

Rapport 02/2015

Revisjon av Sørlandet sykehus HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
17.02 2015

Rapport nr.	2/2015
Revisjonsperiode	Oktober 2014 - januar 2015
Virksomhet	Sørlandet sykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Sørlandet sykehus HF v/styreleder Administrerende direktør Sørlandet sykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Mari Repstad, Lene Bjøntegaard, Liv Lüdemann, Torun Melhus Vedal, Sturla Rising og Tove Farstad (oppdragsleder) og Tove Kolbeinsen (oppdragseier).

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED REVISJONEN	3
1.2 OMFANG OG AVGRENSING	3
1.3 PROSESS OG METODE.....	4
1.4 VEILEDNING TIL LESEREN	4
1.5 BEHANDLING AV RAPPORTEN.....	5
2. REVISJONSFUNN PER OMRÅDE	6
2.1 VIRKSOMHETSSTYRING	6
2.1.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i>	6
2.1.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område virksomhetsstyring</i>	7
2.1.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	7
2.2 UTSKRIVNING AV PASIENTER TIL KOMMUNEHELSETJENESTEN.....	9
2.2.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i>	9
2.2.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten</i>	9
2.2.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	10
2.3 RESSURSSTYRING	12
2.3.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i>	12
2.3.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område ressursstyring</i>	12
2.3.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i>	13
3. OPPSUMMERING AV INTERN STYRING OG KONTROLL	15
3.1 SAMMENSTILLING AV REVIDERTE OMRÅDER.....	15
3.2 OVERORDNET VURDERING.....	17
VEDLEGG 1 - INFORMASJONSGRUNNLAG, GJENNOMFØRTE SAMTALER, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	18
VEDLEGG 2 – KRITERIER BENYTTET I REVISJONEN	20

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

Konsernrevisjonen har i henhold til revisjonsplan 2014-2015, fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF, revidert intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Sørlandet sykehus HF (SSHF).

Formålet med revisjonen er å kartlegge, vurdere og bidra til forbedringer av prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll innenfor utvalgte områder.

1.2 Omfang og avgrensning

I SSHF ble områder for revisjon valgt ut etter en innledende kartlegging og i dialog med helseforetakets ledelse. Enhetene som er revidert ble valgt for å sikre bredde i revisjonen, og med bakgrunn i vurdering av innhentet dokumentasjon.

Revisjonen i SSHF har omfattet følgende områder;

- Virksomhetsstyring
- Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
- Ressursstyring

Virksomhetsstyring

Mål- og resultatstyring er styringsprinsippet i helseforetakene. Revisjonen tar for seg prosessene knyttet til virksomhetsstyringen i SSHF. Med *virksomhetsstyring* menes prosessene og aktivitetene som gjennomføres for å sikre målene som er fastsatt for helseforetakene. Dette skjer gjennom:

- effektiv og målrettet planlegging, gjennomføring og oppfølging
- et internt styringssystem som er dekkende for planleggings-, gjennomførings- og oppfølgingsbehovet i virksomheten
- styringssystemet er formalisert, dokumentert, og understøttes av virksomhetens styrings- og kontrollprosesser.

Dette innebærer også hvordan helseforetaket på overordnet nivå har lagt til rette for operasjonalisering av rammeverket for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst. Risikostyring er tatt med som del av virksomhetsstyringen. I revisjonen er det virksomhetsstyringen knyttet til ordinær drift som har vært vektlagt.

Revisjonen har omfattet virksomhetsstyringen på overordnet nivå i SSHF, samt i i to klinikker, Kirurgisk klinikk (KIK) og Klinikk for psykisk helse (KPH). I Kirurgisk klinikk er styringslinjen fulgt fra klinikknivå til anestesivdelingene i Arendal (SSA) og Kristiansand (SSK), og videre til intensivene ved de to avdelingene. I Klinikk for psykisk helse er styringslinjen fulgt fra klinikknivå til DPS Strømme og poliklinikk Strømme, og til Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) og Sikkerhets-/ rettspsykiatrisk enhet (post 4.2).

Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

I utskrivningsprosessen inngår aktivitetene som innebærer samhandling med kommunen for å sikre at pasienten får den nødvendige hjelpen etter avsluttet sykehusopphold. Utskrivningsprosessen starter når pasientens behov etter utskrivelse vurderes ved innleggelse og varer frem til pasienten skrives ut fra sykehuset.

Revisjonen er gjennomført ved SSHF i kirurgisk klinikk (SSK), sengepost 3c.

Ressursstyring

I ressursstyringen inngår de aktivitetene som gjennomføres i SSHF for å sikre at helseforetaket til enhver tid har tilstrekkelig med ressurser. Fokuset for revisjonen har vært styring av bemanningsressurser. Dette er gjort ved å kartlegge og vurdere på hvilken måte bemanningsplanlegging gjennomføres på enhetsnivå (prosessnivå). Revisjonen har ikke omfattet finansiell ressursstyring eller ressursstyring i forhold til utstyr, teknologi eller arealer.

Revisjonen har inkludert sentrale stabsområder og kirurgisk klinikk, anesthesiavdelingen, intensiv- og oppvåkningsenheten i Arendal (SSA) og anesthesiavdelingen, intensiv/PO i Kristiansand (SSK).

1.3 Prosess og metode

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

- Lov og forskriftskrav.
- Styrende dokumenter.
- Helseforetakets egne prosedyrer.
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst.

Revisjonen er utført ved bruk av ulike metoder. Dette inkluderer gjennomgang av relevante dokumenter på de ulike områdene, intervjuer i stab og linje, journalgjennomgang og datauttrekk fra systemene.

I tilknytning til revisjonen er det gjennomført møte med leder og nestleder i Brukerutvalget ved SSHF.

1.4 Veiledning til leseren

Denne rapporten er et sammendrag av resultatet av revisjonen i SSHF for de områdene som revisjonen har omfattet. Funnene gjelder for de undersøkte enhetene og kan ikke generaliseres til å gjelde for andre enheter ved SSHF. Detaljgrunnlagene som rapporten bygger på, er overlevert de reviderte enhetene og samlet til administrerende direktør ved SSHF. Detaljgrunnlagene er verifisert hos de reviderte enhetene.

Kapittel 2 gir en oversikt over de reviderte områdene. For hvert område beskrives problemstillinger som er undersøkt med konsernrevisjonens oppsummerte vurdering. Videre beskrives de revisjonskriteriene som det er avdekket svakheter (gjort funn) på samt de anbefalinger som konsernrevisjonen har gitt knyttet til disse.

Kapittel 3 gir en oppsummering av resultatet av revisjonen på undersøkte kriterier på intern styring og kontroll (se figur 13) for de ulike områdene som inngår i denne revisjonen.

Vedlegg 1 gir en oversikt over hvilket informasjonsgrunnlag som er benyttet i revisjonen, gjennomførte samtaler, saksgangen og rapportbehandling.

Vedlegg 2 gir en oversikt over alle kriterier som er benyttet i revisjonen.

1.5 Behandling av rapporten

Utkast rapport fra konsernrevisjonen ble sendt administrerende direktør i SSHF for endelig verifisering. Arbeidet med å planlegge og å iverksette forbedringstiltak som dekker anbefalingene, forventes startet opp underveis i revisjonen. Disse danner igjen grunnlag for en helhetlig handlingsplan. Den endelige rapporten og administrerende direktørs handlingsplan, legges samlet frem for styret i SSHF.

Konsernrevisjonens vurdering er at resultat av revisjonen bør sees i forhold til helseforetaket som helhet og legges til grunn for videre forbedringsarbeid.

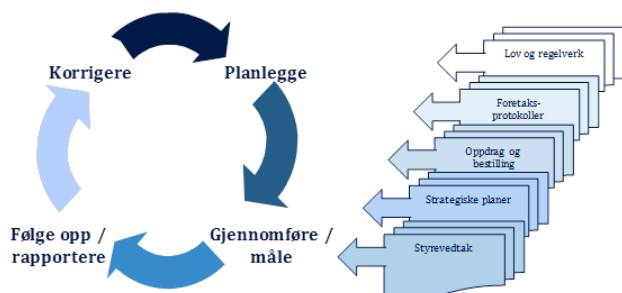
2. Revisjonsfunn per område

Resultatet av revisjonen på områdene virksomhetsstyring, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og ressursstyring fremkommer i kapittel 2.1 – 2.3. Under hvert enkelt område gis en beskrivelse av området og problemstillinger som er undersøkt. Deretter beskrives konsernrevisjonens overordnede vurdering. Denne er basert på de revisjonskriteriene som det er avdekket svakheter (gjort funn) på og som blir presentert for hvert av områdene.

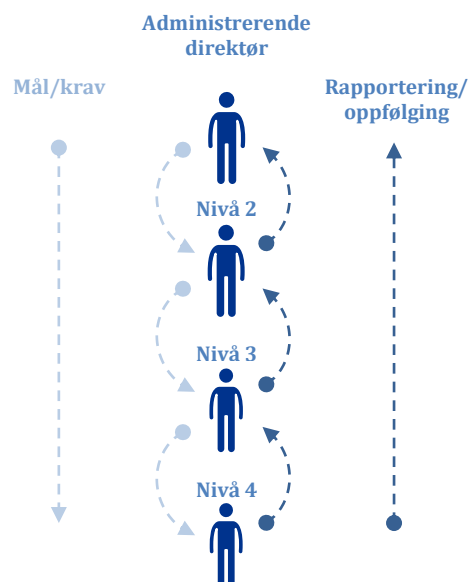
2.1 Virksomhetsstyring

2.1.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

Aktivitetene knyttet til virksomhetsstyring kan settes inn i et ”styringshjul”, som illustrerer hvordan aktivitetene henger sammen (se figur 1). Virksomhetsstyring skjer i og mellom de ulike nivåene i helseforetakene (se figur 2).



Figur 1: Styringshjul for virksomhetsstyring



Figur 2: Forholdet mellom mål/krav og rapportering/oppfølging

Styringshjulet gir en fremstilling av hvilke aktiviteter styringen består av, og viser disse som steg i en syklus. Overordnet kan disse deles inn i fire steg i styringen:

1. Planlegging
2. Gjennomføring og måling
3. Rapportering og oppfølging
4. Korreksjon av avvik knyttet til måloppnåelse

For å belyse helseforetakets virksomhetsstyring har revisjonen tatt utgangspunkt i fire problemstillinger.

1. I hvilken grad har helseforetaket operasjonalisert rammeverket for/kravene til god virksomhetsstyring?

Problemstilling 2-4 tar utgangspunkt i styringshjulet som vist over i figur 1:

2. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for planlegging som sikrer at alle mål og krav blir ansvarssatt og tidfestet?
3. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for oppfølging av daglig drift, rapportering og planer?
4. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering?

2.1.2 Konsernrevisjonens vurdering av område virksomhetsstyring

Revisjonen har vist at helseforetaket har operasjonalisert en del elementer fra rammeverket for virksomhetsstyring, men føringene er ikke dekkende for å sikre en helhetlig virksomhetsstyring.

Det er blant annet ikke utarbeidet et helhetlig system av styrende dokumenter som beskriver rolle, ansvar og oppgaver i forbindelse med planlegging og oppfølging av mål og krav i oppdrag og bestilling. Det er også uavklarte roller for staben knyttet til virksomhetsstyring. I tillegg kan uklare krav knyttet til lederes kompetanse om dette tema, være blant årsakene til at virksomhetsstyringen er fragmentert og mangelfull i forhold til planlegging og oppfølging i helseforetaket.

Vurderingene er basert på avdekkede svakheter på kriterier som er beskrevet i kapittel 2.1.3.

2.1.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

I hvilken grad har helseforetaket operasjonalisert rammeverket for/kravene til god virksomhetsstyring?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Helseforetaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet
- Roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen for linje og stab er definert og kommunisert, og det er definert hvordan staber og støttefunksjoner skal tilrettelegge for god virksomhetsstyring.
- Fullmakter som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet er tildelt, i tråd med retningslinjer fra det regionale helseforetaket
- Oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen er definert på en systematisk måte i helseforetaket, det vil si;
 - beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen
 - oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i helseforetaket
- Det er definert hvilken kompetanse innen virksomhetsstyring ledere på ulike nivåer skal ha.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Planlagt ryddejobb i EK videreføres, og øvrige styrende dokumenter i tillegg til fagprosedyrer inkluderes i dette arbeidet.
- Helseforetaket vurderer å utarbeide et samlet dokument som regulerer virksomhetsstyringen i betydningen hvordan man skal fastsette mål, planlegge og følge opp målene.
- Utarbeidede maler for lederavtaler implementeres på alle nivå.

- Det vurderes å utarbeide stillingsbeskrivelser i de tilfeller hvor man fraviker fra linjestyringen som er lagt opp i helseforetaket.
- Det utarbeides en oversikt på foretaksnivå som omfatter alle aktiviteter knyttet til virksomhetsstyring.
- Det nedfelles tydelig hvilken kompetanse knyttet til virksomhetsstyring ledere skal ha.
- Den enkelte leders kompetanse knyttet til virksomhetsstyring gjøres til tema i medarbeidersamtale, slik at den blir gjenstand for en systematisk vurdering, og kontinuerlig utvikles.
- Helseforetaket gjennomgår fullmaktsstrukturen opp mot de regionale retningslinjene, og samstemmer med øvrige prosedyrer innenfor fullmaktsområdene for å sikre helhet og at fullmaktene dekker helseforetakets behov.
- Helseforetaket utvikler forvaltning av fullmaktsdokumentet og sikrer at ingen blir satt til å forvalte sine egne fullmakter.
- Helseforetaket formaliserer informasjonen som gis den enkelte leder om tildelte fullmakter.
- Helseforetaket legger frem oppdaterte fullmakter for styret.

Problemstilling 2:

I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for planlegging som sikrer at alle mål og krav blir ansvarssatt og tidfestet?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Mål og krav kommuniseres til den enkelte leder. Mål og krav er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål og krav som gjelder for sin enhet.
- Det er utarbeidet virksomhetsplaner/ handlingsplaner som sørger for at alle mål og krav er konkretisert, ansvarssatt og tidfestet.
- Det gjennomføres risikovurderinger som er gjennomgående i helseforetaket. De danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Overordnede mål og krav, både kvalitative og kvantitative tilpasses hver enhet/hvert nivå.
- Det utarbeides oversikter for klinikk/avdeling hvor alle mål samles, og at det basert på disse utarbeides handlingsplaner hvor det fremgår resultatmål, effektmål, tiltak, ansvarsfordeling og tidsplan gjennom året.
- Malene for de tertialvise risikovurderingene benyttes slik at tiltaksplanen tas i bruk i oppfølging på flere nivåer i helseforetaket.

Problemstilling 3:

I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for oppfølging av daglig drift, rapportering og planer?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Det er etablert rutiner for oppfølging av drift, risikovurdering og planer. Dette skjer på alle nivåer. Det gjøres en vurdering av oppnåelse av mål og krav på ulike nivåer, og manglende oppnåelse av mål og krav følges opp.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det utarbeides planer med mål og krav for hver enhet, som følges opp i de etablerte oppfølgingsarenaene.
- Oppfølgingspunkter som identifiseres, beskrives med tiltak som er ansvarssatt, fristsatt og med forventet effekt.

Problemstilling 4:

I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering?

Revisjonen har ikke avdekket svakheter (gjort funn) i forhold til systemer for rapportering og analyse.

2.2 Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

2.2.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

Utskrivningsprosessen kan skisseres med 3 steg; tidlig vurdering, definering av utskrivningsklar pasient og utskrivning av pasient (se figur 3).



Figur 3: Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

For å belyse helseforetakets prosess for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, har revisjonen tatt utgangspunkt i to problemstillinger:

1. I hvilken grad er det etablert rutiner for samarbeid med kommunene i tråd med gjeldende krav?
2. I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten?

2.2.2 Konsernrevisjonens vurdering av område utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Revisjonen har vist at helseforetaket i stor grad har etablert samarbeid med kommunene. Helseforetaket har etablert interne prosedyrer/rutiner for prosessen. Revisjon har vist at det i prosessen er manglende etterlevelse av etablerte prosedyrer/rutiner.

Gjennomgangen viser at dette kan skyldes enkelte svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll, eksempelvis at personell ikke har nødvendig opplæring i prosessen og at det er en mangelfull overordnet risikovurdering og oppfølging / monitorering.

Vurderingene er basert på avdekkede svakheter på kriterier som er beskrevet i kapittel 2.2.3.

2.2.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

I hvilken grad er det etablert rutiner for samarbeid med kommunene i tråd med gjeldende krav?



Figur 4: Utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten– tidlig vurdering

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det gjøres ved innleggelse en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
- Sykehuset varslers kommunen om at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning (innen 24 timer etter innleggelse eller så snart det avklares at et slikt behov foreligger).

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at vurdering av pasientens sannsynlige behov for tjenester fra kommunen etter utskrivelse blir gjennomført ved innleggelse og dokumentert i DIPS.
- Det gjennomføres tiltak som sikres at meldingene sendes innenfor fristen på 24 timer.
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at pasientens samtykke til at informasjon utveksles med kommunen dokumenteres.



Figur 5: Utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten– definering av utskrivningsklar pasient

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Utskrivningsklar pasient vurderes i henhold til gjeldende krav.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at lege vurderer pasienten som utskrivningsklar på bakgrunn av gjeldende krav og at dette dokumenteres i journal.



Figur 6: Utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten– utskrivning av pasient

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.
- Det sikres at pasienten ved utskrivning har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at epikrise eller tilsvarende informasjon sendes med pasienten ved utskrivning, og at denne er oppdatert og kvalitetssikret.
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at det fremgår av journal i hvilken grad pasienten har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.



Figur 7: Utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten – Gjennomgående for prosessen

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det sikres at koordinator i spesialisthelsetjenesten utnevnes for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Det sikres at kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering varsles så snart det avdekkes behov for individuell plan (IP) som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at arbeidet med å vurdere behovet for, og eventuelt utnevne, koordinator i enheten er i tråd med overordnede føringer i SSHF
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at behovet for IP blir vurdert og at kommunen varsles der det avdekkes behov for IP på tvers av nivåene.

Problemstilling 2:

I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Helseforetaket har sammen med kommunene etablert retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
- Det sikres at personalet har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgaver i utskrivningsprosessen.
- Det identifiseres og vurderes risiko i utskrivningsprosessen og tiltak igangsettes for å håndtere risiko.
- Data anvendes som grunnlag for evaluering av prosessen.

- Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Det gjennomføres tiltak som sikrer at alle dokumenter oppdateres i forhold til PLO - meldinger og krav i samarbeidsavtaler med kommunene.
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at data fra prosessen anvendes som evalueringsgrunnlag.
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at det meldes avvik i seksjonen på interne feil i utskrivningsprosessen
- Utskrivningsprosessen risikovurderes som helhet.
- Det gjennomføres tiltak som sikrer at legene får tilstrekkelig opplæring i prosessen med utskrivning med pasienter til kommunehelsetjenesten

2.3 Ressursstyring

2.3.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

Ressursstyringsprosessen kan skisseres med 6 steg; fastsette aktiviteter, utarbeide bemanningsplaner, utarbeide arbeidsplan, drøfte/godkjenne og iverksette, evaluere og rapportere.



Figur 8: Ressursstyringsprosessen

For å belyse utvalgte enheters ressursstyring har revisjonen tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer enhetene at det er tilstrekkelig med bemanningsressurser til enhver tid?
2. I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med ressursstyringen?

2.3.2 Konsernrevisjonens vurdering av område ressursstyring

Revisjonen har vist at helseforetaket gjennomfører flere aktiviteter i forhold til ressursstyringen for å sikre at det er tilstrekkelig med bemanningsressurser til enhver tid. Det er imidlertid mangler i forhold til avstemming av bemanningsplaner, godkjenning av arbeidsplaner/ turnuser og varierende kjennskap og bruk av til indikatorer for mål og rapporteringspunkter for ressursstyringsprosessen. Gjennomgangen viser at dette kan skyldes flere svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll, blant annet at overordnet retningslinje for hele ressursstyringsprosessen; "GAT/RAPS veileder SSHF" ikke er tilstrekkelig kjent og etterlevd, ansvar og oppgaver i forhold til ressursstyringsprosessen ikke er tilstrekkelig definert og dokumentert og at ressursstyringsprosessen ikke er helhetlig risikovurdert på overordnet nivå.

Vurderingene er basert på avdekkede svakheter på kriterier som er beskrevet i kapittel 2.3.3.

2.3.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

I hvilken grad sikrer enhetene at det er tilstrekkelig med bemanningsressurser til enhver tid?



Figur 9: Ressursstyringsprosessen – fastsette aktivitetskrav

Revisjonen har ikke avdekket svakheter (gjort funn) i forhold til steget fastsetting av aktivitetskrav.



Figur 10 Ressursstyringsprosessen - utarbeide bemanningsplan

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterium:

- Bemanningsplaner avstemmes med samarbeidende faggrupper/seksjoner/avdelinger.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefaling:

- Bemanningsplaner avstemmes med samarbeidende avdelinger/enheter og faggrupper.



Figur 11 Ressursstyringsprosessen - utarbeide arbeidsplan/turnus, drøfte/godkjenne og iverksette

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det skal være samsvar mellom arbeidsplan/turnus og bemanningsplan.
- Turnus/arbeidsplan er drøftet med tillitsvalgte, protokoll fra drøftingsmøte er ført og signert.
- Turnus/arbeidsplan er godkjent og signert av tillitsvalgte.
- Etablert rutine for å overholde tidsfrister, ved iverksetting, planlegging av endringer og ny turnus, foreligger.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Bemanningsplaner og arbeidsplaner/turnus samstemmes for å sikre at reelt ressurs- og kompetansebehov synliggjøres.
- Alle turnus-/arbeidsplaner godkjennes av tillitsvalgte.



Figur 12 Ressursstyringsprosessen - evaluere og rapportere

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det foreligger definerte indikatorer, mål og rapporteringspunkter for prosessen (AML-brudd, avvik, sykefravær, deltids stillinger).
- Data fra prosessen anvendes som evalueringsgrunnlag.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefaling:

- Det etableres rutiner som sikrer at indikatorer for å monitorere/evaluere ressursstyringsprosessen er kjent og anvendes til evaluering av prosessen i enhetene.

Problemstilling 2:

I hvilken grad har helseforetaket etablert intern styring og kontroll med ressursstyringen?

I revisjonen er det avdekket svakheter (gjort funn) knyttet til følgende kriterier:

- Det er definert ansvar og oppgaver for alle deler av ressursstyringsprosessen (stab/linje).
- Risiko i ressursstyringsprosessen identifiseres og vurderes.
- Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for ressursstyring.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

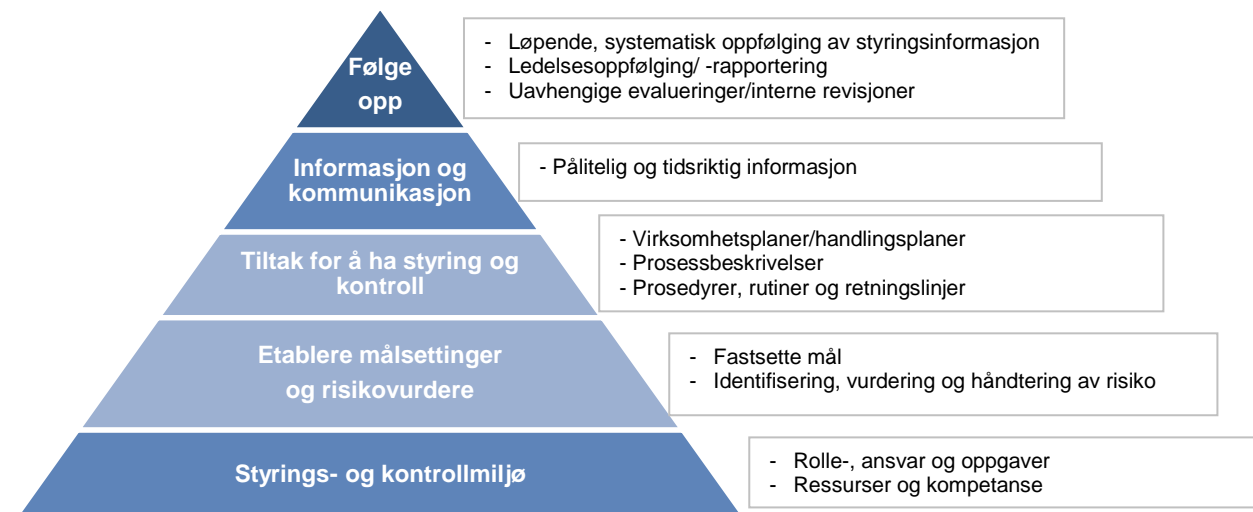
- Ansvar og oppgaver knyttet til ressursstyringsprosessen tydeliggjøres og forankres.
- Ressursstyringsprosessen risikovurderes helhetlig og regelmessig.
- Styrende dokumenter i forhold til ressursstyring gjøres kjent og etterlevs i foretaket.

3. Oppsummering av intern styring og kontroll

3.1 Sammenstilling av reviderte områder

Som det fremgår av kapittel 2 er det gitt en rekke anbefalinger på områdene som er revidert. Anbefalingene gjelder både feil og mangler i prosessene og svakheter i intern styring og kontroll.

I dette kapitlet oppsummeres resultatet av revisjonen på undersøkte kriterier (se figur 13) på intern styring og kontroll.



Figur 13: Utvalgte kriterier fra rammeverket for intern styring og kontroll¹

Tabell 1 til 5 under gir en oversikt over revisjonsområdene og revisjonskriteriene. Alle kriteriene er ikke revidert for alle områdene. Det vil her stå *kriteriet ikke vurdert* i tabellen. Der det er avdekket svakheter vil det stå *tiltak anbefalt* og der det ikke er avdekket svakheter vil det stå *anbefaling ikke gitt*.

Tabell 1: Styrings- og kontrollmiljøet

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten	Ressursstyring
Rolle, ansvar, oppgaver og myndighet er definert	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt
Ledere og ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene innenfor sitt ansvarsområde.	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert	Anbefalinger ikke gitt

¹ I styresak 016-2010 *Rammeverk virksomhetsstyring og internkontroll i Helse Sør-Øst* fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 4. mars 2010, tydeliggjøres det gjennom foretaksmøtene et krav om et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring gjennom prosesser for intern styring og kontroll. Dette kravet er videreført i styresak 092-2010 gjennom rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, og blir inn tatt i oppdrag og bestilling for 2011 i Helse Sør-Øst. Det forutsettes at risikostyring benyttes som verktøy inn i dette. Styrene i helseforetakene er ansvarlig for å påse at de samlede krav og forventninger kommuniseres og følges opp.

Tabell 2: Målsettinger og risikovurderinger

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten	Ressursstyring
Mål er etablert	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert	Anbefalinger ikke gitt
Risiko identifiseres og vurderes for prosessen	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

Tabell 3: Tiltak for å ha styring og kontroll

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten	Ressursstyring
Virksomhetsplaner/handlingsplaner er utarbeidet	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert
Prosedyrer rutiner, retningslinjer etc. utarbeides	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt	Tiltak anbefalt

Tabell 4: Informasjon og kommunikasjon

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten	Ressursstyring
Genererer og bruker relevant og pålitelig styringsinformasjon.	Anbefalinger ikke gitt	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert

Tabell 5: Oppfølging

Revisjonskriterier oppsummert	Virksomhetsstyring	Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten	Ressursstyring
Løpende og systematisk oppfølging på seksjons-, tjenestoområde- og virksomhetsnivå, for å korrigere og forbedre.	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert
Ledelsesoppfølging/ -rapportering	Tiltak anbefalt	Kriteriet ikke vurdert	Kriteriet ikke vurdert
Frittstående evalueringer	Kriteriet ikke vurdert	Tiltak anbefalt	Anbefalinger ikke gitt
Interne revisjoner (Kun gjennomført en kartlegging)	Anbefaling ikke gitt		

3.2 Overordnet vurdering

Som det fremgår av tabellene ovenfor og for de ulike områdene i kapittel 2, er det avdekket svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll. Gjennomgangen har særlig vist at ansvar og oppgaver i og mellom linjen og stab ikke er tydelige/uavklarte.

Det er gjort funn for alle tre områder under tiltak for å ha styring og kontroll (tabell 3): Et helhetlig system for å ivareta styring og kontroll er ikke tilstrekkelig beskrevet.

Avdekkede svakheter kan innebære en økt risiko for at helseforetaket ikke når sine mål og krav, brudd på regelverk, manglende etterlevelse av rutiner/prosedyrer og fragmentert og lite effektiv drift.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Overordnede styrende dokumenter
Styresaker
Budsjett og planer
Strategiske planer
Organisasjonskart
Årshjul/oversikt over aktiviteter
Avviksmeldinger
Prosedyrer, rutinebeskrivelser (utkast), prosessbeskrivelser
Risikovurderinger
Lederopplæring
Møtestruktur/møteplaner
Interne møtereferat
Kompetanseutviklingsplaner
Handlingsplaner/virksomhetsplaner
Rapporter
Lederavtaler (utkast)
Dokumentasjon fra personalhåndbok
Overenskomster
Dokumentasjon som viser arbeidstidsplanlegging
Sjekklistor
Avtaler
Målekort
Pasientjournaler (12 stk)

Gjennomførte samtaler

Rolle
Administrerende direktør
Organisasjonsdirektør
Rådgiver stab
Enhetsleder ressursstyring
Fagdirektør
Økonomidirektør

Klinikkleder, Klinikk for psykisk helsevern
Avdelingsleder psykiatrisk avdeling
Enhetsleder post 4.2
Avdelingsleder DPS Strømme
Enhetsleder DPS poliklinikk Strømme
Klinikkleder kirurgisk klinikk
Avdelingsleder anesthesiavdelingen SSK
Enhetsleder Intensiv PO SSK
Leder anesthesi leger / seksjonsoverlege SSK
Enhetsleder Intensiv- og oppvåkningsenhet SSA
Avdelingsleder anesthesiavdelingen SSA
Enhetsleder intensiv SSA
Tillitsvalgte leger SSK og SSA
Tillitsvalgte sykepleiere SSK og SSA
Enhetsleder for ortopedisk avdeling 3c, SSK
Assisterende enhetsleder for ortopedisk avdeling 3c, SSK
2 sykepleiere ortopedisk avdeling 3c, SSK
Samhandlingsutvalget, assisterende klinikkssjef på samhandling
2 leger ortopedisk avdeling (3c) SSK

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
06.01 2015	Verifisering av detaljgrunnlag gjennomført for alle de reviderte enhetene
21.01 2015	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør
30.01 2015	Presentasjon av utkast rapport for administrerende direktør og ledergruppen
13.02 2015	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
17.02 2015	Oversendelse endelig rapport
Ikke fastsatt	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs presentasjon av handlingsplan for styret.

Vedlegg 2 – Kriterier benyttet i revisjonen

Kriterier Virksomhetsstyring
Foretaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet.
Roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen for linje og stab er definert og kommunisert, og det er definert hvordan staber og støttefunksjoner skal tilrettelegge for god virksomhetsstyring.
Fullmakter som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet er tildelt i tråd med retningslinjer fra det regionale helseforetaket.
Oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen er definert på en systematisk måte i foretaket, det vil si: <ul style="list-style-type: none">- beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen- oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i foretaket.
Det er definert hvilken kompetanse innen virksomhetsstyring ledere på ulike nivåer skal ha.
Foretaket er tydelig på forventningene til den enkelte leder og hva det innebærer av aktiviteter knyttet til virksomhetsstyring.
Mål og krav kommuniseres til den enkelte leder. Mål og krav er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål og krav som gjelder for sin enhet.
Det er laget virksomhetsplaner/handlingsplaner som sørger for at alle mål og krav, gitt i oppdraget samt særskilte mål og krav for den enkelte enhet, er konkretisert, ansvarssatt og tidfestet.
Det gjennomføres risikovurderinger som er gjennomgående i helseforetaket. De danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak.
Det er etablert rutiner for oppfølging av drift, risikovurdering og planer. Dette skjer på alle nivåer. Det gjøres en vurdering av oppnåelse av mål og krav på ulike nivåer, og manglende oppnåelse av mål og krav følges opp.
Rapporteringen i helseforetaket gir ledere på alle nivåer nødvendig styringsinformasjon for å nå mål og krav samt kunne korrigere avvik.

Kriterier Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
Helseforetaket har sammen med kommunene etablert retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
Det sikres at kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering varsles så snart det avdekkes behov for individuell plan (IP) som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.
Det sikres at koordinator utnevnes for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
Det sikres at pasienten ved utskriving har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.
Det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale - helse og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
Sykehuset varsler kommunen om at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning (innen 24 timer etter innleggelse eller så snart det avklares at et slikt behov foreligger).
Sykehuset skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.
Utskrivningsklar pasient vurderes i henhold til gjeldende krav.
Sykehuset varsler kommunen straks en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning er utskrivningsklar.
Sykehuset overfører pasient til kommune etter å ha mottatt bekreftelse på at kommunalt tilbud er klart.
Epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging etter utskrivning.
Sykehuset sikrer at pasienten får med seg nødvendige medikamenter og utstyr frem til kommunehelsetjenesten klarer å skaffe legemidler.

Ansvar og roller for prosessen er beskrevet og kjent.
Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
Data anvendes som grunnlag for evaluering av prosessen.
Avvik meldes og håndteres i melde- og avvikssystemet.
Det identifiseres og vurderes risiko i utskrivningsprosessen og tiltak igangsettes for å håndtere risiko.
Det sikres at personalet har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgaver i utskrivningsprosessen.

Kriterier Ressursstyring

Aktivitetsplan utarbeides og avstemmes med samarbeidende enheter.
Det er angitt hvilke data som skal anvendes i planleggingen av bemanning (historiske data, aktivitet etc.)
Det foreligger en plan (bemanningsplan) som angir samlet behov for bemanning (kapasitets- og kompetansebehov).
Bemanningsplaner avstemmes med samarbeidende faggrupper/avdelinger/seksjoner.
Arbeidsplan (turnus) utarbeides på grunnlag av bemanningsplan og utarbeides i GAT.
Det er samsvar mellom arbeidsplan/turnus og bemanningsplan.
Arbeidsplan/turnus er drøftet med tillitsvalgte, protokoll fra drøftingsmøte er ført og signert.
Arbeidsplan/turnus er godkjent av tillitsvalgte.
Overordnede føringer for håndtering og endringer i turnus er angitt (prioriteringer, tiltak).
Det er etablert rutiner for å overholde tidsfrister ved iverksetting, planlegging av endringer og ny turnus.
Det er definert indikatorer og mål for prosessen (AML-brudd, avvik, sykefravær m.m.).
Data fra prosessen anvendes til styring og evaluering.
Det er definert ansvar og oppgaver ressursstyringsprosessen (stab/linje).
Ledere og ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene i ressursstyringsprosessen (inkludert GAT).
Det er etablert opplæringstiltak i forhold til å utarbeide og benytte verktøy for planlegging og styring av ressursstyringsprosessen.
Risiko i ressursstyringsprosessen identifiseres og vurderes.
Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for ressursstyring.
Det er klare rapporteringslinjer og rapportering skjer på en systematisk måte.
Avvik meldes og håndteres i avvikssystemet.