




# Revisjonsrapport Sørlandet sykehus HF 6/2016

## Endret organisasjonsmodell



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
30.5.2016

Rapport nr.	6/2016
Revisjonsperiode	Mars - april 2016
Virksomhet	Sørlandet sykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Sørlandet sykehus HF v/styreleder Administrerende direktør Sørlandet sykehus HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsier	Konsernrevisor Liv Todnem
Revisor	Oppdragsleder Torun Vedal, internrevisorer Lene Bjøntegaard og Tuva Elgaaen

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn og beskrivelse.....	5
1.2 Mål og problemstilling.....	6
1.3 Tilnærming og avgrensning.....	6
1.4 Metode .....	7
1.5 Revisjonsgrunnlag.....	7
1.6 Revisjonskriterier .....	8
2.0 Observasjoner og funn .....	9
2.1 Problemstilling .....	9
3.0 Hovedkonklusjon .....	16
Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, intervjuer, samtaler og rapportbehandling.....	17

## Sammendrag

I forbindelse med revisjon *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen* i Sørlandet sykehus HF har konsernrevisjonen, etter anmodning fra administrerende direktør, revidert områder innenfor helseforetakets pågående omorganisering. Revisjonen har pågått i perioden mars – april 2016, og har kartlagt hvordan helseforetaket har lagt til rette for at endret organisasjonsmodell kan implementeres i linjen, og vurdert om beslutninger knyttet til endret organisasjonsmodell er forankret i helseforetakets ordinære drift. Styret i SSHF ble i møte 25.2.2016 informert om ønsket tilleggsrevisjon, og styret støttet valgt tilnærming.

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon “Endret organisasjonsmodell” i Sørlandet sykehus HF.

Styret i Sørlandet sykehus HF besluttet i sak 079-2015 å innføre ny overordnet organisasjonsmodell. Det overordnede målet for omorganiseringen er: “Sikre nødvendige årlige investeringer ved å opprettholde avtalt resultatkrav på 120 millioner kroner i strategiplanperioden 2015 – 2017”. Endret organisasjonsmodell for Sørlandet sykehus HF innebærer at klinikkorganiseringen går fra en tverrgående struktur for fagområdene medisin og kirurgi til somatiske klinikker med stedlige klinikkdirektører i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Modellen legger også til grunn et prinsipp om innføring av enhetlig struktur og organisering på avdelingsnivå i de somatiske klinikkene. Sørlandet sykehus HF har vedtatt å kunne ta i bruk fem ledernivåer i den nye modellen, mot tidligere fire.

Revisjonen er gjennomført på alle ledernivåer i utvalgte avdelinger i de somatiske klinikkene, i tillegg til sentral stab. Flere av de reviderte avdelingene er omfattet av endringer på avdelingsnivå.

Konsernrevisjonen har valgt å belyse sine kartlegginger og vurderinger gjennom følgende problemstilling:

*Er arbeidet med virksomhetsstyringen i Sørlandet sykehus HF innrettet slik at det understøtter mål med endret organisasjonsmodell?*

## Oppsummering

Mål og tiltak som understøtter overordnet mål for endret organisasjonsmodell er definert og beskrevet i et mandat. Mandatet er lagt frem for styret, og styret orienteres fortløpende om status på prosess og fremdriftsplan for implementering.

Innføring av endret organisasjonsmodell er planlagt og informert om, og risiko knyttet til endret organisasjonsmodell er implementert i helseforetakets ordinære risikohåndtering, men det fremgår ikke hvordan effekten av hver aktivitet knyttet til implementering kan måles. Det er ikke vurdert om enkelte aktiviteter i fremdriftsplanen kan medføre økte kostnader i forbindelse med omorganiseringen.

Helseforetaket har nylig utarbeidet føringer for intern styring og kontroll hvor roller og ansvar mellom stab og linje er avklart. Føringene ivaretar både anbefalinger fra konsernrevisjonens rapport 02/2015, område virksomhetsstyring, og understøtter behovene i endret organisasjonsmodell, men arbeidet etter konsernrevisjonens rapport er forsinket i henhold til helseforetakets egen tiltaksliste.

Virksomhetsstyring i helseforetaket baserer seg på at mål og krav til den enkelte leder er dokumentert i driftsavtale og oppfølgingen er grunnleggende for at helseforetakets

virksomhetsstyring i tilstrekkelig grad skal understøtte mål for endret organisasjonsmodell, men det er ikke inngått driftsavtaler med avdelingsledere, seksjonsledere og enhetsledere. Virksomhetsplaner for 2016 er ikke oppdatert i henhold til endret organisasjonsmodell og godkjent budsjett for 2016.

Ledere er kjent med overordnede mål og prinsipper som gjelder for endret organisasjonsmodell, men endringene i struktur på avdelingsnivå som er besluttet underveis i prosessen er ikke i tilstrekkelig grad forankret hos berørte ledere.

Ledere på alle nivåer har tilgang til styringsinformasjon slik at de kan følge opp daglig drift, men informasjonen skaffes ikke til veie på en enhetlig måte slik at den kan benyttes til å følge opp drift løpende.

Helseforetaket har føringer for at oppfølging av mål og krav mellom ledernivåene skal følges månedlig, og det skal utarbeides en tiltaksliste dersom det identifiseres risiko for manglende måloppnåelse, men det avholdes ikke månedlige oppfølgingsmøter mellom alle ledernivåer.

### **Hovedkonklusjon**

Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets arbeid med virksomhetsstyring vil understøtte mål med endret organisasjonsmodell når det etablerte systemet blir implementert i alle enheter.

Tre områder vurderes som spesielt sentrale:

- Helseforetakets nylige godkjente prosedyrer for å sikre god intern styring og kontroll vil understøtte mål med endret organisasjonsmodell når føringene blir kjent, implementert og etterlevd på alle ledernivåer.
- Implementering av driftsavtaler og oppfølging av disse er avgjørende for at helseforetakets virksomhetsstyring i tilstrekkelig grad skal understøtte mål for endret organisasjonsmodell.
- En standardisert oppfølging basert på enhetlig styringsinformasjon på alle nivåer i helseforetaket som gir grunnlag for å evaluere og identifisere korrigerende tiltak ved risiko for manglende måloppnåelse er vesentlig for at helseforetaket kan sikre at virksomhetsstyringen til enhver tid understøtter mål med endret organisasjonsmodell.

Dersom helseforetaket i tillegg tydeliggjør hvilke målbare effekter implementering av aktiviteter skal oppnå, vil dette gi helseforetaket et bedre grunnlag for oppfølging som i tilstrekkelig grad sikrer at det overordnede målet nås.

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn og beskrivelse

I forbindelse med revisjon *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen* i Sørlandet sykehus HF (SSHF) i perioden mars-april 2016 har konsernrevisjonen, etter anmodning fra administrerende direktør, revidert områder innenfor helseforetakets pågående omorganisering. Styret i SSHF ble i møte 25.2.2016 informert om ønsket tilleggsrevisjon, og styret støttet valgt tilnærming.

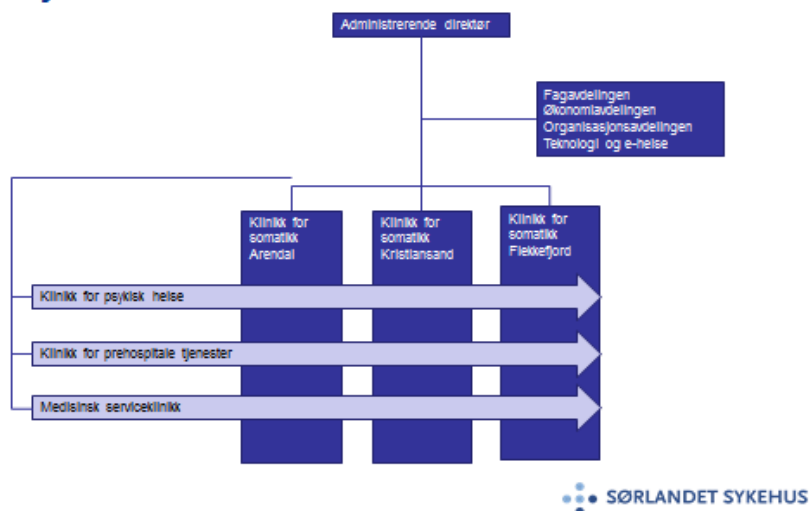
I styresak 079-2015 ble det besluttet å innføre ny overordnet organisasjonsmodell med det mål å gjenvinne budsjettbalanse for igjen å kunne møte fremtidige behov for nødvendige investeringer. Innføring av endret organisasjonsmodell skal sikre stedlig ledelse og understøtte fokus på økt aktivitet, redusere ventelister, null fristbrudd, bedre styringsinformasjon, redusert personellbruk og riktig koding.

Styresak om Utviklingsplan 2030 (002-2015) og Strategiplan 2015-2017 (003-2015) ligger til grunn for videre utvikling av SSHF.

SSHF har valgt å legge Vestre Viken HF (VVHF) sin organisasjonsmodell til grunn da dette helseforetaket hadde tilsvarende ufordringsbilde i 2009 – 2011, og helseforetaket så dette i sammenheng med at de i disse årene hadde en tverrfaglig organisasjonsstruktur. VVHF innførte stedlig ledelse i 2012 og deres erfaring er at stedlig ledelse gir nærhet til klinikk, økt tilstedeværelse og bedre oppfølging av ledere.

Styret i SSHF ga sin tilslutning til administrerende direktørs forslag om å omorganisere, hvor medisinsk og kirurgisk aktivitet blir samlet under stedlige klinikkdirektører på hver lokasjon. Ny klikkstruktur for SSHF ble innført 1.1.2016.

### Ny klinikkstruktur



Endret organisasjonsmodell for SSHF innebærer at klinikkorganiseringen går fra en tverrgående struktur for fagområdene medisin og kirurgi til somatiske klinikker med stedlige klinikkdirektører i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Modellen legger også til grunn et prinsipp om innføring av enhetlig struktur og organisering på avdelingsnivå innen de somatiske klinikkene. SSHF har vedtatt å kunne ta i bruk fem ledernivåer i lederlinjen i den nye modellen, mot tidligere fire. Det nye

ledernivået, seksjonsleder, skal rapportere til avdelingssjef og ha et faglig og administrativt ansvar med økonomi og personalansvar.

Forberedelsene til implementering av endret organisasjonsmodell har vært organisert som et prosjekt, med administrerende direktør som prosjekteier. Følgende arbeidsområder har inngått i prosjektet:

- Omlegging av nødvendige datasystemer
- Enhetlig struktur på avdelingsnivå
- Implementere tiltak for å redusere sårbarheter
- Organisering av kvalitetsarbeidet
- Forhold rundt klinikkstab og sentral stab
- Styringsinformasjon
- Endret inntektsmodell
- Endret struktur for samarbeid TV/ VO

## 1.2 Mål og problemstilling

Formålet med revisjonene som konsernrevisjonen gjennomfører er å bekrefte intern styring og kontroll i risikostyring og virksomhetsstyring i helseforetakene, og bidra til forbedring (jf. Helseforetaksloven § 37a). Målet med denne revisjonen er å kartlegge og vurdere om endret organisasjonsmodell er kjent og forstått på alle nivåer i helseforetaket, og om virksomhetsstyringen er tilrettelagt på en slik måte at den understøtter overordnet mål.

Konsernrevisjonen har valgt å belyse dette gjennom følgende problemstilling:

*Er arbeidet med virksomhetsstyringen i SSHF innrettet slik at det understøtter mål med endret organisasjonsmodell?*

For å kunne implementere endringer i henhold til god praksis for intern styring og kontroll forutsettes det at helseforetaket har etablert et system som er tilrettelagt for dette. Med bakgrunn i dette undersøker revisjonen hvordan helseforetaket har lagt til rette for at endringene kan implementeres i linjen, og om beslutninger knyttet til endret organisasjonsmodell er forankret i helseforetakets ordinære drift.

## 1.3 Tilnærming og avgrensning

For å undersøke problemstillingen er det tatt utgangspunkt i helseforetakets mandat for prosjekt "Endret organisasjonsmodell SSHF" som beskriver det overordnede målet for omorganiseringen:

*"Sikre nødvendige årlige investeringer ved å opprettholde avtalt resultatkrav på 120 millioner kroner i strategiplanperioden 2015 – 2017".*

Mandatat beskriver fem delmål som må nås for å underbygge det overordnede målet. Disse er implementering av endret organisasjonsmodell, øke aktivitet, redusere ventelister og null fristbrudd, øke fokus på tilstedeværelse sammen med bedre styringsinformasjon, redusere personellbruk og riktig koding.

Målsettingen med tilsetning av stedlige klinikkdirektører er i følge mandatet fokus på tilstedeværende ledelse, bedre styringsinformasjon, økt aktivitet og en reduksjon i årsverk. Konsernrevisjonen har tatt utgangspunkt i denne målsettingen i sin tilnærming for undersøkelse og kartlegging.

Konsernrevisjonen har kartlagt om helseforetaket på overordnet nivå har lagt til rette for at virksomhetsstyringen understøtter det overordnede målet for endret organisasjonsmodell. Videre har konsernrevisjonen undersøkt om ledere på alle nivåer kjenner og benytter helseforetakets føringer for prosesser knyttet til virksomhetsstyring slik at driften i alle enheter bidrar til at helseforetaket når sitt overordnede mål.

Konsernrevisjonen er kjent med at det fra tidligere er etablert to prosjekter i SSHF, "Operasjonspasienten" og "Optimaliseringsprosjektet", som skal bidra til økt optimalisering av driften innen ulike områder. Konsernrevisjonen inkluderer ikke disse prosjektene i denne revisjonen.

Fremdriften av arbeidet innenfor det enkelte arbeidsområdet i prosjektet er vurdert om de er i henhold til egen plan ut fra det som er presentert i styresaker, men revisjonen omfatter ikke kartlegging av det enkelte arbeidsområdet i prosjektet.

Konsernrevisjonen kartlegger ikke hvorvidt den enkelte enhet eller helseforetaket som helhet kommer til å nå sine mål.

Kartleggingen ses i sammenheng med tiltaksarbeidet SSHF har igangsatt etter anbefalingene fra konsernrevisjonens rapport 02/2015, område virksomhetsstyring, og revisjonsrapport 5/2016, *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen.*

#### **1.4 Metode**

Revisjonen er gjennomført ved bruk av intervjuer og dokumentgjennomgang. For å innhente informasjon har konsernrevisjonen valgt å inkludere ledere på alle nivåer fra alle klinikkene i ny klinikkstruktur. Flere av de reviderte avdelingene er omfattet av endringer på avdelingsnivå. Følgende klinikker og nivåer er intervjuet: Utvalgte personer i sentral stab, klinikkdirektørene for de somatiske klinikkene i SSK, SSA og SSF, avdelingssjefer og enhetsledere. Detaljert liste på de som er intervjuet finnes på siste side.

Klinikk for psykisk helsevern (KPH) omfattes ikke direkte av ny klinikkstruktur, og er av den grunn ikke en del av denne revisjonen.

I dokumentgjennomgangen har konsernrevisjonen benyttet styresaker som knyttes til omorganiseringen, helseforetakets styrende dokumenter, strategier og planer, dokumentasjon på rapportering og oppfølging, agenda og referater fra administrerende direktørs ledermøter.

#### **1.5 Revisjonsgrunnlag**

Krav og føringer for helseforetakene er angitt både i lover, forskrifter og styrende dokumenter. I denne revisjonen har vi hentet revisjonskriterier fra følgende grunnlag:

- Helseforetaksloven § 28
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Rammeverk for virksomhetsstyring for Helse Sør-Øst
- Styrevedtak Sørlandet sykehus HF

## 1.6 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene som benyttes er utarbeidet med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget, og gir beskrivelser av hva som kjennetegner god praksis knyttet til intern styring og kontroll i endringsarbeid. Revisjonen har 7 kriterier:

1. Det er definert tydelige mål for endret organisasjonsmodell.
2. Innføring av endret organisasjonsmodell er planlagt og informert om. Risiko knyttet til gjennomføringen er vurdert jevnlig.
3. Helseforetaket har organisert arbeidet med virksomhetsstyring i samsvar med anbefalingene fra konsernrevisjonens rapport 02/2015, område virksomhetsstyring, og tiltakene dekker behovene i endret organisasjonsmodell.
4. Det er definert og kommunisert rolle, ansvar og oppgaver for virksomhetsstyringen i stab og linje.
5. Mål og krav for endret organisasjonsmodell er operasjonalisert og forankret hos den enkelte leder, og implementert i daglig drift.
6. Ledere på alle nivåer har tilgang til nødvendig styringsinformasjon slik at de løpende kan følge opp daglig drift.
7. Det er etablert føringer som sikrer oppfølging av drift og risikovurderinger på alle nivåer i helseforetaket.

Funn og observasjoner knyttet til det enkelte revisjonskriteriet presenteres fortløpende i neste kapittel.



## 2.0 Observasjoner og funn

### 2.1 Problemstilling

*Er arbeidet med virksomhetsstyringen i SSHF innrettet slik at det understøtter mål med endret organisasjonsmodell?*

#### ***Revisjonskriterie 1. Det er definert tydelige mål for endret organisasjonsmodell.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at mål og tiltak som understøtter overordnet mål for endret organisasjonsmodell er definert og beskrevet i en godkjent beskrivelse (mandat). Det forventes at mandatet er lagt frem for styret.

#### **Revisjonen viser:**

Endret organisasjonsmodell ved Sørlandet sykehus HF ble besluttet av styret 15. oktober 2015. Samlet gir dokumentasjon i tilknytning til beslutningssaken informasjon til styret om hvilke prinsipper som ligger til grunn for ny organisasjonsmodell, og på et overordnet nivå hva som vil endres i forhold til utgangspunktet.

Mandatet for prosjektet "Endret organisasjonsmodell SSHF" ble lagt frem i styresak 089-2015. Mandatet beskriver et overordnet mål for endret organisasjonsmodell: "Sikre nødvendige investeringer ved å opprettholde avtalt resultatkrav på 120 millioner i strategiplanperioden 2015-2017". Det overordnede målet understøttes av resultatmål som skal operasjonaliseres på alle nivåer i helseforetaket og samlet bidra til at det overordnede målet nås. Implementering av endret organisasjonsmodell skal bidra til måloppnåelse for de andre underliggende målene. I tillegg til mål og tiltak, er rammebetingelser for innføring av endret organisasjonsmodell beskrevet i mandatet.

Styret orienteres fortløpende om status på prosess og fremdriftsplan for implementering. I sak 079-2015 ber styret spesielt om at følgende forhold skal beskrives nærmere før implementering av ny organisasjonsmodell: Hvordan ivareta og styrke det faglige samarbeidet på tvers, hvordan sikre utdanningsforløpene for spesialisering av LIS-leger og sykepleiere, hvordan utforme insentivsystemet slik at det gagnar foretaket som helhet og ikke bare den enkelte resultatenheter, og hvordan etablere virksomhetsstyring som er tilpasset ny modell.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

Ingen funn

### **Vurdering og anbefaling**

---

- Det er definert tydelige mål for endret organisasjonsmodell. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

#### ***Revisjonskriterie 2: Innføring av endret organisasjonsmodell er planlagt og informert om. Risiko knyttet til gjennomføringen er vurdert jevnlig.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det er laget en plan på overordnet nivå for innføring/implementering av ny organisasjonsmodell. Planen skal gi oversikt over aktiviteter som skal gjennomføres for at endret organisasjonsmodell skal kunne implementeres, og gjennomføring

av aktivitetene skal være tidsatt og ansvarssatt. Det er en forutsetning at det er definert hvilken målbar effekt implementering av aktiviteter skal ha. Fremdriften skal være i henhold til plan.

Det forutsettes videre at helseforetaket har gjort en vurdering av hva som kan hemme gjennomføring av aktiviteter i planen, herunder vurdering av tidsperspektivet og budsjettmidler. Risiko knyttet til innføring av endret organisasjonsmodell vurderes jevnlig på alle nivåer i helseforetaket, og håndteres i den ordinære risikohåndteringen.

Det forventes at planer for innføring av endret organisasjonsmodell er behandlet i helseforetakets ledergruppe, og at det er laget en plan for å gi ledere på alle nivåer tilstrekkelig informasjon om innføringen.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har en overordnet fremdriftsplan for implementering av endret organisasjonsmodell delt inn etter arbeidsområder beskrevet i prosjekt "Endret organisasjonsmodell SSHF". Aktiviteter som skal foregå på overordnet nivå er ansvarssatt og tidsatt. Fremdriftsplanen legges frem i hvert styremøte. Styret orienteres mer detaljert innenfor områder som ikke har fremdrift som forventet, spesielt området "Enhetlig struktur på avdelingsnivå".

Det ble avholdt utvidet ledermøte i oktober 2015 hvor risikoområder knyttet til endring av organisasjonsmodell ble vurdert. Videre håndtering av risiko som ble identifisert i møtet ivaretas av arbeidsgruppene organisert under prosjektet "Endret organisasjonsmodell ved SSHF". Styret har bedt om at spesielt fire områder utredes nærmere, og styret har fått presentert hvordan helseforetaket håndterer dette. Hvert tertial legger helseforetaket frem en rapport for styret som fremstiller en risikovurdering på overordnet nivå. Det vurderes innen 16 hovedområder, og etter vedtak om implementering av endret organisasjonsmodell er den pågående omorganiseringen tatt med i risikovurderingen som område 17.

Orientering til styret inneholder planer som viser aktiviteter som skal gjennomføres for å sikre informasjon i helseforetaket. Det kan være saker til behandling i administrerende direktørs ledergruppe, dialogmøter og drøftingsmøter med tillitsvalgte, klinikkmøter og møter med ledere på ulike nivåer i helseforetaket. Konsernrevisjonens gjennomgang av ledermøtereferater viser at det informeres og besluttes om arbeidet med endret organisasjonsmodell i administrerende direktør sitt ledermøte. I tillegg til dette er konsernrevisjonen informert om at det er iverksatt tiltak som skal sikre informasjon og kommunikasjonsflyt gjennom hele prosjektperioden, og i perioden fra 1. januar til 1. mai 2016 informeres det om at informasjonen også er blitt distribuert internt i de nyopprettede klinikkene.

Organiseringen av prosjektarbeidet, med ledergruppen i beslutningslinjen og tillitsvalgte representert i prosessgruppen, sikrer at ledere og tillitsvalgte får informasjon om prosessen.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Det fremgår ikke hvordan effekten av hver aktivitet knyttet til implementering av endret organisasjonsmodell kan måles, slik at helseforetaket vet at implementeringen får den ønskede effekten.
- Det er ikke vurdert om enkelte aktiviteter i fremdriftsplanen kan medføre økte kostnader i forbindelse med omorganiseringen.

## Vurdering og anbefaling

---

- Effekt av aktiviteter knyttet til implementering av endret organisasjonsmodell er ikke tydelig angitt. Dette kan svekke helseforetakets grunnlag for å måle og evaluere om implementering av endret organisasjonsmodell får ønsket resultat. Konsernrevisjonen anbefaler at det for hver aktivitet knyttet til implementering av endret organisasjonsmodell utarbeides målekriterier som blir gjenstand for regelmessig oppfølging.
- Helseforetaket har ikke dokumentert vurderinger på overordnet nivå knyttet til hvorvidt det er budsjettmidler til å gjennomføre aktiviteter i planen for innføring av endret organisasjonsmodell. Dette kan medføre risiko for at ikke alle aktiviteter kan gjennomføres som planlagt. Konsernrevisjonen anbefaler at risiko knyttet til innføringen gis høyt fokus i oppfølgingen, spesielt på økonomiområdet.

### *Revisjonskriterie 3: Helseforetaket har organisert arbeidet med virksomhetsstyring i samsvar med anbefalingene fra konsernrevisjonens rapport 02/2015, område virksomhetsstyring, og tiltakene dekker behovene i endret organisasjonsmodell.*

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det fremkommer tydelig hvem som har ansvar for hvilke områder knyttet til virksomhetsstyring innen prosjekt endret organisasjonsmodell, og at det fremkommer tydelig hvem som har ansvar for å identifisere og implementere tiltak etter konsernrevisjonens rapport etter 2014-revisjonen. Det forutsettes videre at fordeling av roller og ansvar for de ulike områdene innen prosjekt endret organisasjonsmodell er satt i sammenheng med roller og ansvar for tiltaksarbeidet på området virksomhetsstyring etter konsernrevisjonens rapport etter 2014-revisjonen. Tiltak etter 2014-revisjonen skal understøtte behovene i endret organisasjonsmodell.

#### **Revisjonen viser:**

Det går frem av styresaker at både prosjektarbeidet knyttet til endret organisasjonsmodell og arbeidet med virksomhetsstyring etter konsernrevisjonens rapport etter 2014-revisjonen er prosjektorganisert, med administrerende direktør som prosjekteier for begge prosjektene. Prosjektlederansvaret for området virksomhetsstyring etter 2014-revisjonen er lagt til stabsområdet økonomi. Ansvar for å lede arbeidet med to av arbeidsområdene i prosjektet "Endret organisasjonsmodell SSHF", "Samorganisering av klinikkøkonomene" og "Styringsinformasjon", er lagt til samme stabsområde. I tiltaksliste for området virksomhetsstyring etter konsernrevisjonens rapport etter 2014-revisjonen går det frem at ansvar for tiltak som hører til under annen stabsavdeling enn økonomi er lagt til den stabsavdeling som til daglig ivaretar dette ansvaret. Dette er i samsvar med hvordan ansvaret er fordelt for arbeidsområder i prosjekt "Endret organisasjonsmodell SSHF".

I SSHF er det linjeledere som har ansvar og myndighet som omfatter fag, kvalitet, personal og økonomi. Forholdet mellom stab og linje reguleres av en retningslinje som er godkjent av administrerende direktør. Ledergruppen sitter i styringslinjen i både prosjekt endret organisasjonsmodell og prosjektarbeidet knyttet til konsernrevisjonens rapport etter 2014-revisjonen.

Fordelingen av roller og ansvar i de to prosjektene, samt at det sikres at beslutninger som har betydning for helseforetakets virksomhetsstyring forankres i lederlinjen, legger til rette for at de to prosjektområdene ses i sammenheng og at tiltak kan implementeres i linjen. Oppsummert viser denne

avstemmingen at tiltakene etter 2014-revisjonen, området virksomhetsstyring, understøtter behovene i endret organisasjonsmodell.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Flere av fristene for lukking av tiltak i tiltaksliste fra revisjon av området virksomhetsstyring er ikke overholdt.

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Helseforetaket har nylig etablert et system for virksomhetsstyring som både ivaretar anbefalinger fra konsernrevisjonens rapport 02/2015 og som dekker behovene i endret organisasjonsmodell, men arbeidet etter konsernrevisjonens rapport 02/2015 er forsinket i henhold til planen. Dette har medført at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad har innført virksomhetsstyring som understøtter mål med endret organisasjonsmodell. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket følger opp at alle enheter implementerer det etablerte systemet for virksomhetsstyring.

#### ***Revisjonskriterie 4: Det er definert og kommunisert rolle, ansvar og oppgaver for virksomhetsstyringen i stab og linje.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at helseforetaket har et system for virksomhetsstyring hvor roller og ansvar mellom stab og linje er avklart. Dette er beskrevet i styrende dokumenter på overordnet nivå. Videre forutsettes det at helseforetaket har et system som legger til rette for at den enkelte leders ansvar og oppgaver knyttet til virksomhetsstyring blir beskrevet og formalisert. Dokumenter som beskriver ansvar, roller og oppgaver knyttet til virksomhetsstyring er tilpasset behovene i endret organisasjonsmodell, og er ferdigstilt før denne innføres.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har styrende dokumenter på overordnet nivå som regulerer ansvar og oppgaver knyttet til virksomhetsstyring både for stab og linjeledere på alle nivåer, og de dekker behovene i endret organisasjonsmodell. Administrerende direktør har nylig godkjent dokumentene.

Det er vedtatt å kunne ta i bruk inntil fem ledernivåer på klinikknivå, og det presiseres i mandatet for "Endret organisasjonsmodell SSHF" at det nye ledernivået, seksjonsleder, skal ha både faglig og administrativt ansvar med økonomi og personalansvar. Ledernivåene i endret organisasjonsmodell er beskrevet i en av retningslinjene som nylig er godkjent. Det fremgår at seksjonsledernivået vil ligge under avdelingssjef, mens enhetsleder vil ligge under seksjonsleder der hvor dette innføres.

Mal for driftsavtaler mellom administrerende direktør og klinikkdirektør, og mellom klinikkdirektør og avdelingssjef er utarbeidet. Malen legger til rette for at den enkelte leders ansvar og oppgaver knyttet til virksomhetsstyring blir beskrevet og formalisert.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Det er ikke ferdigstilte maler for driftsavtaler for seksjonsledere og enhetsledere.

## Vurdering og anbefaling

---

- Mål som den enkelte leder har ansvar for skal inngå i en forpliktende driftsavtale. Det er ikke ferdigstilte maler for driftsavtaler for alle ledernivåer, og det er derfor ikke tydelig og formalisert hvilke mål den enkelte leder har ansvar for å realisere, og som skal understøtte overordnet mål for endret organisasjonsmodell. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket ferdigstiller malene for driftsavtaler, slik at den enkelte leders ansvar og oppgaver knyttet til virksomhetsstyring blir beskrevet og formalisert.

### ***Revisjonskriterie 5: Mål og krav for endret organisasjonsmodell er operasjonalisert og forankret hos den enkelte leder, og implementert i daglig drift.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at den enkelte leder er kjent med overordnede prinsipper og beslutninger vedrørende endret organisasjonsmodell, herunder at også endringer som besluttes i den pågående prosessen blir forankret hos den enkelte leder. Lederne har oversikt over hvordan endringer som besluttes innvirker på roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen.

Videre er det en forutsetning at stab og ledere på alle nivåer kjenner til dokumenter som regulerer deres ansvar og oppgaver, og at ansvaret er formalisert. Det forutsettes at ledere er kjent med mål og krav som gjelder for deres ansvarsområde, slik at det bidrar til at SSHF når det overordnede målet for endret organisasjonsmodell.

Det er utarbeidet planer som sikrer at ledere implementerer mål og tiltak som understøtter det overordnede målet med endret organisasjonsmodell. Tiltakene skal inngå i risikovurderinger på alle nivåer i helseforetaket. Risikovurderingene aggregeres slik at det på overordnet nivå finnes informasjon om risiko for ikke å nå det overordnede målet.

#### **Revisjonen viser:**

Ledere på alle nivåer er kjent med overordnede prinsipper som ble lagt til grunn for beslutningen om endret organisasjonsmodell i SSHF, og er samstemt i at det overordnede målet for endringen er bedre økonomisk resultat for SSHF. Det er også enighet om at stedlige klinikkdirektører for de somatiske klinikkene vil gi økt fokus på ledelse. Ledere på alle nivåer er kjent med at det ligger til grunn et prinsipp om enhetlig struktur på avdelingsnivå ved implementering av endret organisasjonsmodell, og at det på klinikknivå kan innføres fem ledernivåer mot tidligere fire. Prinsipp om enhetlig struktur på avdelingsnivå er endret underveis i prosessen.

Helseforetaket har gitt føringer for at den enkelte leder skal ha driftsavtale som beskriver ansvarsområder, roller, mål og krav. I tillegg gis det føringer for at ledere skal utarbeide virksomhetsplaner og budsjett for eget ansvarsområde. Retningslinjene er godkjent 24.2.2016 av administrerende direktør.

Avdelingsledere har utarbeidet virksomhetsplaner for 2016 basert på organisering før endret organisasjonsmodell og godkjent budsjett. Det er ledernes generelle oppfatning at det i budsjettet er lagt krav for deres enhet som skal bidra til at SSHF når det overordnede målet for ny organisasjonsmodell. Fokus er på økt aktivitet og redusert personellbruk - i tråd med mandatet for prosjekt "Endret organisasjonsmodell SSHF".

Ledere melder risiko i møter med sin overordnede leder, og det lages en vurdering innen 17 hovedområder på klinikknivå. Område 14, Driftsøkonomi, er det vesentlige området for å vurdere risiko knyttet til aktivitet, budsjettkontroll og årsverk. Klinikkenes risikovurderinger danner grunnlaget for en overordnet risikovurdering for SSHF som legges frem for styret i tertialrapporten.

**Revisjonen viser imidlertid:**

- Endringene i struktur på avdelingsnivå som er besluttet underveis i prosessen er ikke i tilstrekkelig grad forankret hos berørte ledere.
- Virksomhetsplaner for 2016 er ikke oppdatert i henhold til endret organisasjonsmodell og godkjent budsjett for 2016.
- Flere linjeledere har ikke fått driftsavtale som formaliserer deres ansvar for spesifikke mål og krav.

---

**Vurdering og anbefaling**

- Mangel på forankring og oppdaterte planer samt forsinket implementering av driftsavtaler kan samlet føre til at ledere ikke planlegger driften slik at den understøtter mål med endret organisasjonsmodell, og at roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyring blir uklare. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket følger opp at ledere får driftsavtaler der ansvarsområder, roller, mål og krav inngår. Det bør gå tydelig frem hvilke effekter implementering av endret avdelingsstruktur og et nytt ledernivå skal ha for de enheter som omfattes av dette.

***Revisjonskriterie 6: Ledere på alle nivåer har tilgang til nødvendig styringsinformasjon slik at de løpende kan følge opp daglig drift.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket sikrer at ledere har tilgang til nødvendig styringsinformasjon slik at de kan evaluere og eventuelt korrigere dersom de avviker fra mål som understøtter de overordnede målene for endret organisasjonsmodell.

**Revisjonen viser:**

Ledere har tilgang på styringsinformasjon gjennom ordinær rapportering slik at de kan følge opp driften innen følgende områder: Pasientsikkerhet og kvalitet, personal og bemanning, aktivitet og økonomi. I tillegg til ordinære rapporter kan ledere innhente ytterligere informasjon.

**Revisjonen viser imidlertid:**

- Helseforetaket har ikke tilrettelagt for at ledere på en enhetlig måte løpende kan innhente ytterligere styringsinformasjon for bruk i oppfølging av daglig drift.

---

**Vurdering og anbefaling**

- Ledere på alle nivåer har tilgang til styringsinformasjon slik at de kan følge opp drift, men informasjon ut over månedsrapportering skaffes ikke til veie på en enhetlig måte. Dette kan medføre at ikke alle ledere innhenter tilstrekkelig og egnet informasjon for løpende å kunne følge driften i sine enheter. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket sikrer at alle ledere har tilgang på og benytter samme informasjon som danner grunnlag for løpende å kunne følge egen enhet.

### ***Revisjonskriterie 7: Det er etablert føringer som sikrer oppfølging av drift og risikovurderinger på alle nivåer i helseforetaket.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har føringer for oppfølging/ evaluering av mål og krav mellom ledernivåene. Det forventes videre at oppfølgingen i helseforetaket er gjennomgående slik at informasjon fra underliggende nivå aggregeres til informasjon om måloppnåelse på foretaksnivå. Det forventes at ledere utarbeider tiltak dersom det ved evaluering avdekkes at det er risiko for at mål knyttet til det overordnede målet for endret organisasjonsmodell ikke nås, og at tiltakene ansvarssettes og tidsettes. Målbar effekt av tiltak skal beskrives.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har føringer for oppfølging av mål og krav mellom ledernivåene (ID I.1.1.1-4 Oppfølgingsmøter SSHF). Det gjennomføres oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkdirektører, som har fokus på følgende hovedområder: Pasientsikkerhet og kvalitet, personal og bemanning, aktivitet og økonomi. Klinikkdirektør "identifiserer svake områder" som gjennomgås i møtet, og det utarbeides en tiltaksliste dersom det identifiseres risiko for manglende måloppnåelse. Tiltakslisten legger til rette for at tiltakene skal ansvarssettes og tidfestes og at den økonomiske effekten for tiltaket beskrives.

Alle avdelinger og underliggende enheter har møter mellom ledernivåene, og risikobildet informeres om og diskuteres. Ledere oppgir at det er sterkt fokus på oppfølging av økonomi og aktivitet. Flere enheter har tett støtte og oppfølging av klinikkøkonom.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Det avholdes ikke månedlige oppfølgingsmøter mellom nivå 2 og 3 og mellom nivå 3 og 4 i henhold til helseforetakets retningslinje om oppfølgingsmøter.
- Tiltakene utarbeidet i oppfølgingsmøte mellom administrerende direktør og klinikkdirektør er ikke gjennomgående ansvarsatt og tidsatt, og det er ikke gjennomgående oppgitt hvilken økonomisk effekt tiltaket skal oppnå.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Helseforetaket har føringer for oppfølging av mål og krav mellom ledernivåene, men det avholdes ikke månedlige oppfølgingsmøter mellom alle nivåer i henhold til helseforetakets retningslinje om oppfølgingsmøter. Dette kan medføre at evaluering av helseforetakets måloppnåelse ikke er basert på tilstrekkelig informasjon fra underliggende nivå. Tiltak i tiltakslisten som ikke er ansvarsatt kan medføre risiko for at tiltak ikke gjennomføres, og når målekriterier ikke er tydelig og tidsatt kan dette svekke helseforetakets grunnlag for å måle og evaluere om tiltakene har den tilsiktede risikoreduserende effekt. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket gjennomfører oppfølgingsmøter gjennomgående fra laveste til øverste ledernivå i alle klinikker slik helseforetakets retningslinjer legger opp til. Videre anbefales det at alle tiltak som identifiseres ansvarssettes, tidfestes og at målekriterier for hvert tiltak utarbeides.

### 3.0 Hovedkonklusjon

Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets arbeid med virksomhetsstyring vil understøtte mål med endret organisasjonsmodell når det etablerte systemet blir implementert i alle enheter på alle ledernivåer. Tre områder vurderes som spesielt sentrale:

- Helseforetakets nylige godkjente prosedyrer for å sikre god intern styring og kontroll vil understøtte mål med endret organisasjonsmodell når føringene blir kjent, implementert og etterlevd på alle ledernivåer.
- Implementering av driftsavtaler og oppfølging av disse er avgjørende for at helseforetakets virksomhetsstyring i tilstrekkelig grad skal understøtte mål for endret organisasjonsmodell.
- En standardisert oppfølging basert på enhetlig styringsinformasjon på alle nivåer i helseforetaket som gir grunnlag for å evaluere og identifisere korrigerende tiltak ved risiko for manglende måloppnåelse er vesentlig for at helseforetaket kan sikre at virksomhetsstyringen til enhver tid understøtter mål med endret organisasjonsmodell.

Dersom helseforetaket i tillegg tydeliggjør hvilke målbare effekter implementering av aktiviteter skal oppnå, vil dette gi helseforetaket et bedre grunnlag for oppfølging som i tilstrekkelig grad sikrer at det overordnede målet nås.



## Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, intervjuer, samtaler og rapportbehandling

### Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Styrende dokumenter
Styresaker (saksfremlegg og protokoll)
Årshjul / årsplaner (HF og styret)
Instrukser
Veileder for styrearbeid Helse Sør Øst
Virksomhetsrapporter
Virksomhetsplaner
Strategier og mandater
Handlingsplaner
Driftsavtaler
Stillingsbeskrivelser
Referater fra kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg nivå 1 og 2
Ledermøtoreferater fra nivå 1
Referater fra oppfølgingsmøter mellom nivå 1, 2 og 3
Revisjonsrapport 2014-revisjonen
Risikovurderinger

### Gjennomførte intervjuer og samtaler

Dato	Navn og tittel
8.3.2016	Per B. Qvarnstrøm, økonomidirektør og Annlaug Øygarden Brekke, økonomisjef
8.3.2016	Per Engstrand, fagdirektør og Kjetil Juva, samhandlingssjef
8.3.2016	Nina Føreland, organisasjonsdirektør og Bente Melhus, enhetsleder ressursstyring
9.3.2016	Per W. Torgersen, teknologidirektør og Leif Steinar Brådland, avdelingsleder Klinisk IKT
12.4.2016	Nina Hope Iversen, klinikkdirektør SSK
12.4.2016	Øystein Berg, avdelingsleder Ortopedisk avdeling
12.4.2016	Tone Kr Hansen avdelingsleder - Kirurgiske senger
12.4.2016	Grete Erdvik, avdelingsleder - avdeling for anestesi
13.4.2016	Linda A Stiansen Johansson, Enhetsleder Ortopedisk sengepost 3C Torild Haustreis, enhetsleder Kirurgisk post 4A Elin Løvdal Østerberg, enhetsleder Kirurgisk post 3A
13.4.2016	Ole Rysstad, avdelingssjef Medisinsk avdeling
13.4.2016	Grethe Abusdal, enhetsleder Intensiv Ann-Helen Dolsvåg, enhetsleder Anestesi Martin Hauge assisterende enhetsleder Akuttmottak

19.4.2016	Annette Echrict Solinski, klinikkdirektør
19.4.2016	Katrin Jahnke, avdelingsleder Kirurgi
19.4.2016	Ann Sissel Haukland, enhetsleder Intensiv enhet Alexandra G J Smit-Stroet, enhetsleder Akuttmottak Therese Holm, enhetsleder Kirurgisk post
19.4.2016	Trine Marie Nesheim, avdelingsleder Medisinsk avdeling
20.4.2016	Berit Grønning Nielsen, Klinikkdirektør og Siv Osen Ostermann, kst klinikkdirektør (til 7.3.16)
20.4.2016	Arne Martin Jakobsen, avdelingsleder - anesthesiavdelingen
20.4.2016	Helene Christian Topstad, enhetsleder anesthesi Kristin Epland, enhetsleder Akuttmottak Berit Vrålstad, enhetsleder Intensiv/oppvåkning

### Gjennomførte informasjonsmøter

Dato	Navn og tittel
30.11.15	Brukerutvalget v/ avtroppende leder ... og påtroppende leder Håkon Steen
8.3.2016	Tillitsvalgte og hovedvernombud v/ Bjørg S. Nicolaisen FTV NSF, Arve Vesterfjell HTV NSF SSK, Bente Liv Hagen HTV NSF SSA, Lene Gundersen Peersen HTV NSF SSK, Gunn Eva Sundstøl HTV Fagforbundet SSK, Torill Skaiaa Førund HTV Fagforbundet SSA, Randi Torjussen HVO SSK, Jarle Kristensen HVO SSA, Egil Hagen drlf SSA, Hilde Fleitscher Ergoterapiforbundet FTV, Thor Erling Fosse Engemyr Ylf SSA, Merete Hoel Fagforbundet FTV

### Saksgang og rapportbehandling (ferdigstilles i endelig rapport)

Dato	Aktivitet
9.5.16	Oversendt utkast funn fra revisjonen til administrerende direktør
12.5.16	Verifiseringsmøte av funn gjennomført
23.5.16	Tilbakemelding på funn fra administrerende direktør
10.5.16	Oversendt funn fra revisjonen til styreleder
27.5.16	Verifiseringsmøte av funn gjennomført med styreleder (forberedende møte)
30.5.16	Oversendelse av endelig rapport
15.6.16	Rapporten styrebehandles