


Rapport 6/2015

Revisjon ved nytt Østfoldsykehus



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
2.12.2015

Rapport nr.	6/2015
Revisjonsperiode	August – oktober 2015
Virksomhet	Sykehuset Østfold HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset Østfold HF v/styreleder Administrerende direktør Sykehuset Østfold HF
Kopi	Administrerende direktør HSØ RHF Revisjonsutvalget HSØ RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i helse Sør-Øst RHF
Revisor	Tove Farstad, Lene Bjøntegaard og Anders L. Nordlund (oppdragsleder)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn for revisjonen og beskrivelse av området.....	4
1.2	Mål og problemstillinger	6
1.3	Omfang og avgrensning.....	6
1.4	Revisjonsgrunnlag og metode	7
2	Oppsummering av revisjonen.....	7
2.1	Effektmålene for nytt Østfoldsykehus.....	7
2.2	OU- prosjekter – overgang fra prosjekt til drift	8
2.3	Utvalgte deler av styring og kontroll i Sykehuset Østfold HF.	9
	Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling	11
	Vedlegg 2 – Problemstillinger og revisjonskriterier	12

Sammendrag

Revisjonen ved nytt østfoldsykehus er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2015-2016 for konsernrevisjonen. Revisjonsplanen er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst. Bakgrunnen for denne revisjonen er at nytt Østfoldsykehus er en av de viktigste aktivitetene i Helse Sør-Øst i perioden og ibruktakelsen av dette er definert som ett av de overordnede risikoområdene i Helse Sør-Øst.

I styresak 90 – 2010 godkjente styret i Sykehuset Østfold HF forprosjektrapport for nytt Østfoldsykehus. Senere samme år godkjente styret i Helse Sør – Øst RHF forprosjektet og la det til grunn for gjennomføringen av prosjektet nytt Østfoldsykehus.

I forprosjektrapporten fremkom et sett med rammebetingelser og forutsetninger, hvorav fem effektmål for nytt Østfoldsykehus som skal realiseres når prosjektet i sin helhet er realisert. Effektmålene er knyttet til prosjektets virkninger for brukerne (pasienter, befolkningen og ansatte). Planperspektivet er 2020.

Konsernrevisjonen har i gjennomføring av revisjonen tatt utgangspunkt i to av effektmålene for nytt sykehus:

I SØ skal:

- *alle pasienter få rask diagnostikk og behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform*
- *sambhandling med kommunehelsetjenesten og andre HF være en naturlig del av pasientforløpene og handlingsmønsteret til alle medarbeidere*

Målet for revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om Sykehuset Østfold HF har etablert styring og kontroll som bidrar til å understøtte at effektmålene for nytt sykehus realiseres.

Som del av dette er det kartlagt og vurdert om prosjekter overføres til drift på en slik måte at det kan følges opp at de gir ønsket effekt. For denne delen av revisjonen er det fokusert på organisasjonsutviklingsprosjektene (OU – prosjektene).

Revisjonen har vist at Sykehuset Østfold i perioden siden 2010 har gjort effektmålene til sine overordnede mål og effektmålene har ligget til grunn for valgte løsninger i nytt sykehus. Effektmålene er omformulert fra sin opprinnelige form og videreført i ny Strategi for Sykehuset Østfold 2016-2020. Roller, ansvar og oppgaver knyttet til å realisere effektmålene er fordelt og kjent. Effektmålene blir fulgt opp som del av den ordinære virksomhetsstyringen.

Organisasjonsutvikling som forberedelse til nytt sykehus har vært organisert i interne OU – prosjekter. Prosjektene har lagt til rette for aktiviteter i linjen som blant annet har omfattet organisering, arbeidsprosesser og verktøy.

På bakgrunn av den gjennomførte revisjonen har konsernrevisjonen valgt å anbefale at det gjennomføres tiltak knyttet til tre områder:

- Tydeliggjøring av hva det innebærer å realisere effektmålene for nytt sykehus og hvordan målrealisering skal evalueres og følges opp fremover.
- Oppfølging av at leveransene fra OU – prosjektene gir ønsket effekt etter overføring til drift.
- Utvalgte deler av styring og kontroll i Sykehuset Østfold HF.

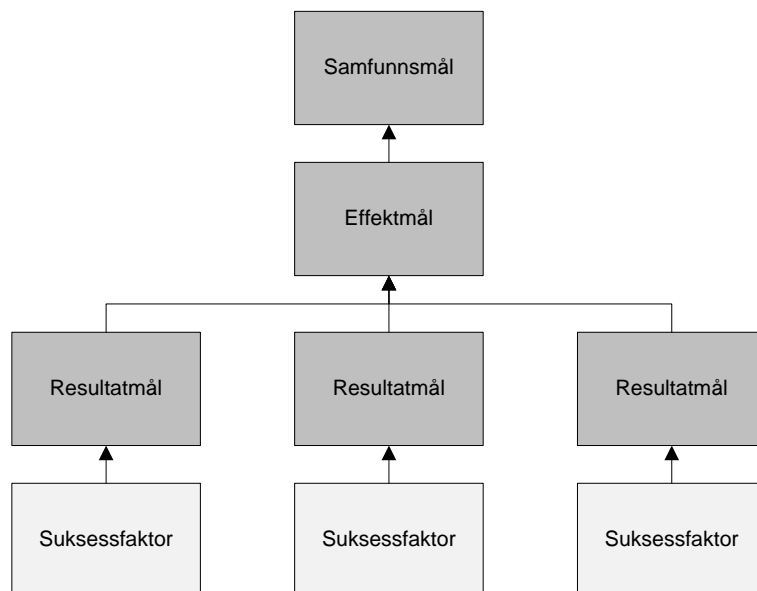
1 Innledning

1.1 Bakgrunn for revisjonen og beskrivelse av området

Revisjonen ved nytt østfoldsykehus er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2015-2016 for konsernrevisjonen. Revisjonsplanen er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst. Bakgrunnen for denne revisjonen er at nytt Østfoldsykehus er en av de viktigste aktivitetene i Helse Sør-Øst i perioden og ibruktakelsen av dette er definert som ett av de overordnede risikoområdene i Helse Sør-Øst.

Styret i Sykehuset Østfold HF behandlet 22. november 2010 forprosjektrapport for nytt Østfoldsykehus (sak 90/2010) og anbefalte styret i Helse Sør-Øst RHF å videreføre forprosjekt til detaljplanlegging og bygging. Dette ble behandlet og godkjent i styret i Helse Sør – Øst RHF i sak 090 – 2010.

I forprosjektet fremkommer det at det er definert mål for nytt sykehus. Målene beskriver hva prosjektet konkret skal oppnå, i form av et målhierarki som beskriver samfunns mål, effektmål og resultatmål.



Figur 1: Målhierarki nytt Østfoldsykehus Kilde: Forprosjektrapport

Resultatmålene er knyttet til løsninger som prosjektet skal frembringe knyttet til kostnad, kvalitet, tid, sikkerhet (SHA) og ferdigstillelse/ibruktakelse.

Effektmålene er knyttet til prosjektets virkninger for brukerne (pasienter, befolkningen og ansatte). Effektmålene er definert som følger:

I SØ skal:

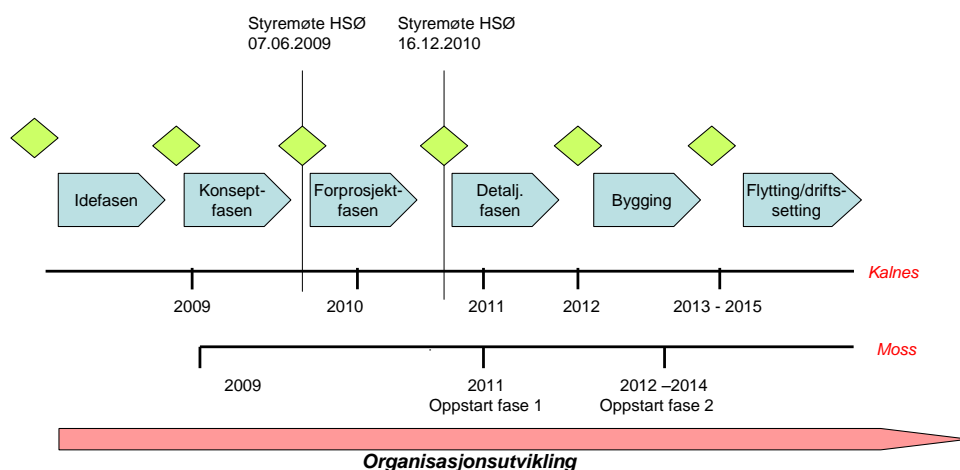
- alle pasienter få rask diagnostikk og behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform
- ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur gi en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet
- SØ gjennom forskning, utdanning og kompetansutvikling være konkurransedyktig innenfor definerte områder nasjonalt og internasjonalt
- samhandling med kommunehelsetjenesten og andre HF være en naturlig del av pasientforløpene og handlingsmønsteret til alle medarbeidere

- det være oppnådd en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende 180 mill kroner

Samfunnsmålene beskriver hvilken samfunnsutvikling prosjektet skal bygge opp under og reflekterer eiers målsetning med utbyggingen.

Det er i forprosjektet for nytt østfoldsykehus definert ti områder som utgjør rammebetingelser/forutsetninger. Disse rammebetingelsene/forutsetninger er knyttet til funksjonsprogram, kapasiteter, samhandling med driftsorganisasjonen, organisasjonsutvikling i Sykehuset Østfold HF, myndigheter, ny plan og bygningslov, reguleringutvidelsesmuligheter, universell utforming og IKT plan.

Figuren under viser hovedelementer i prosessen for nytt Østfoldsykehus. Her visualiseres en løpende organisasjonsutvikling i gjennom hele perioden for å utvikle organisasjonen fram mot 2015.



Figur 2: Hovedelementer i prosessen for nytt Østfoldsykehus. Kilde: SØ 2015 – Organisasjonsutviklingsprosjektet - Styringsdokument.

Sykehuset Østfold HF organiseres som en tostrukturmodell med drift på Kalnes og i Moss. All akuttvirksomhet innen somatikk skal samles i nytt sykehus på Kalnes som er i full drift fra 2. november 2015. Sykehuset Østfold Moss er utviklet til en enhet for utredninger, planlagt behandling og rehabilitering, og er tatt i bruk løpende fra 2009 – 2014.

Sykehuset Østfold HF har i 2015 hovedfokus på en trygg overgang mellom utbygging og drift, og en robust igangsettelse av nytt sykehus på Kalnes. For å ivareta dette er det utviklet et felles planverk som inkluderer alle aktører (SØ HF, PNØ, SA og SP). Internt i helseforetaket er dette organisert gjennom Samlet plan SØ 2015. I tillegg til dette skal ordinær drift ivaretas.

1.2 Mål og problemstillinger

Formålet med revisjonene som gjennomføres av konsernrevisjonen er å bekrefte helseforetakets styring og kontroll, risikostyring og virksomhetsstyring, og bidra til forbedring, jf. helseforetaksloven § 37a.

Målet for revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om Sykehuset Østfold HF har etablert styring og kontroll som bidrar til å understøtte at effektmålene for nytt sykehus realiseres.

Konsernrevisjonen har ikke gjort noen vurdering av hvorvidt Sykehuset Østfold HF faktisk kommer til å realisere effektmålene for nytt sykehus, kun styring og kontroll som skal understøtte dette.

Dette er belyst gjennom fem problemstillinger med tilhørende revisjonskriterier basert på gjeldende krav til intern styring og kontroll. Se detaljer i vedlegg 2.

Resultatet av revisjonen oppsummeres i kapittel 2 i sortert under områdene ”Effektmålene for nytt Østfoldsykehus”, ”OU – Prosjekter – overgang fra prosjekt til drift” og ”Utvalgte deler av styring og kontroll i Sykehuset Østfold HF”.

1.3 Omfang og avgrensning

På bakgrunn av egne vurderinger og dialog med Sykehuset Østfold HF har konsernrevisjonen tatt utgangspunkt i to av effektmålene i gjennomføringen av revisjonen:

I SØ skal:

- *alle pasienter få rask diagnostikk og behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform*
- *samhandling med kommunehelsetjenesten og andre HF være en naturlig del av pasientforløpene og handlingsmønsteret til alle medarbeidere*

Hovedfokus i revisjon har vært å undersøke styring og kontroll knyttet til effektmålene på alle nivå i helseforetaket, også relevante stabs-/støttefunksjoner på foretaksnivå. På nivå 3 (4) har konsernrevisjonen i samråd med helseforetaket valgt nevrologisk avdeling, seksjon for poliklinikk og KNF-lab¹, samt psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, seksjon for alderspsykiatri. Bakgrunn for valg av avdelinger/seksjoner var blant annet at aktiviteten var relevant for å belyse effektmålene (pasientbehandling, samhandling kommunehelsetjenesten) samt at enhetene var helt eller delvis flyttet inn i nytt sykehusbygg på tidspunktet for gjennomføring av revisjonen. Kapittel 2.1 og 2.3 oppsummerer denne delen av revisjonen.

En stor del av forberedelsene til nytt sykehus har vært organisert som prosjekter som skal utrede alternative løsninger, komme med forslag/ innstilling og fastsette planer for aktiviteter som skal gjennomføres i linjen (“gjennomføringsfasen”). Enkelte prosjekter pågår også etter innflytting. I revisjonen er det derfor også kartlagt og vurdert om prosjekter overføres til drift på en slik måte at det kan følges opp at de gir ønsket effekt. For å belyse dette ble det valgt å fokusere på OU – prosjektene som skal ivareta forberedelser til ny sykehusorganisasjon, nye løsninger og nytt utstyr. Dette fordi OU – prosjektene fremstår som sentrale for realiseringen av effektmålene for nytt sykehus, samt at prosjektene i sin helhet har vært styrt internt i helseforetaket.

¹ Klinisk nevrofysiologisk laboratorium

Det ble valgt ut to OU – prosjekter; “Sengeområde somatikk og psykisk helsevern” og “Poliklinikk, dagbehandling somatikk og psykisk helsevern”, fordi prosjektene er relevante for flere av avdelingene i helseforetaket, inkludert de enhetene som var valgt for første del av revisjonen. I tillegg har utvalgte dokumenter fra enkelte andre OU – prosjekter blitt gjennomgått. Revisjonen har ikke omfattet selve gjennomføringen av OU – prosjektene, kun overgangen fra prosjekt til drift. Kapittel 2.2 oppsummerer den delen av revisjonen som er knyttet direkte til OU – prosjektene.

Konsernrevisjonen er kjent med at det pågår arbeid på flere av områdene hvor vi gir anbefalinger. Vurderinger er basert på tilstand på revisjonstidspunktet, det vil si at mulige forbedringer knyttet til pågående arbeid ikke har vært vurdert.

1.4 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget som er lagt til grunn for utviklingen av revisjonene er hentet fra

- Gjeldende lover og forskrifter knyttet til intern styring og kontroll i spesialisthelsetjenesten
- Styrende dokumenter for helseforetaket

Revisjonen er utført ved bruk av intervju og dokumentundersøkelser.

2 Oppsummering av revisjonen

2.1 Effektmålene for nytt Østfoldsykehus

Effektmålene er knyttet til den virkning nytt Østfoldsykehus skal ha for pasienter, befolkningen og ansatte.

Det fremgår i sak 090-2010 til styret i Helse Sør-Øst RHF at det forventes at effektmålene for nytt sykehus skal være styrende for det videre arbeidet med å skape en fremtidsrettet sykehusorganisasjon.

Sykehuset Østfold HF har i perioden siden 2010 gjort effektmålene til sine overordnede mål og effektmålene har ligget til grunn for valgte løsninger i nytt sykehus. I tiden fra 2010 til dags dato har helseforetaket igangsatt og gjennomført en rekke tiltak og aktiviteter for å sikre at driftskonseptet i det nye sykehuset vil bidra til å realisere effektmålene. Mye er ferdig utviklet og tatt i bruk, mens noe utviklingsarbeid fortsatt pågår.

Det fremgår av styresaker i SØ at planperspektivet for å realisere effektmålene er 2020, og at det er gjennom strukturert oppfølging og plan for optimalisering og videreutvikling av driftskonseptet i det nye sykehuset at effektmålene skal nås.

Revisjonen har vist at Sykehuset Østfold HF har avstemt effektmålene for nytt sykehus med øvrige overordnede mål i helseforetaket. Effektmålene er omformulert fra sin opprinnelige form og videreført i ny Strategi for Sykehuset Østfold 2016-2020. Roller, ansvar og oppgaver knyttet til å realisere effektmålene er fordelt og kjent. Effektmålene² er gjort gjeldende for avdelingssjefene i helseforetaket gjennom lederavtalene (med unntak av målet ” *Pasientene skal oppleve at SØ har god samhandling med alle deler av helsetjenesten*” som er utelatt).

² Slik de fremstår i Strategi for Sykehuset Østfold 2016-2020.

Videre har revisjonen vist at det er etablert informasjonskanaler og – arenaer hvor det gis relevant informasjon knyttet til forhold som er sentrale for å realisere effektmålene både internt i Sykehuset Østfold HF og til eksterne aktører. For eksempel er det etablert områdeansvarlig for samhandling som koordinerer all informasjon mot kommunehelsetjeneste, fastleger, avtalespesialister og andre sykehus, samt at epost, infotavler, intranett, nyhetsbrev med mer benyttes for å gi informasjon internt. Helseforetaket mottar også informasjon fra eksterne aktører som er relevant for realisering av effektmål for nytt sykehus for eksempel via egen kontaktperson som er etablert både i kommunene og i sykehuset.

Revisjonen har videre vist at når det gjelder å følge med på grad av realisering av effektmål, legger helseforetaket opp til at det er eksisterende måleparametre knyttet til driften i helseforetaket som skal benyttes. Det er imidlertid ikke definert hvilke måleparametre som skal gi informasjon om realisering av det enkelte effektmål, eller hva status skal være for å kunne si at det enkelte effektmål er realisert.

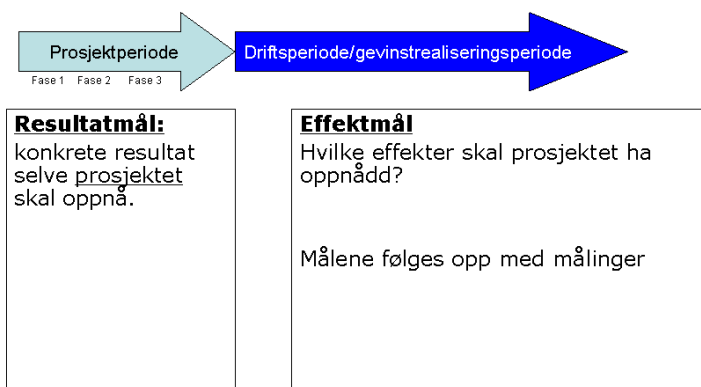
Konsernrevisjonen anbefaler at det tydeliggjøres hvilke måleparametere som skal gi informasjon om grad av realisering av det enkelte effektmålet, og hva status skal være for å kunne si at effektmålene er realisert. Å følge dette frem mot 2020 kan være et viktig grunnlag for å vurdere om det er behov for å iverksette tiltak for å bidra til optimalisering og videreutvikling av driftskonseptet, og derigjennom understøtte realiseringen av effektmålene for nytt sykehus.

2.2 OU- prosjekter – overgang fra prosjekt til drift

Det fremgår i sak 090-2010 til styret i Helse Sør-Øst RHF at det forventes at Sykehuset Østfold HF etablerer et organisasjonsutviklingsprosjekt med et helhetlig ansvar for å utvikle den nye sykehusorganisasjonen.

Organisasjonsutvikling har i Sykehuset Østfold HF vært organisert i interne prosjekter samlet i OU – programmet. Prosjektene har lagt til rette for aktiviteter i linjen som blant annet har omfattet organisering, arbeidsprosesser og verktøy. Dette er prosjektenes leveranser, konkretisert i resultatmål for det enkelte prosjekt. Det har videre vært definert effektmål for det enkelte OU-prosjekt, som beskriver hva leveransene fra prosjektet skal føre til på sikt (hvilke gevinster prosjektene skal gi).

Forskjell mellom resultatmål og effektmål



Figur 3: Forskjell mellom resultatmål og effektmål. Kilde: Veileder for hvordan utarbeide og følge opp gevinstrealiseringsplan for prosjekter i Sykehuset Østfold HF.

Realisering av OU-prosjektene effektmål er et viktig bidrag til at effektmålene for nytt sykehus realiseres. Alt ansvar for å realisere effektmål er lagt til linjen i Sykehuset Østfold HF, og det er linjen som har også har eid alle OU – prosjektene. Det har derfor vært fokus i revisjonen på hvordan

helseforetaket tilrettelegger for oppfølging av at leveransene fra OU – prosjektene gir den ønskede effekten etter overføring til drift, og dermed gir det planlagte bidraget til realisering av effektmålene for nytt sykehus.

Revisjonen har vist at det er etablert fast rutine for overføring av OU-prosjektene til drift. Sluttrapport fra det enkelte OU-prosjekt behandles i ledermøte. Sluttrapporten fra det enkelte OU-prosjekt oppsummerer prosjektets leveranser, og skal også inneholde en gevinstrealiseringsplan. Det foreligger en “Veileder for hvordan utarbeide og følge opp gevinstrealiseringsplan for prosjekter i Sykehuset Østfold” som beskriver metodikk for å utarbeide og følge opp gevinstrealiseringsplaner for OU-prosjekter i helseforetaket. I veilederen beskrives at det for å lykkes med gevinstrealisering er viktig å velge ut noen sentrale områder som skal måles og følges opp og at overleveringen til linjen (fra prosjekt til drift) må sikres. Det har vært opp til det enkelte prosjekt om veilederen skal benyttes.

Det er etablert en egen utviklingsenhet bestående av medarbeidere fra OU-prosjektet som innehar kontinuitet, historien og kunnskap om konseptet for nytt sykehus. Hovedoppgaven vil være å bidra til gevinstrealisering og at konseptet gjennomføres og utvikles videre.

Revisjonen har vist at det i gjennomgåtte sluttrapporter fra OU – prosjektene i ulik grad er beskrevet hvordan effekten av prosjektenes resultatmål skal måles og følges opp for å sikre gevinstrealiseringen etter at prosjektene er overført til drift. Det foreligger på revisjonstidspunktet heller ikke en samlet oversikt på overordnet nivå over leveransene fra de ulike OU-prosjektene som er overført til linjen, eller hvilke leveranser som er viktige for realiseringen av de enkelte effektmålene for nytt sykehus.

Konsernrevisjonen anbefaler at det etableres en samlet oversikt over hvilke leveranser fra OU – prosjektene det vurderes å være vesentlig å følge opp fra overordnet nivå i tiden fremover, og hvilke effektmål for nytt sykehus disse leveransene skal bidra til å realisere. Det anbefales videre at det defineres hvordan måleparametere skal benyttes for å følge opp at gevinstene av prosjektleveransene realiseres som planlagt.

2.3 Utvalgte deler av styring og kontroll i Sykehuset Østfold HF.

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2014 revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ved Sykehuset Østfold HF. Fokus i denne gjennomgangen var virksomhetsstyringen overordnet i Sykehuset Østfold HF og styringslinjen ble fulgt ut i fire avdelinger. Det ble gitt anbefalinger til forbedringer innen enkelte områder som for eksempel identifisering og operasjonalisering av mål, risikovurdering og oppfølging av rapportering. Videre var det behov for å definere roller og ansvar tydeligere og forbedre oppfølging av seksjons- og tjenestenivå for å sikre gjennomføring av korrigerende tiltak. Det er utarbeidet handlingsplaner og status for forbedringsarbeidet knyttet til disse er presentert for styret i september og desember 2014 og i september 2015.

Sykehuset Østfold HF har gjort effektmålene for nytt sykehus til de overordnede målene for helseforetaket, omformulert og videreført dem i Strategi Sykehuset Østfold 2016-2020, og valgt å kommunisere og følge opp målene gjennom etablert system for virksomhetsstyring og intern styring og kontroll som sine overordnede mål. Dermed er flere av områdene som ble gjennomgått i forrige revisjon også vurdert i denne revisjonen. Funn og anbefalinger i denne revisjonen må sees i sammenheng med funn og anbefalinger etter forrige revisjon i 2014.

Revisjonen har vist at det foreligger handlingsplaner/gjennomføringsplaner som beskriver aktiviteter som skal gjennomføres frem mot flytting og ibruktakelse av nytt sykehus gjennom Samlet plan SØ

2015. Avdelingssjefene mottar månedlig fra sentral stab informasjon om hvordan de ligger an på de avdelingsvise måleparameterene. Denne informasjonen danner grunnlag for oppfølging av at måloppnåelse på avdelings- og seksjonsnivå og vurdering/ evaluering av måloppnåelse mellom nivåene i helseforetaket foregår systematisk og omfatter alle styringsnivåene. Ved manglende måloppnåelse for avdelingsvise mål utarbeides det tiltaksplan som følges opp av overordnet nivå.

Månedlige rapportering gir grunnlag for å vurdere risiko knyttet til drift og ibruktakelse av nytt sykehus. De tre viktigste risikoer på avdelingsnivå meldes månedlig til overordnet nivå. Dette aggregeres og sammenstilles med overordnet risiko fra Samlet plan og danner grunnlag for en overordnet risikorapport for helseforetaket. Det fastsettes tiltak både på enhets- og overordnet nivå.

Styrende dokumenter for viktige bestanddeler i Sykehuset Østfold HF sitt system for intern styring og kontroll er oppdatert og tilpasset driften i nytt sykehus. Det er målesystemer i Sykehuset Østfold HF (for eksempel avvikssystem) som kan gi informasjon om hvorvidt systemet for intern styring og kontroll er hensiktsmessig og tilstrekkelig. Det er videre gjennomført endringer i prosesser for intern styring og kontroll som følge av manglende måloppnåelse eller fordi det er identifisert utfordringer frem i tid. For eksempel er stabsorganiseringen blitt endret for å møte behovene i helseforetaket i ulike faser.

Revisjonen har videre vist at helseforetaket i forbindelse med forberedelse til innflytting og ibruktakelse av nytt sykehus har valgt ikke å gjennomføre Ledelsens gjennomgåelse (LGG) i 2015. I 2016 skal LGG gjenopptas og erstatte den overordnede risikorapporten for helseforetaket. Opplegget for LGG fra 2016, som beskrevet i ny prosedyre, er noe endret i forhold til hvordan det tidligere er gjennomført i helseforetaket. Informasjonsgrunnlag fra avdelingsnivå til LGG skal i 2016 være driftsrapportene som avdelingene månedlig sender til administrerende direktør. Tidligere ble det utarbeidet en rapport fra avdelingsnivå basert på dialog mellom avdelingssjef og seksjonsledere.

Basert på ny prosedyre for LGG og de driftsrapporter fra avdelingsnivå som er gjennomgått i revisjonen ser det ut som om informasjon av kvalitativ art (som for eksempel avvik, interne revisjoner, pasienttilfredshet) ikke skal inngå i informasjonsgrunnlaget til LGG. Det kan da synes som om informasjonsgrunnlaget for LGG kan være noe mangelfullt for å dekke hensikten med gjennomføringen; bidra til oppfyllelse av lovkrav og fastsatte mål, samt vurdering og styring av risiko i virksomheten.

Konsernrevisjonen anbefaler derfor at Sykehuset Østfold HF vurderer om informasjonsgrunnlaget som planlegges å inngå i LGG er dekkende for å sikre at hensikten med LGG ivaretas.

Det fremkom i revisjonen i 2014 at avdelingene hadde handlingsplaner som viste mål og tiltak etter en felles mal som tok utgangspunkt i lederavtale for avdelingssjef. Revisjonen som nå er gjennomført viser at det i 2015 foreligger handlingsplaner/gjennomføringsplaner på avdelingsnivå som beskriver aktiviteter som skal gjennomføres frem mot flytting og ibruktakelse av nytt sykehus. Disse planene favner imidlertid ikke helheten av de viktigste aktiviteter som planlegges gjennomført på avdelingsnivå for å bidra til at målene i lederavtalen kan realiseres.

Konsernrevisjonen anbefaler at det vurderes om det fra 2016 vil være hensiktsmessig å reinnføre planer på avdelingsnivå der det fremgår de viktigste aktiviteter avdelingene planlegger å gjennomføre for å nå målene sine.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Undersøkte dokumenter
Styrende dokumenter Sykehuset Østfold HF
Styrende dokumenter OU – programmet
Prosjektdokumentasjon fra OU – prosjekter
Referater fra diverse møter Sykehuset Østfold HF og OU - programmet
Relevante styresaker
Lederavtaler
Funksjonsbeskrivelser
Rapportering fra reviderte enheter
Handlingsplaner eller lignende fra reviderte enheter
Dokumentasjon knyttet til lederopplæring

Gjennomførte intervjuer

Dato	Navn og rolle
Torsdag 10. september	Adm. dir. Just Ebbesen
Torsdag 10. september	Utviklingsdir. Helge Stene-Johansen
Torsdag 10. september	Økonomidir. Marianne Wik
Fredag 11. september	Viseadm. dir Tore Krogstad
Fredag 11. september	Viseadm. dir Irene Dahl Andersen
Fredag 11. september	Fagdir. Stein Fredrik Bruland
Onsdag 16. september	Avdelingssjef Knut Erik Hymer
Onsdag 16. september	Seksjonsleder Tone Nordmark
Torsdag 17. september	Avdelingssjef Volker Moræus Solyga
Torsdag 17. september	Seksjonsleder Hege Christin Lunderød
Torsdag 17. september	Stabsdir. Wenche Lyngholm
Torsdag 17. september	Kvalitetssjef Marit Flåskjer

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
30.09.15	Verifiseringsmøte detaljgrunnlag gjennomført
18.11.15	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør
1.12.15	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
2.12.15	Oversendelse endelig rapport
Tenativt 21.12.15	Fremleggelse av endelig rapport for styret

Vedlegg 2 – Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling	Revisjonskriterier
<p>Er det etablert et styrings- og kontrollmiljø som danner grunnlag for realisering av effektmålene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foretaket tilrettelegger for realisering av effektmålene i overgangen fra prosjekt til drift. • Effektmålene er avstemt med øvrige overordnede mål i helseforetaket • Roller, oppgaver og ansvar knyttet til effektmålene er fordelt og kjent • Internkontrollsystemet er oppdatert og tilpasset driften i nytt sykehus • Foretaket sikrer at ledere som har ansvar for internkontrollen har tilstrekkelig kompetanse
<p>Er det etablert målsettinger/aktiviteter knyttet til effektmålene og gjennomføres det risikovurderinger?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det er gjennomgående etablert målsettinger/aktiviteter som ledd i å sikre realisering av effektmål. • Det gjennomføres gjennomgående risikovurderinger knyttet til målsettinger/aktiviteter som danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak. • Mulige endringer som kan skape behov for å forbedre prosesser for intern styring og kontroll identifiseres og vurderes
<p>Har foretaket identifisert, planlagt og gjennomført konkrete tiltak for å håndtere risiko knyttet til realisering av effektmålene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det er identifisert, planlagt og gjennomført tiltak for å ha styring og kontroll med risiko som truer realisering av effektmål.
<p>Er det etablert et system for informasjon og kommunikasjon som bidrar til å sikre realisering av effektmålene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foretaket genererer eller innhenter og bruker styringsinformasjon for å overvåke realisering av effektmålene. • Det er etablert kommunikasjonskanaler som sikrer at arbeidet med å nå effektmålene er kjent og at alle vet hvilke arenaer man får og deler informasjon på. • Det sikres nødvendig kommunikasjon med eksterne aktører.
<p>Benyttes informasjon til å evaluere måloppnåelse knyttet til effektmålene og å følge opp tiltak?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det gjøres en regelmessig evaluering av måloppnåelse knyttet til effektmål. • Tiltak iverksettes/ korrigeres ved manglende måloppnåelse