

**Internrevisjonsrapport 05/2016**

**Vedlikehold og utvikling av kompetanse i  
Helse Nord – oppsummering**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 25.05.2016**

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	5
2 Formål og omfang.....	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk.....	5
2.3.1 Regionale føringer.....	6
2.4 Fokusområder og revisjonskriterier.....	6
3 Metoder.....	6
4 Observasjoner.....	7
4.1 Organisering, ansvar og rollefordeling.....	7
4.2 Behovsvurdering og kompetanseoversikt.....	7
4.3 Handlingsplan for vedlikehold og utvikling.....	8
4.4 Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak.....	8
4.5 Rapportering, kontroll og oppfølging.....	9
5 Vurdering, konklusjon og anbefalinger.....	9
5.1 Internrevisjonens vurderinger.....	9
5.2 Konklusjon.....	10
5.3 Anbefalinger.....	10

## **Sammendrag**

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i sykehusforetakene i Helse Nord i perioden september 2015 – mai 2016.

### **Formål og omfang av revisjonen**

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i foretakene som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakenes behov.

Revisjonen har omfattet de aktiviteter og tiltak som gjennomføres for å:

- Opprettholde den kompetansen som foretakets helsepersonell har (vedlikehold)
- Tilføre ny kompetanse slik at helsepersonellet er i stand til å løse nye oppgaver eller ta i bruk ny teknologi eller kunnskap (utvikling)

Forskerstillinger, utdanningsstillinger, vikarer og rekruttering har ikke inngått i revisjonen.

### **Konklusjon**

Internrevisjonen konstaterer at det er en rekke fellestrekk i de fire sykehusforetakenes styring og kontroll knyttet til vedlikehold og utvikling av helsepersonells kompetanse. En del ulikheter er det likevel, som også har ført til nyanser i hvordan internrevisjonens konklusjon er formulert i rapportene til foretakene.

Mange viktige kompetansetiltak blir gjennomført, men foretakene mangler overordnede føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres. Internrevisjonen konstaterer videre at det er mangler/svakheter både i oversiktene over foretakenes eksisterende kompetanse, i vurderingene av hvilken kompetanse det er behov for, og i utarbeidelse av handlingsplaner for kompetansetiltak. Dermed er det usikkert om de kompetansetiltakene som planlegges og iverksettes samsvarer med foretakenes reelle behov.

Ut fra dette konkluderer internrevisjonen med at den interne styring og kontroll i sykehusforetakene i Helse Nord har svakheter som bør forbedres for å gi rimelig sikkerhet for at helsepersonellens fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakenes behov.

### **Anbefalinger**

Internrevisjonen har gitt foretakene anbefalinger som er noe ulikt formulert, men som dreier seg om følgende:

1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy.
2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket.

3. Sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanseoversikter i alle enheter.
4. Sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode.
5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det framkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.

# 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i alle sykehusforetakene i regionen, i perioden september 2015 – mai 2016. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2015/2016. Internrevisor Bjørn Ole Kristiansen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvar.

Rapporten oppsummerer de fire deloppdragene, rapportert som følger:

- Internrevisjonsrapport 01/2016, Helgelandssykehuset HF, 29.01.2016
- Internrevisjonsrapport 02/2016, Finnmarkssykehuset HF, 02.02.2016
- Internrevisjonsrapport 03/2016, Nordlandssykehuset HF, 10.05.2016
- Internrevisjonsrapport 04/2016, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 10.05.2016

Rapportutkast har vært sendt de reviderte foretakene for uttalelse og kvalitetssikring av fakta, før endelige rapporter ble skrevet.

## 2 Formål og omfang

### 2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i foretakene som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakenes behov.

### 2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen har omfattet de aktiviteter og tiltak som gjennomføres for å:

- Opprettholde den kompetansen som foretakets helsepersonell har (vedlikehold av kompetanse).
- Tilføre ny kompetanse slik at helsepersonellet er i stand til å løse nye oppgaver eller ta i bruk ny teknologi eller kunnskap (utvikling av kompetanse).

Forskerstillinger, utdanningsstillinger, vikarer og rekruttering har ikke inngått i revisjonen.

Gjennomgangen har vært konsentrert om utvalgte enheter i hvert foretak.

### 2.3 Regelverk

Følgende regelverk har vært sentralt i denne revisjonen:

- Specialisthelsetjenesteloven § 3-10 - Opplæring, etterutdanning og videreutdanning
- Helsepersonelloven kap. 2 - Krav til helsepersonells yrkesutøvelse
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, §§ 3 og 4

### 2.3.1 Regionale føringer

Helse Nord RHF har lagt sentrale føringer for foretakene gjennom bl.a. å utarbeide Strategisk kompetanseplan Fase 1 og 2. Sykehusforetakene har deltatt aktivt i utarbeidelsen av disse.

Det er også lagt føringer i oppdragsdokumentene (OD) fra Helse Nord RHF, eksempelvis:

- Rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere i spesialisthelse-tjenesten og sikre bærekraftig utvikling (Langsiktig mål OD 2014 og 2015)
- Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for mer kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud (OD 2014)
- Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere (OD 2015)

## 2.4 Fokusområder og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i formålet har revisjonen vært konsentrert om følgende fem fokusområder:

1. Organisering, ansvar og rollefordeling
2. Behovsvurdering og kompetanseoversikt
3. Handlingsplan for vedlikehold og utvikling
4. Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak
5. Rapportering, kontroll og oppfølging

Innenfor hvert av fokusområdene har det vært definert revisjonskriterier utledet fra aktuelt regelverk, oppdragsdokumentene til foretaket, og COSOs rammeverk for intern styring og kontroll<sup>1</sup>. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

## 3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- **Dokumentgjennomgang**  
Dokumenter innhentet fra foretakenes intranett og kvalitetssystemet Docmap og dokumenter internrevisjonen har mottatt fra foretakene, er gjennomgått og vurdert opp mot kriteriene. Dokumentene er også brukt i forberedelser til intervjuer.
- **Intervjuer**  
Vi har intervjuet ledere i stab og linje, samt rådgivere og tillitsvalgte på ulike nivåer.
- **Test**  
Vi har testet om det forelå kompetanseoversikter i de utvalgte avdelingene.

---

<sup>1</sup> COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): Internkontroll – et integrert rammeverk, 2013.

## 4 Observasjoner

### 4.1 Organisering, ansvar og rollefordeling

Linjeledelsen har hovedansvaret for vedlikehold og utvikling av kompetanse. I alle foretakene er stab-/støttefunksjoner, som HR-avdeling eller fag- og forskningscenter, tillagt sentrale oppgaver som f.eks. å koordinere bruken av felles opplæringsmidler, innvilge individuelle utdanningsløp, utvikle opplæringsprogram m.m.

Ifølge de opplysningene internrevisjonen fikk har bare ett av foretakene, UNN, utarbeidet en strategisk kompetanseplan på foretaksnivå.

Finnmarkssykehuset hadde tatt inn enkelte lederoppgaver i personalhåndboken, men for øvrig manglet alle foretakene overordnede føringer for hvordan linjelederne skal ivareta sitt ansvar for vedlikehold og utvikling av kompetanse.

Vi fikk opplyst at alle foretakene deltar aktivt i regionale nettverk som arbeider med felles regional løsning for hvordan e-læring skal utvikles og felles verktøy for en helhetlig digital kompetansestyring.

I flere foretak fikk vi opplyst at risiko for mangelfull kompetanse har inngått i enkelte risikovurderinger i omstillingsprosesser og som del av overordnet vurdering av oppdragsdokumentet hvert år. Ut over dette var det etter det internrevisjonen fikk opplyst, i liten grad utført dokumenterte risikovurderinger relatert til kompetanse.

### 4.2 Behovsvurdering og kompetanseoversikt

Dokumentasjon av de vurderinger som gjøres av kompetansebehov i foretakene manglet, eller var mangelfull. Den dokumentasjon som foreligger, samt de intervjuer som ble gjennomført, viste at det er ulikt i hvilken grad følgende elementer er vektlagt i vurderinger av enhetenes kompetansebehov:

- Hvilken kompetansesammensetning som kreves for å ivareta enhetens oppgaver
- Hvilken kompetanse som må vedlikeholdes gjennom regelmessig oppfriskning/trening
- De utviklingsbehov enheten har fremover for å møte nye/endrede krav og oppgaver

Internrevisjonen etterspurte ajourførte kompetanseoversikter for de ansatte i de utvalgte avdelinger og enheter. Noen enheter la frem slike oversikter, mens flere ledere opplyste at de ikke har dette nedskrevet fordi de kjenner personalgruppen sin godt. Det var ulikt i hvilken grad oversikten ble benyttet aktivt og om den var tilgjengelig for andre enn leder. Vi merket oss også at laboratorieavdelinger i UNN vedlikeholder kompetanseoversikter i GAT og bruker disse i løpende turnusplanlegging.

### **4.3 Handlingsplan for vedlikehold og utvikling**

Foretakene har i liten grad gitt føringer for utarbeidelse av, og innhold i, handlingsplan for vedlikehold og utvikling av de ansattes kompetanse. Ikke alle enheter hadde handlingsplaner, og innhold og omfang varierte mye blant de som hadde slik plan.

Eksempler på hva som ble fremlagt:

- Oversikt over internundervisning de neste seks måneder
- Eksterne kurs kommende år
- Handlingsplan for de neste tre årene

I alle foretakene ble det opplyst at mange enheter tar internundervisning og vedlikeholdstreninger inn i turnus eller fagdager. Stabene i foretakene hadde også en sentral rolle i koordinering og tilrettelegging av mange tiltak, opplæringsprogrammer og interne kurs. Internrevisjonen merket seg bl.a. at Nordlandssykehusets HR-avdeling koordinerer et omfattende opplæringstilbud, basert på innspill fra klinikkene. For øvrig ble det fra foretakene vist til at man er stadig mer bevisst på å få til kompetansedeling på tvers av organisatoriske enheter.

Det fremkom i intervjuer at ledere, særlig enhetsledere, i liten grad hadde muligheter til å fremme innspill om behov for ressurser til kompetansetiltak i budsjettprosessene. De fleste fikk tildelt budsjett basert på historiske data.

### **4.4 Gjennomføring og dokumentasjon av tiltak**

Ingen av foretakene hadde utarbeidet overordnede føringer for hvordan gjennomføring og deltakelse i kompetansetiltak skal dokumenteres.

Internrevisjonen fikk opplyst at de fleste kompetansetiltak det var bevilget ressurser til, ble gjennomført. Ledere og tillitsvalgte i alle foretakene ga uttrykk for at tilretteleggingen for gjennomføring av tiltak i daglig drift i all hovedsak fungerer bra. Som nevnt i pkt 4.3, blir mange tiltak gjennomført som internundervisning i turnus eller fagdager. Ledere i alle foretakene opplyste også at ansatte som har deltatt på opplæring/kurs skal gjennomføre internundervisning i ettertid for å dele kompetansen med andre.

Gjennomførte kompetansetiltak dokumenteres i varierende grad. Vi merket oss følgende:

- Gjennomført utdanning/spesialisering dokumenteres oftest i personalmappe
- Pliktig vedlikehold hvor det benyttes interne instruktører dokumenteres (i hovedsak av instruktørene), eksempelvis MTU – HLR – Traume
- Deltagelse på eksterne kurs dokumenteres i noen enheter
- Internopplæring i klinikkene blir, hos de fleste, ikke dokumentert. Tiltak som gjennomføres i regi av stab-/støttefunksjon blir dokumentert der, men blir ikke alltid ført i kompetanseoversikt i den ansattes enhet



- Opplæringer som gjennomføres i e-læringsbasen Campus blir dokumentert elektronisk. Leder har tilgang til rapporter og oversikter for sine ansatte.

Ett verktøy som er tilgjengelig for dokumentasjon, er Personalportalen. Det ble hos de fleste opplyst at det var opp til den enkelte ansatte å vedlikeholde sin CV her.

Det er ikke utarbeidet rapporter eller oversikter i foretakene som viser hvilke ressurser som har gått med til kompetansetiltak i foretaket eller i den enkelte enhet.

## **4.5 Rapportering, kontroll og oppfølging**

Bare Nordlandssykehuset og UNN har etablert rutinemessig rapportering knyttet til vedlikehold og utvikling av kompetanse. Ved Nordlandssykehuset skjer det gjennom ledelsens gjennomgang (årlig), ved UNN i Dialogavtalen (løpende).

I alle foretakene ble det opplyst at oppfølging av kompetansestyring også foregår via annen dialog i lederlinjen, men at temaet har varierende fokus.

Ingen av lederne vi intervjuet hadde gjennomført rutinemessige eller systematiske evalueringer av tiltakenes effekt opp mot behov eller mål.

## **5 Vurdering, konklusjon og anbefalinger**

### **5.1 Internrevisjonens vurderinger**

Internrevisjonen anser at å definere virksomhetens kompetansebehov og å holde oversikt over den kompetansen man har til disposisjon, er grunnelementer som må være på plass i foretakene. Disse to oversiktene bør være utformet slik at de kan sees i forhold til hverandre for å identifisere kompetansegap, og begge bør oppdateres regelmessig. Slike oversikter fantes bare i enkelte enheter i foretakene, og behovsvurderingene hadde varierende innhold og omfang. Når disse grunnleggende elementene er mangelfullt ivaretatt, slik tilfellet er i alle foretakene, blir det vanskelig for virksomheten å vurdere/prioritere hvilke kompetansetiltak som er mest hensiktsmessige.

Ikke alle enhetene som inngikk i revisjonen hadde utarbeidet handlingsplaner. Internrevisjonen mener at dette innebærer redusert sikkerhet for at tiltakene som iverksettes er i samsvar med virksomhetens reelle behov.

Handlingsplaner med konkrete, prioriterte kompetansetiltak for en definert tidsperiode er, etter internrevisjonens oppfatning, viktig. Slike planer vil bl.a. være et godt utgangspunkt for fordeling og disponering av ressurser til kompetansetiltak.

Etter vårt syn ville det også vært nyttig å ha oversikt over hvor store ressurser som er benyttet til kompetansetiltak, bl.a. for foretakenes senere planlegging og budsjettering.

Internrevisjonen har konstatert at foretakene ikke alltid dokumenterer tiltak som blir gjennomført. Mangelfull dokumentasjon vanskeliggjør arbeidet med å holde oversikt over eksisterende/tilgjengelig kompetanse, og å vurdere behov for nye tiltak.

Etter internrevisjonens oppfatning ville overordnede føringer og felles verktøy for arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse være til stor nytte for foretakene og deres enheter. Uten en slik felles plattform utvikles forskjellige løsninger, noe som bl.a. vanskeliggjør aggregering av informasjon. Videre mener vi aktiv ledelsesoppfølging er svært viktig for å fastslå om den interne styring og kontroll fungerer som forventet, slik at kompetansenivået vedlikeholdes og utvikles i tråd med virksomhetens behov.

## 5.2 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at det er en rekke fellestrekk i de fire sykehusforetakenes styring og kontroll knyttet til vedlikehold og utvikling av helsepersonells kompetanse. En del ulikheter er det likevel, som også har ført til nyanser i hvordan internrevisjonens konklusjon er formulert i rapportene til foretakene.

Mange viktige kompetansetiltak blir gjennomført, men foretakene mangler overordnede føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres. Internrevisjonen konstaterer videre at det er mangler/svakheter både i oversiktene over foretakenes eksisterende kompetanse, i vurderingene av hvilken kompetanse det er behov for, og i utarbeidelse av handlingsplaner for kompetansetiltak. Dermed er det usikkert om de kompetansetiltakene som planlegges og iverksettes samsvarer med foretakenes reelle behov.

Ut fra dette konkluderer internrevisjonen med at den interne styring og kontroll i sykehusforetakene i Helse Nord har svakheter som bør forbedres for å gi rimelig sikkerhet for at helsepersonellens fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakenes behov.

## 5.3 Anbefalinger

Internrevisjonen har gitt foretakene anbefalinger som er noe ulikt formulert, men som dreier seg om følgende:

1. Innføre retningslinjer som gir føringer for hvordan arbeidet med vedlikehold og utvikling av kompetanse skal utføres, med tilhørende maler og verktøy.
2. Vurdere og beskrive kompetansebehovet på egnet nivå i foretaket.

3. Sørge for at det foreligger oppdaterte kompetanseoversikter i alle enheter.
4. Sørge for at det utarbeides handlingsplaner i alle enheter som viser hvilke kompetansetiltak som skal prioriteres i en definert tidsperiode.
5. Dokumentere gjennomførte kompetansetiltak slik at det framkommer hva som har vært tema og hvem som har deltatt.