp/videreutvikle individuelle utviklingsmål. Dersom dette gjennomføres på men måte som tilsvarer prosess for medarbeidersamtalen, med formkrav som reflekterer nasjonale lederkrav, unngås merarbeid.

3.1.7. Stillingsbeskrivelser

16 stillingsbeskrivelser er gjennomgått med tanke på de nasjonale lederkravene og kjerneverdiene (se Appendiks A). Ingen av stillingsbeskrivelsene omfatter eller refererer til de nasjonale lederkravene. Nesten alle stillingsbeskrivelsene i utvalget refererer til kjerneverdiene, men ingen beskriver kjerneverdiene eksplisitt. De fleste beskrivelsene refererer til medarbeidersamtale med referanse til skjema. Dette skjemaet har ingen krav til å etablere utviklingsmål med basis i de nasjonale lederkravene.

Stillingsbeskrivelsene understøtter derfor ikke en konklusjon om at nasjonale lederkrav utgjør et felles grunnlag for ledelse jf. RHF-styrevedtak 31/13. Det gir heller ikke støtte for en konklusjon om systematisk arbeid med lederutvikling med grunnlag i de nasjonale lederkravene.

Flere stillingsbeskrivelser refererer imidlertid til HR Medarbeidersamtale (EQS ID 8003). Dette dokumentet beskriver en prosess med årlig syklus og krav til dokumenterte utviklingsmål. Dokumentasjon av utviklingsmål for ledere er foreløpig ikke satt i sammenheng med de nasjonale lederkravene. Internrevisjonen vurderer likevel at dokumentet EQS ID 8003 langt på vei beskriver prosessen og verktøyet som trengs for å få etablert de nasjonale lederkravene som et felles grunnlag for ledelse på en systematisk måte. Det gis en anbefaling om å etablere de nasjonale lederkravene som et formkrav til utviklingsmål for ledere.

3.1.8. Personalpolitikk og ledelse

Styringsdokumentet *Personalpolitikk, Helse Midt-Norge* (EQS ID 5274) er tilgjengelig fra kvalitetssystemet i St. Olavs hospital HF. Dokumentet er forankret i den regionale personalpolitikken vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF i oktober 2008. Revisjonsfristen for dokumentet var 27. april 2013 og er solid på overtid. Personalpolitikken omfatter prinsipper for ledelse, men dokumentet er ikke oppdatert slik at det gjenspeiler RHF-styrets vedtak i sak 31/13. Internrevisjonen trekker den konklusjonen at en eksplisitt *personalpolitikk* i Helse Midt-Norge ikke er vedlikeholdt. Dette står i kontrast til at personell er den suverent største innsatsfaktoren i helseforetakene og at ledelse ansees å være strategisk viktig i forhold til spesialisthelsetjenestens utfordringsbilde.

Styringsdokument *HR, Livsfaseorientert personalpolitikk for St. Olavs hospital* (EQS ID 29087) er også tilgjengelig. Dokumentet er oppdatert og omfatter prosessen med å rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere. Lederkravene er ikke omtalt, men det er referert til lederutviklingsprogrammet *Synlig og ansvarlig ledelse* og til egen *Lederveiledning* (EQS ID 18235). Videre undersøkelse langs disse sporene gir heller ikke konkrete funn som viser systematisk arbeid med de nasjonale lederkravene. Ledelse ser ikke ut til å inngå i den strategiske kompetanseplanleggingen ved St. Olavs hospital HF³.

Det gis en anbefaling om å oppdatere personalpolitikken og den strategiske kompetanseplanleggingen i tråd eierstyringen i RHF-vedtak 31/13.

³ [Strategisk kompetanse-planlegging ved St. Olavs hospital](#), Desember 2018.

3.1.9. Ledelsens gjennomgåelse

Styringsdokument EQS ID 2548 *Ledelsens gjennomgåelse av kvalitets- og HMS-systemet ved St. Olavs hospital HF* er vurdert mot myndighetskrav og internasjonal norm. Rapporter⁴ etter ledelsens gjennomgåelse på foretaksnivå i 2015, 2016 og 2017 er også vurdert.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §8f angir at formålet med gjennomgåelse av styringssystemet er *å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten*. Formålet i internasjonal standard er til sammenligning å sikre at ledelsessystemet for kvalitet er *velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt og i tråd med organisasjonens strategiske retning*.

En vesentlige forskjell mellom myndighetskrav og internasjonal standard er at standarden knytter gjennomgåelsen til organisasjonens strategiske retning. På grunn av det krevende utfordringsbildet som er skissert for helsetjenestene, har internrevisjonen lagt vekt på at det må være en kobling mellom ledelsens gjennomgåelse og helseforetakets strategisk retning. Siden forskriften ikke trekker opp denne koblingen, er det naturlig å gi anbefaling om å legge mer vekt på ISO 9001-rammeverket i gjennomføring av denne oppgaven. Rammeverket favner hele virksomheten, og går utenpå forskriften både i omfang og systematikk.

Internrevisjonen finner at styringsdokument EQS ID 2548 er godt forankret i den øverste ledelsen. Dokumentet trekker imidlertid ikke opp sammenhengen mellom ledelsens gjennomgåelse og helseforetakets strategiske retning. Dokumentet trekker opp tydelige ansvarsforhold, men er utydelig på hvilke av foretakets prosesser som inngår. Eksempelvis er det ingen fokus på drifts- og investeringsøkonomi eller internkontroll mot regnskaps- og bokføringsregelverket. Dette bryter med forskriftens krav §8f om at *hele* styringssystemet skal gjennomgås. Det anbefales at helseforetaket retter opp i dette.

Beskrivelse av framgangsmåte i ledelsens gjennomgåelse oppfyller forskriftens krav⁵ men har mangler i forhold til ISO 9001-rammeverket. Blant de viktigste manglene er oppfølging av eksterne leverandørers prestasjon. Internrevisjonen har lagt vekt på at helseforetakets partsstilling i forhold til myndigheter og domstoler gjelder uansett om tjenestene leveres fra regionalt helseforetak, felleseide selskaper eller andre. Det anbefales derfor å styre leveranser fra eksterne i tråd med ISO 9001 kapittel 8.4 om styring av prosesser, produkter og tjenester levert av eksterne⁶. Anbefalingen må sees i sammenheng med andre krav som helseforetaket også må forholde seg til. Eksempelvis angir ISO 13485 kap. 7 normative krav til anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr. ISO 14001 kap. 8.1 angir krav til ytre miljø i anskaffelser. ISO 27001 kap. 8.1 angir tilsvarende krav til informasjonssikkerhet ved anskaffelser.

Rapportene etter ledelsens gjennomgåelse fra 2015 – 2017 svarer ikke på forskriftens krav 8f) om hvorvidt systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Internrevisjonen legger likevel merke til at det gjøres en betydelig innsats for å opprettholde et fullstendig og hensiktsmessig styringssystem, og viser til forbedringsmuligheten som ligger i systematisere arbeidet enda mer i tråd med anbefalingene gitt ovenfor.

⁴ 2015 (sak 16-16), 2016 (sak 14-17) og 2017 (sak 16-18).

⁵ Forskriften har ingen krav som regulerer leveranser fra eksterne.

⁶ Dersom man benytter NS-EN 15224 får man med oppdaterte sektorspesifikke tillegg for helsetjenester.

3.2. Intervjuer

Intervjuene har omfattet 4 klinikkssjefer, 5 avdelingsledere, 6 førstelinjeledere og en 1 leder fra stab. Av disse var 12 ledere med fartstid (ledere med over 10 års erfaring) og 4 var førstegangs ledere (3 år eller mindre ledererfaring).

Det er fokusert på fire hovedtema og utført en tematisk analyse på følgende områder:

- Innføring av de nasjonale lederkravene og kjerneverdiene
Intervjuene gir ikke støtte for at verken de nasjonale lederkravene eller kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse ved St. Olavs hospital HF, selv om disse temaene har vært behandlet i helseforetakets lokale lederutviklingsprogram «Synlig og ansvarlig ledelse». Omtrent to tredjedel av respondentene kjenner ikke til lederkravene. Flere av de som kjenner til kravene forklarer at de ikke bruker dem aktivt. Bildet for kjerneverdiene er nokså likt. Kun 3 av 16 ledere formidlet god kjennskap til kjerneverdiene. De øvrige utrykte en mer vag kjennskap eller ikke kjennskap til kjerneverdiene. Det er ikke grunnlag for å konkludere med at de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene er godt operasjonalisert.
- Erfaringsdeling og felles forståelse av ledelse
Flere referer til Nasjonalt topplederprogram og helseforetakets eget lederutviklingsprogram «Synlig og ansvarlig ledelse» på en positiv måte. Det er noen unntak som går ut på at deltakelse på kurs og samlinger ikke er tilstrekkelig for å endre atferd. Det forklares om en ubalanse i lederutviklingen ved at leger som er ledere ikke i så stor grad deltar og det svekker ideen om et felles grunnlag for ledelse.
- System for lederrekruttering, -utvikling og –oppfølging
Det blir forklart om viktigheten av god/treffsikker rekruttering. 2 av 3 ledere forklarer at de har søkt lederjobben, og 1 av 3 forklarer at de har hatt en inngang som konstituert leder. Konstituering av ledere for å fylle viktige lederstillinger peker til en utfordring knyttet til å utvikle og forberede talentfulle medarbeidere til lederrollen. Særlig førstegangsledere informerer at de blir «sluppet ut på veldig dypt vann» når de inntreder lederrollen og at det oppleves som svært krevende å påta seg denne rollen. Mottak av nye ledere framstår også som vilkårlig og den støtte de får under den først tiden er avhengig av nærmeste leder over og/eller med-ledere som støttespillere. Det ble i midlertid informert om ny standardisert mottaksprosess fra 2018 som skal adressere en rekke av disse utfordringene.
- Styrking av ledelse nærmest pasientbehandlingen
Det går klart fram at kontrollspenn hos førstelinjeledere er en utfordring. Flere refererer til seksjonslinjeledere som skal følge opp 50 ansatte. Dette ligger betydelig over helseforetakets overordnede strategi om at ingen leder bør ha direkte personalansvar for mer enn 30 ansatte, ref. styresak 27/13. Noen setter utfordringen med stort arbeidspress hos førstelinjeledere i sammenheng med rekrutteringsproblemer. Andre legger vekt på betydningen av vellykket rekruttering for å unngå utfordringen med ledere som ikke fungerer godt. Ledermobiliseringsprogrammet blir referert på en positiv måte, og det blir forklart om en forbedret mottaksordning for ledere gjennom *Kompetanseportalen*.

3.3. Kvantitative analyser

3.3.1. Kvalitet i prosessen for avvik og korrigerende tiltak

Den nasjonale kjerneverdien *Kvalitet* omfatter *Kvalitet i prosess* og *Kvalitet i resultat*. Analysen er utført for *Kvalitet i prosess*.

Analysen, som er nærmere beskrevet nedenfor kan oppsummeres med en bekreftelse av at personalet melder avvik på en tilfredsstillende måte. Dette omfatter beskrivelse av årsak og forslag til korrigerende tiltak. I vurderingen har revisjonen lagt vekt på at melderens forslag til korrigerende tiltak kommer på et tidlig stadium i prosessen hvor det har vært liten tid til å foreta noen grundig undersøkelse av de bakenforliggende årsakene. Det gis en anbefaling om å opprettholde og om mulig videreutvikle presisjonsnivået for beskrivelser av hva som har skjedd, direkte årsaker, korreksjoner utført og vurdering av mulige bakenforliggende årsaker.

Revisjonen kan ikke bekrefte at personell som mottar og behandler avviksmeldinger oppnår et tilfredsstillende nivå for årsaksanalyse, etablering, gjennomføring og evaluering av korrigerende tiltak. Manglende fokus på vurdering av prosedyrer og opplæring av ansatte svekker kvaliteten betydelig. Funnet har, etter internrevisjonens vurdering, strategisk betydning, og utløser en anbefaling om å bevisstgjøre ledere om dette forholdet.

I analysen har revisjonen lagt til grunn at *prosessen for avvik og korrigerende tiltak* er sentral i det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Prosessen er tillagt stor vekt fordi korrigerende tiltak står i sammenheng med vedlikehold av dokumenter i ledelsessystemet, som igjen står i sammenheng med opplæringen av ansatte. Det er underforstått at ansatte er den suverent største innsatsfaktoren i helseforetaket og at dokumentene i ledelsessystemet har viktige funksjoner som barrierer mot feil og effektiv gjennomføring av arbeidet.

Det er også lagt vekt på at det er den enkelte leder som har ansvar for å påse at prosessen fungerer godt innenfor eget ansvarsområde. Virksomhetsleder har ansvar for at prosessen fungerer på foretaksnivå jf. Rundskriv I-2/2013 om lederansvaret i sykehus:

Arbeidet skal forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle.

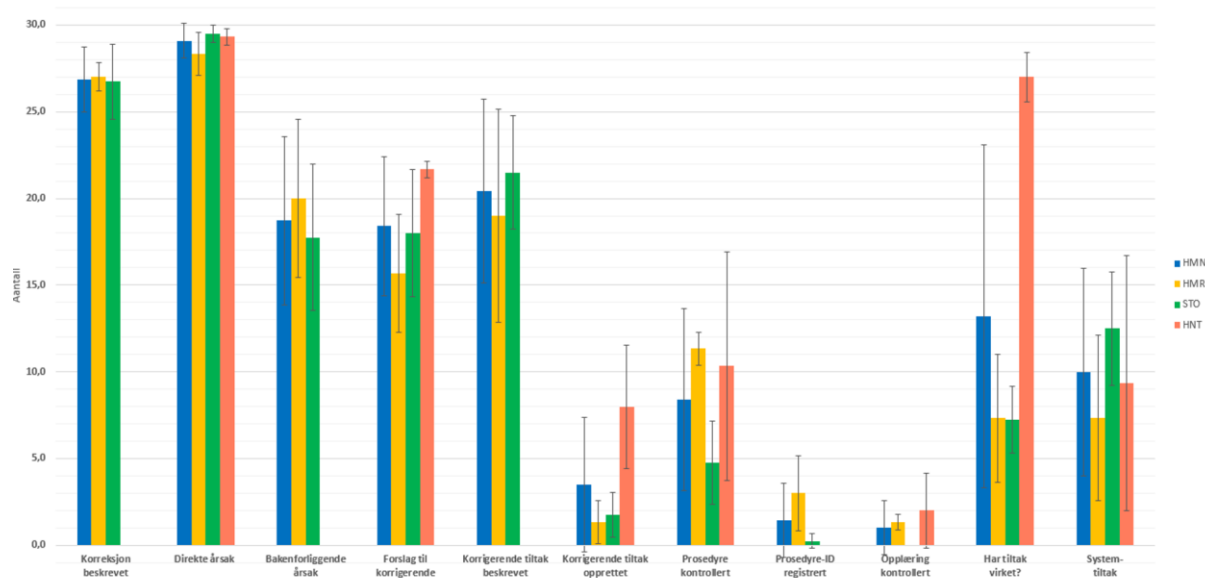
Resultatene blir drøftet i forhold til kvalitetsbegrepet isolert sett og ses i sammenheng med eierstyring om nasjonale lederkrav.

Analysen er utført som stikkprøver i et representativt og tilfeldig utvalg av avviksmeldinger ved klinikkene som har inngått i revisjonsomfanget. Populasjonen omfatter meldinger påbegynt og lukket i perioden 2016 – 2017. Stikkprøvetakingen er lagt opp som binomisk forsøksrekke á N=30 hvor egenskapene for utvalgte trinn i meldingsprosessen er undersøkt. Utfallsrommet pr. egenskap består av verdien 1 som tilsvarer «OK» eller verdien 0 som tilsvarer «ikke OK».

Det er beregnet gjennomsnittsverdi og standardavvik pr. egenskap på foretaksnivå og på regionalt nivå. Resultatene er stilt opp i stolpediagram (Figur 3) som omfatter alle helseforetakene i revisjonsomfanget og gjennomsnittsverdi på regionalt nivå.

De undersøkte egenskapene er hentet fra ISO 9001-standardens krav til styring av utgangsfaktorer med avvik (seksjon 8.7), prosessen for avvik og korrigerende tiltak (seksjon 10.2.1) og kompetanse (seksjon 7.2). De spesifikke kravene er:

- Avviket skal beskrives (seksjon 8.7.2)
- Korrigeringer (8.7.1 a) skal beskrives (8.7.2 a)
- Årsak til avvik skal bestemmes (10.2.1 b underpunkt 1). Gjelder både direkte og bakenforliggende årsaker.
- Behovet for korrigerende tiltak skal evalueres (10.2.1 b)
- Tiltak skal implementeres hvis nødvendig (10.2.1 c). Gjelder både korrigering (tiltak for å fjerne et påvist avvik) og korrigerende tiltak (tiltak for å fjerne årsaken til et avvik og hindre at det gjentas).
- Endringer i ledelsessystemet for kvalitet skal gjennomføres hvis nødvendig (10.2.1 f)
- Opplæring (7.2 c og b) for å sikre at personell har nødvendig kompetanse (7.2 a)
- Virkning av tiltak skal gjennomgås (10.2.1 d).



Figur 3 Resultat fra stikkprøvebasert analyse av prosessen for avvik og korrigerende tiltak, sett i sammenheng med vedlikehold av dokumenter i ledelsessystemet og opplæringen.

Resultatene, med unntak av egenskapen *Avviket skal beskrives*, er gjengitt i Figur 3. I drøftingen nedenfor er det oppgitt verdier for estimatoren p for sannsynligheten for at en gitt egenskap i meldingsprosessen er oppfylt. Beskrivelser var tilfredsstillende oppfylt med sannsynlighet på 1 for alle forsøksrekkene. Denne egenskapen er derfor ikke tatt med i figuren.

Revisjonskommentarer til de øvrige egenskapene er beskrevet nedenfor:

- De fleste avvik ($0,82 < p < 0,96$) inneholder beskrivelser for hvordan avviket er korrigert («Korreksjon beskrevet»), dvs. hvilke tiltak som er gjennomført for å fjerne avviket eller å redusere konsekvensen av avviket.
- De fleste avvik inneholder beskrivelse av årsaker. Beskrivelsene kan deles inn i to kategorier: Direkte årsak ($0,97 < p < 1,0$) og bakenforliggende årsak ($0,45 < p < 0,73$). Revisjonen bedømmer resultatet som tilfredsstillende når det gjelder direkte årsaker. Resultatet kan og bør bli bedre når det gjelder bakenforliggende årsaker. Ansatte som registrerer meldinger gir etter revisjonens vurdering god informasjon om bakenforliggende årsaker, mens meldingsbehandler som arbeider med meldingene i neste prosessstrinn bør sørge for at flere av meldingene oppnår gode beskrivelser av bakenforliggende årsaker. Slike beskrivelser er grunnlaget for å treffe effektive tiltak for å fjerne årsak til hendelser.
- For drøyt halvparten ($0,48 < p < 0,72$) av avvikene har melder registrert forslag til korrigerende tiltak, dvs. tiltak for å fjerne *årsaken* til avviket og dermed hindre at avvik oppstår på nytt. Revisjonen vurderer at dette er tilfredsstillende tatt i betraktning at vurderingen utføres i det første prosesstrinnet.
- Revisjonen finner beskrivelser av korrigerende tiltak i en eller annen form i drøyt halvparten ($0,61 < p < 0,83$) av forsøkene. Det er ikke dekning for å si at det er en signifikant forskjell mellom beskrivelser av korrigerende tiltak registrert av melder, og beskrivelse av korrigerende tiltak registrert av meldingsbehandler.
- *Systematisk* registrering og oppfølging av korrigerende tiltak forekommer omtrent ikke i dette datamaterialet ($0,02 < p < 0,10$). Revisjonen vurderer at dette er oppsiktsvekkende lavt både i forhold til myndighetskrav om å arbeide systematisk og til helseforetakenes driftsmessige behov for å hindre gjentakelse av avvik. Begge deler er et lederansvar. For å undersøke dette resultatet nærmere ble det vurdert om det var mulig å lese ett eller annet systemtiltak ut av avviksmeldingene. Også her var resultatet lavt ($0,31 < p < 0,53$).
- Helsetjenester er arbeidsintensive tjenester hvor mange av barrierene mot feil er etablert som krav til gjennomføring av arbeidet. Slike krav skal dokumenteres og være gjenstand for kontinuerlig forbedring. Analysen viser at systematisk gjennomgåelse av prosedyrer i forbindelse med avviksbehandling ligger på et lavt nivå ($0,08 < p < 0,24$) og i svært liten grad ($0,00 < p < 0,02$) er spesifikk. Når revisjonen i tillegg påviser svakheter i vedlikeholdet av prosedyrer (se kap. 3.3.2) er konklusjonen at systematikken på dette området ikke er tilfredsstillende.
- Opplæring av ansatte er et myndighetskrav både med hensyn til helse-, miljø- og sikkerhet og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelse om systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Opplæring er tilsvarende en sentral del av internasjonal standard for ledelsessystemer. Revisjonen finner at kontroll av opplæring ikke forekommer ($0,00 < p < 0,00$) i datamaterialet som er undersøkt ved St. Olavs Hospital HF. Kombinasjonen av svak systematikk i kontrollen av prosedyrer i avviksbehandlingen, og svak systematikk i vedlikeholdet av prosedyrer (kap. 3.3.2) må trekkes fram som et hovedfunn i revisjonen. Det vil ikke være mulig for revisjonen på et objektivt grunnlag å bekrefte at klinikkene i revisjonsomfanget har tilstrekkelig *kvalitet i prosessen* for avviksbehandling.
- EQS-skjema for avvik har i noen tilfeller et eget felt for å dokumentere hvorvidt korrigerende tiltak har vært effektive eller ikke. Den relativ lave forekomsten ($0,18 < p < 0,31$) av positive utfall for denne vurderingen (tiltak vurdert som effektivt) skyldes at flere skjema ikke hadde eget felt for denne vurderingen. Skjema som hadde slik felt var utelukkende utfyllt med en bedømmelse om at tiltakene har vært effektive. Analyseresultatene total sett gir ikke internrevisjonen grunnlag for å støtte en slik konklusjon.

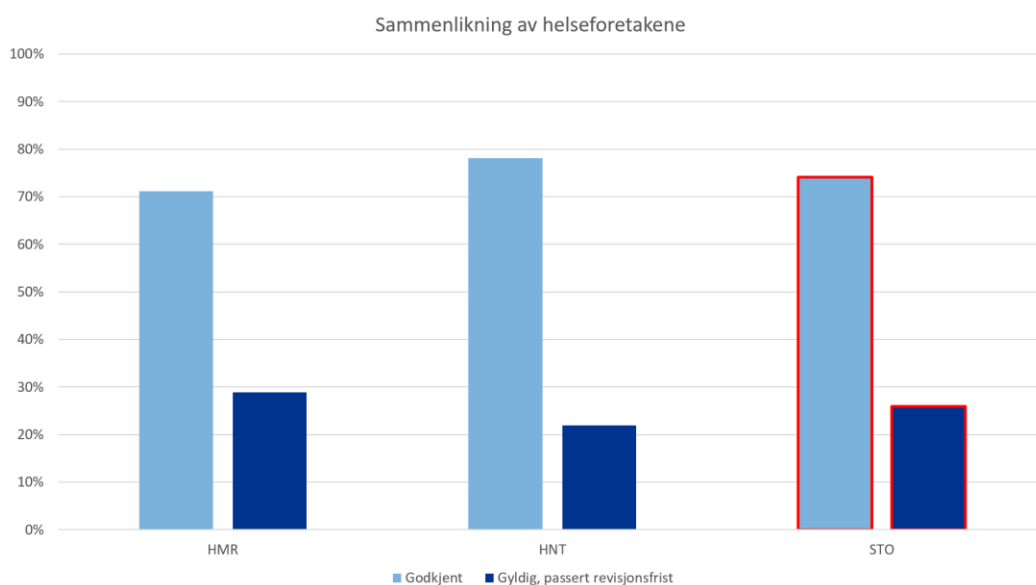
Revisjonen har registrert at det fram til 2018 har eksistert ulike skjema for avviksmelding i EQS. Skjemaene har hatt ulikt formål, ulik oppbygning, ulik arbeidsflyt og ulike registreringsfelter for kategorisering av hendelser. I 2018 er det imidlertid tatt i bruk et nytt felles meldingsskjema med tilrettelagt arbeidsflyt for tiltak. For et av de øvrige helseforetakene i revisjonsomfanget var andelen opprettede tiltak blant knapt 8000 meldinger på 3,5% pr. 6. desember 2018. Det var innenfor det estimerte intervallet ($0,00 < p < 0,08$) for korregerende tiltak blant meldinger registrert i perioden 2015 – 2016 i dette helseforetaket. Dette gir indikasjon om at forbedring av skjema ikke har ført til kvalitetsforbedring for tiltakstrinnet i avviksprosessen. Årsaken synes å være kapasitet og/eller kompetanse hos personell som følger opp meldingsbehandlingen og manglende fokus i lederlinjene.

3.3.2. Vedlikehold av styringsdokumenter

Verdien *kvalitet i prosess* ble det også undersøkt med hensyn til status for vedlikehold av styringsdokumenter. Tallmaterialet gjelder alle helseforetakene og viser andel dokumenter som har passert revisjonsfrist. Revisjonsfrist inngår ved siden av avviksbehandling og ledelsens gjennomgåelse som et hovedelement i dokumentvedlikeholdet. Revisjonsfristens funksjon i dokumentvedlikeholdet er å verifisere/sikre at dokumentet fremdeles er fullstendig i forhold til myndighetskrav, faglige retningslinjer, læring etter avvik o.l., og hensiktsmessig i forhold til styringsmål og strategiske mål.

Resultatene i Figur 4 viser at omlag 1 av 4 dokumenter ved St. Olavs Hospital HF hadde passert revisjonsfristen ved registermålingen som ble utført sommeren 2018.

Begrepet *gyldig – passert revisjonsfrist* bryter etter revisjonens vurdering med kravet til vedlikehold av styringsdokumenter. Begrepet *gyldig – passert revisjonsfrist* viser med sikkerhet at et dokument ikke er verifisert som planlagt. Dette blir spesielt uheldig når revisjonsfristen for dokumenter kan være inntil 5 år. Det gis en anbefaling om å etablere en nullvisjon for KPI'en *gyldig – passert revisjonsfrist* og å følge opp visjonen gjennom lederutviklingsprosessen.



Figur 4: Viser %-andel dokumenter som har status er gyldige men passert revisjonsfrist per juli 2018 for 3 av helseforetakene i Helse Midt-Norge.

3.3.3. Bruk av Kompetanseportalen.

Det er gjennomført et rapportuttak den 11. desember 2018 for å se på fyllingsgrad for:

- Dokumenterte utviklingsmål for ledere
- Kompetansekrav for ledere

Rapportuttaket gir bare begrenset informasjon for omfanget av ledere med dokumenterte utviklingsmål. Uttaket omfatter 19 av totalt 99 ledere i helseforetaket. Dersom rapporten reflekterer faktiske forhold betyr det at det foreløpig er relativt få ledere som benytter Kompetanseportalen som verktøy i lederutviklingen.

Av de 19 som har registrert er det ingen som har strukturert registreringen i henhold til de nasjonale lederkravene. Vurderingen er gjort på grunnlag av innholdet i feltene *Tiltak* og *Målsetning* i modulen for utviklingsmål. Resultatet indikerer at verktøyet Kompetanseportalen foreløpig ikke brukes til systematisk og kontinuerlig lederutvikling i Helse Midt-Norge. Figur 5 viser et eksempel på hvordan *Kompetanseportalen* kan/bør brukes.

Rapportuttaket gir foreløpig ikke svar på omfanget av kompetansekrav for ledere som er lagt inn i systemet. Videre analyse av denne typen informasjon krever manuell oppfølging, og er ikke fulgt opp videre i denne revisjonen.

The figure consists of two parts. On the left is a process diagram showing a cycle of four steps: Planlegg (start), Gjennomfør (0 - 9 mnd.), Evaluer (9 mnd.), and Korrigjer (9 - 12 mnd.). Arrows indicate a clockwise flow. In the center of the cycle are three bullet points: 'Ansvarlig og helhetstenkende', 'Kommuniserende og inspirerende', and 'Endringsvillig og handlekraftig'. On the right is a screenshot of the 'Utviklingsmål' (Development Goal) form. The form includes fields for 'Mål' (Goal), 'Tiltak' (Action), 'Type tiltak' (Type of action), 'Effekt' (Effect), 'Frist' (Deadline), 'Varsling' (Notification), 'Grad av oppnåelse' (Degree of achievement), and 'Kommentar' (Comment). At the bottom of the form is a table with columns: Navn, Status, Frist, Prestasjon, and two action buttons (Endre, Slett).

Navn	Status	Frist	Prestasjon		
> Ansvarlig og helhetstenkende	Ikke godkjent	31.03.2020	Ikke fullført	Endre	Slett
> Endringsvillig og handlekraftig	Ikke godkjent	31.03.2020	Ikke fullført	Endre	Slett
> Kommuniserende og inspirerende	Ikke godkjent	31.03.2020	Ikke fullført	Endre	Slett

Figur 5: Kompetanseportalen har støtte for systematisk og kontinuerlig lederutvikling. Prosessen for lederutvikling kan følge samme tidsskjema som medarbeiderprosessen og dokumenteres i form av utviklingsmål basert på de nasjonale lederkravene.

4. Forberedelse og gjennomføring

4.1. Bakgrunn og problemsstilling

4.1.1. 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 anledning⁷. 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 sykehus⁸, og i oppdatert internkontrollforskrift som har fått tittelen *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

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

⁷ Rundskriv I-2002-9 Lederansvaret i sykehus (opphevet)

⁸ Rundskriv I-2013-2 Lederansvaret i sykehus, 28. mai 2013.

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

Det systematiske arbeidet med lederutvikling i spesialisthelsetjenesten startet umiddelbart ved iverksetting av sykehusreformen i 2002. På nasjonalt nivå ble *Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak* oppnevnt samme år. Oppdraget var å ha et særlig fokus på toppledere gjennom nasjonalt topplederprogram, halvårige nasjonale direktørsamlinger og andre tiltak av nasjonal karakter. Hensikten var å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten. Forankringen av dette oppdraget regionalt ble formalisert i Foretaksmøtene januar 2004. De regionale helseforetakene fikk da i oppgave å *videreføre sin deltakelse* 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 personalpolitikk⁹ i 2002 (Appendiks B). Prosessen ble kjørt nokså fort gjennom, og utløste en del kritiske kommentarer om at det har vært 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. Strategien¹⁰ omfattet i hovedsak en strukturell avklaring i forhold til sykehus og tjenestetilbud¹¹, 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. 4.1.1.

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.

⁹ Styresak 104/02 ([saksframlegg](#)) og Styresak 99/02 ([saksframlegg](#)), ([kommentarer](#)), ([merknader](#)), ([utkast til personalpolitikk](#)).

¹⁰ Helse Midt-Norge 2010; Styresak 81/05 Helse Midt-Norge 2010-utredning. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 ([saksframlegg](#)) ([vedlegg](#)).

¹¹ Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge ([saksframlegg](#)), ([strategi](#))

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

- 3 av 5 strategiske mål har tema som adresserer ledelse ganske direkte: organisering skal underbygge gode pasientforløp; økonomisk bærekraft; og rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- tiltak i strategien skal gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk¹². På området for ledelse betyr det å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten, slik det ble formulert allerede i 2002.
- styret bestiller¹³ egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell.
- styret understreker¹⁴ betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien.

Styret fikk i april 2011 en orientering¹⁵ om arbeidet med kompetanse og kapasitet.

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

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

Innholdet i lederplattformen ble utformet i samarbeid med nærmere 1000 ledere i landet sykehus, arbeidstakerorganisasjonene¹⁶ 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 styre¹⁷. 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.

¹² Punkt 11 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

¹³ Punkt 16 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

¹⁴ Punkt 26 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

¹⁵ RHF-styresak 42-11 Statusrapport pr. februar 2011.

¹⁶ Den norske legeforening, Det norske sykepleierforbund, Fagforbundet

¹⁷ Helse Midt-Norge RHF styresak 31/13

4.1.3. 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.

4.1.4. 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 for punktene 1 a) – d) 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.

4.2. Omfang, grunnlag og kriterier

Revisjonen har omfattet et utvalgte ledere på alle nivå ved Klinikk for anestesi og intensivmedisin; Divisjon psykisk helsevern; Klinikk for rus og avhengighetsmedisin og Medisinsk klinikk.

Grunnlaget for revisjonen har vært styrende dokumenter inkl. dokumenter i ledelsessystemet EQS, stikkprøver fra meldingssystemet i EQS og intervjuer.

Revisjonskriteriene er gitt av styrevedtak i sak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF og myndighetskrav om ledelse i helseforetak. Vedtaket er gjengitt i sin helhet Figur 1.

4.3. Metode

4.3.1. 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.

4.3.2. 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.

4.3.3. Dokumentgjennomganger

Kilder for dokumentgjennomganger har vært protokoller fra foretaksmøter, styresaker, styringsdokumenter i EQS og informasjon tilgjengelig via intranett. Gjennomgangerne er loggført og dokumentert og sammenfattet i underlagsdokumentasjon for revisjonen. Sammendrag fra gjennomgangerne er overført til revisjonsrapporten.

4.3.4. Intervju

Intervju er gjennomført og dokumentert som semi-strukturerte intervju. Intervjuene er oppsummert og tematisk analysert før sammendragene ble overført til revisjonsrapporten.

4.3.5. Kvantitative analyser

Binomiske forsøksrekker er benyttet for å estimere middelerverdi og standardavvik for sannsynlighet p for at visse egenskaper i prosessen for avviksmeldinger oppfyller gitte krav.

De aktuelle egenskapene er bestemt ut fra ISO 9001-standardens krav til styring av utgangsfaktorer med avvik (8.7), prosessen for avvik og korrigerende tiltak (10.2.1) og krav til kompetanse (7.2). De spesifikke kravene som egenskapene måles mot er:

- Avviket skal beskrives (seksjon 8.7.2)
- Korrigeringer (8.7.1 a) skal beskrives (8.7.2 a)
- Årsak til avvik skal bestemmes (10.2.1 b underpunkt 1). Gjelder både direkte og bakenforliggende årsaker.
- Behovet for korrigerende tiltak skal evalueres (10.2.1 b)
- Tiltak skal implementeres hvis nødvendig (10.2.1 c). Gjelder både korrigering (tiltak for å fjerne et påvist avvik) og korrigerende tiltak (fjerne årsaken, hindre gjentakelse).
- Endringer i ledelsessystemet for kvalitet skal gjennomføres hvis nødvendig (10.2.1 f)
- Opplæring (7.2 c og b) for å sikre at personell har nødvendig kompetanse (7.2 a)
- Virkning av tiltak skal gjennomgås (10.2.1 d).

Estimeringen er gjennomført som 4 forsøksrekker (én forsøksrekke per klinikk) med $n = 30$ enkeltobservasjoner i hver. Utfallet i hvert enkeltforsøk er enten *suksess* ($I=1$) ved at egenskapen er oppfylt, eller *fiasko* ($I=0$) ved at egenskapen ikke er oppfylt.

4.4. Revisjonens oppdragsgiver, revisjonslag og representanter for revidert part

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

Revisjonslaget har bestått av:

- Jørgen Midtlyng, Revisjonsleder – Helse Midt-Norge RHF
- Jørgen Mellbye, medrevisor – EY
- Finn Holm, rådgiver – EY

Representanter for revidert part har vært adm. dir. Nils Kvernmo (sluttet des. 2018) og Fagleder for kompetanse- og ledelsesutvikling Anne-Kristin Fjellstad som har fungert som revisjonskoordinator.

4.5. Revisjonens tidsplan, lokaliteter og prosedyrer

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

Revisjonen ble varslet 23. november 2017. Åpningsmøte ble holdt 16. januar 2018. Intervjuer ble utført i perioden 15. – 18. januar 2018 ved St. Olavs Hospital HF, Trondheim. Tidsplan for revisjonen fraveket på grunn av kapasitetsutfordringer ved Internrevisjonen i Helse Midt-Norge i perioden hvor revisjonen har pågått. Revisjonen har derfor tatt betydelig lenger tid enn forutsatt. Vurderingen er at dette ikke har påvirket konklusjonene i revisjonen.

Revisjonsrapporten er forelagt de involverte for verifikasjon den 30. april 2019 med frist for tilbakemelding den 21. mai 2019. Per utløp av denne fristen var det kommet inn 1 kommentar (se kap. 4.6).

Det er tilbudt et sluttmøte for revisjonen med ledergruppen i St. Olavs Hospital HF.

4.6. Faktaverifikasjon

Det er gitt tilbakemelding vedr. bruk av ISO 9001 i kriteriene for revisjonen, med henvisning til at helseforetaket ikke er ISO sertifisert eller at det foreligger krav om sertifisering fra eier. Det er ikke identifisert faktafeil i rapporten.

Valget av kriterier er opprettholdt med følgende begrunnelse:

- Det må skjelnes klart mellom lovgivningen som skal håndheves, og normer/standarder som skal brukes for å vise overensstemmelse med lovgivningen.
- Behovet for en kvalitetssikret og internasjonalt anerkjent norm/standard utløper fra sphl §3-4 a) om systematikk. Systematikkbegrepet er utdypet noe i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Forskriften eller veileder til forskriften er imidlertid ikke en kvalitetssikret norm hverken i nasjonal eller internasjonal forstand. Regelverket gir samlet sett en klar retning for hvilken norm man bør legge til grunn.
- Spørsmålet om sertifisering er vurdert som ikke relevant. Det er lagt vekt på at sertifisering har enten med markedsadgang og/eller med sikkerhet å gjøre. Markedsadgang er ikke aktuelt for off. helsetjenester. Innenfor sikkerhet er det stort sett medisinsk utstyr som har myndighetskrav til samsvarsvurderinger og sertifikater for å vise overensstemmelse med EU-direktiv.
- Norge er knyttet til EU gjennom EØS-avtalen. EU støtter seg i stor grad til ISO (internasjonal standardisering) og/eller CEN (europeisk standardisering), og har også iverksatt forordning om europeisk standardisering (2012) innatt som norsk forskrift i 2014. Dette påvirker valg av norm først og fremst på grunn av internasjonale krav (medvirkning, prosess og kvalitetssikring) til utvikling av standarder.

Appendiks A: Stillingsbeskrivelser

Stillingsbeskrivelse	Leder-krav	Kjerne-verdier	Kommentar
EQS ID 15952 Stillingsbeskrivelse for seksjonsleder, døgnetenhet, Nidaros DPS	Nei	Ja	Gyldig
EQS ID 18530 Stillingsbeskrivelse for seksjonssjef v. Nidaros DPS	Nei	Ja	Gyldig
EQS ID 20716 Stillingsbeskrivelse for seksjonsleder for Seksjon for Forskning og Utvikling (FoU), Nidaros DPS	Nei	Ja	Gyldig
EQS ID 20933 Stillingsbeskrivelse for seksjonsleder Merkantil Enhet	Nei	Ja	Gyldig
EQS ID 15733 Funksjonsbeskrivelse Seksjonsleder døgnetenhet Tiller DPS	Nei	Ja	Gyldig
EQS ID 15744 Funksjonsbeskrivelse for poliklinikkleder	Nei	Ja	Passert revisjonsfrist
15017 Lokalt for annen enhet Stillingsbeskrivelse for seksjonsleder	Nei	Nei	Passert revisjonsfrist
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse seksjonsleder sykepleie	Nei	Ja	Ikke under styring og kontroll
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse seksjonsleder smertepoliklinikken	Nei	Ja	Ikke under styring og kontroll
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse Avdelingssjef Anestesi- og overvåkningsavdelingen Orkdal	Nei	Ja	Ikke under styring og kontroll
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse Avdelingssjef, Avdeling for smerte og sammensatte lidelser	Nei	Ja	Ikke under styring og kontroll
EQS ID 19777 Seksjonsleder thoraxanestesi	Nei	Ja	Passert revisjonsfrist (ikke i EQS nå)
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse Seksjonsleder Klinikk for rus og avhengighetsmedisin	Nei	Ja	Bedre indirekte match med lederkravene
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse avdelingssjef sykepleie hovedintensiv, datert 13. mars 2017	Nei	Ja	Ikke under styring og kontroll
(ikke EQS ID) Stillingsbeskrivelse Avdelingssjef legetjenesten Hovedintensiv	Nei	Ja	Ikke under styring og kontroll
EQS ID 25185 Stillingsbeskrivelse for Seksjonssjef, Divisjon Psykisk Helsevern/Avdeling Østmarka	Nei	Ja	Passert revisjonsfrist

Appendiks B: Personalpolitikens 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