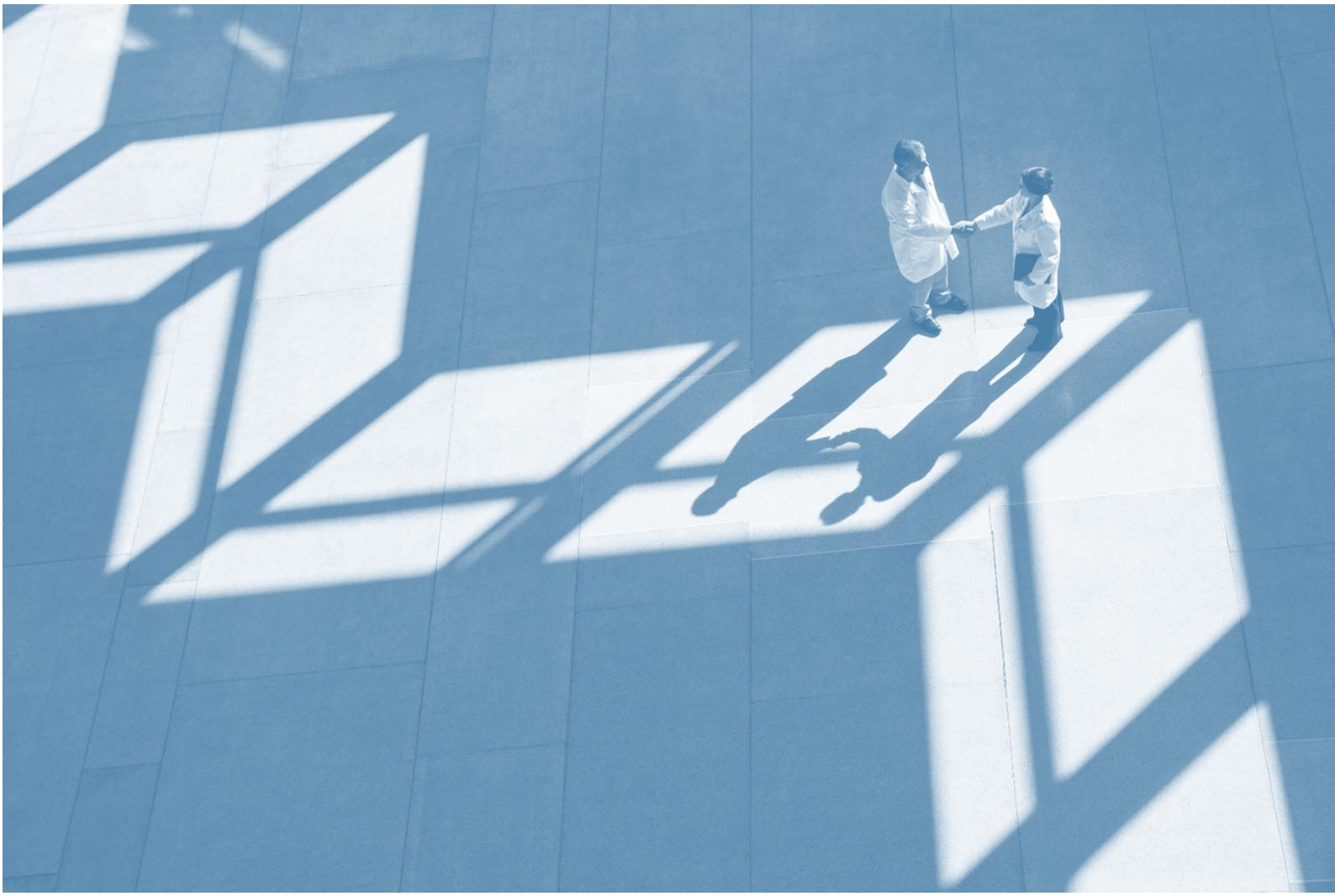
Internrevisjonen

INTRODUKSJONSPROGRAM FOR NYE MEDARBEIDARAR



Tittel:
Introduksjonsprogram for nye medarbeidarar

Publisert:
22.10.2026

Kontakt:
Internrevisjonen i Helse Vest

Last ned rapporten på:
https://helse-vest.no/internrevisjon

Bilete:
MS Stockphoto

Til lesarane av internrevisjonen sine rapportar:
Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra og ansvarlege i føretaka og institusjonane som har vore reviderte, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument som skal vere tilgjengeleg òg for media og andre interesserte. Behova varierer, men dei som vil ha eit overblikk kan få det ved å lese innhaldslista og samandraget.

INNHALD

1 Samandrag 4
2 Innleiing 7
2.1 Bakgrunn 7
2.2 Formål og målsettingar 8
2.3 Revisjonskriterium og metode 8
2.3.1 Metode 10
2.4 Omgrep og avgrensingar 10
2.4.1 Omgrep 10
2.4.2 Avgrensingar 11
3 Overordna om introduksjon i føretaka 12
3.1 Personalhandboka 12
3.2 Initiativ frå Helse Vest RHF og regionalt arbeid 12
3.3 Generelt/overordna om introduksjon per føretak 13
4 Analyse / Etterleving av anbefalingane frå miniprosjektet 15
4.1 Hovudanbefalingar frå prosjektet 15
4.1.1 Årleg melding 2024 15
4.1.2 Vidare status på arbeidet med hovudanbefalingane 16
4.2 Gjennomgang av resterande anbefalingar frå rapporten 17
4.2.1 Introduksjonsplan på nivå 2 og rutine for opplæring og ivaretaking av nye medarbeidarar 18
4.2.2 Introduksjonsplan i Kompetanseplanen og oversikt over kompetanse 19
4.2.3 Preboarding og oppstart 21
4.2.4 Opplæring og gradvis ansvar 22
4.2.5 Rettleiing, støtte og forventningsavklaring 24
4.2.6 Evaluering og oppfølging 27
5 Potensiell samanheng mellom introduksjonstiltak og utvikling i uønskt turnover og medarbeidartilfredsheit 30
5.1 Ulik gjennomføring, etablering av tiltak og praksis hindrar årsaksvurderingar 30
5.2 Trendane viser endringar – men utan tydeleg forklaringskraft 31
5.3 Forsking og erfaringar 31
5.4 Manglande datagrunnlag for å vurdere medarbeidartilfredsheit opp mot tiltaka 32
5.5 Samla vurdering 33
6 Vurderingar og tilrådingar 34
6.1 Vurderingar 34
6.2 Tilrådingar 35
7 Vedlegg 38
7.1 Vedlegg - Om DPH i Helse Bergen HF si felles rutine for opplæring og ivaretaking av nye medarbeidarar 38

7.2 Vedlegg - Klinikk psykisk helsevern og rus (KPHR) i Helse Fonna HF si overordna rutine om lokal sjekkliste: 38
7.3 Vedlegg - Meir informasjon om føretaka si rapportering om introduksjonsplanen er ein integrert del av kompetanseportalen, og korleis føretaka følger gjennomføringa av tiltaka i introduksjonsplanen 39
7.4 Vedlegg - Tilråding: Leiar skal leggje til rette for teamarbeid rundt krevjande sakar nye medarbeidarar har 40
7.5 Vedlegg - Tilråding: Evalueringssamtalar mellom utdanningskandidatar, utdanningsansvarleg spesialist og leiar to gonger årleg. 40
7.6 Vedlegg - Oversikt over etterleving av anbefalingar frå miniprosjektet 41
7.7 Vedlegg - Data frå analyseportalen 47

1 SAMANDRAG

Internrevisjonen har undersøkt i kva grad anbefalte tiltak for introduksjon og oppfølging av nye medarbeidarar i psykisk helsevern og TSB er tatt i bruk, følgde opp og evaluerte i helseføretaka i Helse Vest. Undersøkinga byggjer på dokumentgjennomgang, intervju, analysedata og eigneevalueringar frå føretaka. Revisjonen har også sett på introduksjon av legar i spesialisering (LIS), men dette er i mindre grad følgt opp vidare i analysen da gjennomgangen viser at LIS har eit etablert, normert og i stor grad standardisert introduksjons- og utdanningsløp.

Gjennomgangen viser at helseføretaka i stor grad har etablert relevante tiltak for introduksjon og oppfølging av nye medarbeidarar, og at desse i hovudsak blir praktiserte i verksemdene. Samtidig er arbeidet prega av variasjon mellom føretak og einingar, og det er i avgrensa grad etablert felles struktur, systematikk og etterprøvbarheit.

Det er ikkje etablert ein felles introduksjonsplan eller eit felles rammeverk for helseføretaka. Gjennomgangen viser at føretaka har ulike oppfatningar av kva som utgjer ein introduksjonsplan, kva innhald den skal ha, og kor lang opplæringsperioden er. Dette gjer det vanskeleg å samanlikne praksis, vurdere måloppnåing og forklare kvifor nokre føretak eller einingar lukkast betre enn andre med å for eksempel behalde medarbeidarar eller oppnå høgare tilfredsheit.

Introduksjonsplanar er berre delvis integrerte i Kompetanseportalen, og opplæring blir følgt opp gjennom ei kombinasjon av digitale og manuelle løysingar. Dermed er det krevjande å få ei samla oversikt over gjennomføring og oppnådd kompetanse.

Internrevisjonen finn at fleire sentrale delar av introduksjonsarbeidet i praksis blir gjennomført utan å vere tilstrekkeleg formaliserte. Dette gjer arbeidet sårbart for personavhengig praksis og aukar risikoen for uønskt variasjon. Merk at internrevisjonen påpeikar at Helse Vest har «Produktområde Nye medarbeidarar» som kan nyttast til å setje i verk tiltak knytt til introduksjonsprogram og å gjere dei tilgjengeleg for alle føretaka. Arbeidet i produktområdet er under utvikling, og har per no avgrensa innhald, men kan vere eit godt grunnlag for vidare arbeid med eit einsarta introduksjonsprogram for føretaka.

Det er avgrensa grad av systematisk evaluering av introduksjonsløpet, og datagrunnlaget er ikkje tilrettelagt for å vurdere samanhengar mellom introduksjonstiltak og utvikling i turnover og medarbeidartilfredsheit.

Følsomhet Intern (gul)

Samla vurderer internrevisjonen at tiltaka er relevante og i stor grad tatt i bruk, men at manglande standardisering, felles forståing og systematikk reduserer potensialet for læring, styring og effekt av arbeidet på tvers av føretaka, og gjer det krevjande å samanlikne praksis og vurdere måloppnåing.

Tilrådingar:

- Helse Vest RHF bør sørgje for at det blir **etablert eit felles regionalt minimumsrammeverk** for introduksjon av nye medarbeidarar innan psykisk helsevern og TSB. Rammeverket bør også danne grunnlag for meir einsarta registrering, evaluering og oppfølging av introduksjonsarbeidet i føretaka.

- Helseføretaka bør **sikre at introduksjonsarbeidet blir meir systematisert og etterprøvbart**.

- Helse Vest RHF bør leggje til rette for **meir systematisk leiing, oppfølging og læring på tvers av helseføretaka innan introduksjon** av nye medarbeidarar.

- Helseføretaka bør sørgje for at **introduksjonsplanar og tilhøyrande opplæring i større grad blir integrerte i Kompetanseportalen.**

- Helseføretaka bør etablere ei **systematisk innhenting og analyse av erfaringar frå nye medarbeidarar** gjennom introduksjonsløpet.

Internrevisjonen understrekar at tilrådingane ikkje er uttrykk for eit ønske om meir byråkratisering. Føremålet er å understøtte og vidareutvikle arbeidet som allereie blir gjort i helseføretaka gjennom nokre felles minimumsrammer, betre oppfølging og meir systematisk læring på tvers. Målet er å gjere gode introduksjonsløp lettare å gjennomføre og følgje opp, ikkje å etablere fleire administrative prosessar.

For meir detaljar om tilrådingane, sjå kapittel 6.2.

Følsomhet Intern (gul)

2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn

Temaet blei tatt inn i planen for 2025-2026. Det er knytt til eitt av topp 5 risikoområde (behalde og rekruttere medarbeidarar), og er spelt inn av fleire parter i Helse Vest. Helsetenesta står overfor store utfordringar knytt til både å behalde, utvikle, utdanne og rekruttere medarbeidarar i tida framover. Klarer ein ikkje å behalde og rekruttere nok medarbeidarar med rett kompetanse vil det bli vanskeleg å gi gode spesialisthelsetenester til befolkninga på Vestlandet. Helse Vest RHF leverte ein rapport om temaet ekstern turnover[1] i 2022. I denne står det at kva som er uønskt/for høy turnover ikkje bør bli fastslått på overordna regionalt nivå eller for kvart av helseføretaka. Kunnskap for kvar av yrkesgruppene og samanhengen mellom yrkesgruppene vil vere vesentleg for å sikre rett fagleg kapasitet, kompetanse og bemanning. I same rapport kjem det også fram at psykologar, assistentar innan pleie og assistentar innan psykiatri er yrkesgruppene kor størst tal tilsette slutta (for undersøkt periode 2015-2021). Helse Vest har hatt fleire prosjekt knytt til strategisk kompetanseplanlegging, kor «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB» er eit av dei. Introduksjon av, og oppfølging av nye medarbeidarar har vært eit gjennomgåande tema i dei fleste berekraftsrapportane, og var òg grunnlaget for at dette blei ein del av topp 5 risiko.

Som ein del av «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB» blei miniprosjektet «Introduksjonsprogram for nye medarbeidarar» etablert. Sluttrapporten frå miniprosjektet inneheld anbefalte tiltak for introduksjon og oppfølging av nye medarbeidarar. Ved å undersøkje om, og korleis, tiltaka har blitt gjennomført, følgde opp og eventuelt evaluert kan internrevisjonen gi nyttig innsikt i korleis introduksjonsprogramma fungerer i praksis, og om det er behov for ytterlegare tiltak. Det kortsiktige målet er at nye medarbeidarar blir godt tatt imot, fagleg ivaretatt, trygge og motiverte, medan det langsiktige målet er at nye medarbeidarar blir verande på arbeidsplassen.

Meir om «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB» med tilhøyrande miniprosjekt «Introduksjonsprogram for nye medarbeidarar» i delkapittel 2.3.1 og 3.2.

[1] Regional rapport - ekstern turnover

Følsomhet Intern (gul)

2.2 Formål og målsettingar

Formålet med revisjonen er å vurdere om tiltaka knytt til introduksjon og oppfølging av nye medarbeidarar, frå den regionale rapporten «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB», er tatt i bruk, om dei blir følgde opp og evaluert. Ut frå formålet til revisjonen har internrevisjonen definert følgjande målsettingar for oppdraget:

- Bekrefte at helseføretaka har gjennomført tiltak for introduksjon og oppfølging av nye medarbeidarar som er anbefalt i den regionale rapporten
  - Internrevisjonen vil undersøkje korleis tiltaka blir følgde opp og evaluert

- Bekrefte potensiell samanheng mellom gjennomføring av tiltak og lågare turnover/høgare medarbeidartilfredsheit
  - Internrevisjonen vil undersøkje om det blir gjennomført evalueringar og innhenta tilbakemeldingar

- Undersøkje om føretaka nyttar erfaringa i andre deler av verksemda

Revisjonen tar utgangspunkt i den nemnde regionale rapporten og vil bli avgrensa til introduksjon og oppfølging.

2.3 Revisjonskriterium og metode

Revisjonskriterium er element som inneheld krav eller forventningar til revisjonsobjektet, og som dannar grunnlaget for å vurdere funna frå dei undersøkingane som er gjennomførte. Under følgjer ein omtale av dei mest sentrale revisjonskriteria som er nytta i revisjonen. Lista er ikkje uttømmande, men løftar fram dei kriteria som har vore særleg styrande.

«Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB»

Som omtala i kapittel 2 er rapporten eit sentralt grunnlag for revisjonen. Dokumentet skildrar dei overordna prinsippa som skal sikre ei berekraftig og langsiktig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Rapporten er styrevedtatt i alle sjukehusføretaka. Styra har ulike vedtak i saka, men det var likevel semje mellom føretaka om hovudtrekk i korleis ein såg føre seg oppfølgingsarbeidet med rapporten.[2]

[2] Sak til direktørmøte 29.01.2024 «Oppfølging etter prosjekt Berekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i PHV og TSB»

Følsomhet Intern (gul)

Eit gjennomgåande tema er behovet for systematikk og heilskapleg leiing, der strategisk kompetanseplanlegging, tydeleg oppgåve- og ansvarsdeling og god styring av ressursar skal bidra til robuste fagmiljø og stabil drift. Vidare legg rapporten stor vekt på målretta kompetansetiltak, både langsiktige strukturelle grep og kortsiktige tiltak for å styrkje rekruttering, redusere turnover og legge til rette for fagleg utvikling. Fleire av føringane er direkte relevante for korleis helseføretaka skal arbeide med mottak, introduksjon og vidare utvikling av nye medarbeidarar. Det omfattar mellom anna krav om systematiske introduksjonsprogram, tett oppfølging gjennom rettleiing og fadderordningar, gradvis ansvarsovertaking og ein tydeleg leiarforankra struktur som sikrar at nye medarbeidarar får nødvendig kompetanse, støtte og føreseielege rammer i startfasen. Elementa er sentrale for å skape gode arbeidsvilkår, fagleg tryggleik og varig rekruttering.

Andre styrevedtatte dokument

Styringsdokumenta til helseføretaka, saman med dei årlege meldingane frå føretaka, utgjer sentrale verktøy for korleis Helse Vest RHF utøver eigarstyring og følgjer opp verksemda i føretaksgruppa. Dokumenta konkretiserer nasjonale føringar frå Helse- og omsorgsdepartementet og omset desse til regionale mål, krav og prioriteringar. Dei gir både overordna strategiske føringar og operative krav som helseføretaka skal innrette leiing, drift og utviklingsarbeid etter.

Sluttrapporten «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB» blei behandla i styret i Helse Vest RHF 6. september 2023, og vidare behandla i styra i alle sjukehusføretaka i Helse Vest innan utgangen av 2023. Oppfølging av rapporten blei innarbeidd som del av styringsdokumenta til føretaka i 2024. Årleg melding for 2024 frå helseføretaka gir derfor eit grunnlag for å vurdere status i arbeidet med oppfølging av styringskrava, om lag eitt år etter at rapporten blei ferdigstilt. Internrevisjonen har nytta dei årlege meldingane for 2024 som del av revisjonsgrunnlaget for å få ei overordna forståing av korleis føretaka sjølve vurderte status i oppfølginga av tiltaka og i kva grad arbeidet med introduksjonsprogram og tilhøyrande tiltak var iverksett eller under etablering i ei relativt tidleg fase.

DFØ sin rettleiar «Hvordan få til god onboarding»

Internrevisjonen DFØ utviklar ei rekkje rettleiingar innan leiing og HR-området, inkludert «Rekruttering i staten»[3], der tema som mottak av nye medarbeidarar og systematisk onboarding er sentrale. Rettleiaren «Hvordan få til god onboarding»[4] klargjer kva som kjenneteiknar eit godt mottaks- og introduksjonsprogram, og peikar på korleis verksemder kan jobbe systematisk for å sikre trivsel, raskare produktivitet og betre integrering av nye tilsette.

[3] Rekruttering i staten | Statens arbeidsgiverportal
[4] Hvordan få til god onboarding? | Statens arbeidsgiverportal

Følsomhet Intern (gul)

Dei regionale helseføretaka er ikkje pålagde å nytte DFØ sine rettleiingar, og desse utgjer heller ikkje bindande styringskrav. Rettleiingane representerer likevel anerkjende faglege anbefalingar baserte på forsking, empiri og breie erfaringar frå statleg sektor, og blir ofte nytta som referanse ved utvikling av lokale retningslinjer, handbøker og verktøy. Dette gjeld også i Helse Vest, der fleire styringsdokument byggjer på prinsipp og metodikk utvikla av DFØ. Mellom anna er Helse Vest si økonomihandbok i stor grad basert på det statlege rammeverket og rettleiingsgrunnlaget som DFØ forvaltar. Internrevisjonen vurderer derfor at dei er vanskelege å sjå bort frå som referanse for god praksis. Fleire av prinsippa i DFØ si rettleiing om onboarding samsvarar dessutan med anbefalingane i rapporten til Helse Vest, og går også att i mange av dei lokale retningslinjene, handbøkene og verktøya som er utvikla i helseføretaka. Internrevisjonen vurderer derfor DFØ si rettleiing om onboarding som eit relevant og utfyllande revisjonskriterium.

2.3.1 Metode

Internrevisjonen har nytta fleire metodar for å innhente og vurdere informasjon:

- **Dokumentanalyse** av relevante styringsdokument, prosedyrar, planar og rapportar frå RHF-et og helseføretaka.
- Bruk av **analysedata frå den sjølvbetente analyseportalen**, der internrevisjonen har tatt ut og vurdert relevante datasett til støtte for analysen.
- **Intervju** med representantar frå leiing, fagmiljø og HR-funksjonar i helseføretaka.
- **Eigenevaluering** der helseføretaka har svart på eit strukturert spørjeskjema i kva grad anbefalingar til introduksjonsprogram er gjennomført og stemmer med praksis i føretaket.

Kombinasjonen av desse metodane har gitt internrevisjonen grunnlag for å vurdere praksis opp mot relevante revisjonskriterium.

2.4 Omgrep og avgrensingar

2.4.1 Omgrep

Preboarding er namnet på tiden mellom akseptert jobbtilbod og første arbeidsdag, dette kan reknast som første fase i å ta imot ein ny medarbeidar (etter rekrutteringa). Det finst fleire tips til korleis denne tida kan bli nytta på ein strategisk og effektiv måte av dei som rekrutterer. Målet er å fase inn den nye medarbeidaren på ein smidig måte, og gi ein effektiv og motiverande start.[5]

[5] DFØ preboarding

Følsomhet Intern (gul)

Onboarding, andre fase, er tida frå første dag på jobb til den nye medarbeidaren er godt integrert både fagleg og sosialt på arbeidsplassen[6]. Onboarding er heile prosessen med å integrere nye medarbeidarar i organisasjonen, slik at dei på kort tid blir produktive og trivst i den nye rolla. Opplæring, introduksjon til organisasjonen si kultur og støtte i overgangen er element i dette.[7]

2.4.2 Avgrensingar

Revisjonen omfattar dei fire helseføretaka Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF og Helse Stavanger HF.

Revisjonen tar utgangspunkt i den regionale rapporten, «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB», med fokus på miniprosjektet «Introduksjonsprogram for nye medarbeidarar», og vil derfor vere avgrensa til introduksjon og oppfølging. Avgrensingane blir vurdert som nødvendige for å sikre fokus og gjennomføring innanfor dei gitte rammene i mandatet.

Undervegs i revisjonen kom det tydelegare fram at LIS har eit formalisert introduksjonsløp, og dermed går revisjonen meir i retning psykologar og psykologspesialistar.

[6] DFØ onboarding
[7] HR Norge onboarding

Følsomhet Intern (gul)

3 OVERORDNA OM INTRODUKSJON I FØRETAKA

3.1 Personalhandboka

Alle føretaka har si eiga personalhandbok. I alle personalhandbøkene er «Ansettelse» eit eige tema. Det varierer mellom føretaka kor detaljert informasjonen er, og generelt sett står det lite spesifikt om introduksjon. Informasjon alle har til felles som gjeld introduksjon er oppfølging av medarbeidarar i prøvetida, og meir spesifikt om oppfølgingssamtalar. Alle viser til eige skjema for oppfølgingssamtalane som ligg i Kompetanseportalen, og at det er leiar si oppgåve å tildele skjemaet til tilsette i Kompetanseportalen. Det blir og vist til felles rettleiar som er utarbeida til oppfølgingssamtalane med praktisk informasjon om gjennomføringa. Det kjem fram at oppfølgingssamtalar er ein viktig del av oppfølginga i prøvetida, og at det skal vere dialogar kor begge partar får komme med innspel. Tal møte i prøvetida blir vurdert konkret i kvart enkelt tilfelle. Anbefalinga er å halde første oppfølgingssamtale innan ein månad, og seinast etter to månadar. Denne praksisen er i samsvar med DFØ som anbefaler oppfølgingssamtalar høvesvis etter to og fem månadar.

I Helse Fonna si personalhandbok blir det under «Introduksjon for nyansatte» linka til eit introduksjonsprogram HR-avdelinga har utarbeidd for å sikre at den nytilsette raskt blir integrert i kulturen og yter på eit høgt fagleg nivå så snart som mogleg, meir om dette i kapittel 4. Under «Introduksjon for tilsette» og obligatoriske kurs i personalboka i Helse Bergen har føretaket vist til at det utover dette er eigne introduksjonsprogram for nye medarbeidarar ved den enkelte eining i føretaket, sjå kapittel 4. Helse Stavanger og Helse Førde har ikkje same type tilvisingar frå si personalhandbok, men presiserer i likskap med dei andre føretaka at leiar er ansvarleg for å sørgje for at den nye medarbeidaren får opplæring og innføring.

Gjennomgangen viser at personalhandbøkene i hovudsak regulerer oppfølging i prøvetida, medan introduksjon av nye medarbeidarar i stor grad er overlaten til lokale rutinar og praksis. Dette inneber at sentrale forventningar til onboarding ikkje er samla og standardiserte på føretaksnivå, noko som kan bidra til ulik praksis mellom einingar. Dette forsterkar viktigheita av lokale og fagspesifikke introduksjonar som blir nærare vurdert i dei påfølgjande kapitla.

3.2 Initiativ frå Helse Vest RHF og regionalt arbeid

Internrevisjonen er gjort merksam på fleire initiativ frå Helse Vest RHF og regionalt arbeid knytt til å behalde medarbeidarar, inkludert det å sikre ei god introduksjon til nytilsette. I dette delkapittelet vil vi gjere greie for nokre av dei.

Følsomhet Intern (gul)

Som nemnt i kapittel 2.1 er det utarbeida fleire berekraftsrapportar, inkludert «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB» med tilhøyrande miniprosjekt «Introduksjonsprogram for nye medarbeidarar» som denne revisjonen byggjer på. Berekraftsrapportane er ein del av strategisk kompetanseplanlegging i Helse Vest, kor formålet er å bidra til at leiarar og medarbeidarar har betre forståing og kan setje i verk omstillingar som må til for at helseføretaka på lang sikt utviklar kompetanse til å løyse behovet for bemanning på ein berekraftig måte. Helse Vest RHF fekk mandat frå direktørmøte til å gjennomføre eit regionalt prosjekt med mål om å identifisere tiltak som kan redusere mangel på kompetanse og kapasitet innan PHV og TSB, og utarbeide framtidsretta strategiar for fagområda. I prosjektdirektivet står det at prosjektet ikkje har ansvar for gjennomføring av tiltaka og forbetringar som kjem fram av prosjektet, men at dette skal bli gjort av helseføretaka.[8]

Helse Vest har etablert «Produktområde Nye medarbeidarar», som skal bidra til utvikling av felles digitale ressursar og løysingar knytt til for eksempel mottak og oppfølging av nye medarbeidarar i regionen. Formålet er mellom anna å leggje til rette for meir samordna arbeidsprosessar og redusere behovet for at kvart helseføretak utviklar eigne løysingar. Internrevisjonen registrerer at det er sett i gang arbeid med å utvikle temasider, innhald og støtteverktøy for nye medarbeidarar. Arbeidet er framleis i ein tidleg fase, og innhaldet som per i dag er tilgjengeleg for bruk på tvers av helseføretaka er avgrensa. Det er derfor for tidleg å vurdere i kva grad initiativet bidreg til meir einsarta introduksjon av nye medarbeidarar i praksis. Internrevisjonen vurderer likevel at produktområdet representerer eit viktig initiativ. Dersom arbeidet blir vidareutvikla og teke i bruk på tvers av helseføretaka, kan det på sikt bidra til meir felles praksis der det er formålstenleg, samstundes som det blir lagt til rette for nødvendige lokale tilpassingar. Dette kan styrkje tilgangen til felles ressursar, leggje til rette for erfaringsdeling og bidra til læring på tvers i regionen. Arbeidet vil krevje innsats og engasjement frå helseføretaka. I kapittel 4 blir det ved fleire tilfelle løfta fram at ein manglar formalisering, internrevisjonen meiner at «Produktområde Nye medarbeidarar» er eit godt grunnlag for å gjere fleire av tiltaka frå rapporten nemnt i førre avsnitt (og gjennomgåande i revisjonsrapporten) sett i verk og tilgjengeleg for føretaka.

Merk at ForBedring (den årlege medarbeidarundersøkinga) er omtalt i delkapittel 5.4.

3.3 Generelt/overordna om introduksjon per føretak

For å få eit overordna bilete av korleis introduksjon av nye medarbeidarar er i føretaka, har internrevisjonen sett på kva informasjon som er gjort tilgjengeleg for nye medarbeidarar via føretaka sine intranett. Dette gir ikkje eit fullstendig bilete av introduksjonsprogram i ein enkelt klinikk, men kan gi ein indikasjon på kor tydeleg temaet er prioritert, kor lett tilgjengeleg informasjonen er, og kva forventningar som blir kommunisert sentralt.

[8] Sak 2021/1335 «Strategisk komeptanseplanlegging PHV og TSB» i Elements

Følsomhet Intern (gul)

Gjennomgangen synleggjer dermed noko om «tonen frå toppen», og i kva grad introduksjon av nye medarbeidarar er eit samla og synleg tema i føretaket, for alle einingar, før ein går vidare til meir detaljerte vurderingar innan psykisk helsevern og TSB i kapittel 4. Internrevisjonen har gjort søk på følgjande «Ny som medarbeidar», «Onboarding» og «Velkommen» på kvart føretak sitt intranett for å finne ut kva informasjon som er tilgjengeleg for føretaka.

Helse Bergen har ikkje ei eiga temaside på intranett, eller eigen strategi som gjeld overordna for føretaket om tema introduksjon etter internrevisjonen sine undersøkingar. Det finst ein artikkel «Nyttige tips til deg som er nyansatt» presentert som ei samling av nokre av sidene på intranettet, som kan gi nyttige tips og triks til nye medarbeidarar. For å finne meir informasjon om tema introduksjon må ein oppsøkje den enkelte eininga det blir søkt informasjon om. Som nemnt i kapittel 4 blir det opplyst i personalhandboka at det finst eigne introduksjonsprogram for nytilsette ved den enkelte eining i føretaket. Helse Fonna har temasida «Ny som medarbeider – onboarding» som tar for seg introduksjon. Det er også denne sida det blir vist til i personalhandboka. Det er lista opp forslag til førebuing før oppstart, og kva ein bør gå gjennom første arbeidsveke med den nye medarbeidaren. Forslaga er delt inn i tre; sjekkliste ved tilsetjing av ny medarbeidar (før oppstart) («preboarding»), sjekkliste første arbeidsveke og oppfølging av medarbeidarar i prøvetida. Dette er sentrale element i DFØ sin rettleiar.

Ved søk på intranettet til Helse Førde finn vi føretaket sin eigen rekrutteringsstrategi. I denne strategien er kapittel 5 dedikert til «Vellykka velkomst av nye medarbeidarar». Kapittelet består av fire delkapittel; 5.1 Før oppstart («preboarding»), 5.2 Oppstart («onboarding»), 5.3 Kompetanseplanar for nye medarbeidarar og leiarar og 5.4 Mentor (fadderordning). Alle underkapittel er element som er sentrale i DFØ sin rettleiar. I strategien til Helse Førde er ein ikkje tydeleg på kva som er viktige aktivitetar knytt til onboarding første arbeidsveke, men innhaldet dekkjer mange av tipsa frå DFØ totalt sett.

Helse Stavanger har ei fullverdig temaside «Introduksjon av nyansatte, lærlinger og studenter». Temasida viser til fasane før oppstart («preboarding»), velkomst («onboarding») og kontinuerleg behalde. I første fase blir det vist til ei sjekkliste kor leiar kan finne råd til aktivitetar som kan bli gjennomført etter at ein har mottatt underteikna arbeidsavtale (før oppstart), og vidare aktivitetar for dei første fire vekene etter oppstart, og frå første til sjette månad. Her finn vi mange punkt som er sentrale i DFØ sin rettleiar. Under punktet om onboarding viser føretaket til DFØ si nettside som ei kjelde til konkrete råd og tips for korleis leiar kan lykkast med onboardinga.

I gjennomgangen ser internrevisjonen at tema introduksjon er synleg på føretaksnivå i alle helseføretaka, men tilnærming, struktur og grad av detaljar varierer. Framstillinga må sjåast i samanheng med vurderingane av praksis i psykisk helsevern og TSB i dei påfølgjande kapitla.

Følsomhet Intern (gul)

4 ANALYSE / ETTERLEVING AV ANBEFALINGANE FRÅ MINIPROSJEKTET

Miniprosjektet «Introduksjonsprogram for nye medarbeidere» sine mål er at nye medarbeidarar blir tatt godt imot, blir tatt i vare fagleg og at dei blir trygge og motiverte, som igjen resulterer i at dei blir verande på arbeidsplassen. I prosjektrapporten blir det skrive at nye medarbeidarar i PHV og TSB i føretaksgruppa raskt blir trygge og motiverte når dei får ein god introduksjon på sin nye arbeidsplass. At det ligg føre ein introduksjonsplan er ein føresetnad. Det er klare parallellar til DFØ sitt «program» for onboarding som peikar på at noko som gir høg turnover hos nye medarbeidarar er at dei opplev treg start, og ikkje kjem raskt inn i produktivt arbeid. I dette kapittelet vil internrevisjonen vurdere i kva grad føretaka har fylgt anbefalingane frå miniprosjektet. Vurderingane er basert på intervju, dokumentgjennomgang og svar på eigenevalueringane.

4.1 Hovudanbefalingar frå prosjektet

I dette delkapittelet har internrevisjonen undersøkt kva føretaka rapporterte knytt til rapporten i dei årlege meldingane i 2024, og vidare kva status er per no basert på undersøkingane i revisjonen.

4.1.1 Årleg melding 2024

Som nemnt i kapittel 2.3.1 rapporterte føretaka i sine årlege meldingar for 2024 på krav knytt til sluttrapporten «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB». Krava var følgjande:

- Helseføretaka skal følgje opp rapporten Berekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB, under dette:
    - Det må utpeikast utdanningsansvarlege psykologspesialistar i BUP, VOP og TSB i alle helseføretak i Helse Vest på same måte som det er oppretta utdanningsansvarlege overlegar.
    - Det må utarbeidast ein introduksjonsplan for nye medarbeidarar i BUP, VOP og TSB i alle fire helseføretak i Helse Vest. Planen må tilpassast lokalt også for det enkelte fag og eining.

Utdanningsansvarleg psykologspesialist: Helse Fonna rapporterte i årleg melding for 2024 at utdanningsansvarleg psykologspesialist var på plass og dekkjer VOP, BUP og TSB. Helse Stavanger på si side rapporterte at sjefspsykologane fungerer som utdanningsansvarlege for psykologspesialistar og det blir forstått gjennom dette at det er på plass.

Følsomhet Intern (gul)

Helse Bergen hadde på tidspunkt for rapportering i årleg melding enno ikkje utpeika utdanningsansvarleg psykologspesialist i DPH (divisjon psykisk helsevern) men dialogen med tillitsvalde kring innrettinga og oppgåver var i gong, og utpeiking var venta i starten av 2025. For rus- og avhengigheitsklinikken (RAK) i Helse Bergen hadde ein i dialog med tillitsvalde definert funksjon for utdanningsansvarleg psykologspesialist og funksjonen skulle etter planen ha oppstart i januar 2025. Helse Førde kunne på si side opplyse at dei ville etablere funksjon som utdanningsansvarleg psykolog i desember 2024, og at dei har hatt dialog med dei andre helseføretaka for å vurdere innhald og omfang av funksjonen.

Introduksjonsplan for nye medarbeidarar i BUP, VOP og TSB: Helse Fonna rapporterte at det var utarbeidd og implementert yrkesspesifikke kompetanseplanar, og at arbeidet med introduksjonsplan for å sikre ein betre on- og offboarding var påbegynt. Helse Stavanger rapporterte at klinikkane psykisk helsevern vaksne (KPHV) og psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (PHBURA) har eigne kurs for nytilsette som varar over tre dagar. Dei opplyste og at det på enkelte områder finst klare lister over kva nytilsette skal få opplæring i, i løpet av den første månaden. I Helse Bergen hadde DPH jobba med ei retningslinje i kvalitetshandboka for introduksjon av nye medarbeidarar som inneheld generelle prinsipp for ivaretaking og opplæring av nytilsette på nivå 2, og denne sko behandlast som sak i divisjonsleiarmøte i desember 2024. Det kjem også fram at alle einingar i tillegg skal detaljere eigne planer ytterlegare. RAK i Helse Bergen var i gang med å revidera eksisterande introduksjonsplanar i Kompetanseportalen for nye medarbeidarar i TSB for å sikre nødvendig grunnkompetanse i den enkelte kliniske eining. I Helse Førde blei det rapportert at dei einskilde avdelingane har arbeida med introduksjonsplan og kompetansen, men at det måtte bli ytterlegare arbeida med for å samordne og kvalitetssikre på tvers av avdelingar og lokasjonar.

4.1.2 Vidare status på arbeidet med hovudanbefalingane

Krava som er nemnt over, og som var inkludert i styringsdokumenta til helseføretaka i 2024, er i tråd med hovudanbefalingane frå prosjektet:

- Det *bør* etablerast ein felles introduksjonsplan for dei fire sjukehusføretaka, kor opplæringa er organisert og tilpassa lokalt også for den enkelte eining og fag

  Internrevisjonen kan bekrefte at det ikkje er etablert ein felles introduksjonsplan slik anbefalinga var.

- Det *bør* bli utpeika utdanningsansvarlege psykologspesialistar i VOP, BUP og TSB i kvart av sjukehusføretaka som bidrar til at nyutdanna/nye medarbeidarar kjem raskt i gong med si spesialisering

Følsomhet Intern (gul)

Alle har utdanningsansvarlege psykologspesialistar i føretaka. Under er ein oversikt:

- Helse Bergen: 1 UAP delt for VOP og BUP, 1 UAP for TSB. På plass for PHV og TSB frå juni 2025.
- Helse Fonna: 1 UAP delt for VOP, BUP og TSB frå 01.01.25.
- Helse Førde: 1 UAP delt for VOP og TSB frå 01.02.26. I BUP vurderer føretaket at funksjonen allereie er ivaretatt av avdelingssjefen sin faglege psykologfaglege rådgivar.
- Helse Stavanger: 1 UAP i KPHV med ansvar for VOP og 1 UAP i KPHBURA for BUP og TSB. Desse blei utpeika når rapporten blei behandla, før utgangen av 2023. Det er dei respektive psykologfaglege rådgivarane til klinikksjefane i KPHV og KPHBURA som er utdanningsansvarlege psykologspesialistar.

I dei komande delkapitla skal vi gi ei framstilling av status på dei andre forslaga arbeidsgruppa hadde til utforming og innhald i introduksjonsplanen.

4.2 Gjennomgang av resterande anbefalingar frå rapporten

I dette delkapittelet vil internrevisjonen vurdere status på dei andre anbefalingane frå prosjektrapporten til miniprosjektet i føretaka. Det omfattar den overordna organiseringa og integrering, inkludert introduksjonsplan på nivå 2 og rutinar, kor vidt introduksjonsplanen er integrert i Kompetanseplanen og oversikt over kompetanse. Vidare vurderer internrevisjonen praksis i sjølve introduksjonsløpet, kor framstillinga følgjer fire steg: preboarding og oppstart, opplæring og gradvis ansvar, rettleiing, støtte og forventningsavklaring, og evaluering og oppfølging. Målet er å synleggjere korleis føretaka etterlever tilrådingane i miniprosjektet i den daglege gjennomføringa av introduksjonen. Som nemnt i kapittel 3.2 fekk Helse Vest RHF mandat til å setje i gang prosjektet om «Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB», men føretaka er sjølv ansvarlege for gjennomføring av tiltak og forbetringar som kjem frå prosjektet.

Som nemnt i kapittel 2.4.2 kom det tydeleg fram i revisjonen at LIS har eit meir formalisert introduksjonsløp. Spesialiseringsløpa til legar og psykologar er ulike med tanke på kven som styrar ordningane. LIS-løpet er ei utdanning der læringsmåla er juridisk forankra og fastsett av Helsedirektoratet, kor alle legar må gjennom den obligatoriske fellesandelen i LIS1 før dei følgjer nasjonale mål for si retning (LIS2 og 3).[9] Spesialiseringa til psykologar er ei foreningsstyrt ordning der Norsk psykologforening (NPF) setter føringar for innhald og læringsmål.[10] Internrevisjonen får opplyst frå RHF-et at det ikkje er noko som hindrar at ein strukturerer spesialiseringa til psykologar på same måte som for LIS-legar så langt det er føremålstenleg, sjølv om NPF har særleg posisjon for spesialiseringa.

[9] Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger.pdf
[10] Obligatorisk program | Psykologforeningen

Følsomhet Intern (gul)

4.2.1 Introduksjonsplan på nivå 2 og rutine for opplæring og ivaretaking av nye medarbeidarar

Divisjon for psykisk helsevern (DPH) i Helse Bergen og klinikk psykisk helsevern og rus (KPHR) i Helse Fonna har introduksjonsplanar på nivå 2. Det vil seie at introduksjonsplanane gjeld for alle avdelingar/klinikkar som tilhøyrar DPH og KPHR. Dette gir eit signal om at tematikken blir høgt prioritert av leiinga i klinikken, og dermed at tonen frå toppen er god. Det at DPH i Helse Bergen har ei felles rutine for opplæring og ivaretaking av nye medarbeidarar bekreftar at tilvisingane frå kapittel 3 om at ein må sjå til dei enkelte einingane i føretaket sine introduksjonsprogram er korrekt. I den overordna rutinen finn vi seks hovudpunkt, og dokumentet er å betrakte som ei rettesnor for korleis einingane tilhøyrande DPH skal utarbeide rutinar for seg sjølv. Rutinen inneheld alle vesentlege moment som DFØ peikar på. Sjå vedlegg 7.1 for meir utfyllande informasjon om innhaldet.

Rutinen «Nyansatt medarbeider, KPHR» i Helse Fonna har eit tydeleg formål om at alle nye medarbeidarar får ein grundig introduksjon til avdelinga og den aktuelle døgnposten eller poliklinikken, og å sikre at dei får nødvendig opplæring og kjennskap til dei systema og prosedyrane som blir brukt. Rutinen er klar på at det er leiar på alle nivå som har ansvar for å sikre at medarbeidarar får den opplæringa som er nødvendige for å utføre arbeidet i KPHR på ein trygg og forsvarleg måte. Det blir og vist til introduksjonsprogrammet utarbeidd av HR, omtalt i kapittel 3. I rutinen står det vidare at kvar enkelt eining skal ha ei lokal sjekkliste som skal vere ein introduksjon til eininga. Sjå vedlegg 7.2 for meir informasjon om kva det blir oppfordra til å inkludere i lokal sjekkliste.

Ut frå internrevisjonen sine undersøkingar ser det ikkje ut som om Helse Førde har ein felles skriftleg introduksjonsplan for nye medarbeidarar for klinikk psykisk helsevern. Frå dokumentførespurnad og eigenevaluering blei ikkje den overordna rekrutteringsstrategien til Helse Førde (som omtala i kapittel 3) nemnt, men i oppfølgingsmail blir det presisert frå føretaket at det blir lagt til grunn at Helse Førde sine strategiar, prosedyrar og mål også gjeld for psykisk helsevern og rus. Frå intervju med ei eining i føretaket blir det bekrefta at denne blir nytta meir som eit oppslagsverk.

Rus- og avhengighetsklinikken (RAK) i Helse Bergen har heller ikkje ein felles skriftleg introduksjonsplan for nye medarbeidarar på nivå 2 slik som divisjon for psykisk helsevern har i same føretak. Dette er ikkje einstydande med at det ikkje er noko felles for klinikken, da dei mellom anna kan vise til ei rekkje grunnkurs i form av videopresentasjonar over aktuelle tema i TSB som er tilgjengeleg i Kompetanseportalen. RAK opplyser per februar 2026 at dei også har starta eit arbeid med å revidere rutinar for klinikken (ikkje per eining). Der det er naturleg vil nivå 3 rutinar bli samla til ein felles nivå 2 rutine. DPH sin rutine «Opplæring og ivaretakelse av nyansatte i Divisjon psykisk helsevern» er også blitt gjennomgått i leiarmøte i RAK, kor det blei bestemt at alle einingar skulle gå gjennom denne rutinen og gjere nødvendige tilpassingar i eigne rutinar.

Følsomhet Intern (gul)

KPHV og KPHBURA i Helse Stavanger har ikkje ein skriftleg felles introduksjonsplan for nye medarbeidarar på nivå 2, men har mykje felles for klinikkane. Føretaket har ei kursoversikt for nye medarbeidarar i klinikkar for psykisk helsevern og TSB som viser kva kurs som må bli tatt av alle nye medarbeidarar frå alle faggrupper, inkludert kva som gjeld for legar og psykologar. Føretaket har òg obligatoriske introduksjonsdagar (tre dagar totalt) for alle faggrupper, kor den første dagen er felles for alle, medan dag to og tre blir delt opp for miljøterapeutar og behandlarar med kvart sitt opplegg.

Internrevisjonen vurderer at manglande overordna rutinar aukar risikoen for ulik praksis, personavhengige løysingar og varierande kvalitet i introduksjonsarbeidet. Klinikkar med felles rutinar har betre føresetnader for å sikre ein meir einsarta introduksjon og for å følgje opp gjennomføring på tvers av einingar.

4.2.2 Introduksjonsplan i Kompetanseplanen og oversikt over kompetanse

Dei neste avsnitta handlar om kor vidt dei ulike føretaka har integrert introduksjonsplanen i Kompetanseplanen, og om dei har oversikt over kompetansen.

Rus- og avhengighetsklinikken (RAK) i Helse Bergen har obligatoriske kurs for nye medarbeidarar i klinikk og arbeidar med kompetanseplanar per profesjon. Internrevisjonen vurderer at dette vil bli til hjelp for leiarane med personalansvar da desse har ivaretaking av nye medarbeidarar som ein del av sitt ansvar, og tildeling av kompetanseplanar høyrer til dette. Dei obligatoriske kursa i Helse Bergen blir tildelt automatisk. Andre kurs og kompetanseplanar blir tildelt av leiar i Kompetanseportalen. Introduksjonsplanen framstår som delvis integrert for RAK, sidan delar av sjekklister og anna dokumentasjon ligg utanfor Kompetanseportalen. Kompetanseplanane blir individuelt tilpassa etter erfaring. Når planane er tildelt, følgjer gjennomføringa etablerte rutinar. Kompetanseportalen gir oversikt over kven som har fått tildelt kurs, men ikkje alltid om dei er fullført. Kurs som ikkje blir tildelt automatisk krev manuell avhuking av medarbeidar, noko klinikken peikar på som ei kjelde til feil og manglande registrering. I svar på eigenevaluering kjem det fram at to av seks klinikkar i Divisjon psykisk helsevern (DPH) i Helse Bergen har introduksjonsplanen fullt integrert i Kompetanseportalen. Dei andre er i ein innføringsfase, men har enno ikkje full integrering. Alle klinikkane har opplæringsplanar i Kompetanseportalen som blir tilpassa den enkelte medarbeidar, og som delvis dekkjer punkta i introduksjonsplanen. Fleire peikar på at delar av planarbeidet framleis ligg i elektronisk kvalitetshandbok eller papirsjekklister, noko som gjer det vanskeleg å få full oversikt over kva som faktisk er gjennomført.

Helse Fonna opplyser at delar av introduksjonsplanen er integrert i Kompetanseportalen, medan andre delar framleis er sjekklister for leiar og medarbeidar. Klinikken har ei felles opplæringsplan i Kompetanseportalen, i tillegg er det utarbeidd yrkesspesifikke kompetanseplanar både for nye medarbeidarar og for vedlikehald for andre medarbeidarar. Rutinen for oppfølging av medarbeidarar i prøvetida (frå personalhandboka) er i varierande grad integrert, men fleire avdelingar arbeider med å sikre betre implementering.

Følsomhet Intern (gul)

Helse Førde opplyser at Kompetanseportalen har delar av innhaldet frå prosjektet. Nokre kompetanseplanar blir tildelt automatisk, medan andre blir tildelt av leiar. Divisjon psykisk helsevern nyttar sjekklister aktivt, og fleire av seksjonane har lokale sjekklister for opplæring av nye medarbeidarar, men det finst ikkje tilsvarande EK-rutinar for tilpassa opplæringsmål på den enkelte avdeling/seksjon slik som for opplæringsplanen i Kompetanseportalen. I føretaket blir det opplyst om at den overordna kompetanseplanen er operasjonalisert gjennom eigne kompetanseplanar for Psykisk helsevern, som tar omsyn til behov for meir spissa opplæring. Internrevisjonen har observert dette på skjerm gjennom møte med føretaket. Heller ikkje for dette føretaket er introduksjonsplanen fullt ut integrert i Kompetanseportalen.

Helse Stavanger har klare oversikter over kurs som skal bli tatt av nye medarbeidarar i klinikkar for psykisk helsevern og TSB, med tidsfrist for når desse skal vere gjennomført. Det finst årskalender som gir oversikt over når faste kurs blir gjennomført. Nokre av kursa blir tildelt automatisk, nokre blir tildelt av leiar som vurderer relevante kompetanseplanar, og for nokre kurs må medarbeidar sjølv melde seg opp i læringsportalen. Føretaket har også obligatoriske introduksjonsdagar. Helse Stavanger blir oppfatta som det føretaket som har vore mest tydeleg på kva grunnopplæringa i introduksjonsprogrammet inneheld. Tildelinga av kurs i Kompetanseportalen er basert på den felles utarbeida kursoversikta for nye medarbeidarar i KPHV og KPHBURA, og dessutan introduksjonsdagane.

Føretaka har svart på om gjennomføring av tiltaka i introduksjonsplan følgjer etablerte rutinar, og om dette gir introduksjonsplanen ein felles oversikt over den kompetansen nye medarbeidarar har og kva ein må supplere med. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger kan rapportere at gjennomføring av tiltak i introduksjonsplanen følgjer eigne etablerte rutinar. Samtidig blir det peikt på svakheiter og moment som gjer at internrevisjonen vurderer at dette er delvis gjennomført. Kompetanseportalen bidrar til ei viss oversikt over tildeling av obligatoriske kurs. Status for gjennomføring vil vise i ein eigen rapport i rapportportalen. For andre kurs, som blir tildelt av leiar må medarbeidaren inn igjen i Kompetanseportalen og registrere at kurset er gjennomført. Eit føretak har også nemnt ei svakheit i form av at kurs arrangert av Forskings- og undervisingsavdelinga (FoU) må bli godkjent manuelt i læringsportalen av ein av FoU sine konsulentar før det kjem inn i Kompetanseportalen. Godkjenninga blir basert på manuelle deltakarlister. Ei anna svakheit er at det framstår som om ein del av planarbeidet ikkje er linka til i Kompetanseportalen og ligg i kvalitetshandboka eller papirsjekklistar, som gjer det følgeleg vanskeleg å få ei samla oversikt over kompetansen nye medarbeidarar har og kva ein må supplera med. Internrevisjonen har fått opplyst at RHF-et har lagt til rette for at ein desse svakheitene ikkje vil vere til stade viss løysningane blir nytta på riktig måte.

Følsomhet Intern (gul)

Internrevisjonen vurderer at ingen av helseføretaka har etablert ein fullt integrert og etterprøvbar modell der heile introduksjonsløpet kan følgjast i Kompetanseportalen. Oppfølginga skjer gjennom ein kombinasjon av digitale løysingar, lokale rutinar og manuelle sjekklister. Dette reduserer moglegheita for informasjon til leiinga, systematisk oppfølging og dokumentasjon av gjennomført opplæring, og gjer det krevjande å etablere ei samla oversikt over kompetanse og status for nye medarbeidarar.

4.2.3 Preboarding og oppstart

Fasen før og dei første dagane etter oppstart legg grunnlaget for korleis nye medarbeidarar blir tatt imot og kor raskt dei kjem inn i arbeidsmiljø og oppgåver. Dette delkapittelet omtalar praksis knytt til introduksjonsdagar, observasjonsperiode, individuell tilpassing og andre tiltak som inngår i dei første stega av introduksjonsløpet.

Det å ha introduksjonsdagar av tilstrekkeleg varigheit for å gi nye medarbeidarar oversikt og å lære er ein del av anbefalingane. Helse Fonna skriv i eigenevalueringa at dei primært har slike dagar for LIS 1, og at det elles i stor grad er styrt etter behov på dei enkelte avdelingane. For psykologar har ein ikkje felles introduksjonsdagar per i dag, og frå intervju med medarbeidarar i ei eining i KPHR fekk internrevisjonen bekrefta at dei ikkje har introduksjonsdagar. Helse Førde opplyser at det er integrert som mål i sjekklistene, men at svaret vil variere etter kven som blir spurt. Parten som blei intervjua kunne stadfeste at dei ikkje hadde introduksjonsdagar hos seg. For DPH i Helse Bergen svarar einingane generelt sett at anbefalingane blir etterlevd, men frå intervju med to einingar og per e-post forstår internrevisjonen at introduksjonsdagar ikkje er ein del av opplæringa. RAK i Helse Bergen skriv at introduksjonsdagar er ein del av opplæringa, som òg er verifisert i intervju med ei eining. Medarbeidaren frå eininga var svært fornøgd med dette, og opplevde nytilsettdagen for klinikken som kompetansehevande da det gav oversikt over «systemet» og korleis klinikken heng saman. Innhaldet blei oppfatta som relevant frå starten av, og at det er av denne typen dagar ein lærar mest. Helse Stavanger skil seg positivt ut med eit klart program som blir følgt for introduksjonsdagar, med ein dag felles for alle frå klinikkane etterfølgt av to dagar med eige program kor individualterapeutar og miljøterapeutar har ulik opplæring jfr. kapittel 4.2.1. Internrevisjonen vurderer at anbefalinga om introduksjonsdagar ikkje fullt ut blir etterlevd for føretaka, med unntak av Helse Stavanger som har eit formalisert opplegg for klinikkane sine og RAK i Helse Bergen.

DFØ viser til at det å få nye medarbeidarar raskt inn i produktivt arbeid er viktig for å gi dei følelsen av å vere til nytte tidleg. For nye medarbeidarar som opplev treig start er dette med på å gi ein høgare turnover enn for dei erfarne medarbeidarane[11]. Samtidig som ein skal bli raskt fagleg integrert må opplæringa og overgangen til å arbeide sjølvstendig opplevast som trygg. Miniprosjektet har fleire anbefalingar til kva som bør vere ein del av introduksjonsplanen for at dette skal fungere. I eigenevalueringa svarte føretaka på om dei nye medarbeidarane utan tidlegare erfaring er observatør/«ko-terapeut» første veke.

Følsomhet Intern (gul)

RAK i Helse Bergen opplys at nye medarbeidarar vil delta som observatør ein til to gonger i poliklinikkane før dei har eigne pasientar. Internrevisjonen observerer frå intervju at det vil bli gjort individuelle vurderingar. For DPH i Helse Bergen blir det opplyst i eigenevalueringa at det i hovudsak er tatt i vare, men at det er nokre forskjellar frå seksjon til seksjon. For eksempel har ikkje Kronstad DPS og psykiatrisk klinikk dette som fast praksis – men det blir tatt individuelle omsyn. I Helse Fonna er det heller ikkje fast praksis, men det blir gjort ei individuell vurdering. Første veke vil variere med omsyn til behov og rolle.

I Helse Førde er det vanleg å organisere det på denne måten, men som Helse Fonna vil tilnærming variere basert på tidlegare erfaring og utdanning. Føretaket skriv i eigenevalueringa at det er vanskeleg å lære seg terapeutisk tilnærming utan å bli eksponert og utfordra på dette, og at ein må bruke tid på det. Helse Stavanger svarar i stor grad det same som Helse Fonna og Helse Førde, kor ein vil forsøkje å nytta dei første dagane til å observere og bli kjent, men at det ikkje formalisert. Internrevisjonen vurderer at anbefalinga ikkje er formalisert hos føretaka, men noko som vil variere avhengig av den individuelle vurderinga av den nye medarbeidaren. Dette blei også bekrefta i intervju med føretaka. Merk at DFØ òg viser til at det er forskjell på behov for dei som er nye i arbeidslivet og dei som har lang fartstid.

Overordna peikar funna på at oppstartsfasen i liten grad er formalisert, men at den blir tilpassa individuelt, med variasjon mellom føretak og einingar. Dette gir fleksibilitet, men samtidig blir praksis mindre standardisert.

4.2.4 Opplæring og gradvis ansvar

Opplæringsfasen omfattar både systematisk innføring i prosedyrar og verktøy, samt ei gradvis utviding av arbeidsoppgåver og ansvar. Her blir praksis knytt til læringsmål, pasientmengde, varigheita til opplæringsperioden og faglege krav beskriven, med utgangspunkt i tilrådingane frå miniprosjektet og føretaka sine svar på eigenevalueringa.

Eit sentralt element i opplæringsfasen er å sikre at nye medarbeidarar blir kjende med dei mange kliniske og administrative verktøya som inngår i den daglege drifta. I tråd med tilrådingane omfattar dette ein gjennomgang av prosedyrar, rutinar, system, organisering, samarbeid, arbeidsdeling, det kommunale tilbodet, metodeverktøy, GAT, Checkware, viktige prosedyrar, behandlingslinja, lovverk, e-læringskurs, DIPS, Meona, e-resept, talegjenkjenning, kodesetting, smittevern frå start, brannsikkerheit med meir i planen. Alle føretaka har svart at dette blir etterlevd i eigenevalueringa. Eit av føretaka trekk fram at det bør bli satt av *meir* tid til dette da innhaldet er omfattande.

Følsomhet Intern (gul)

Ei anna tilråding frå miniprosjektet er at opplæringsperioden varar til alle læringsmåla i planen er gjennomført. Eigenevalueringane viser at føretaka praktiserer dette noko ulikt, både i korleis opplæringsperioden blir definert og kva som blir vektlagt i dei ulike fasane. RAK i Helse Bergen opplyser at opplæringa kan bli oppfatta som delt i to periodar, med ulikt innhald for lege og psykolog. Psykologar i poliklinikk får reduserte krav til pasientaktivitet i starten og tett oppfølging av fadder/mentor og rettleiar, medan nye legar får tre opplæringsvaktar i tillegg til fadder og rettleiar. Denne første fasen er kortare enn tida som krevst for å gjennomføre alle kursa i kompetanseplanen, men klinikken vurderer likevel at opplæringsperioden samla sett varer til alle læringsmåla er nådde. I DPH i Helse Bergen har klinikkane svart at dei i hovudsak etterlever tilrådinga, men enkelte peikar på behov for betre dokumentasjon av måloppnåing. Helse Fonna svarar at det er ivaretatt for både legar og psykologar. For LIS blir det følgt opp gjennom ei evaluering etter seks månadar og planlagt rotasjon, medan psykologar på lisens og i spesialisering følgjer etablerte rutinar som ligg i kvalitetshandboka.

Opplæringsperioden er definert til å vere kurs og kompetanseplanar tatt innan eitt år for nye medarbeidarar i KPHV og KPHBURA i Helse Stavanger. Dette står i eit eige dokument, og det er ei blanding av kompetanseplanar som blir tildelt automatisk av leiar, introduksjonsdagar og kurs ein meldar seg på via læringsportalen. Føretaket skriv i eigenevalueringa at opplæringsperioden varar til dette er gjennomført. Helse Førde viser til at kompetanseplanar blir kvitterte ut og signerte digitalt av næraste leiar etter kvart som læringsmåla blir nådde, og at dei måla som ikkje inngår i kompetanseplanen blir handtert gjennom manuelle sjekklister. Det varierer mellom seksjonane i kva grad sjekklister må vere fullført før planen blir vurdert som fullført. Føretaket peikar på at er behov for forbetring knytt til å klargjere kva tid nye medarbeidarar skal ha gjennomført og signert ut på læringsmåla. Internrevisjonen sitt inntrykk, gjennom intervju med ulike einingar i føretaka, er at den kliniske kvardagen ikkje har eit særleg bevisst forhold til kor lenge opplæringsperioden varer, og at det derfor er vanskeleg å svare ut. Behovet for å få psykologar raskt i gang med pasientarbeid, og ulik opplevd relevans i opplæring med tanke på kva som skal til for å vere ein god behandlar gjer også at opplæringsperioden naturleg kan bli drege ut i tid. Seksjonsleiarane er likevel klare på at dei kan sjå i Kompetanseportalen om medarbeidarar har fullført kurs eller ikkje, og at det er deira ansvar å følgje det opp. Med bakgrunn i at føretaka definerer opplæringsperioden ulikt kan ikkje internrevisjonen gi ei generell vurdering for alle føretaka. Internrevisjonen vurderer at anbefalinga ikkje blir etterlevd i praksis, og det blir opplevd som noko uklart kor lenge opplæringsperioden varer.

I miniprosjektet blei det vidare anbefalt at det skal liggje føre ein strukturert og planlagt overgang til sjølvstendig pasientarbeid, med gradvis overtaking av ansvar. Den generelle tilbakemeldinga er at det blir gjort ei individuell vurdering av korleis dette best kan løysast for den einskilde nye medarbeidaren. Det vil mellom anna variere med omsyn til tryggleik i rolla. Internrevisjonen si vurdering er at anbefalinga blir etterlevd i praksis, men at det ikkje er formalisert. Her vil internrevisjonen vise til Helse Vest sitt arbeid med «Produktområde Nye medarbeidarar» og at dette kan vere eit godt grunnlag for å formalisere og gjere tilgjengeleg innhald og rammeverk i introduksjonsprogram, sjå også kapittel 3.2.

Følsomhet Intern (gul)

Ei anna anbefaling er å setje av tilstrekkeleg med tid til kvar konsultasjon dei første fire vekene med sjølvstendig arbeid. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger skriv i eigenevalueringa at det blir gjort. Dette er òg verifisert av internrevisjonen i intervju med medarbeidarar i enkelte einingar i alle fire føretaka. Internrevisjonen si vurdering er at anbefalinga blir etterlevd i praksis, men at den ikkje er formalisert i rutinar. Det blir vidare anbefalt at i dei første 10 vekene bør det vere eit tilpassa krav til antal pasientar ein har ansvar for/inntak, kvar veke. Alle føretaka vurderer i stort at dette blir tatt i vare. Sjølv om det ikkje er spesifikt formalisert i rutine for 10 veker så blir det vist til ein lengre periode og at det er eit leiaransvar å ta omsyn til individuell variasjon. Det blir verifisert i intervju med einingar i føretaka at ein har ei redusert pasientliste i oppstarten, og dermed også redusert aktivitetskrav i starten. Frå intervjua ser ein at føretaka praktiserer talet på pasientar noko ulikt, det same gjeld også opptrappinga av pasientar på liste. Seksjonsleiarane er klare på at det blir gjort individuelle vurderingar. Internrevisjonen si vurdering er at anbefalinga blir etterlevd i praksis i føretaka, men at det ikkje er formalisert i rutine på grunn av behov for individuell variasjon.

Gjennomgangen av opplæring og gradvis ansvar viser at anbefalingane i hovudsak blir ivaretatt gjennom etablert praksis. Føretaka vurderer det som viktig at medarbeidarane får ei gradvis auke av pasientar på si liste, tilstrekkeleg med tid til konsultasjonar og sjølvstendig arbeid. Internrevisjonen vurderer at manglande felles forståing av kva som utgjer opplæringsperioden inneber ein risiko for ulik oppfølging av medarbeidarar, uklare forventningar og varierande praksis ved vurdering av når ein medarbeidar er ferdig innført i rolla.

4.2.5 Rettleiing, støtte og forventningsavklaring

God rettleiing og strukturert støtte er sentrale element i eit trygt og fagleg utviklande introduksjonsløp. Dette delkapittelet omtalar tildeling av fadder og rettleiar, organisering av teamstøtte, forventningsavklaringar og tiltak som bidreg til sosial og fagleg integrering. I DFØ sin rettleiar om «Hvordan få til god onboarding?» blir det å tildele fadder omtalt, noko som sikrar at dei nytilsette har fleire dedikerte ressurspersonar å kontakte gjennom arbeidskvardagen.

I anbefalingane til introduksjonsplan er det fleire ansvarsområde og oppgåver som ligg til leiar. Eit av desse er ansvaret for å tildele introduksjonsplan, rettleiar og fadder frå første dag. I Helse Bergen svarar dei i eigenevalueringa at dette er på plass både i RAK og DPH, som er verifisert av internrevisjonen i dokumentgjennomgang av fleire sjekklistar. Det er likevel variasjonar internt, og sjølv om brorparten av seksjonane har fadderordning på plass, har ikkje alle det. I følgje føretaket kjem dette av at det er forskjell i kor mange legar og psykologar som arbeider i ei eining, og derfor vil det variere kor godt ei slik ordning fungerer i praksis. Frå intervju med ei eining i RAK blei det bekrefta at dette er på plass, medan intervju med ei eining i DPH viste til at det ikkje er satt i system at alle nye får fadder. Helse Fonna skriv i eigenevalueringa, i likskap med Helse Bergen, at anbefalinga i hovudsak er tatt i vare i avdelingane. Det er verifisert gjennom kontroll av eksempel i klinikk og overordna rutine for KPHR som viser til fadder. Frå intervju med ei eining blei det påpeikt at ein har fadderordning, men at det ikkje ligg automatikk i at alle nye får dette. Dette gjelder for eksempel dersom ein vurderer at det ikkje er behov fordi den nye medarbeidaren har erfaring og er lokalt forankra. Det blir likevel gjort ei vurdering.

Følsomhet Intern (gul)

Helse Stavanger har også vurdert i eigenevalueringa at det er på plass, og det er verifisert av internrevisjonen gjennom kontroll av eksempel frå sjekkliste i poliklinikk, skriv for fadderordning frå døgnpost i KPHBURA, og «Kursoversikt for nyansatte i Klinikker for psykisk helsevern og TSB». Frå intervju med ei eining i KPHV blir det opplyst at dei har endra på ansvar for fadderoppgåva, og at denne no er tillagt teamleiar. Alle oppgåvene som tradisjonelt har vore hos fadder ligg no hos teamleiar. Anbefalinga blir i hovudsak oppfylt i Helse Førde, kor dei opplyser om at det er skilnad frå seksjon til seksjon om ein nyttar seg av fadderordning, rettleiar eller begge delar. Frå intervju med ei eining i føretaket fekk vi bekrefta at dei har fadderordning på plass lokalt hos seg. Uavhengig av metode blir det vurdert som viktig at den nye medarbeidaren raskt kjem inn i den praktiske drifta i avdelinga, sosiale aktivitetar med meir. Ei svakheit som blir påpeikt når det gjeld tildeling av introduksjonsplan er at det ikkje finst formaliserte rutinar for tildeling av EK-rutinar/sjekklistar på einingsnivå, noko som kan føre til ulik praksis i introduksjonen av nye medarbeidarar. Internrevisjonen vurderer at tilrådinga om tildeling av introduksjonsplan, rettleiar og fadder i hovudsak blir etterlevd i føretaka.

Ei tilråding er at leiar skal leggje til rette for teamarbeid rundt krevjande sakar som nye medarbeidarar har. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger skriv i eigenevalueringa at dette blir ivaretatt, og nye medarbeidarar får eksempelvis støtte gjennom tverrfagleg samarbeid og tilgang til erfarne fagpersonar ved behov. Helse Fonna viser til implementerte skriftlege rutinar som tar opp dette. Sjå vedlegg 7.4 for meir detaljar om korleis føretaka handterer det i praksis. Helse Førde har ikkje svart skriftleg på dette punktet, men internrevisjonen si vurdering etter gjennomgang av dokumentasjon og intervju med ei eining er at det er tatt i vare i den praktiske arbeidskvardagen.

Når det gjeld tilrådinga om at leiar skal vere open for at medarbeidarar kan ta opp arbeidsbelastning, har alle føretaka svart at dette er ivaretatt – for eksempel gjennom jamlege samtalar i oppstartsfasen, faste møtepunkt mellom nytilsett og leiar, samt etablerte oppfølgingsrutinar i prøvetida for legar og psykologar. Faste møtepunkt mellom leiar og nytilsett blir òg løfta fram i DFØ sin rettleiar[12]. Internrevisjonen vurderer at både tilrådinga om å leggje til rette for teamarbeid rundt krevjande saker og om openheit for å melde arbeidsbelastning er oppfylt i praksis i føretaka. Formalisering varierer.

Å leggje til rette for at nye medarbeidarar kan dele kontor med ein meir erfaren kollega er også ei anbefaling frå arbeidsgruppa i miniprosjektet. Denne tilrådinga blir berre delvis praktisert i føretaka. Føretaka viser til at behov og moglegheiter varierer mellom einingar. Psykologar i poliklinikk har som hovudregel eigne kontor av omsyn til pasientsamatalar, medan døgnpostar oftare har felleskontor eller delte arbeidsstasjonar. Det blir opplyst at deling av kontor er meir aktuelt for legar i spesialisering, men at praksisen varierer også her.

Følsomhet Intern (gul)

Helse Stavanger er mest tydelege på at tilnærma alle har eiget kontor. Basert på føretaka sine tilbakemeldingar er det internrevisjonen si vurdering at anbefalinga ikkje blir etterlevd og at det i stort er avgrensingar som følgje av areal/kontor og klinisk verksemdsområde som påverkar moglegheitene.

Som tidlegare i kapittel 4 vil god opplæring, støtte og tilbakemeldingar sørgje for at nye medarbeidarar raskt kan bli trygge i rolla si. Ei tilråding er at rettleiar set av ekstra tid til nye medarbeidarar i opplæringsperioden. Føretaka er samstemte på at dette er tatt i vare, inkludert at det er regulert gjennom formelle rettleiingsplanar og inngår som del av arbeidsplanlegginga for både psykologar og legar. Fordeling av ansvar for rettleiing ligg i leiarlinja, og føretaka opplyser at det blir satt av tid i arbeidsplan knytt til rettleiingskrav.

Ei av tilrådingane frå arbeidsgruppa er at fadder, rettleiar og den nye medarbeidaren skal gjennomføre ei forventningsavklaring kring ansvar og oppgåver i introduksjonsplanen. Tilrådinga blir i hovudsak ivaretatt av føretaka, men praksisen varierer mellom føretaka og mellom einingar. I Helse Bergen opplyser RAK at ansvaret blir delt mellom fadder/mentor (praktiske forhold), rettleiar (lege- og psykologrolle), teamkoordinator (fagleg ansvar) og leiar (personalansvar). DPH svarar at fem av seks klinikkar gjennomfører forventningsavklaringar, medan psykiatrisk klinikk ikkje har formalisert praksisen, men gjennomfører avklaringssamtalar. Helse Fonna opplyser at forventningsavklaring varierer mellom avdelingane og er primært eit leiaransvar.

Helse Førde peikar på at det blir ivaretatt gjennom eksisterande opplæringsplanar for LIS og psykologar, og gjennom faste oppfølgingssamtalar med leiar. Helse Stavanger svarar at fadder og rettleiar i oppstarten vil avklare med ny medarbeidar kva forventningar ein har til kvarandre. Føretaket peiker også på at rettleiing for psykologar og legar er ein del av utdanningsaktivtetane som utgjer spesialistutdanninga, og det er derfor klare krav til rettleiinga som skal bidra til spesialistkompetansen. Internrevisjonen vurderer at tilrådinga om forventningsavklaring i stor grad skjer gjennom etablerte arbeidsprosessar. Manglande formalisering gjer at praksis kan variere mellom einingar.

Tilrådinga om at rettleiar skal sette opp faste timar til rettleiing kvar veke frå første veke, følgje opp introduksjonsplanen, informere om ivaretaking av ein sjølv og gi konkrete tilbakemeldingar på arbeidet som blir gjort blir vurdert til å vere tatt i vare i alle føretaka. Det blir vist til at legar og psykologar får tildelt fast rettleiar, og har faste tider til rettleiing i tråd med plan for rettleiing.

Følsomhet Intern (gul)

Det er viktig at nye medarbeidarar raskt blir klar over kva som er deira ansvar i introduksjons- og opplæringsfasen. Frå personalhandboka er det allereie tillagt eit ansvar med å aktivt setje seg inn i dei oppgåvene som følgjer jobben, og å søkje råd og rettleiing. Ei anbefaling frå arbeidsgruppa for prosjektet er at den nye medarbeidaren er eigar av introduksjonsplanen. Den generelle tilbakemeldinga er at dette er etablert som ei sanning i alle føretaka, samtidig peikar mellom anna Helse Fonna på at fleire av avdelingane meiner det er eit forbetringspotensial på dette området – i form av at dette bør bli tydeleggjort i større grad. Frå intervju med føretaka blir det lagt vekt på at nye psykologar blir oppfatta som ei motivert arbeidsgruppe som tar stort ansvar for eiga kompetanseheving og spesialisering.

Tilrådinga om at fadder skal bidra til sosial integrering og gi informasjon om praktiske forhold i avdelinga blir vurdert av føretaka sjølv som etterlevd, men med variasjon. Helse Bergen opplyser at det blir gjennomført, men at ikkje alle seksjonar har eigen fadder, og at seksjonsleiar da tar i vare oppgåva i samsvar med etablert sjekkliste. Dette er også verifisert gjennom intervju. Helse Fonna har delt ansvaret mellom leiar, fadder og kollegaer, og at dette fungerer som eit felles ansvarsområde, heller ikkje her har alle seksjonar eigen fadder. Helse Førde opplyser at dette er ein naturleg del av introduksjonsarbeidet. Helse Stavanger skriv at det blir tatt i vare av fadder. Internrevisjonen vurderer at alle dei praktiske aspekta ved tilrådinga er tatt i vare, men ikkje nødvendigvis at det er fadder som har heile ansvaret.

Gjennomgangen viser til at rettleiing, støtte og forventningsavklaring er godt forankra i det daglege arbeidet, men i varierande grad formalisert.

4.2.6 Evaluering og oppfølging

Systematisk evaluering og oppfølging skal sikre at nye medarbeidarar får nødvendig støtte, utviklar seg i tråd med læringsmåla og blir følgde opp på ein måte som fremjar kvalitet og pasientsikkerheit. I dette kapittelet blir praksis knytt til evalueringssamtalar, rettleiarfunksjonar og rotasjonsordningar gjennomgått.

Ei anbefaling i prosjektrapporten er at ein har evalueringssamtalar mellom utdanningskandidatar, utdanningsansvarleg spesialist og leiar to gonger årleg. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger svarar på eigenevalueringa at ordninga er etablert for LIS med trepartssamtale (kandidat, utdanningsansvarleg spesialist og leiar). Internrevisjonen har verifisert dette frå mottatt dokumentasjon. I Helse Førde blir samtalen i hovudsak gjennomført av utdanningsansvarleg spesialist på vegner av leiar, slik at ein ikkje alltid er tre partar. For psykologar er praksis meir varierande.

Følsomhet Intern (gul)

I DPH, Helse Bergen, ligg ansvaret i linja (nærmaste leiar), og utdanningsansvarleg psykologspesialist deltar ikkje i evalueringssamtalar. Frå intervju med eining i DPH fekk internrevisjonen bekrefta at ein ikkje klarar å sikre evalueringssamtale to gonger årleg på noverande tidspunkt. I samband med innføring av koordineringsordning for rotasjon hausten 2026 er det planlagt å innføre halvsårsevaluering mellom leiar, rettleiar og kandidat. Utdanningsansvarleg psykologspesialist vil ikkje delta som fast part i desse samtalane. Dette skil seg frå LIS-løpet da tal på psykologar i divisjonen er mykje høgare enn LIS-legar, og personalansvaret for psykologane er desentralisert i linjeorganisasjonen. DPH i Helse Bergen vurderer at det difor ikkje er praktisk gjennomførbart eller hensiktsmessig å ha med utdanningsansvarleg psykologspesialist i samtalane, og at dei heller har eit overordna og systemretta ansvar for utdanningsløpet. Internrevisjonen vurderer at anbefalinga ikkje er oppfylt. RAK i Helse Bergen opplyser at ordninga ikkje er etablert ennå, men at årlege samtalar er under innføring. Frå intervju med ei eining i klinikken blei det opplyst at dette er eit nytt tiltak som blei vedtatt i 2026 og er i oppstartsfasen. Helse Førde viser til at det er psykologen sin eigen rettleiar som gjennomfører slike samtalar. Frå intervju med ei eining blir det klart at dette ikkje er på plass per dags dato, men at det er noko eininga vil vurdere.

Helse Stavanger opplys at anbefalinga ikkje blir etterlevd per dags dato da dei følgjer retningslinjene til NPF (Norsk Psykologforening), kor det ikkje er eit krav. Dei psykologfaglege rådgivarane, saman med leiar og lokal sjefspsykolog, sørgjer for at kvar psykologkandidat får rettleiing, kurs og praksis som samsvarar med NPS sine retningslinjer og krav. Helse Fonna har formaliserte rutinar både for psykolog i spesialisering og for psykolog på lisens[13], og skil seg positivt ut. Sjå vedlegg 7.5 for meir detaljar om psykologar. Frå intervju med ei eining i KPHR kunne leiar opplyse, på lik linje som i RAK i Helse Bergen, at dette er eit relativt nytt tiltak som ikkje har blitt integrert, men er i oppstartsfasen. Internrevisjonen si vurdering er at tilrådinga blir etterlevd for LIS i alle føretak (med avvik frå trepartsmodellen i Helse Førde). For psykologar er ikkje tilrådinga oppfylt i føretaka per dags dato, men er i ein oppstartsfase i høvesvis Helse Fonna og RAK i Helse Bergen.

Den siste tilrådinga frå arbeidsgruppa er at der psykologar og legar har behov for intern rotasjon for si spesialisering så skjer det innanfor arbeidsforholdet vedkommande har. Dette er innanfor arbeidsgivar sitt handlingsrom. Tilbakemeldingane frå føretaka viser at tilrådinga blir etterlevd. I Helse Bergen er ordninga lagt til rette gjennom samarbeid mellom RAK og DPH; samtidig kan det for psykologar som treng døgnpraksis ta noko tid å få plass. I DPH melder fem av seks avdelingar at rotasjon er mogleg, medan sikkerheitspsykiatrien presiserer at for psykologar gjeld dette for nokre, ikkje alle. Helse Fonna har eit etablert system for LIS med felles rotasjon og eige rotasjonsutval, og opplyser at intern rotasjon òg er mogleg for psykologar i tråd med gjeldande prosedyrar. I Helse Førde skjer rotasjon innanfor eksisterande arbeidsforhold ved at kandidatane blir knytt til ulike avdelingar og seksjonar gjennom løpet: for psykologar blir «barneåret» løyst via tett samarbeid med samlokalisert BUP, og tilsvarande andre vegen for psykologar på BUP.

[13] Helse Bergen har gitt tilbakemelding på at dei òg har vedtatt Helse Fonna sine prosedyrar for lisesnspsykologar, og at dei vil nytta seg av Helse Fonna sin prosedyre for halvårlege evalueringssamtalar for psykologar som mal.

Følsomhet Intern (gul)

Helse Stavanger har eit etablert system for LIS, og for psykologar. Psykologar som treng annan praksis til si spesialisering får permisjon frå si faste stilling i perioden. Dette gjeld i begge klinikkar. Internrevisjonen vurderer at tilrådinga blir etterlevd i alle føretak. Kapasitet kan, som alltid, medføre ventetid og variasjon i kor raskt rotasjon kan gjennomførast.

Internrevisjonen finn at føretaka i avgrensa grad evaluerer introduksjonsløpet på ein systematisk måte. Slik evaluering var ikkje ein del av tilrådingane frå miniprosjektet, men er vurdert som relevant for problemstillinga. Evaluering skjer i dag i hovudsak gjennom eksisterande leiaroppfølging og tilbakemeldingar frå medarbeidarar, utan at informasjonen blir samla inn og analysert som del av eit felles forbetringsarbeid. Manglande systematisk evaluering gjer det vanskeleg å vurdere om introduksjonstiltaka fungerer etter føremålet, identifisere forbetringsområde og dokumentere effekt over tid. Helse Stavanger skil seg positivt ut blant føretaka da dei har etablert evaluering av introduksjonsdagane for KPHV og KPHBURA.

Følsomhet Intern (gul)

5 POTENSIELL SAMANHENG MELLOM INTRODUKSJONSTILTAK OG UTVIKLING I UØNSKT TURNOVER OG MEDARBEIDARTILFREDSHEIT

Ei av målsettingane i revisjonen har vore å undersøkje om ein kan identifisera potensiell samanheng mellom gjennomføring av introduksjons- og oppfølgingstiltak, og utvikling i turnover og medarbeidartilfredsheit for psykologar og psykologspesialistar. Dette kapittelet tar for seg denne problemstillinga på eit overordna nivå, basert på tilgjengeleg datagrunnlag som internrevisjonen sjølv har henta ut frå styringsprotalen i Helse Vest. Funn og datagrunnlag har i etterkant blitt drøfta og kvalitetssikra av analyseavdelinga i Helse Vest RHF.

Analyseavdelinga utarbeider og held ved like analysar og oversikter innan dei områda som revisjonen omfatta. Informasjonen er lett tilgjengeleg for leiarar og andre interesserte. Det er viktig å vere merksam på at datagrunnlaget har naturlege avgrensingar, både når det gjeld kva som blir målt, og i kva grad data kan bli brukt til å vurdere om det finst ein faktisk årsak–verknadssamanheng. Data kan vise korleis variablar utviklar seg samtidig, men dei gir ikkje grunnlag for å slå fast at tiltaka i seg sjølve er årsaka til endringane.

5.1 Ulik gjennomføring, etablering av tiltak og praksis hindrar årsaksvurderingar

Tiltaka som er anbefalte i den regionale rapporten «*Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB*» er innført på ulike måtar og til ulike tidspunkt i dei fire helseføretaka. Gjennomgang av dokumentasjon og eigenevalueringar frå føretaka viser at:

- **Tiltaka ikkje er implementerte som ein felles introduksjonsplan for dei fire sjukehusføretaka**, men som (delvise) lokale tilpassingar.
- **Innføringstidspunktet varierer**, både mellom føretaka og innad i klinikkar og einingar.
- **Oppfølginga er ulikt systematisert**.
- **Datagrunnlaget som trengst for å knyte tiltak til konkrete effektmål, er ikkje samla inn på ein standardisert måte.**

Dette gjer at ein ikkje kan gjennomføre ein tradisjonell effektanalyse der ein samanliknar «før og etter» eller mellom einingar med og utan tiltak. Ein kan heller ikkje utføre statistiske årsak–verknadsvurderingar fordi ein manglar kontroll for sentrale variablar som arbeidsmiljøforskjellar, rekrutteringsvilkår, leiarkapasitet, geografisk tilgjenge til kompetanse og nivå på konkurrerande tilbod.

Følsomhet Intern (gul)

5.2 Trendane viser endringar – men utan tydeleg forklaringskraft

Trenddata frå Helse Vest RHF, Oversiktsrapporten, Fagleg rapport VOP/TSB m.fl., viser at:

- Det har vore **ein auke i talet på psykologar og psykologspesialistar** i regionen dei siste åra (jf. vedlegg 7.7).
- Det er **variasjon mellom føretaka**, både i utvikling, rekrutteringskraft og turnover.
- Nokre einingar melder om **forbetring i stabilitet**, medan andre framleis har utfordringar.

Trendane er viktige som bakgrunnsinformasjon, men kan ikkje tolkast som direkte konsekvensar av introduksjonstiltaka. Ei rekkje eksterne forhold kan ha påverka utviklinga:

- Endringar i **rekrutteringsmarknaden**, mellom anna fleire nyutdanna psykologar i åra før og i perioden[14][15].
- Nasjonale og regionale prioriteringar som styrkjer **rammevilkår og utdanningskapasitet**.
- Endringar i **arbeidsvilkår, lønnspolitikk og konkurranse frå kommunale og private aktørar**.
- Vurderingar blant tilsette knytt til **arbeidsbelastning, pasientsamansetning** og annan lokal kontekst.

Sjølv om tiltaka kan ha bidratt positivt, er det ikkje mogleg å isolere effekten.

5.3 Forsking og erfaringar

Nasjonal og internasjonal forsking[16][17][18][19] peikar på fleire gjennomgåande utfordringar med å dokumentere effekt av introduksjons- og onboardingprogram:

- **Manglande standardisering** av innførte tiltak gjer samanlikningar vanskelege.
- **Effekten avhenger sterkt av lokal leiing**, kultur og kapasitet til oppfølging.
- **Turnover blir påverka av ei rekke faktorar**, onboarding er berre ein av fleire.[20]

Tid mellom tiltak og effekt gjer målingar krevjande (nye medarbeidarar sluttar ofte innan 1–2 år dersom dei gjer det). **Forskinga peikar samtidig på at systematiske introduksjons- og onboardingprogram kan vere eit viktig verkemiddel for å styrkje tilknyting til arbeidsplassen,** redusere risikoen for tidleg turnover og bidra til raskare fagleg og sosial integrering.

[14] Psykiske-helsetjenester-og-tilgang-til-psykologtjenester-i-Norge-26.09.22.pdf
[15] Spår psykologoverskudd
[16] Reducing Annual Hospital and Registered Nurse Staff Turnover—A 10-Element Onboarding Program Intervention
[17] "Trends in Onboarding Improve the Employee Retention: An In-depth Literature Review", Parth Patel and Richi Mohanty, Journal of Applied Management (2023)
[18] Effectiveness of formal onboarding for facilitating organizational socialization: A systematic review | PLOS One
[19] Effectiveness of formal onboarding for facilitating organizational socialization: A systematic review | PLOS One
[20] Regional rapport - Ekstern turnover i Helse Vest

Følsomhet Intern (gul)

Effekten føreset likevel at tiltaka er tydeleg definerte, blir gjennomførte som planlagt og blir følgde opp over tid. Forskinga gir støtte til at introduksjonstiltak kan vere ein viktig del av arbeidet med å behalde medarbeidarar, men understrekar også at resultata blir påverka av ei rekkje andre organisatoriske og individuelle forhold.

Funna frå forsking samsvarar med observasjonane frå Helse Vest; **tiltaka er relevante og viktige bidrag**, men inngår i eit større samspel av faktorar som påverkar turnover. Dette kjem også fram i rapporten *«Ekstern turnover – faktabasert kunnskapsgrunnlag»*[21] utarbeidd av Helse Vest RHF i 2022. Rapporten gir eit breitt, faktabasert bilete av omfang, årsaker og variasjonar i at medarbeidarar sluttar i helseføretaka. Den viser at årleg turnover ligg rundt 5 prosent (2015–2021), med særleg høg turnover blant **assistentar innan pleie og psykiatri** (høvesvis 17,8 % og 16,1 %), **psykologar og psykologspesialistar** (høvesvis 12,4 % og 6,8 %), samt blant yngre medarbeidarar (8,6 % for dei under 35 år) og personar med kort ansiennitet (9,5 % for dei med 0–4 års ansiennitet). Ein del av turnoveren blant psykologar må sjåast i lys av strukturelle forhold knytte til spesialiseringsløpa, der krav til variert praksis kan bidra til både intern og ekstern mobilitet, for eksempel ved at psykologar har delar av praksisen sin i kommunal sektor for å oppnå spesialisering, som innan barne- og ungdomspsykologi. Samtidig dokumenterer rapporten at dei fleste som sluttar, held fram i helserelatert arbeid. Årsakene til turnover er ofte samansette, med arbeidsmengde, arbeidstid, leiing, fagleg utvikling og flytting som sentrale faktorar. Rapporten tilrår målretta og kunnskapsbaserte tiltak tilpassa ulike yrkesgrupper og livsfasar, med særleg vekt på betre ivaretaking av nye medarbeidarar, arbeidstidsordningar, heiltidskultur, styrka leiing og systematisk oppfølging over tid. Tiltaka som er anbefalte i *«Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB»* må sjåast som eit svar på desse tilrådingane.

Samla sett støttar dette internrevisjonen si vurdering av at introduksjonstiltaka er relevante og fagleg grunngjevne. Datagrunnlaget gir likevel ikkje grunnlag for å fastslå om tiltaka har påverka utviklinga i turnover eller medarbeidartilfredsheit i føretaka.

5.4 Manglande datagrunnlag for å vurdere medarbeidartilfredsheit opp mot tiltaka

Helse Vest gjennomfører årleg medarbeidarundersøkinga ForBedring, som omfattar alle medarbeidargrupper. Undersøkinga gir viktig informasjon om korleis medarbeidarane opplever arbeidsmiljø, leiing og arbeidssituasjon. Resultata kan også gi indikasjonar på korleis nye medarbeidarar opplever arbeidsplassen. For eksempel handlar to av temaa om «engasjement» og «teamarbeidsklima». Her svarar dei tilsette blant anna på om arbeidsoppgåvene engasjerer, om ein får tilstrekkeleg opplæring og om ein får støtte og hjelp frå kollegaer når ein treng det.

[21] «Ekstern turnover – faktabasert kunnskapsgrunnlag», Helse Vest RHF 2022

Følsomhet Intern (gul)

Samtidig er ikkje undersøkinga innretta slik at erfaringane til nytilsette kan koplast direkte til konkrete introduksjonstiltak eller onboardingløp. Manglande kopling mellom introduksjonstiltak, gjennomføring og medarbeidarrespons inneber at føretaka i liten grad kan nytte tilgjengelege data til å identifisere kva tiltak som fungerer best. Dermed blir også grunnlaget for læring og målretta forbetring av introduksjonsarbeidet svekt.

5.5 Samla vurdering

På bakgrunn av gjennomgangen er det internrevisjonen si vurdering at:

- Trendane i bemanning og turnover er interessante, og **i fleire tilfelle positive**.
- Det er ikkje mogleg for internrevisjonen å slå fast ein **årsak–verknadssamanheng** mellom trendane og dei innførte introduksjons- og oppfølgingstiltaka.
- Den viktigaste forklaringane er **ulik praksis, manglande standardisering, og eit datagrunnlag som ikkje støttar slike analysar**.
- Eksterne forhold – særleg utviklinga i rekrutteringsmarknaden – kan òg ha påverka resultatet og må derfor vurderast saman med dei interne tiltaka.

Internrevisjonen vurderer at tiltaka frå den regionale rapporten «*Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB*» som relevante og i tråd med etablerte anbefalingar for onboarding og introduksjon. Datagrunnlaget gir likevel ikkje grunnlag for å vurdere om tiltaka har påverka utviklinga i turnover eller medarbeidartilfredsheit. Ei slik vurdering ville føresett meir standardiserte introduksjonsløp, meir systematisk registrering av gjennomføring og betre evaluering av erfaringane til nye medarbeidarar.

Følsomhet Intern (gul)

6 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

6.1 Vurderingar

Internrevisjonen vurderer at helseføretaka i stor grad har etablert relevante tiltak for introduksjon og oppfølging av nye medarbeidarar i tråd med anbefalingane frå det regionale arbeidet. Gjennom intervju, dokumentgjennomgang og eigneevalueringar kjem det fram at tiltaka i hovudsak blir gjennomførte i praksis. Samtidig finn internrevisjonen betydeleg variasjon i korleis tiltaka er formaliserte, dokumenterte og følgde opp mellom føretak, klinikkar og einingar. Det manglar ei felles forståing av sentrale element i introduksjonsløpet, inkludert innhald, varigheit og dokumentasjon av gjennomføring. Dette gjer det utfordrande å samanlikne praksis og vurdere måloppnåing på tvers av føretaka

Internrevisjonen finn at fleire sentrale delar av introduksjonsarbeidet er baserte på etablert praksis og støtteverktøy framfor formelle skriftlege rutinar. Internrevisjonen vurderer ikkje at alle delar av introduksjonsarbeidet nødvendigvis bør regulerast gjennom fleire prosedyrar eller detaljrutinar. Samstundes er det viktig at helseføretaka har tilstrekkeleg struktur og felles forventningar til å sikre ein viss grad av einsarta praksis, oppfølging og læring på tvers av organisasjonen. Det kan vere formålstenleg å basere det på eit felles rammeverk, for eksempel gjennom «Produktområde Nye medarbeidarar». Introduksjonsløpa er berre delvis integrerte i Kompetanseportalen. Internrevisjonen vurderer at dette reduserer moglegheita til å dokumentere gjennomføring, følgje opp oppnådd kompetanse og etablere ei heilskapleg oversikt over status for nye medarbeidarar. Manglande standardisering, dokumentasjon og systematisk evaluering gjer det vidare vanskeleg å vurdere om introduksjonstiltaka påverkar turnover eller medarbeidartilfredsheit. Datagrunnlaget er ikkje tilstrekkeleg til å vurdere effekt av tiltaka på ein påliteleg måte

Internrevisjonen observerer at funna i denne revisjonen også har trekk som er gjenkjennelege frå fleire tidlegare revisjonar. Det blir gjennomført utviklings- og forbetringsarbeid på regionalt nivå, ofte med deltaking frå helseføretaka, og det blir etablert felles initiativ, ressursar og løysingar. Samstundes varierer det i kva grad desse blir implementerte og gjenfinnest som einsarta praksis ute i helseføretaka og på einingsnivå. Internrevisjonen vurderer at dette kan redusere moglegheita for standardisering, læring, erfaringsdeling og gevinstrealisering på tvers av føretaksgruppa.

Samla vurderer internrevisjonen at introduksjonsarbeidet fungerer relativt godt i praksis og at tiltaka framstår som relevante for formålet. Potensialet for læring, erfaringsdeling, styring og kontinuerleg forbetring blir likevel ikkje utnytta fullt ut. Ei meir standardisert og etterprøvbar tilnærming vil kunne gi betre grunnlag for oppfølging, evaluering og utvikling av arbeidet på tvers av føretaka.

Følsomhet Intern (gul)

Internrevisjonen er kjend med at det allereie er sett i gang arbeid i Helse Vest RHF, mellom anna gjennom MOT-avdelinga (medarbeidar og teknologi) og fagavdelinga, som omfattar fleire av områda som er omtala i rapporten. Tilrådingane bør sjåast som ei støtte til dette arbeidet og bidra til vidare prioritering, strukturering og oppfølging.

6.2 Tilrådingar

Tilrådingane er retta mot forhold som etter internrevisjonen si vurdering vil kunne bidra til betre standardisering, styring, dokumentasjon og læring på tvers av helseføretaka.

Etablere eit felles minimumsrammeverk for introduksjon

Helse Vest RHF bør sørgje for at det blir etablert eit felles regionalt minimumsrammeverk for introduksjon av nye medarbeidarar innan psykisk helsevern og TSB. Rammeverket bør også danne grunnlag for meir einsarta registrering, evaluering og oppfølging av introduksjonsarbeidet i føretaka. Internrevisjonen vurderer at vidare utvikling og bruk av felles digitale løysingar kan vere eit meir formålstenleg verkemiddel enn etablering av omfattande nye rutinar og prosedyrar. Regionale ressursar utvikla gjennom «Produktområde Nye medarbeidarar» framstår som særleg relevante i denne samanhengen.

Rammeverket bør:

- vidareutvikle og fremje bruk av felles digitale ressursar, temasider og støtteverktøy frå «Produktområde Nye medarbeidarar» som grunnlag for introduksjonsarbeidet i helseføretaka
- definere minimumsinnhald i introduksjonsplanar
- tydeleggjere fasar i introduksjonsløpet (preboarding, opplæring og oppfølging)
- avklare forventa varigheit av opplæringsperioden
- sikre felles forståing av sentrale omgrep og krav til gjennomføring

Det bør samtidig bli lagt til rette for lokale tilpassingar, gitt ulik organisering og drift.

Formålet er å:

- redusere uønskt variasjon
- styrkje moglegheita for samanlikning og oppfølging på tvers av føretaka
- gi eit tydeleg grunnlag for å vurdere måloppnåing og effekt av tiltak

Følsomhet Intern (gul)

Styrkje systematikk og etterprøvbarheit i gjennomføringa

Helseføretaka bør sikre at introduksjonsarbeidet blir meir systematisert og etterprøvbart.

Dette inneber å:

- formalisere sentrale delar av introduksjonsløpet som i dag i hovudsak er praksisbaserte
- tydeleggjere ansvar, krav og forventningar til gjennomføring
- sikre dokumentasjon av gjennomførte aktivitetar
- redusere personavhengig praksis og uønskt variasjon mellom einingar

Formålet er å:

- styrkje kvaliteten i oppfølginga av nye medarbeidarar
- redusere sårbarheit knytt til enkeltpersonar
- sikre ein meir robust og føreseieleg praksis

Styrkje leiing og læring på tvers av føretaka

Helse Vest RHF bør leggje til rette for meir systematisk leiing, oppfølging og læring på tvers av helseføretaka innan introduksjon av nye medarbeidarar.

Dette kan innebere å:

- etablere faste arenaer for erfaringsdeling og utvikling av beste praksis
- følgje opp status og utvikling i føretaka på ein meir systematisk måte
- synleggjere forventningar til prioritering og leiing av introduksjonsarbeidet

Formålet er å:

- bidra til meir einsarta praksis på tvers av føretaka
- styrkje erfaringsdeling og læring
- leggje til rette for kontinuerleg utvikling og betre ressursutnytting

Konsistent og lik bruk av Kompetanseportalen

Helseføretaka bør sørgje for at introduksjonsplanar og tilhøyrande opplæring i større grad blir integrerte i Kompetanseportalen.

Følsomhet Intern (gul)

Dette omfattar å:

- samle opplæringselement, sjekklister og planar i eitt system slik Helse Vest har lagt opp til
- redusere bruk av parallelle løysingar som papirbaserte eller lokale system
- sikre at gjennomføring av opplæring blir registrert på ein einsarta måte

Formålet er å:

- gi betre oversikt over gjennomført opplæring og eksisterande kompetanse
- leggje til rette for systematisk oppfølging frå leiar
- styrkje grunnlaget for styringsinformasjon

Etablere systematisk evaluering av introduksjonsløpet

Helseføretaka bør etablere ei systematisk innhenting og analyse av erfaringar frå nye medarbeidarar gjennom introduksjonsløpet.

Dette kan innebere å:

- innhente erfaringar frå nye medarbeidarar på ein strukturert måte
- vurdere kvalitet og gjennomføring av introduksjonstiltak
- bruke erfaringane aktivt i vidare utvikling av praksis
- vurdere om innsamla erfaringar kan koplast til turnover, prøvetidsoppfølging og relevante medarbeidarindikatorar

Formålet er å:

- styrkje læring
- sikre kontinuerleg forbetring av introduksjonsarbeidet
- bidra til betre måloppnåing over tid

Internrevisjonen understrekar at tilrådingane ikkje er uttrykk for eit ønske om meir byråkratisering. Føremålet er å understøtte og vidareutvikle arbeidet som allereie blir gjort i helseføretaka gjennom nokre felles minimumsrammer, betre oppfølging og meir systematisk læring på tvers. Målet er å gjere gode introduksjonsløp lettare å gjennomføre og følgje opp, ikkje å etablere fleire administrative prosessar.

Følsomhet Intern (gul)

7 VEDLEGG

7.1 Vedlegg - Om DPH i Helse Bergen HF si felles rutine for opplæring og ivaretaking av nye medarbeidarar

Hovudpunkta går på:

1. Førebuing før oppstart (preboarding)
2. Velkomst og introduksjon (onboarding)
3. Tidleg oppstartssamtale med nærmaste leiar
4. Kontinuerleg oppfølging
5. Tips til kva som vil vere fordelaktig og også inkludere i planen, for eksempel
    a. Rutinar og god fagleg praksis for behandling og kartlegging av problemstillingar av særleg betydning for pasientsikkerheita og ivaretaking av pasienten (sjølvmord, psykose, rusmiddelbruk og barn som pårørande)
    b. Spesialisthelsetenesta som system, styringslinjer, forsking som del av spesialisthelsetenesta, finansiering og prioritering
    c. Rutinar og god fagleg praksis for behandling og kartlegging ved særleg krevjande eller vanlege problemstillingar og diagnosar i einingа
    d. Pasientforløp, samhandlingsrutinar, planarbeid, ikkje-møtt rutinar
    e. Opplæring i rutinar for pasienttryggleik, involvering av spesialistar, avismeldingar og andre melderutinar
6. Ei presisering av at rutinane også skal følgje satsingar i divisjonen. Det er lista opp 5 punkt:
    a. Tildeling av fadder frå første dag
    b. Behandlingsplan som del av alle pasientforløp i divisjonen
    c. Selvmordopplæring i tråd med retningslinja «Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)» og egen EK-rutine. Nytilsette skal få opplæring i løpet av dei første tre månadene, eller tidlegare dersom forsvarlegheitskravet tilseier det.
    d. E-læringskurs i kompetanseportalen innan to veker
    e. Påmelding obligatorisk kurs for nytilsette

7.2 Vedlegg - Klinikk psykisk helsevern og rus (KPHR) i Helse Fonna HF si overordna rutine om lokal sjekkliste:

Det blir oppmoda til å inkludere særlege forhold som ein må vere kjent med i lokal eining, for eksempel opplæring i utstyr som blir brukt. Nærmaste leiar blir i rutinen tildelt ansvar for at den nye medarbeidaren føler seg velkomen, ansvar for sjølve introduksjonen og at det blir satt av tilstrekkeleg med tid for grundig gjennomgang av sjekklista(r), til å gi svar på eventuelle spørsmål og for å gi tilbakemeldingar.

Følsomhet Intern (gul)

7.3 Vedlegg - Meir informasjon om føretaka si rapportering om introduksjonsplanen er ein integrert del av kompetanseportalen, og korleis føretaka følger gjennomføringa av tiltaka i introduksjonsplanen

Rus- og avhengighetsklinikken i Helse Bergen HF har, obligatoriske kurs for nye medarbeidarar i klinikk og arbeidar med kompetanseplanar per profesjon, også for psykologar som viser til kva planar dei enkelte yrkesgruppene skal få når dei jobbar i RAK. Internrevisjonen vurderer at dette også vil bli til hjelp for leiarane med personalansvar då desse har ivaretaking av nye medarbeidarar som ein del av sitt ansvar, og tildeling av kompetanseplanar høyrer til dette. Dei obligatoriske kursa i Helse Bergen HF blir tildelt automatisk. Andre kurs og kompetanseplanar blir tildelt av leiar i kompetanseportalen. Introduksjonsplanen framstår som delvis integrert for RAK, sidan delar av sjekklistar og anna dokumentasjon ligg utanfor kompetanseportalen. Kompetanseplanane blir individuelt tilpassa etter erfaring. Når planane er tildelt, følgjer gjennomføringa etablerte rutinar. Kompetanseportalen gir oversikt over kven som har fått tildelt kurs, men ikkje alltid om kurs er fullført. Kurs som ikkje blir tildelt automatisk krev manuell avhuking av medarbeidar, noko klinikken peikar på som ein kjelde til feil og manglande registrering.

For Divisjon psykisk helsevern (DPH) i Helse Bergen HF har to av seks klinikkar i divisjonen rapportert at introduksjonsplanen er fullt integrert i kompetanseportalen. Dei andre er i ei innføringsfase, men har enno ikkje full integrering. Alle klinikkane har opplæringsplanar i kompetanseportalen som blir tilpassa den enkelte medarbeidar, og som delvis dekkjer punkta i introduksjonsplanen. Fleire peikar på at delar av planarbeidet framleis ligg i elektronisk kvalitetshandbok eller papirsjekklister, noko som gjer det vanskeleg å få full oversikt over kva som faktisk er gjennomført.

Helse Fonna HF opplyser at delar av introduksjonsplanen er integrert i kompetanseportalen, medan andre delar framleis er sjekklister for leiar og medarbeidar. Klinikken har ei felles opplæringsplan i kompetanseportalen og det er også utarbeidd yrkesspesifikke kompetanseplanar både for nye medarbeidarar og for vedlikehald for medarbeidarar. Rutinen for oppfølging av medarbeidarar i prøvetida (frå personalhandboka) er integrert i noko varierande grad, men fleire avdelingar arbeider med å sikre betre implementering.

Helse Føde HF opplyser at kompetanseportalen inneheld delar av innhaldet frå prosjektet. Nokre kompetanseplanar blir tildelt automatisk, medan andre blir tildelt av leiar. Divisjon psykisk helsevern nyttar sjekklister aktivt, og fleire av seksjonane har lokale sjekklister for opplæring av nye medarbeidarar, men det finst ikkje tilsvarande EK-rutinar for tilpassa opplæringsmål på den enkelte avdeling/seksjon slik som for opplæringsplanen i kompetanseportalen. I Helse Førde blir det også opplyst om at den overordna kompetanseplanen er operasjonalisert gjennom eigne kompetanseplanar for Psykisk helsevern, som tek omsyn til behov for meir spissa opplæring. Internrevisjonen har fått observert dette på skjerm gjennom møte med føretaket. Det er klart at heller ikkje for dette føretaket er introduksjonsplanen fullt ut integrert i kompetanseportalen.

Følsomhet Intern (gul)

Helse Stavanger HF har klare oversikter over kurs som skal bli tatt av nye medarbeidarar i klinikkar for psykisk helsevern og TSB, og det er også oppgitt tidsfrist for når desse skal vere gjennomført. Det finst også årskalender som gir oversikt over når faste kurs blir gjennomført. Nokre av kursa blir tildelt automatisk, nokre blir tildelt av leiar som vurderer relevante kompetanseplanar og for nokre kurs må medarbeidar sjølv melde seg opp i læringsportalen. Føretaket har også obligatoriske introduksjonsdagar. Helse Stavanger HF blir oppfatta som det føretaket som har vore mest tydeleg i si rapportering på kva grunnopplæringa i introduksjonsprogrammet inneheld: tildelinga av kurs i kompetanseportalen basert på den felles utarbeida kursoversikta for nye medarbeidarar i KPHV og KPHBURA og dessutan introduksjonsdagane.

7.4 Vedlegg - Tilråding: Leiar skal leggje til rette for teamarbeid rundt krevjande sakar nye medarbeidarar har

For RAK i Helse Bergen HF blir det vist til at alle pasientsakar blir drøfta i tverrfaglege team i TSB, i tillegg til at nye medarbeidarar har eit tett samarbeid med rettleiar og mentor/fadder, og blir del av eit team. I tillegg har dei eigne legemøter/fagleiarmøter kor komplekse saker blir drøfta. For DPH i Helse Bergen HF blir det vist til mykje av det same, ein start prega av tett samarbeid og faste samtalar med fadder/teamleiar/seksjonsleiar. I tillegg er det slik for nytilsette spesialistar at det er oppretta eit lokalt spesialistforum kor ein kan diskutere komplekse pasientsaker og systemutfordringar. Helse Fonna HF viser til at anbefalinga er tatt i vare ved alle avdelingar og at dei har implementert skriftlege rutinar som tar opp dette. Helse Stavanger HF rapporterer at poliklinikkane har tverrfaglege møte kvar veke, medan sengepost har daglege behandlingsmøte kor heile det tverrfaglege teamet deltar. Det er leiar som har ansvar for å leggje til rette for desse møteplassane og sikre at tverrfagleg samarbeid fungerer hensiktsmessig i poliklinikk og sengepost.

7.5 Vedlegg - Tilråding: Evalueringssamtalar mellom utdanningskandidatar, utdanningsansvarleg spesialist og leiar to gonger årleg.

Når det gjeld psykologar er det meir variasjon i tilbakemeldingane. DPH i Helse Bergen HF rapporterer at utdanningsansvarleg spesialist ikkje deltek i evalueringssamtalar, og at ansvaret i sin heilskap blir tatt i vare i linja, altså av nærmaste leiar. RAK i Helse Bergen HF opplyser at dei ikkje har dette per i dag, men at innføring av årlege samtalar dannar et godt grunnlag for ei slik planlegging. Helse Førde HF opplyser at det hos dei er psykologen sin eigen rettleiar som har denne type samtalar. Helse Fonna HF har meir formaliserte rutinar på dette, også for psykologar og skil seg positivt ut. For psykologar i spesialisering i klinikk for PKHR blir det gjennomført halvårsevaluering mellom psykolog i spesialisering, klinisk rettleiar og næraste leiar, dette er formalisert i eiga prosedyre i kvalitetshandboka. For utdanning av psykologar på lisens har føretaket også eigen prosedyre som tar for seg evaluering, her nemnes ikkje halvårsevaluering men det er tydeleg at det er fleire evalueringstidspunkt."

Følsomhet Intern (gul)

7.6 Vedlegg - Oversikt over etterleving av anbefalingar frå miniprosjektet

Anbefaling	HBE RAK	HBE DPH	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger	Internrevisjonen si vurdering
Det bør etablerast ein felles introduksjonsplan for dei fire sjukehusføretaka, kor opplæringa er organisert og tilpassa lokalt også for den enkelte eining og fag.						Internrevisjonen kan bekrefte at det ikkje er etablert ein felles introduksjonsplan.
Det bør bli utpeika utdanningsansvarlege psykologspesialistar i VOP, BUP og TSB i kvart av sjukehusføretaka som bidrar til at nyutdanna/nye medarbeidarar kjem raskt i gong med si spesialisering	1 UAP for TSB	1 UAP delt for VOP og BUP	1 UAP delt for VOP, BUP og TSB	1 UAP delt for VOP og TSB. BUP ivaretatt av psykologfagleg rådgivar	1 UAP i KPHV (for VOP), 1 UAP i KPHBURA (for BUP og TSB)	
	INTEGRERING I KOMPETANSEPORTALEN OG OVERSIKT OVER KOMPETANSE					
Introduksjonsplanen er ein integrert del av kompetanseportalen						Introduksjonsplanen er ikkje ein fullt ut integrert del av kompetanseportalen for nokon av helseføretaka. Alle føretaka har likevel eit system eller ein plan for korleis nye medarbeidarar skal få opparbeida seg naudsynt kompetanse. Anbefalinga er delvis implementert.

Følsomhet Intern (gul)

Gjennomføring av tiltak i introduksjonsplanen blir fylgt opp i tråd med etablerte rutinar. Dette gir introduksjonsplanen ein felles oversikt over den kompetansen nye medarbeidarar har og kva ein må supplere med.						Gjennomføring av tiltak i introduksjonsplanen følgjer egne etablerte rutinar. Det blir samstundes peikt på svakheiter og moment som indikerer at det er vanskeleg å få kontroll over at alle har fått tildelt alle kurs, om alle har fullført etc. Anbefalinga er delvis implementert.
	INNHALD OG PRAKSIS I INTRODUKSJONSLØPET					
	PREBOARDING OG OPPSTART					
Introduksjonsdagar har tilstrekkeleg varigheit, og bidrar til å få oversikt og lære.						Internrevisjonen vurderer at anbefalinga om introduksjonsdagar ikkje fullt ut blir etterlevd for føretaka, med unntak av Helse Stavanger HF som har eit formalisert opplegg for klinikkane sine.
Første veke er nytilsett utan tidlegare erfaring berre observatør/«ko-terapeut»						Internrevisjonen vurderer at anbefalinga ikkje er formalisert som ein standard rutine hos føretaka men noko som vil variere avhengig av den individuelle vurderinga av den nye medarbeidaren

Følsomhet Intern (gul)

	OPPLÆRING OG GRADVIS ANSVAR					
Gjennomgang av prosedyrar, rutinar, system, organisering, samarbeid, arbeidsfordeling, det kommunale tilbodet, metodeverktøy, GAT, Checkware, viktige prosedyrar, behandlingslinja, lovverket, e-læringskurs, DIPS, Meona, e-resept, talegjenkjenning, kodesetting, smittevern frå start, brannsikkerheit mm er med i planen						Alle føretaka har rapportert at dette er ivaretatt.
Opplæringsperioden varar til alle læringsmåla i planen er gjennomført						Med bakgrunn i at føretaka definerer opplæringsperioden ulikt kan ikkje internrevisjonen gi ei generell vurdering for alle føretaka. Internrevisjonen vurderer at anbefalinga ikkje blir etterlevd i praksis, og det blir opplevd som noko uklart kor lenge opplæringsperioden varer.
Det er ein strukturert og planlagd overgang til å ha eigne pasientar og gradvis overtaking av ansvar						Internrevisjonen si vurdering er at anbefalinga blir etterlevd i praksis, men at det ikkje er formalisert i rutine.
Det blir satt av tilstrekkeleg med tid til kvar konsultasjon dei første fire vekene med sjølvstendig arbeid						Internrevisjonen si vurdering er at anbefalinga blir etterlevd i praksis i Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Helse Førde HF, men at den ikkje er formalisert i rutine.

Følsomhet Intern (gul)

Det er eit tilpassa krav til tal pasientar ein har ansvar for/inntak kvar veke dei første 10 vekene						Internrevisjonen si vurdering er at anbefalinga blir etterlevd i praksis i føretaka, men at den ikkje er formalisert i rutine på grunn av behov for individuell variasjon.
	RETTLEIING, STØTTE OG FORVENTNINGSAVKLARING					
Leiar har ansvar for å tildele introduksjonsplan, person som rettleier og fadder frå første dag						Internrevisjonen vurderer at tilrådinga om tildeling av introduksjonsplan, rettleiar og fadder i hovudsak blir etterlevd i Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger og Helse Førde HF.
Leiar legg til rette for teamarbeid rundt store og krevjande sakar nye medarbeidarar har						Internrevisjonen si vurdering er at tilrådinga er oppfylt i føretaka i praksis. Formalisering varierer.
Leiar er open for at medarbeidarar kan uttrykkje si oppleving av arbeidsbelastninga						Tilrådinga om openheit for å melde arbeidsbelastning blir etterlevd i alle føretak, men graden av formalisering kan variere mellom einingar.
Leiar vurderer moglegheita for at nye medarbeidarar kan dele kontor med ein meir erfaren kollega						Det er internrevisjonen si vurdering at anbefalinga ikkje blir etterlevd i føretaka og at det i stort er avgrensingar som følgje av areal/kontor og klinisk verksemdsområde som påverkar moglegheitene.
Person som rettleier har satt av ekstra tid til ny medarbeidar i opplæringsperioden.						Det er internrevisjonen si vurdering at anbefalinga er tatt i vare.

Følsomhet Intern (gul)

Fadder, person som rettleier og ny medarbeidar har ei forventningsavklaring kring ansvar og oppgåver i introduksjonsplanen						Internrevisjonen vurderer at tilrådinga om forventningsavklaring i stor grad skjer gjennom etablerte arbeidsprosessar, men praksisen varierer mellom føretaka og einingar. Manglande formalisering gjer at praksis *kan* variere.
Rettleiar set opp faste rettleiingstimar kvar veke frå første veke, følgjer opp introduksjonsplanen, informerer om ivaretaking av ein sjølv, og gir konkrete tilbakemeldingar på arbeidet som blir gjort av den nye medarbeidaren.						Internrevisjonen si vurdering er at dette er tatt i vare i alle føretaka. Det blir vist til at legar og psykologar får tildelt fast rettleiar, og har faste tider til rettleiing i tråd med plan for rettleiing.
Fadder gir informasjon om praktiske ting i avdelinga, sosiale aktivitetar og inviterer til undervisning og sosiale treffpunkt, slik at nye medarbeidarar kjem raskt inn i miljøet						Internrevisjonen vurderer at alle dei praktiske aspekta ved tilrådinga er tatt i vare, men ikkje nødvendigvis spesifikt at det er fadder som har ansvaret.
	EVALUERING OG OPPFØLGING					
To gonger årleg er det evalueringssamtale mellom utdanningskandidatar, utdanningsansvarleg spesialist og leiar. Samtalane	LIS	LIS	LIS	LIS	LIS	

Følsomhet Intern (gul)

finn sted midt i rotasjonen, slik at det kan bli tatt omsyn til gjensidige tilbakemeldingar som må ivaretakast for dei resterande tre månadene medarbeidarane er på avdelinga	Psykolog	Psykolog	Psykolog	Psykolog	Psykolog	Internrevisjonen si vurdering er at tilrådinga blir etterlevd for LIS i alle føretak (med avvik frå trepartsmodellen i Helse Førde HF). For psykologar er tilrådinga ikkje oppfylt for føretaka per dags dato, men er i ein oppstartsfase i høvesvis Helse Fonna HF og i Helse Bergen HF for RAK.
Der psykologar og legar har behov for intern rotasjon for si spesialisering skjer det innanfor det arbeidsforholdet vedkommande har. Dette er innanfor arbeidsgivar sitt handlingsrom						Internrevisjonen vurderer at tilrådinga blir etterlevd i alle føretak, kapasitet kan, som alltid, medføre ventetid og variasjon i kor raskt rotasjon kan gjennomførast.
	IKKJE FRÅ MINIPROSJEKTET					
Evaluering av onboardingprosessen						Det er internrevisjonen si vurdering at ingen av føretaka per i dag har etablert ein heilskapleg og systematisk evaluering av introduksjonsprogrammet. HST HF skil seg positivt ut då dei har etablert evaluering av introduksjonsdagane for KPHV og KPHBURA, denne praksisen viser til eit potensial for meir strukturert innhenting av tilbakemeldingar frå nye medarbeidarar

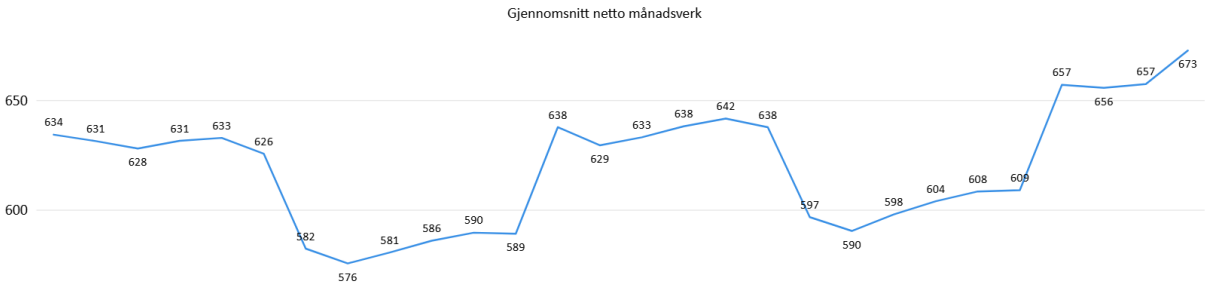
Følsomhet Intern (gul)

7.7 Vedlegg - Data frå analyseportalen

Oversikter over yrkesgruppene **psykolog og psykologspesialist** i dei fire sjukehusføretaka Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF. I tillegg kjem om lag 100 tilsette ved Haraldsplass, Solli DPS, NKS Olaviken og Betanien sjukehus.

Alle data per mars 2026 og er henta frå Oversiktsrapporten - rapport for Personal – Nøkkeltal og mål (del 1).[22]

For nærare beskriving av utviklinga sjå kapittel 5.

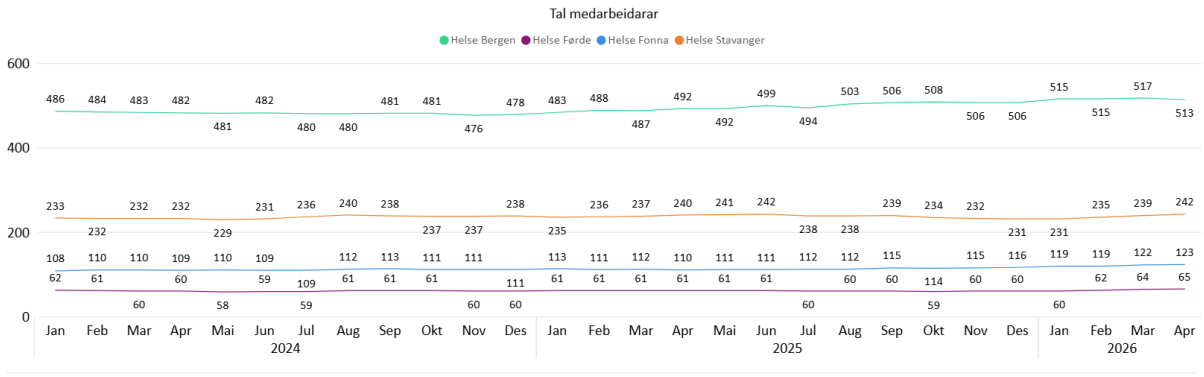


År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2026	657	656	657	673								
2025	638	629	633	638	642	638	597	590	598	604	608	609
2024	634	631	628	631	633	626	582	576	581	586	590	589

Figur 1 Gjennomsnittlig bruttoårsverk psykologer og psykologspesialister i dei fire sjukehusføretaka

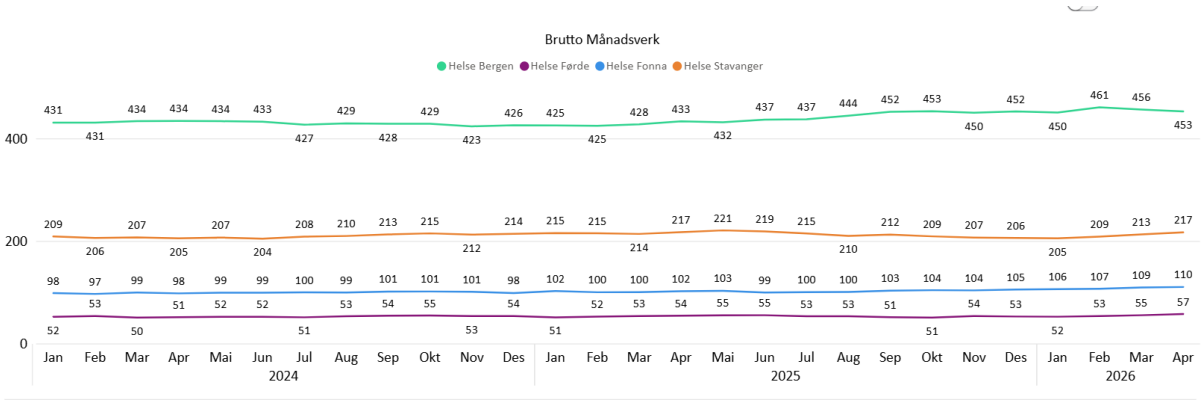
[22] Personal - Nøkkeltal og mål [Del 1] - Power BI Report Server

Følsomhet Intern (gul)



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2026	925	931	942	943								
2025	892	896	897	903	905	913	904	913	920	915	913	913
2024	889	887	885	883	878	881	884	893	893	890	884	887

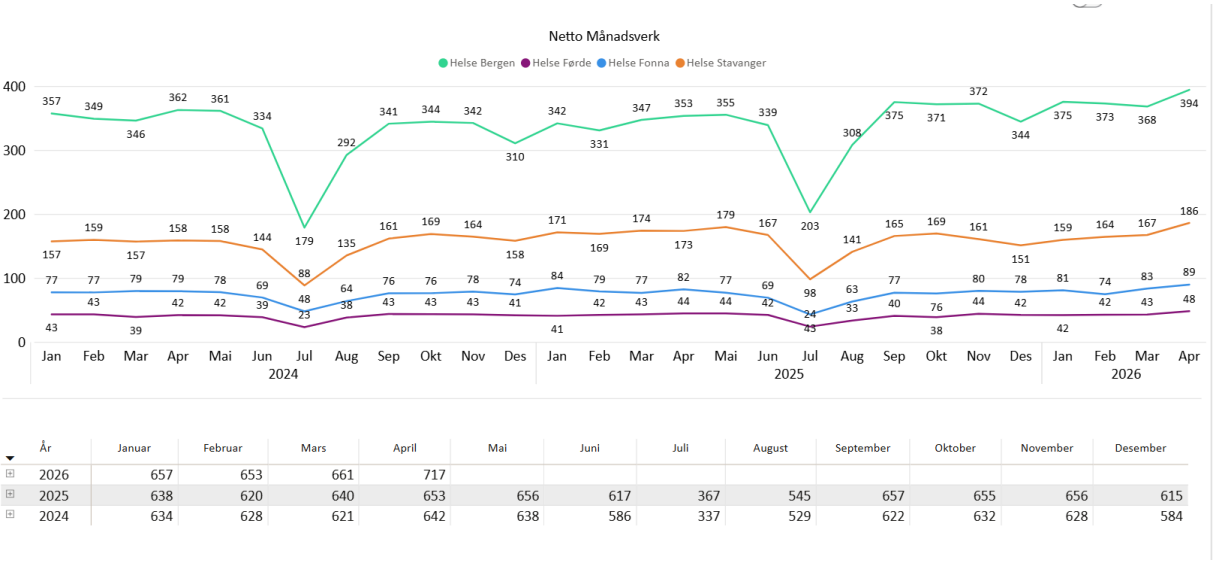
Figur 2 Tal medarbeiderar



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2026	813	829	833	837								
2025	794	792	795	807	810	810	805	808	818	816	814	816
2024	790	787	790	788	791	788	786	792	797	799	790	791

Figur 3 Brutto månedsverk

Følsomhet Intern (gul)



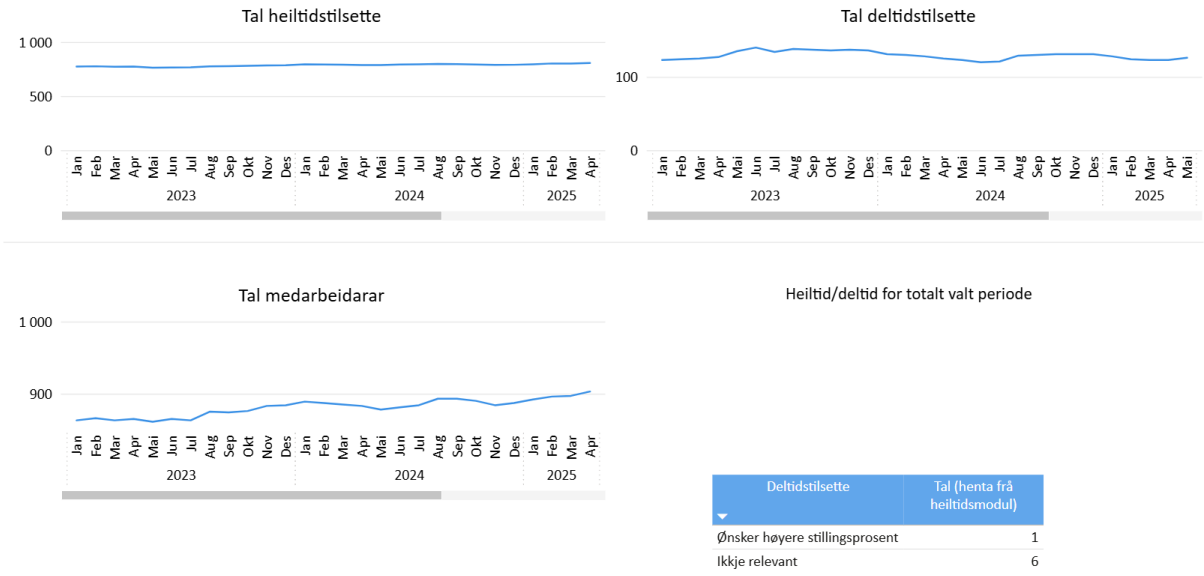
År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2026	657	653	661	717								
2025	638	620	640	653	656	617	367	545	657	655	656	615
2024	634	628	621	642	638	586	337	529	622	632	628	584

Figur 4 Netto månedsverk



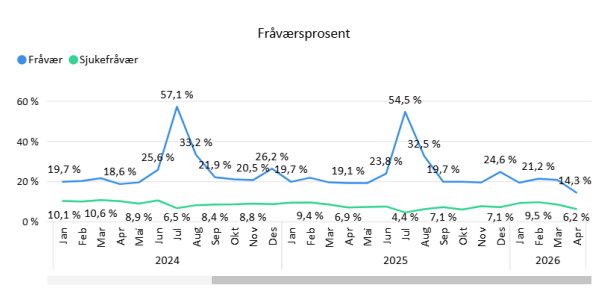
Figur 5 Turnover per april 2026

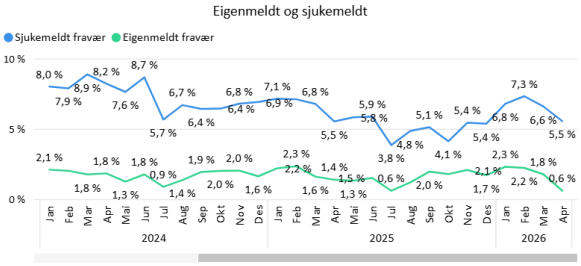
Følsomhet Intern (gul)



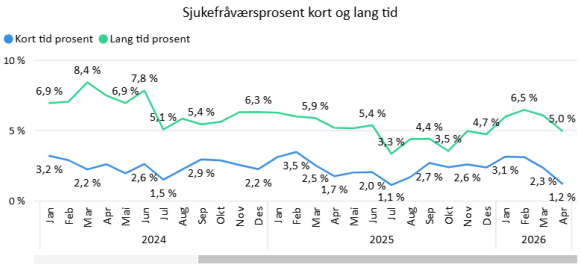
Figur 6 Oversikt hel- og deltidstilsette

Følsomhet Intern (gul)





Månad - år	Samla sjukefråvær	Snitt sjukefråvær	Fråvær	Fråværsdagar	Eigenmelding	Sjukemelding
Apr 2025	6,9 %	8,9 %	19,1 %	3 384	1,4 %	5,5 %
Mai 2025	7,1 %	8,7 %	19,1 %	3 391	1,3 %	5,8 %
Jun 2025	7,4 %	8,6 %	23,8 %	4 034	1,5 %	5,9 %
Jul 2025	4,4 %	8,2 %	54,5 %	10 078	0,6 %	3,8 %
Aug 2025	6,0 %	8,0 %	32,5 %	5 524	1,2 %	4,8 %
Sep 2025	7,1 %	8,0 %	19,7 %	3 544	2,0 %	5,1 %
Okt 2025	5,9 %	8,0 %	19,7 %	3 706	1,8 %	4,1 %
Nov 2025	7,5 %	8,1 %	19,4 %	3 155	2,1 %	5,4 %
Des 2025	7,1 %	8,2 %	24,6 %	4 615	1,7 %	5,4 %
Jan 2026	9,1 %	9,3 %	19,2 %	3 458	2,3 %	6,8 %
Feb 2026	9,5 %	9,3 %	21,2 %	3 524	2,2 %	7,3 %
Mar 2026	8,4 %	9,3 %	20,7 %	3 789	1,8 %	6,6 %
Apr 2026	6,2 %	8,9 %	14,3 %	2 636	0,6 %	5,5 %
Totalt	**8,2 %**		**24,4 %**	**168 884**	**1,8 %**	**6,4 %**

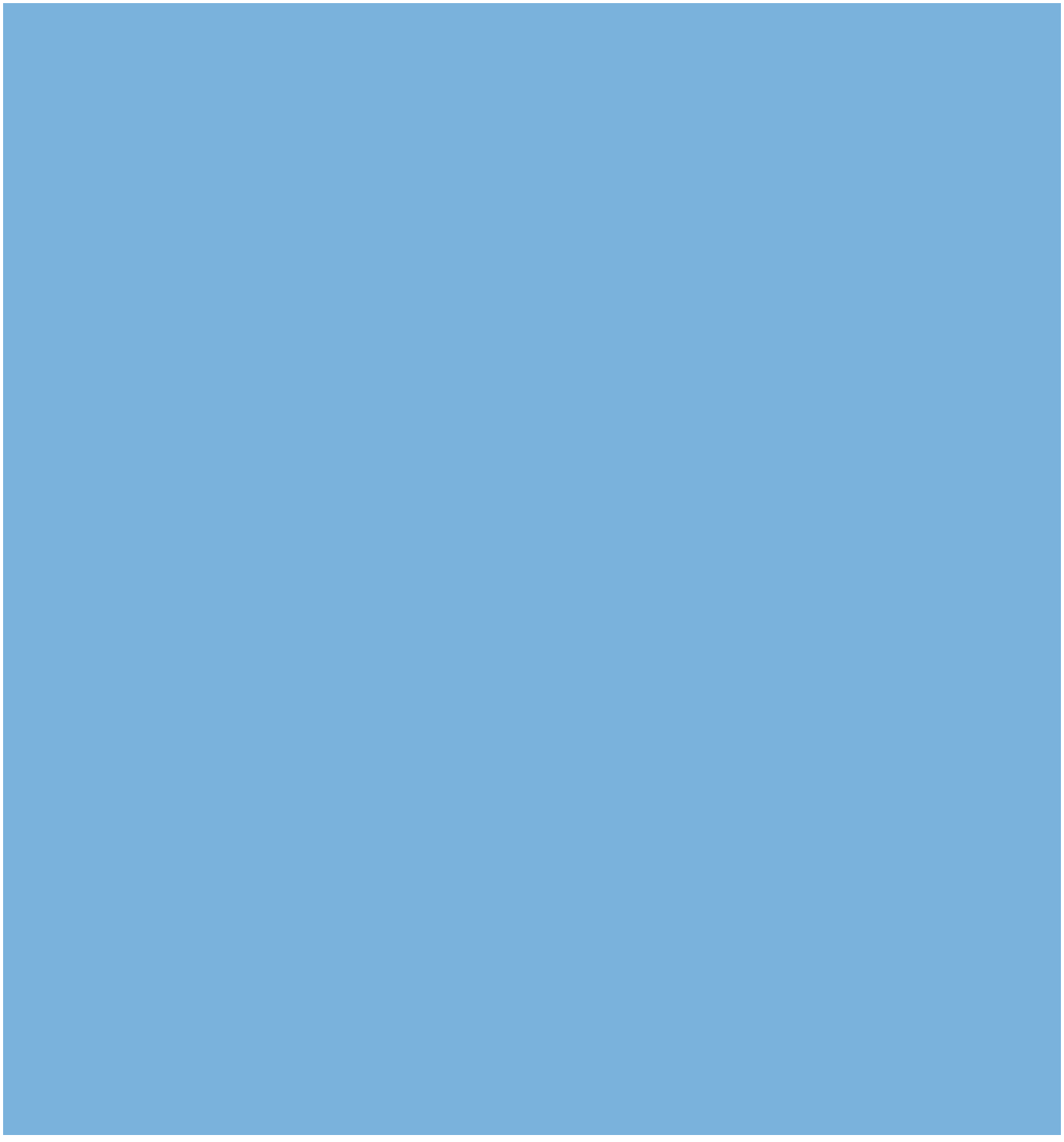


Figur 7 Fråvær

Følsomhet Intern (gul)

Helse Vest RHF
Postboks 303
4068 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no



Følsomhet Intern (gul)