




## Rapport 2/2012

# Regional revisjon av helseforetakenes styringssystem for eierkrav



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
05.03.2012

---

Rapport nr.	2/2012
Revisjonsperiode	oktober 2010 – september 2011
Virksomhet	Helse Sør-Øst
Rapportmottaker	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
Kopi	Administrerende direktør HF Styret i helseforetaket v/styreleder Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisor	Liv Todnem, Karl-Helge Storhaug, Marte Vestengen, Christian Stensrud

---

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen.....	7
1.2 Omfang og avgrensing .....	7
1.3 Prosess og metode .....	7
<b>2. Revisjon av ivaretagelse av styringskrav</b> .....	<b>8</b>
2.1 Grunnlaget for kartleggingen.....	8
<b>3. Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF</b> .....	<b>10</b>
3.1 Mottak av styringskrav .....	10
3.2 Forankring av eierkrav .....	11
3.3 Gjennomføring og oppfølging av eierkrav .....	12
3.4 Rapportering på eierkrav .....	14
<b>4. Krav om risikovurderinger</b> .....	<b>15</b>
4.1 Gjennomføring av risikovurderinger .....	15
4.2 Risikovurdering som grunnlag for prioritering og vurdering av effekter .....	15
4.3 Risikovurderingenes betydning for styrets årsplan .....	16
<b>5. Styrets arbeid i forhold til eiers krav og mål</b> .....	<b>18</b>
5.1 Styrets arbeid – grunnleggende forhold .....	18
5.1.1 Instruksjer.....	18
5.1.2 Introduksjon og opplæring av styremedlemmer .....	19
5.2 Årsplanlegging .....	19
5.3 Saksforberedelse og fremlegg .....	20
5.4 Behandling i styret .....	22
5.5 Oppfølging av protokoll.....	22
6. Informasjonsgrunnlag, saksgang og rapportbehandling .....	24
6.1 Informasjonsgrunnlag .....	24
6.2 Saksgang.....	24
<b>7. Helseforetakenes oppfølging</b> .....	<b>25</b>
<b>Vedlegg - Oppsummering pr helseforetak</b> .....	<b>26</b>

## Sammendrag

Denne revisjonsrapporten må leses i lys av at revisjonen har pågått over tid og at alle helseforetakene har arbeidet proaktivt med forbedringer i revisjonsperioden. Tilsvarende er det også i perioden gjort forbedringer knyttet til utforming av dokumenter og rapportstøtte i det regionale helseforetaket som er bekreftet av helseforetakene underveis i revisjonen. Revisjonsprosessen og dialogen underveis med alle parter har vært god.

Revisjonen har som et overordnet mål å bidra særskilt til læring og utvikling innenfor virksomhetsstyring. Revisjonsrapporten har derfor referanse til to sentrale dokumenter som er utviklet og gjort gjeldende i perioden i Helse Sør-Øst;

- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst, desember 2010
- Veileder for styrearbeid i helseforetak, oktober 2011

I dette sammendraget gjengis kort hovedfunnene i revisjonen.

### Kort om revisjonen

Tjenesteleveransene fra helseforetakene er kompleks og omfatter forventninger til både leveransen (omfang og kvalitet) og krav til de rammer tjenesten leveres innenfor. Helse Sør-Øst RHF har valgt å samle alle krav og forventninger i et eget årlig dokument, *oppdrag og bestilling*. Dette dokumentet gjøres gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter i januar/februar hvert år.

Revisjonen inngår i revisjonsplan 2010-2011 vedtatt av revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF. Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer og aktiviteter for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av eierkrav som sikrer gjennomgående styring mot felles mål.

Målsettingene har vært å kartlegge og vurdere om:

- Protokoller og styresaker fra styremøtene i helseforetakene bekrefter mottak av eiers oppdrag og bestilling
- Protokoller og styresaker gjenspeiler styrenes dialog om hva eiers styringskrav betyr for helseforetaket, samt om styret i helseforetaket forsikrer seg om at sakene de får til behandling sikrer ivaretagelse av styrets ansvar og oppgaver
- Helseforetaket har etablert et system for oppfølging av styrevedtak i eget helseforetak som sikrer forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier.

Revisjonen har omfattet alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, og kartleggingen og vurderingen har omfattet helseforetakenes systemer og aktiviteter for å sikre ivaretagelse av det samlede oppdrag fra eier. Revisjonen startet dokumentanalysen i 2010 med utgangspunkt i *Årlig melding 2009, Oppdrag og bestilling 2010*, til og med styrebehandling av *Årlig melding 2010* og styrebehandling av *Oppdrag og bestilling 2011*.

De regionale prosessene knyttet til budsjettering og rapportering er ikke spesifikt behandlet i denne revisjonen. Det forutsettes at dette arbeidet er fulgt opp i tråd med de prosedyrer og fremdriftsplaner som er etablert for helseforetaksgruppen.

Revisjonen er bygget opp i 3 deler hvor del 1 omhandler Oppdrag og bestilling, del 2 omhandler krav om risikovurdering og del 3 omhandler styrets praktiske arbeid. Det er elementer fra eierstyring, risikostyring og tilhørende viktige elementer i intern styring og kontroll som er undersøkt.

Resultatet av revisjonen omhandler ikke innhold i Oppdrag og bestilling eller innhold i Årlig melding fra det enkelte helseforetak, men om det enkelte helseforetak har system og aktiviteter som bidrar til å sikre at styringskravene fra eier leggestil grunn for virksomheten.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i hvordan det enkelte styre og helseforetak dokumenterer sitt styringssystem. Imidlertid vil det også i enhver virksomhet være styringsdialog som går utover det som er undersøkt i revisjonen og som også er en viktig del av virksomhetsstyringen.

## Hovedfunn

Hovedfunnene fra revisjonen for det enkelte helseforetak er oppsummert i møter med ledelse og styret i løpet av 2011 og det enkelte helseforetak har iverksatt tiltak i forhold til de funn som var relatert til sin virksomhet. I kap.7 med vedlegg fremkommer status i tiltaksarbeidet for det enkelte helseforetak.

### *Del 1 Oppdrag og bestilling*

- **Mottak av eierkrav (jf. pkt 3.1)**

Helseforetakenes måte å synliggjøre betydningen av eierkravene er utviklet i perioden fra 2010 til 2011. Styrene fikk i 2011 mer utførlig redegjørelse for hvordan helseforetaket på en systematisk måte il legger eierkravene til grunn for virksomheten, enn de fikk i 2010.

Dokumentanalysen av styresaker og protokoller fra 2010 viste at det varierte hvorvidt styrene ble informert om helseforetakets organisering av arbeidet med Oppdrag og bestilling. For 2011 har helseforetakene i større grad fulgt samme praksis som det regionale helseforetaket i forhold til å fremlegge for styret oversikt over hvordan de ulike oppgaver i oppdraget fra eier ansvarssettes i organisasjonen.

- **Forankring av eierkrav (jf. pkt 3.2)**

I 2011 sikret helseforetakene i større grad enn i 2010 forankring av Oppdrag og bestilling fra eier gjennom ledelsesdialogen. Helseforetakene har også i 2011 i større grad enn i 2010 foretatt en operasjonalisering og oppgavefordeling av alle eierkravene internt. Holdningene til det systematiske arbeidet med Oppdrag og bestilling har bedret seg og bidratt til økt ledelsesmessig fokus.

Organiseringen av arbeidet i helseforetakene med å ivareta de krav og mål som gjelder for virksomheten er hovedsakelig foretatt gjennom å ansvarssette lederlinjen ved divisjons-/klinikkdirektørene. Enkelte helseforetak har også delt mellom systemansvar (praktisk tilrettelegging) på stabsnivå og utøvende ansvar i linjen. Dette gjelder både i forhold til hvordan helseforetaket sørger for å sikre etterlevelse av lov- og forskriftskrav gjennom etablering av prosedyrer, systemer og opplæring, samt implementering av de beslutninger og vedtak som fattes av ledelse og styret.

Revisjonen har vist at enkelte helseforetak ikke har et standardisert eller enhetlig og gjennomgående opplegg for å gi ansvar og myndighet til ledere på alle ledernivåene, og at ikke alle helseforetak har ansvarssatt alle mål og krav i Oppdrag og bestilling.

- **Gjennomføring og oppfølging (jf. pkt 3.3)**

I helseforetak hvor det ikke var en tydeliggjøring av roller og oppgaver i forhold til stab/støtte og linje, og hvor ”alle” hadde et definert ansvar, var handlingsplaner for gjennomføring og oppfølging ofte etablert. De var imidlertid ikke helhetlige og dekket ikke gjennomgående oppfølging av leveranse på mål og etterlevelse av krav fra eier.

Med unntak av Sykehuset Østfold HF, var det ikke etablert gjennomgående praksis med statusrapportering på Oppdrag og bestilling i helseforetakene i 2010. I 2011 har flere av helseforetakene endret til denne form for praksis og styret blir i større grad informert om status som ledd i risikovurderingene som fremlegges for styret.

- **Rapportering på krav (jf. pkt 3.4)**

Dokumentstudien i revisjonen viste at det var ulike måter å svare opp mål og krav i Oppdrag og bestilling i Årlig melding. Ett helseforetak hadde ikke svart på flere av punktene i tilbakerapporteringen til eier. Dette er fulgt opp av det regionale helseforetaket. På grunnlag av revisjonen har helseforetakene iverksatt forbedringer i arbeidet med å benytte Årlig melding som et verktøy for å avstemme rapporteringsdelen mot Oppdrag og bestilling.

### *Del 2 Krav om risikovurdering*

- **Gjennomføring av risikovurdering (jf. pkt 4.1)**

For sju av helseforetakene var det behov for økt fokus på bruk risikovurdering som et ledelsesverktøy på alle ledernivåene. Fire av helseforetakene hadde en tilnærming som bidrar til mulighet for gjennomgående styring.

Analysen viste at flere helseforetak i 2010 ikke hadde en samlet risikovurdering tertialvis, men at risikoen ble fremstilt på forskjellig måte i Årlig melding, i virksomhetsrapportering og i referat fra Ledelsens gjennomgåelse. Årsaken til den til dels fragmenterte fremstilling var at risikovurderingen ikke var gjennomført med utgangspunkt i mål og krav i Oppdrag og bestilling. Kravene til lederne på ulike nivå varierte i forhold til å benytte risikovurdering som ledelsesverktøy og nedfelle resultatet av denne på en omforent strukturert måte varierte – og har i noen grad vært oppfattet som rapportering og ikke som et ledelsesverktøy.

- **Risikovurdering som grunnlag for prioritering og vurdering av effekter (jf. pkt 4.2)**

Dokumentanalysen viste at redegjørelsene som administrasjonen la frem for styret i helseforetaket hadde varierende fokus på forholdet mellom forventninger til effekt av og bruk av ressurser på tiltakene, samt hvordan effekt skulle måles. For noen helseforetak fremkom både effekter av tiltak og endringer i risikobildet på en sporbar måte fra tertial til tertial, mens det for andre ikke var mulig å lese av styresaken om arbeidet med risikovurderinger og tiltak hadde ført til en prioritering (styring) som ga bedre måloppnåelse. I styrevedtakene som ble gjennomgått som ledd i revisjonen var det i liten grad sporbart om administrasjonen ble bedt om redegjørelse for effekt av tiltak.

### *Del 3 Styrets arbeid i forhold til eiers krav og mål*

- **Styrets arbeid – grunnleggende forhold (jf. pkt 5.1)**

Instruks for administrerende direktør fastsettes av styret (HFL § 29). For å sikre korrekt ansvars- og oppgavefordeling forutsettes det at punkter i styrets instruks som omhandler oppgaver for administrerende direktør må fremkomme i instruks for administrerende direktør. Dokumentstudien viste imidlertid at denne fordelingen ikke alltid tydelig fremkommer.

Helseforetakene har etablert til dels ulik praksis med hensyn til hvorvidt eller hvordan nye styremedlemmer introduseres til sitt verv. Det er også forskjeller på hvordan introduksjonen for eieroppnevnte styremedlemmer og introduksjon for ansattevalgte representanter i styret gjennomføres, og hvilken styreopplæring som gjennomføres i fellesskap for å sikre felles forståelse av styrets ansvar og oppgaver.

- **Årsplanlegging (jf. pkt 5.2)**

I alle helseforetakene pågår det en utvikling av årsplan for styret. Det som revisjonen gjennomgående viser, og som ikke er kommentert i oppsummeringen til det enkelte helseforetak, er at årsplanene i liten grad reflekterer hvilke saker som dekker de hovedoppgaver som er knyttet opp til det ansvar styret har og hvordan de ulike hovedoppgavene vektlegges i løpet av året.

- **Saksforberedelse og fremlegg (jf. pkt 5.3)**

Revisjonen har vist at det er ulik praksis i helseforetakene for involvering både på saksnivå og egne møteopplegg, samt at forventningene til hva involvering innebærer, oppfattes å være ulike. I alle helseforetakene er det praksis at involvering fra ansatte og brukere ivaretas av saksansvarlig i forhold til den enkelte sak.

- **Oppfølging av protokoll (jf. pkt 5.5)**

Det varierer om helseforetakene fremlegger oversikt over utestående vedtak ("pending list") og også om styret kan få en oversikt over alle saker med vedtak tilbake i tid. Det har vært etablert ulike løsninger for å ha oversikt i administrasjonen og ulike løsninger i forhold til om oversiktene fremlegges for styret, for eksempel ved informasjon til nye styremedlemmer.

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

Revisjonen inngår i revisjonsplan 2010-2011 vedtatt av revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF. Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer og aktiviteter for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av eierkrav som sikrer gjennomgående styring.

Målsettingene har vært å kartlegge og vurdere om:

- Protokoller og styresaker fra styremøtene i helseforetakene bekrefter mottak av eiers oppdrag og bestilling
- Protokoller og styresaker gjenspeiler styrenes dialog om hva eiers styringskrav betyr for helseforetaket, samt om styret i helseforetaket forsikrer seg om at sakene de får til behandling sikrer ivaretagelse av styrets ansvar og oppgaver
- Helseforetaket har etablert et system for oppfølging av styrevedtak i eget helseforetak som sikrer forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier.

## 1.2 Omfang og avgrensing

Revisjonen har omfattet alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, og kartleggingen og vurderingen har omfattet helseforetakenes systemer og aktiviteter for å sikre ivaretagelse av det samlede oppdrag fra eier. Revisjonen startet dokumentanalysen i 2010 med utgangspunkt i Årlig melding 2009, Oppdrag og bestilling 2010, til og med styrebehandling av *Årlig melding 2010* og styrebehandling av *Oppdrag og bestilling 2011*. Revisjonen har ikke omfattet vurdering av innhold og kvalitet i forhold til hvordan alle krav og mål fra eier svares opp i Årlig melding til eier.

De regionale prosessene knyttet til budsjettering og rapportering er ikke spesifikt behandlet i denne revisjonen. Det forutsettes at dette arbeidet er fulgt opp i tråd med de prosedyrer og fremdriftsplaner som er etablert for helseforetaksgruppen.

## 1.3 Prosess og metode

Kartleggingen er gjennomført som en dokumentstudie av styresaker og protokoller, intervjuer og innhenting av tilleggsdokumenter. Resultatet av gjennomgangene er verifisert av helseforetaket og presentert for styret i det enkelte helseforetak.

Kartleggingen er gjennomført i forhold til grunnleggende krav for intern styring og kontroll, og vurderingen fremkommer under det enkelte hovedpunkt som områder for forbedring.

I revisjonsrapporten er det gitt henvisninger til følgende dokumenter som er utviklet i Helse Sør-Øst RHF i samme periode som revisjonen har pågått:

- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst, desember 2010
- Veileder for styrearbeid i helseforetak, oktober 2011

## 2. Revisjon av ivaretagelse av styringskrav

### 2.1 Grunnlaget for kartleggingen

Helseforetaksloven (HFL) nedfeller organiseringen av spesialisthelsetjenesten, herunder etableringen av regionale helseforetak og den videre organiseringen i helseforetak. Loven danner grunnlaget for de prinsipper som gjelder for eierstyringen. Lovkravene er ytterligere konkretisert i helseforetakets vedtekter.

De regionale helseforetakene vil i sin eierstyring av helseforetakene forholde seg til de rammer og mål som er fastsatt av Stortinget og videreført av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokument og foretaksprotokoller. Disse rammene og målene er videreutviklet av de regionale helseforetakene gjennom eksempelvis fastsetting av strategier, planer, budsjetter mv. og danner grunnlaget for den eierstyring som utøves i forhold til helseforetakene (ref. pkt. 2.4 i *Veileder for styrearbeid i helseforetak*).

Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal ivareta oppgaver som følger av oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det understrekes at helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt og at foretaksstyrene og ledelsen dermed har selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og foreta lukking av avvik.

Styret er virksomhetens øverste styringsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven og da særlig kapittel 6 og 7 samt vedtektene. Det er viktig for styret å ha kunnskap om disse bestemmelsene og ta hensyn til dette i utøvelsen av sitt arbeid.

Helseforetakenes styrer og ledelse må etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene og at det gjøres forbedringer der det trengs. Ledelsen plikter også å legge til rette for at helsepersonell skal kunne gi forsvarlige helsetjenester. Dette er i henhold til pkt 5.3 i *Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst*, som er gjort bindende for helseforetakene i Oppdrag og bestilling 2011 og som skal legges til grunn for videreutvikling av virksomhetsstyring i helseforetakene.

For det enkelte helseforetak innebærer det at det må dokumenteres hvordan mål og krav i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF legges til grunn for virksomheten. I denne revisjonen er det undersøkt følgende (med henvisning til kapittel):

- Arbeidet med Oppdrag og bestilling er organisert i helseforetaket. (linje/stab) (kap3.1)
- Fordeling og ansvarssetting av alle deler av Oppdrag og bestilling skjer på en strukturert måte i foretaket (kap. 3.1)
- Det er etablert aktiviteter som sikrer kommunikasjon og informasjon om Oppdrag og bestilling (kap. 3.2)
- Roller, ansvar, oppgaver og myndighet formaliseres i dokumenter på alle nivå (kap. 3.2)
- Risikovurdering av Oppdrag og bestilling, i tråd med krav fra eier, gjennomføres på alle nivå (kap. 3.3 og 4.1)
- Risikovurderingene danner grunnlag for prioritering (kap. 3.3 og 4.2)
- Handlingsplaner eller lignende er på plass og sikrer gjennomføring av aktiviteter som skal sikre oppfyllelse av mål og krav (kap. 3.3)
- Måling av effekter av tiltak basert på risikovurdering (kap. 4.2)



- Oppfølging av gjennomføring dokumenteres – statusrapporteres til styret (kap. 3.3)
- Det rapporteres på alle punkter i Årlig melding til eier (kap. 3.4)

Med utgangspunkt i styrets forvaltningsoppgaver (HFL§28) og tilsynsoppgaver (HFL§29) (ref pkt. 4.3 i *veileder for styrearbeid i helseforetak*) kan styrets hovedoppgaver organiseres som følger:

Forvaltningsansvaret (HFL§ 28) som består av strategioppgaver og organiseringsoppgaver:

- Strategioppgaven innebærer å etablere mål, og sette kurs for å nå disse gjennom fastsetting av strategiske planer og rammer for operative planer, samt budsjetter.
- Organiseringsoppgaven innebærer å sørge for at foretaket er riktig organisert, har de nødvendige ressurser, og ansvarsdeling, samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer. (kap. 3.1 og 3.2)

Tilsynsansvaret (§ 29) består i kontrolloppgaver:

- Kontrolloppgaven innebærer å forvisse seg om at foretaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelser, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes (kap. 3 og 4)

Både forvaltningsansvaret og tilsynsansvaret innebærer at styret må undersøke (utdrag fra pkt. 5.1 i *rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst*):

- Om det finnes en klar og entydig forståelse av foretakets risikoprofil og risikoområder.
- Hva som til enhver tid er kritisk risiko i forhold til måloppnåelse både i forhold til pasientbehandlingen, økonomi mv.
- Om det er tilstrekkelig ledelsesressurser allokert til identifisering, vurdering og behandling av risikoområdene.
- Om det er en kultur som sikrer fokus på risiko og som tillater åpen informasjon om avvik, feil og mangler.
- Om styret får informasjon om risiko, avvik og hendelser.
- Om riktig informasjon kommer til styret i rett tid og i en form som gjør styret i stand til å ivareta sitt ansvar.

Revisjonsrapporten er bygget opp slik at den kan gi et bidrag inn i helseforetakenes operasjonalisering av dette rammeverket.

### 3. Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF

Tjenesteleveransene fra helseforetakene er kompleks og omfatter forventninger til både leveransen (omfang og kvalitet) og krav til de rammer tjenesten leveres innenfor.

Helse Sør-Øst RHF har valgt å samle alle krav og forventninger i et eget årlig dokument, ”Oppdrag og bestilling”. Dette dokumentet gjøres gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter i januar/februar hvert år. Her presiseres det også årlig at virksomheten skal drives innenfor gjeldende lover og forskrifter, samt krav som er nedfelt i tidligere oppdragsdokumenter og foretaksprotokoller.

#### 3.1 Mottak av eierkrav

Styret i helseforetaket er øverste ansvarlig for virksomheten og ansvarlig for å påse at det er et tilfredsstillende opplegg/system som er etablert for å implementere eierkravene på de ulike nivå i helseforetaket.

Det er undersøkt:

- Hvordan arbeidet med Oppdrag og bestilling er organisert i helseforetaket.(linje/stab)
- Om fordeling og ansvarssetting av alle deler av Oppdrag og bestilling skjer på en strukturert måte i helseforetaket

#### Funn

I 2010 ble Oppdrag og bestilling behandlet som beslutningssak i 9 av helseforetakene, mens eierkravene for 2011 gjennomgående ble behandlet som beslutningssak i alle helseforetakene. Flere av helseforetakene synliggjorde i 2010 i liten grad i saksfremlegg og vedtak at eierkravene danner grunnlag for virksomheten. I styrevedtakene for 2011 fremkommer i større grad styrenes forventninger til administrerende direktør om at Oppdrag og bestilling legges til grunn for helseforetakets virksomhet.

Helseforetakenes måte å synliggjøre betydningen av eierkravene er utviklet i perioden fra 2010 til 2011. Styrene fikk i 2011 mer utførlig redegjørelse for hvordan helseforetaket på en systematisk måte legger eierkravene til grunn for virksomheten.

Dokumentanalysen av styresaker og protokoller fra 2010 viste at det varierte hvorvidt styrene ble informert om organiseringen av arbeidet med Oppdrag og bestilling. For 2011 har helseforetakene i større grad fulgt samme praksis som det regionale helseforetaket i forhold til å fremlegge for styret oversikt over hvordan de ulike oppgaver i oppdraget fra eier ansvarssettes i organisasjonen.

#### Oppsummering

For fire av helseforetakene er det vurdert behov for tiltak for å styrke helhetlig fokus ved organiseringen av arbeidet. For de øvrige gjelder å fortsette pågående utvikling av gjennomgående styring.

#### Forbedringspunkter

- Administrerende direktør bør legge frem for styret en oversikt over hvordan helseforetaket organiserer arbeidet med Oppdrag og bestilling samt fremlegge plan for statusrapportering.
- Styret bør legge planer for videre oppfølging av organisering av arbeidet med oppgaver og ansvar i forhold til helseforetakets Oppdrag og bestilling og foretaksprotokoller.

## 3.2 Forankring av eierkrav

Det er undersøkt hvilket opplegg helseforetakene har etablert for å sikre forankring av Oppdrag og bestilling 2010 med de forventninger som styret har vedtaksfestet eller som fremkommer av instruks for administrerende direktør. Det er konkret sett etter om;

- Det er etablert aktiviteter som sikrer kommunikasjon og informasjon om Oppdrag og bestilling.
- Lederkontrakter/avtaler eller andre former for formelle dokumenter er etablert på ledernivå.
  - Tilretteleggeransvar for stab/støtte og utøveransvar i linjen er definert og bekreftet.
  - Fullmaktssystem knyttet til rolle, ansvar og oppgaver i lederkontraktene er etablert.

### Funn

Kommunikasjon og informasjon har betydning for hvordan Oppdrag og bestilling forankres og bidrar til gjennomgående styring og ledelse helt ut i helseforetaket. Revisjonen har vist at forankringsarbeidet varierer i helseforetakene med hensyn både til hvordan styringsbudskapet kommuniseres og hvor langt ned i organisasjonen mål og krav inngår som en del av ledernes resultatkrav. Det som er vektlagt i vurderingen er hvorvidt det kan bekreftes at styringsbudskapet når helt ut til ledere på alle nivå, og danner grunnlag for virksomheten i hver enkelt enhet.

I 2011 sikret helseforetakene i større grad enn i 2010 forankring av Oppdrag og bestilling fra eier gjennom ledelsesdialogen. Helseforetakene har også i 2011 i større grad enn i 2010 foretatt en operasjonalisering og oppgavefordeling av alle eierkravene internt. Holdningene til det systematiske arbeidet med Oppdrag og bestilling har bedret seg og bidratt til økt ledelsesmessig fokus.

Organiseringen av arbeidet med å ivareta de krav og mål som gjelder for virksomheten er hovedsakelig foretatt gjennom å ansvarssette lederlinjen ved divisjons-/klinikkdirektørene. Enkelte helseforetak har også delt mellom systemansvar (tilrettelegging) på stabsnivå og utøvende ansvar i linjen.

Helseforetakene benytter ulike verktøy for å foreta fordeling av ansvar og oppgaver knyttet til Oppdrag og bestilling fra eier til lederne og hvor dokumentene eksempelvis benevnes *oppdragsdokument*, *driftsavtale* eller *Lederavtale/ kontrakt* (i teksten videre refereres disse dokumentene som Lederavtaler). Noen av dokumentene er knyttet opp mot stillingsbeskrivelser eller andre dokumenter. Medarbeidersamtaler /ledersamtaler med referatføring/samarbeidsavtaler er også verktøy som benyttes for å klargjøre den enkeltes ansvar, oppgaver og myndighet (fullmakter).

Revisjonen har vist at ikke alle helseforetak har et standardisert eller enhetlig og gjennomgående opplegg for å gi ansvar og myndighet (fullmakter) til ledere på alle ledernivåene, og ikke alle helseforetak har foretatt ansvarssetting av alle mål og krav i Oppdrag og bestilling.

Dokumenter på nivå 1 (interne retningslinjer og instruks) i kvalitetssystemet kobles kun hos noen helseforetak mot lederavtaler slik at det ved undertegning av avtalen formelt sikres at leder har kjennskap til hvilke styrende dokumenter som skal etterleves. Eksempelvis gjelder dette ansvarliggjøring av oppgaver i forhold til leders ansvar for intern styring og kontroll, som igjen bl.a. omfatter ansvar for kompetansebygging og bruk av risikovurdering som verktøy.

Helseforetakene bestemmer selv ut fra sitt ansvar for intern styring og kontroll hvilket opplegg for forankring av styringskravene helseforetaket skal ha, og hvilken form for dokumentasjon som er tilstrekkelig for å sikre god forankring. Oppsummert vurderes det slik at lederne er kjent med Oppdrag og bestilling og spesifikke mål fra eier. Det er imidlertid i varierende grad et

gjennomgående opplegg i helseforetakene som sikrer avklaringer i forhold til den enkelte leder om forventninger til leveranse på relevante deler utover eksplisitt drift som fremkommer av budsjett.

Der forankringen ikke bidrar til sammenheng mellom roller, ansvar, oppgaver og myndighet, samt gjensidig forståelse av hva det betyr av aktiviteter og oppgaver som skal løses, vil gjennomføringen kunne utebli eller implementering ikke skje som forutsatt.

### **Oppsummering**

For ni av helseforetakene er det behov for tiltak for å sikre at lederne gis tydelig ansvar og myndighet, samt får et helhetlig målfokus. For de øvrige er pågående utvikling av gjennomgående styring godt i gang.

### **Forbedringspunkter**

- Det bør utvikles aktiviteter for kommunikasjon og informasjon av eierkravene slik at alle nivåene får kunnskap om grunnlaget for virksomheten i helseforetaket.
- Det bør sikres en organisering av arbeidet med å ivareta eierkravene som tydeliggjør mål og krav til ledere på alle nivå, også innenfor stab.
- Det bør tydeliggjøres krav til etterlevelse av helseforetakets interne styrende dokumenter og vedtak.
- Fullmakter bør kommuniseres i avtalene med ledere på alle nivå.

## **3.3 Gjennomføring og oppfølging av eierkrav**

Det er undersøkt om helseforetakene legger planer for gjennomføring av aktiviteter relatert til de mål og krav som er nedfelt i Oppdrag og bestilling, samt har en jevnlig oppfølging av at fremdriften er i tråd med krav og forventninger.

Konkret er det undersøkt om:

- Risikovurdering av Oppdrag og bestilling i tråd med krav fra eier gjennomføres på alle nivå.
- Risikovurderingene danner grunnlag for prioritering.

I kapittel 4.1 og 4.2 blir temaet risikovurdering som verktøy behandlet særskilt. Dette kapitlet beskriver funn i forhold til om:

- Handlingsplaner eller lignende er på plass og sikrer gjennomføring av aktiviteter som skal sikre oppfyllelse av mål og krav.
- Oppfølging av gjennomføring dokumenteres – statusrapporteres til styret.

I tillegg er et spesifikt krav i Oppdrag og bestilling konkret undersøkt:

- Krav om styrebehandling i 2010 av Regionale etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt.

### **Funn**

Alle helseforetakene benytter risikovurdering som verktøy for prioritering i sitt arbeid og rapporterer til Helse Sør-Øst RHF i tråd med krav i Oppdrag og bestilling på helseforetaksnivå. I 2010 ble imidlertid ikke krav i pkt. 3.0-03 i Oppdrag og bestilling gjennomført i alle helseforetakene. Kravet var at vedtatte mål for 2010 (dvs. alle innsatsområdene) skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. Risikovurderingene danner dermed ikke grunnlag for en gjennomgående prioritering av tiltak og

bruk av ressurser i den enkelte enhet og i helseforetaket samlet sett. Funn for det enkelte helseforetak fremkommer i den detaljerte oppsummeringen i vedlegg til rapporten. Helseforetakene benytter ulike opplegg og har i ulik grad standardisert arbeidet med handlingsplaner, både i linjen og innenfor stabene. Hovedforskjellen ligger i hvorvidt det er handlingsplaner eller oppdrag som blir gjennomgående styrende. Eksempelvis kan handlingsplaner med utgangspunkt i hele oppdraget danne grunnlaget for hvordan det enkelte ledernivå ansvarssettes og fordeler oppgaver, eller det kan være gitt oppdrag til den enkelte leder som igjen planlegger og ansvarssetter ledere på neste nivå. De valgte tilnærmingene til planlegging av gjennomføring av oppdraget kan inndeles i følgende:

*Handlingsplaner for gjennomføring av mål og krav i Oppdrag og bestilling utarbeides på nivå 2 og disse planene (på divisjon eller klinikknivå) legges til grunn for avdelingsplaner. Derfra er det en individuell tilnærming til hvordan planene implementeres.*

*Oppdrag og bestilling fordeles mellom nivå 2 lederne (linje og stab) og danner grunnlaget for oppdragsavtaler/ driftsavtaler med den enkelte leder på nivå 2 og videre til neste nivå.. Handlingsplanene blir etablert som en konsekvens av dette.*

*Oppdrag og bestilling fordeles og danner grunnlag for et oppdrag til nivå 2 leder som kobles mot en lederavtale/ kontrakt. Gjennomgående struktur for alle ledernivåene. Fremdrift bestemmes ut fra plan om oppfølging.*

*Lederavtaler med spesifikke mål og resultat krav legges til grunn for utarbeidelse av handlingsplaner innenfor den enkelte enhet uten at dette er koblet sammen med Oppdrag og bestilling. (Gjennomgående mål og resultatstyring)*

I revisjonen er det også foretatt en undersøkelse av om ledere på ulike nivå i helseforetaket er kjent med Oppdrag og bestilling fra eier, samt hvordan de omsetter mål og krav i Oppdrag og bestilling i sitt daglige arbeid. Intervjuene med ledere på nivå 3 og 4 viste gjennomgående at de er kjent med Oppdrag og bestilling fra eier og har en positiv holdning i forhold til å få tydelige mål og krav for egen enhet.

Kartleggingen av de etablerte oppleggene i helseforetakene for 2010 viste at ikke alle deler av Oppdrag og bestilling er ansvarssatt. Der hvor det ikke er en tydeliggjøring av roller og oppgaver i forhold til stab/støtte og linje, evt. at "alle" har ansvar, vil etablering av handlingsplaner for gjennomføring samt oppfølging gjerne være tilstede, men dekket ikke helhetlig og gjennomgående oppfølging av leveranse på mål og etterlevelse av krav fra eier.

Det fremlegges månedlig virksomhetsrapportering til styret i det enkelte helseforetak, hvor status på deler av Oppdrag og bestilling fremkommer. I virksomhetsrapporteringen fremkommer de kvantifiserbare målene og kravene inngår i et systematisk mål- og resultatstyringsopplegg basert på rapporteringskravene fra Helse Sør-Øst RHF. De øvrige delene av Oppdrag og bestilling som består av føringer av ulik karakter, etterlevelse lov og forskriftskrav, samt kvalitative mål og krav rettet direkte inn mot spesifikke deler av virksomheter fremlegges som enkeltsaker og/eller i årlig melding.

Det var ikke etablert noen gjennomgående praksis med statusrapportering på Oppdrag og bestilling i helseforetakene i 2010. Unntaket var Sykehuset Østfold HF som fremlegger for styret en halvårlig status på de mest vesentlige delene av Oppdrag og bestilling. I 2011 har flere av helseforetakene endret denne praksisen og styret blir i større grad informert om status som ledd i risikovurderingene som fremlegges for styret.

Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 095-2009, ble gjort gjeldende for helseforetakene fra 1.1.2010. Retningslinjene er oversendt helseforetakene for styrebehandling og videre oppfølging og implementering. Det skal iverksettes nødvendig opplæring og informasjon til alle ansatte om de vedtatte retningslinjer.

Alle helseforetakene har behandlet de etiske retningslinjene i sitt styre. De fleste helseforetakene har benyttet seg av opplæringsopplegget som var utviklet i fellesskap i Helse Sør-Øst (e-læring, brosjyrer etc.). De fleste helseforetakene har eller hadde hatt en systematisk oppfølging av at ansatte med bestillerfullmakt gjennomførte e-læringsprogrammet.

### **Oppsummering**

For ni av helseforetakene er det behov for tiltak for å sikre gjennomføring av de aktiviteter som er planlagt og prioritert som ledd i risikovurdering av Oppdrag og bestilling. Det dreier seg om økt fokus på helhet og fordeling i linje/stab. For de øvrige er pågående utvikling av gjennomgående styring godt i gang.

### **Forbedringspunkter**

- Det bør sikres bedre sammenheng mellom lederavtale/kontrakt og handlingsplaner for å implementere/operasjonalisere mål og krav fra eier for hele virksomheten.
- Det bør sikres at mål og krav som ikke måles kvantitativt også blir fordelt og inntas i lederavtaler og systematisk oppfølging av disse. Dette gjelder både for linje og stab.

## **3.4 Rapportering på eierkrav**

Det er undersøkt om:

- Det rapporteres på alle punkter i årlig melding til eier.

### **Funn**

Dokumentstudien i revisjonen viste at det var ulike måter å svare opp mål og krav i Oppdrag og bestilling i årlig melding. Ett helseforetak hadde ikke svart på flere av punktene i rapporteringen til det regionale helseforetaket for oppsummering til årlig melding for regionen.

Det er ulik praksis med hensyn til hvordan det enkelte styret behandler endelig årlig melding. Behandlingene skjer stort sett i to trinn hvor det først behandles et forslag fra administrerende direktør. Styret gir innspill til forslag og gir styreleder og administrerende direktør fullmakt til å ferdigstille dokumentet. Endelig versjon av dokumentet godkjennes formelt.

I dokumentstudien av styreprotokoller og styresaker fremkommer det i liten grad om årlig melding benyttes til å sikre avstemming mot Oppdrag og bestilling.

### **Oppsummering**

For fire helseforetak er det behov for å forbedre sammenhengen i rapportering gjennom året med endelig tilbakemelding i årlig melding.

### **Forbedringspunkter**

- Det bør sikres bedre sammenheng i ansvarsdelingen for Oppdrag og bestilling og for rapporteringsdelen av årlig melding.

## 4. Krav om risikovurderinger

### 4.1 Gjennomføring av risikovurderinger

Det er undersøkt:

- Hvordan risikovurdering gjennomføres på alle nivå.

#### Funn

Dokumentanalysen som er gjennomført av styresaker og protokoller fra starten av 2010 til begynnelsen av 2011, viste at alle helseforetak fremlegger risikovurderinger for sitt styre, samt rapporterer til det regionale helseforetaket pr 2. tertial slik det er stilt krav om i Oppdrag og bestilling 2010 (pkt. 3.03). Helseforetakene har etablert prosedyrer for risikovurdering, men ikke alle har stilt krav til alle ledernivåene om å gjennomføre risikovurderinger og bruke dette som et ledelsesverktøy for å prioritere og å sikre god styring. Det varierer hvorvidt helseforetakene har benyttet Ledelsens gjennomgåelse som verktøy når risikovurderingene gjøres eller annen form for tilnærming (for eksempel ved bruk av veileder for risikostyring fra Statens senter for økonomistyring).

Analysen viste også at flere helseforetak ikke hadde en samlet risikovurdering tertialvis, men at risikoen ble fremstilt på forskjellig måte i Årlig melding, i virksomhetsrapportering og i Ledelsens gjennomgåelse. I utgangspunktet skyldes det at dokumentene skrives av forskjellige personer med ulikt utgangspunkt. Årsaken til den til dels fragmenterte fremstilling var også at risikovurderingen ikke var gjennomført med utgangspunkt i Oppdrag og bestilling. Risikovurderingene som skal vise et helhetlig risikobilde og legges til grunn for prioritering av tiltak og bruk av ressurser, må være samordnet og gjennomgående for hele virksomheten.

#### Oppsummering

For sju av helseforetakene var det behov for økt fokus på bruk risikovurdering som et ledelsesverktøy på alle ledernivåene. Fire av helseforetakene hadde en tilnærming som bidrar til mulighet for gjennomgående styring.

#### Forbedringspunkter

- Det bør tydeliggjøres krav til ledere om bruk av risikovurdering for styring av egen enhet.
- Metodikk for risikovurderinger som et gjennomgående ledelsesverktøy bør utvikles

Det vises til kap.4.2 Etablering målsettinger og risikovurdering i *Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst* (som er gjort forpliktende for helseforetakene i Oppdrag og bestilling 2011).

### 4.2 Risikovurdering som grunnlag for prioritering og vurdering av effekter

Det er undersøkt om:

- Risikovurderingene i forhold til mål brukes som grunnlag for prioritering av tiltak.
- Måling av effekter av tiltak er basert på risikovurderinger.

Dokumentanalysen av styresaker i 2010 hvor administrasjonen fremla risikovurderinger og tiltak viste at det varierte hvor spesifikke tiltakene var, om de ble ansvarssatt og om det var konkretisert forventninger til tiltakene, samt om det var satt frister og krav til fremdrift. I noen tilfeller var tiltakene angitt som spesifikke mål og ikke et uttrykk for hva som måtte gjøres for å nå dette.

Øvrig del av dokumentstudien omfattet risikovurderingene utført på klinikk eller avdelingsnivå. Disse risikovurderingene viste at noen helseforetak hadde et gjennomgående risikobilde basert på aggregerte risikovurderinger fra flere ledernivå, og viste også endringer i risikobilde over tid. Ikke alle foretak hadde et gjennomgående opplegg for risikovurdering og derved ikke den samme mulighet for å synliggjøre hvordan risikovurderingen legges til grunn for prioriteringer.

Dokumentanalysen viste at redegjørelsene som administrasjonen la frem for styret i helseforetaket hadde varierende fokus på forholdet mellom forventninger til effekt og ressurser tiltaket krevde, samt hvordan effekt skulle måles. For noen helseforetak fremkom både effekter av tiltak og endringer i risikobildet på en sporbar måte fra tertial til tertial, mens det for andre ikke var mulig å lese av styesaken om arbeidet med risikovurderinger og tiltak hadde ført til en styring som gir bedre måloppnåelse. I styrevedtakene ble administrasjonen i liten grad bedt om redegjørelse for effekt av tiltak.

Tiltakene og handlingsplanene var i liten grad innrettet slik at de bedret grunnleggende svakheter i for eksempel organisering av arbeidet, ansvarsfordeling, kompetanseoppbygging, kultur og holdninger osv. (med referanse til elementer i intern styring og kontroll rammeverket for virksomhetsstyring).

I analysen ble det også kartlagt om det som ledd i risikovurdering og handlingsplaner for tiltak, var praksis å foreta vurdering av budsjettmessig dekning hvis tiltakene medførte bruk av ressurser utover det som var tiltenkt driften. Det fremkom at helseforetakene bruker ulike maler i dette arbeidet og det varierer hvorvidt denne vurderingen inngår i saksfremstillingen.

### **Oppsummering**

For seks av helseforetakene er det vurdert behov for å styrke fokuset på gjennomgående bruk av risikovurderinger som lederverktøy samt vurdering og synliggjøring av effekt av tiltak. For de øvrige fem er bruken av risikovurdering og måling av effekt i god utvikling.

### **Forbedringspunkter**

- Det bør utvikles opplæringstiltak i bruk av risikovurdering som ledelsesverktøy.
- Forventninger til effekt av tiltak og følge opp måloppnåelse bør synliggjøres.

## **4.3 Risikovurderingenes betydning for styrets årsplan**

Det er undersøkt om:

- Styret aktiv benytter de risikovurderingene som administrasjonen fremlegger for styret.
- Styret får tilstrekkelig kunnskap om forhold som er avgjørende for å ivareta sine oppgaver.

### **Funn**

Risikovurderingene var tilgjengelige for styret og ga styret mulighet for å etterspørre ytterligere informasjon om tiltaksarbeid ved behov. Dette ble vi informert om at styremedlemmene gjør. Denne vurderingen ble lagt til grunn i forhold til oppsummeringen i det enkelte helseforetak.

De fleste helseforetakene benytter verktøyet Ledelsens gjennomgåelse tertialvis på ett eller flere ledernivå og fremlegger resultatet av gjennomgangen for styret. Denne inkluderer også risikovurdering. Helseforetakene har noe ulik tilnærming til bruk av Ledelsens gjennomgåelse og gjennomføring av risikovurdering. Funn fra andre revisjoner konsernrevisjonen har gjennomført viser at enkelte foretak ikke har fremlagt et helhetlig risikobilde.



## Oppsummering

For tre av helseforetakene er det behov for utvikling av helhetlig fokus i risikovurderingen viktig for å gi styret et mer tydelig risikobilde for at styret skal kunne ta stilling til om det foretas riktig prioritering av tiltak. For de øvrige helseforetakene er utvikling i bruken av risikovurdering som ledelsesverktøy godt i gang.

## Forbedringspunkter

- Styrene bør i større grad etterspørre hvordan administrerende direktør har etablert, gjennomfører og følger opp intern styring og kontroll, herunder benytter risikovurdering i styringen av helseforetaket (ref pkt. 5.1 i *Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst*).
- Helseforetakene bør i større grad legge opp kontrollstruktur som ivaretar grunnleggende elementer i intern styring og kontroll i sitt daglige arbeid (ref kapitel 3 og 4) og som må kunne bekreftes overfor styret.

## 5. Styrets arbeid i forhold til eiers krav og mål

Revisjonen har hatt fokus på det praktiske styrearbeidet med hensyn til hvordan styrene innretter sitt arbeid for å påse at eiers krav og mål legges til grunn for virksomheten. Det er kartlagt hvordan foretaket sikrer sammenheng i planlegging av gjennomføring av styrets oppgaver og administrasjonens oppgaver. Det vises til pkt. 4.4 som omhandler styrets egenoppgaver i *Veileder for styrearbeid i helseforetak*.

Kapittel 5.1 i denne rapporten omtaler grunnleggende forhold sett i forhold til de oppgaver og det ansvar styret har og avgrensingen mot administrasjonen.

### 5.1 Styrets arbeid – grunnleggende forhold

#### 5.1.1 Instruks

Det er undersøkt om instruks for styret og administrerende direktør er etablert og sikrer:

- Felles forståelse for styrets hovedoppgaver og avgrensningen mot administrerende direktør slik at oppgavefordelingen og ansvarsområdene er klarlagt.
- Forventningsavklaring for det praktiske styrearbeidet mellom styreleder, administrerende direktør og styresekretær.

Det vises til pkt. 4.4.2 i *Veileder for styrearbeid i helseforetak*.

#### Funn

Instruksene for helseforetaksstyrene ble opprinnelig (2002) etablert med utgangspunkt i en mal fra Helse- og omsorgsdepartementet. På tidspunktet for revisjonen var styreinstruksene i helseforetakene til dels ulike, av ulik dato, det var ulik praksis for hvor ofte de revideres, samt at struktur og innhold varierte mellom helseforetakene. Noen helseforetak har bygget på instruks for styret i Helse Sør-Øst RHF og tilpasset denne, mens andre har benyttet en justert versjon av gammel mal. Styrene i både Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har utviklet nye og mer detaljerte instruks ut fra sitt behov.

Instruks for administrerende direktør fastsettes av styret (HFL § 29). For å sikre korrekt ansvars- og oppgavefordeling forutsettes det at punkter i styrets instruks som omhandler oppgaver for administrerende direktør må fremkomme i instruks for administrerende direktør. Dokumentstudien viste imidlertid at denne fordelingen ikke alltid tydelig fremkommer. Det er underveis i revisjonen gjort oppmerksom på dette der det har vært aktuelt. Helse Sør-Øst RHF arbeider med å lage en felles mal for styreinstruks, jf. pkt 4.4.2 i *Veileder for styrearbeid i helseforetak*. Representanter fra helseforetakene har deltatt i dette arbeidet.

Alle styrene har styresekretær. Styresekretær vil kunne avlaste daglig leder gjennom utarbeiding av dagsorden, koordinering av saksdokumenter og innkalling til styremøte. Styresekretær skal videre holde oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretær kan også avlaste styreleder ved å skrive protokoll. (jfr. *Veileder for styrearbeid i helseforetak*)

I praksis avhenger styresekretærens ansvar og oppgaver av hvilke oppgaver styresekretæren for øvrig har, og som gir styresekretær kunnskap og kompetanse som kan bidra til å hjelpe styreleder og administrerende direktør i å holde orden og struktur. I noen helseforetak er styresekretærene koordinator for ledermøter for å ha den fulle oversikt og ser etter at sakene som skal til styret blir behandlet og kvalitetssikret i de fora de skal, i forkant.

## Forbedringspunkter

- Det må etableres felles forståelse av rolle, ansvar og oppgaver for styret og ansvars- og oppgavefordeling med administrerende direktør.
- Ansvar og oppgaver for styresekretær i relasjon til styreleder og til administrerende direktør må avklares.

### 5.1.2 Introduksjon og opplæring av styremedlemmer

Det er undersøkt om introduksjon og opplæring gis og sikrer:

- Felles forståelse for rettigheter og plikter for det enkelte styremedlem.
- Forståelse for at Oppdrag og bestilling skal legges til grunn for virksomheten.

*Veileder for styrearbeid i helseforetak* pkt. 3.2 understreker nødvendigheten av at styret samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetaket står overfor. Pkt. 3.2.2 i veilederen understreker at det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte.

## Funn

Helseforetakene har etablert til dels ulik praksis med hensyn til hvorvidt eller hvordan nye styremedlemmer introduseres til sitt verv. Det er også forskjeller på hvordan introduksjonen for eieroppnevnte styremedlemmer og introduksjon for ansattevalgte representanter gjennomføres. Det er ikke foretatt en enkeltvis vurdering av helseforetakenes opplegg på dette.

## Forbedringspunkt

- Det bør gjennomføres felles introduksjons- og opplæringsopplegg for alle (nye)styremedlemmer.

## 5.2 Årsplanlegging

Det er undersøkt om:

- Det legges årsplan for styrets arbeid og om planen har sammenheng med foretakenes årshjul.
- Mottak av oppdrag og bestilling, samt foretaksmøter og andre krav tas inn i årsplanleggingen.
- Årsplanen inneholder saker som dekker styrets oppgaver.

Det følger av statens 10 prinsipper for eierskap at styret bør ha en plan for eget arbeid. Årsplanen kan konkretisere hvordan styrets hovedoppgaver skal dekkes gjennom året, tidfeste styremøtene og gi oversikt over hvilke styresaker som skal behandles i hvert av styremøtene, jfr. pkt. 4.4. og 4.4.1 i *Veileder for styrearbeid i helseforetak*.

## Funn

Dokumentstudien viste at alle helseforetakene setter opp årsplan for styret, men revisjonen viste at det for 2010 varierte i hvilken grad årsplanen ble benyttet aktivt i planleggingen av styrets aktiviteter.

Årsplanene for styrene er gjennomgående bygget opp med inndeling i beslutningssaker, orienteringssaker og temasaker. Inndelingen bygger på at det er faste saker til styret, dvs. saker basert på krav fra eier om at de skal til styret i helseforetaket. Disse sakene legges opp etter det årshjul som gjelder for foretaksgruppen. For øvrig justeres årsplanen med saker som bestilles av styret for å ivareta styrets oppgaver, herunder også med utgangspunkt i risikovurdering.

Årsplanen blir i løpet av året utvidet med saker fra administrerende direktør. Disse sakene kan ha utgangspunkt i risikovurdering/endring risikobildet (periodisk eller løpende), saker som er av vesentlig betydning og i henhold til instruks skal til styret, ad hoc saker eller nye krav.

Utover saker som kommer opp som naturlig del av driften, gjennom budsjettprosess og virksomhetsrapporteringen, har også det enkelte helseforetak fokus på strategiarbeid.

I tillegg inneholder årsplanen saker som er spesielle for det enkelte helseforetak, og som avhenger av foretakets hovedaktiviteter, enten det er i forhold til nybygg, store økonomiske utfordringer, funksjonsfordeling eller pasientbehandling.

Sakene som inngår i rapporteringspakken til Helse Sør-Øst RHF (årshjul) har mest fokus i styrene. Disse sakene dekker deler av det som i styreinstruksene defineres som styrets forvaltningsansvar og styrets tilsynsansvar, men i liten grad innenfor hovedoppgavene knyttet til *Helsefaglig kvalitet og tjenester* (herunder vedtektskravet utvikling av metode, praksis og kompetanseutvikling) og *Organisasjon og ledelse*. Det var i liten grad synlig i styrenes årsplaner hvordan Oppdrag og bestilling påvirket årsplanleggingen utover det å motta oppdraget. (ref. pkt 3.1 i rapporten).

### **Oppsummering**

I alle helseforetakene pågår det en utvikling av årsplan for styret. Det som revisjonen gjennomgående viser, og som ikke er kommentert i det enkelte helseforetak, er at årsplanene i liten grad reflekterer hvilke saker som dekker de hovedoppgaver som er knyttet opp til det ansvar styret har.

### **Forbedringspunkter**

- Årsplanen for det enkelte helseforetaksstyre bør utvikles slik at den reflekterer hvordan styret ivaretar sine oppgaver relatert til ansvar.

## **5.3 Saksforberedelse og fremlegg**

Styremedlemmene bør varsles om hvilke saker som skal behandles i styremøtet og få mulighet til å sette seg inn i saker på forhånd. Administrerende direktør har ansvar for utarbeidelse av saker, mens styret setter krav til utforming av styredokumenter. Det er viktig med god kvalitet på styredokumentene, pkt. 4.4.4 i *Veileder for styrearbeid i helseforetak*. Styreleder har et særlig ansvar for å sørge for at daglig leder oppfyller sin plikt til å forberede saker og at styret får god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag, ref. pkt. 4.1 i veileder.

Det er undersøkt om:

- Ansvar og oppgaver for saksforberedelse og fremlegg er klart definert.
- Saksbehandlingsprosessen ivaretar kvalitetssikring, herunder ivaretar behov for risiko- og konsekvensanalyse for de saker der dette er nødvendig.
- Involvering sikres ivaretatt i prosessen.

En av målsettingene med revisjonen har også vært å se etter om styresakene slik de legges frem for styremedlemmene for forberedelse til styremøte, faktisk setter det enkelte styremedlem i stand til å vite hva saken gjelder, og om det er en orienteringssak eller en beslutningssak.

I den forbindelse er det undersøkt om det er:

- Enhetlig praksis som legges til grunn for hvilken sakstype (beslutning, orientering, tema) som skal benyttes.

### **Funn**

Foretakene er av ulik størrelse og er ulikt organisert slik at opplegget for saksforberedelser og fremlegg vil kunne være ulike. Saksforberedelse i helseforetakene følger etablerte maler i det enkelte helseforetak og saksansvarlig oppnevnes. Noen av helseforetakene har tatt i bruk RHF'ets maler med noe tilpasning, mens andre har utviklet egne. Saksfremleggene har variasjoner i forhold til bruk av ingress, ulike maler/form på sakene, sakstype for samme sak (for eksempel virksomhetsrapporteringen) samt at det benyttes ulikt opplegg for orientering fra administrerende direktør (i innkalling og i dokumentasjon som sendes styret).

Alle helseforetakene bekrefter at de gjennomfører kvalitetssikring før styresakene sendes ut til styremedlemmene. Det er saksansvarlig som er gitt ansvar for at kvalitetssikring gjennomføres. Kvalitetssikringsarbeidet er noe ulikt lagt opp i forhold til hvem som gjennomfører dette og også i forhold til hvor mye arbeid styreleder, administrerende direktør og/eller styresekretær nedlegger i kvalitetssikring.

Revisjonen har vist at det er ulik praksis i helseforetakene for involvering både på saksnivå og egne møteopplegg, samt at forventningene til hva involvering innebærer, oppfattes å være ulike. I alle helseforetakene er praksis at involvering fra ansatte og brukere ivaretas av saksansvarlig i forhold til den enkelte sak. I tillegg er det etablert ulike møtearenaer. Det varierer hvorvidt det i møtene mellom tillitsvalgte og ledelse settes agenda for møtene og føres referat. I noen sammenhenger ønsker begge parter en mer uformell form på møtene.

De ansattevalgte representantene har i dialog med konsernrevisjonen bekreftet at foretakene har opplegg for involvering i prosesser i helseforetaket, og at drøftingsinstituttet er etablert. Ved hastesaker har det ikke alltid vært mulig å gjennomføre drøfting før styresakene sendes ut. Dette fører til at saksfremlegget ikke inkluderer resultatet av drøftingen og styret får et ufullstendig grunnlag til forberedelsen. De tillitsvalgte kan også be om drøfting på det tidspunktet sakene er ferdigstillet fra administrerende direktør selv om involvering har skjedd i forkant og formell drøfting gjennomført på et tidligere tidspunkt i prosessen.

Dokumentstudien har vist at det brukes mange ulike begreper i forslag til styrevedtak, og at praksis ikke er lik i helseforetakene når det gjelder hvilke type saker styrene tar til orientering og hvilke de beslutter. Se også pkt. 5.4 Behandling i styret.

### **Oppsummering**

For to av helseforetakene er det vurdert behov for forbedring i prosesser knyttet til hastesaker og hvor det er lagt til grunn at det skal gjennomføres drøfting.

### **Forbedringspunkter**

- Helseforetakene bør utvikle mer omforente opplegg for å sikre ivaretagelse av involvering på en strukturert og dokumentert måte. Det bør sikres en enhetlig forståelse av vedtaksformuleringer på ulike sakstyper.

## 5.4 Behandling i styret

I pkt 4.4.5 i *Veileder for styrearbeid i helseforetakene*, jf. HFL § 26 fjerde ledd, skal det føres protokoll fra styremøtene. Styret beslutter hvilken form protokollen skal ha. Innkalling og saker gir styremedlemmene mulighet for å sette seg inn i hvilke saker hvor det skal fattes beslutninger.

Det er undersøkt om:

- Vedtaksform i protokoll er i tråd med styrets ansvar og oppgaver.
- Styreprotokollene reflekterer stemmegivningen.
- Lukking av styremøtene foretas og hvordan protokollføring skjer.

### Funn

I denne revisjonen er det spesielt undersøkt hvordan vedtaksforslag i sakene og i endelig protokoller er formulert når det gjelder virksomhetsrapporteringen. Dokumentstudien viste at det ikke er en entydig praksis i forhold til om disse sakene er beslutningssaker eller orienteringssaker. I 2010 og deler av 2011 har enkelte helseforetak styrebehandlet virksomhetsrapporteringen som orienteringssaker i 2010 og deler av 2011, og det benyttes ulike vedtaksform for ordinær månedrapportering og for tertialrapporteringen. Andre observasjoner er knyttet til formuleringer i selve vedtakene som kan by på fortolkningsproblemer for de som skal realisere vedtakene i ettertid, for eksempel når vedtakene bygger på forutsetninger som ikke er konkretisert.

Dokumentstudien av styreprotokoller viste at foretakene på noe ulike måter dokumenterte stemmegivningen i sine protokoller og at det var utviklet noe ulike praksis på dette. Helseforetakene har underveis i revisjonen innført en enhetlig praksis med å dokumentere stemmegivningen også når styret er enstemmig.

Praktisering av unntaksbestemmelsene med hensyn til lukket møte og bruk av B protokoller, eller lukking av deler av møte uten egen protokoll, var ulike i 2010.

### Oppsummering

I fire av helseforetakene ble det vurdert behov for å forbedre praksis med dokumentasjon av stemmegivningen i protokoll. Generelt viser en totalanalyse av styresaker og protokoller gjennomført som ledd i revisjonen, at bruk av orienteringssak og beslutningssak ikke er enhetlig i foretaksgruppen. Bruk av unntaksbestemmelser og lukking/protokollering er ikke tatt med i oppsummeringen til helseforetakene.

### Forbedringspunkter

- Bruk av vedtaksformuleringer og forståelse av betydningen av disse i forhold til styrets ansvar og oppgaver bør forbedres.

## 5.5 Oppfølging av protokoll

Oppfølging av styreprotokollen skal sikre at styrets vedtak iverksettes og styret må angi klart i sine vedtak hvordan styret vil at sakene skal følges opp. Et eksempel er hvordan styret vil ha statusrapportering på mål og krav i Oppdrag og bestilling, om det er i enkeltviser saker, samlet i virksomhetsrapporteringen, i Ledelsens gjennomgåelse eller i Årlig melding.

Det er undersøkt om:

- Administrerende direktør i helseforetaket har et systematisk opplegg for å sikre at styrets vedtak blir effektivt og kan bekreftes gjennomført overfor styret i henhold til styrets forventninger (ev. vedtak om ny sak).
- Styret sikrer seg tilstrekkelig informasjon om hvorvidt administrerende direktør følger opp at de vedtak som er fattet blir gjennomført og fulgt opp.
- Det sikres at saker som ikke er ferdig blir fulgt opp.

### **Funn**

Det er saksansvarlig som har det operative ansvar for å iverksette de vedtak som er fattet av styret i alle helseforetakene. Det enkelte foretak har etablert ulike praktiske løsninger for å bringe saker som skal tilbake til styret inn i et nytt saksbehandlingsopplegg med tilhørende involvering og møter.

Det varierer om helseforetakene fremlegger oversikt over utestående vedtak ("pending list") og også om styret kan få en oversikt over alle saker med vedtak tilbake i tid. Det har vært etablert ulike løsninger for å ha oversikt i administrasjonen og ulike løsninger i forhold til om oversiktene fremlegges for styret, for eksempel ved informasjon til nye styremedlemmer.

På hvilken måte og i hvilken form tilbakemelding til styret skjer på har ikke vært sammenlignet i revisjonen.

### **Oppsummering**

For seks av helseforetakene ble det pekt på at styret må få en oversikt over saker og vedtak som skal følges opp.

### **Forbedringspunkter**

- Det bør fremlegges periodisk oversikt over utestående saker basert på vedtak fattet av styret.
- Det bør finnes oversikt over tidligere vedtak som kan benyttes for nye styremedlemmer for å sette seg inn i styrets arbeid.

## 6. Informasjonsgrunnlag, saksgang og rapportbehandling

### 6.1 Informasjonsgrunnlag

<b>Generell beskrivelse av dokumentasjon</b>
<b>Fra internett</b>
Styresaker og protokoller
Oppdrag og bestilling 2010 og 2011
Foretaksprotokoller
Risikovurderinger
Årlig melding 2009 og 2010
Instrukser for styret og adm. dir.
<b>Interne dokumenter</b>
Ledermøtereferater
Strategidokumenter
Rutine- og prosedyrebeskrivelser
Lederavtaler
Handlingsplaner

### 6.2 Saksgang

Saksgang for gjennomføring av revisjonen i det enkelte HF	Deltaker/mottaker	Dato
Brev med varsel om revisjon	Brev med varsel om revisjon sendt administrerende direktør og styret v/styreleder	05.11.2010
Revisjonsdag	-Administrerende direktør og ledere -Kontaktperson for revisjonen er styresekretær	Eget opplegg i det enkelte HF
Utsendelse av utkast observasjoner	Utkast utsendt	”
Gjennomgang av observasjoner	-Administrerende direktør og styreleder -Ansattes representanter i styret	”
Presentasjon og dialog	-Styremøte	”
<b>Saksgang revisjonsrapport</b>		
Utsendelse av utkast revisjonsrapport for helseforetaksgruppen	-Administrerende direktører Styreledere	09.01.2012
Tilbakemelding	-Konsernrevisjonen	Innen 31.01.2012
Utsendelse utkast endelig revisjonsrapport	-Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF	31.01.2012
Endelig revisjonsrapport utstedes og behandles i styret for Helse Sør-Øst RHF	-Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF -Styret i Helse Sør-Øst RHF	15.03.2012



## 7. Helseforetakenes oppfølging

Helseforetakene har startet forbedringsarbeidet underveis i revisjonen, og flere av helseforetakene har fremlagt styresaker som viser planlagte og/eller gjennomførte tiltak basert på den oppsummering av revisjonen som er foretatt i det enkelte helseforetak i 2011. Tiltakene og helseforetakets egen vurdering av status på de punkter som er omhandlet i revisjonen fremkommer i vedleggene.

**Det er lagt opp til at alle helseforetakene kan legge inn status og planlagte tiltak i vedleggene før endelig rapport sendes det regionale helseforetaket og behandles i revisjonskomiteen og fremlegges for styret i Helse Sør-Øst RHF.**

Detaljoppsummeringene pr. helseforetak kan ikke sammenlignes med hverandre. Helseforetakene er av ulik størrelse, har ulike utfordringer i omstillingsprosessen, og for noen har tidligere strukturer og styringssystem blitt endret. Det finnes ingen fasitsvar på et optimalt styringssystem og det kan velges ulik tilnærming. Revisjonsresultatet er basert på den dokumentasjon av system/opplegg som vi har fått fremlagt.

### **Bruk av fargekoder i oppsummering helseforetak og fargekoder (Vedlegg)**

Følgende kategoriseringer er benyttet for oppsummering på det enkelte helseforetak (særskilt tilpasset denne revisjonen underveis) og må leses i forhold til utvikling av gjennomgående styring;

Grønn – pågående utvikling av gjennomgående styring i helseforetaket videreføres (Dette er dynamiske prosesser som utgjør sentrale deler av virksomhetsstyringen).

Gul – utvikling av gjennomgående styringssystem forbedres (det er gjort enkelte funn som kan være vesentlige i forhold til målet om å sikre gjennomgående styring). Det bør settes i verk tiltak for å styrke områder.

Rød – et gjennomgående styringssystem må sikre fullstendighet i mottak av oppdrag og tilbakerapportering til eier. Det må settes i verk tiltak for å styrke områder.

# Vedlegg - Oppsummering pr helseforetak

## Akershus universitetssykehus HF

Revisjonsdag: 8.4.2011

Dialog med styret: 24.6.2011 og oppsummering 15.12.2011

Vedlagt følger et kortfattet utdrag av oppsummeringen som er verifisert av helseforetaket.

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF oktober 2011 og januar 2012	
Mottak	■	Ingen felles gjennomgang av handlingsplaner for å sikre fullstendighet ift Oppdrag og bestilling og eierkrav i foretaksprotokoll.	Tiltak innført	Helhetlig system OK
Forankring	■	For 2010 var det ikke utarbeidet lederavtaler eller annen form for avtale med alle lederne.	Tiltak pågår	Helhetlig system OK
Gjennomføring	■	Det var i 2010 ikke etablert systematisk lederoppfølging av handlingsplaner.	Tiltak pågår	Helhetlig system OK
Rapportering	■	Vedlegg til årlig melding var ikke endelig behandlet i styret før rapportering til eier.	Legges fram for styret i des.	OK
<b>Risikovurderinger</b>				
Gjennomføring av risikovurdering	■	I 2010 ble det ikke gjennomført risikovurderinger på alle nivåer.	LGG	OK
Bruk av risiko-vurdering og effekt	■	Pågående arbeid videreføres		OK
Prioritering	■	Risikovurderinger bør gjøres tilgjengelige for styret.		OK
<b>Praktisk styrearbeid</b>				
Bruk	■	Instruks for styret og administrerende direktør var ikke oppdatert.	Rev. Instruks vedtatt 09/11.	OK
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres		OK
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres		OK
Behandling	■	Stemmegivning ble ikke synliggjort i styreprotokollene.	Stemme-givning angis	OK
Oppfølging	■	Pågående arbeid videreføres		OK

## Oslo universitetssykehus HF

Revisjonsdag: 20.6.2011

Dialog med styret: 23.6.2011 og oppsummering 31.12.2012.

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Styresak 149-2011
Mottak	■	Pågående arbeid videreføres	
Forankring	■	På noen områder fremkommer det ikke helt tydelig hvordan fordelingen av oppgaver, mål og krav er ment å sikre implementering i linjen.	Det gjøres en gjennomgang for å sikre at alle områder av foretakets oppdrag og bestilling er fordelt slik at de blir tydelig implementert i linjen eller i stab.
Gjennomføring	■	På noen områder fremkommer det ikke helt tydelig hvordan fordelingen av oppgaver, mål og krav er ment å sikre implementering i linjen.	Fordelte omstillingsoppgaver gjennomgås for å dokumentere at ansvaret for dem er fordelt.
Rapportering	■	Rapportering er satt i system for de oppgaver, mål og krav som er fordelt. Tilsvarende er ikke etablert for en del av oppgavene – samt for omstillingsaktiviteter.	Rapportering og oppfølging av stabsområdene inkluderes i samme system som for linjen. Et elektronisk rapporteringssystem er under utarbeidelse og tas i bruk for hele HF
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Pågående arbeid videreføres	
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Risikovurderinger var ikke fullt ut tatt i bruk på alle ledernivå.	Justering av prosedyren for risikovurdering Enkel risikovurdering legges i oppdragsmatrisen. Der etableres kurstilbud om risikovurdering Opplæring av ledere i tema
Prioritering	■	Vurdering av effekt av tiltak er under utvikling.	Ytterligere fokusering på konkretisering av tiltak samt fastsettelse av ansvar og frist Effekt av tiltak i forrige tertials risikovurdering skal inngå i oppfølgingssamtaler knyttet til ledelsens gjennomgang
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Pågående arbeid videreføres	
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Det har ikke alltid vært mulig å gjennomføre drøfting av hastesaker før styresakene sendes ut.	Hastesaker til styre skal også så langt det er mulig sikre involvering i forkant av styremøte ved saksansvarlig
Behandling	■	Pågående arbeid videreføres	
Oppfølging	■	Det fremlegges ikke oversikt over utestående saker da disse vil fremkomme av årsplanen.	Det opprettes en løpende oversikt over vedtak og status

## Sunnaas sykehus HF

Revisjonsdag: 30.3.2011  
 Dialog med styret: 22.6.2011

Det ble gitt følgende vurdering av de forhold som inngikk i oppsummeringen:

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF - Sak 81/11 styremøte 21.11.2011
Mottak	■	Pågående arbeid videreføres	
Forankring	■	Forankring av mål og krav skjer som en integrert del av ledelsesdialogen i faste møter og gjennom avtaler. Lederavtaler på lavere nivå er mer generelle.	I forbindelse med samarbeidsavtaler 2012 vil det bli utarbeidet lederavtaler ned til nivå 4.
Gjennomføring	■	Pågående arbeid videreføres	
Rapportering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Pågående arbeid videreføres	
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Pågående arbeid videreføres	
Prioritering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Instruks for styre og administrerende direktør er ikke oppdaterte.	Instrukser er nå oppdaterte. (Styresak 61/2011)
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres	
Behandling	■	Pågående arbeid videreføres	
Oppfølging	■	Pågående arbeid videreføres	

## Sykehusapotekene HF

Revisjonsdag: 26.4.2011

Dialog med styret: 8.6.2011

Det ble gitt følgende vurdering av de forhold som inngikk i oppsummeringen:

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF Styresak 061/2011, 09.12-2011 og status 15.01.2012
Mottak	■	Krav og føringer fra foretaksprotokoll legges til grunn for foretakets planer på de ulike ledernivåene. Det var ikke sammenheng mellom handlingsplaner og risikovurderinger.	Arbeidet pågår. Det er laget et årshjul for å sikre ledelseshjulet. Ny mal for handlingplan og risikovurdering er laget for å sikre sammenhengen mellom dokumentene. Malene er tatt i bruk for O&B 2012.
Forankring	■	Forankring av mål og krav fra eier skjer som en integrert del av ledelsesdialogen i faste møter og gjennom måldokumenter og utarbeidede handlingsplaner. Det er etablert måldokumenter og stillingsbeskrivelser for ledere.	Det var og er etablert måldokumenter for apotekere og foretakets ledergruppe. Dette vil videreutvikles i måldokumentene for 2012.
Gjennomføring	■	Det var manglende sammenheng mellom krav og føringer fra eier og risikovurderingene.	Arbeidet pågår. Det er gjennomført risikovurdering for Sykehusapotekene HF i den halvårslige ledelsens gjennomgåelse høst 2011. Alle de fem satsingsområdene fra strategiplanen og de fem målområdene er tatt med i tillegg til momenter som havner på gult og rødt og forutsetter tiltak og oppfølging. Ny risikovurdering og vurdering av effekt av tiltak, gjennomføres i mars 2012.
Rapportering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Det ble ikke gjennomført risikovurderinger som også inkluderer overordede mål fra eier.	Se tidligere kommentare under gjennomføring.
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Det måles ikke effekt av alle tiltak i risikovurderingene.	Se tidligere kommentare under gjennomføring.
Prioritering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Pågående arbeid videreføres	
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres	
Behandling	■	Pågående arbeid videreføres	
Oppfølging	■	Det var ikke etablert praksis med å fremlegge utestående saker for styret.	Det er etablert praksis med å fremlegge oversikt over utestående saker.

## Sykehuset i Vestfold HF

Revisjonsdag: 15.4.2011

Dialog med styret: 16.6.2011

Det ble gitt følgende vurdering av de forhold som inngikk i oppsummeringen:  
(status og vurdering fra HF inkluderer også tidl. Psykiatrien i Vestfold HF)

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF Styresak 64/2011 27.10.2011
Mottak	■	Pågående arbeid videreføres	
Forankring	■	Lederavtaler inngås med ledernivåene i klinikken. Det er ikke etablert lederavtaler eller stillingsbeskrivelser for stabsområdene.	Direktøren vil innføre stillingsbeskrivelser for stabsledelsen.
Gjennomføring	■	Gjennomføring av eierkrav er planlagt som del av lederavtalen. I lederavtalen inngår utvalgte mål og krav.(Helheten i Oppdrag og bestilling ble ikke dekket)	Hele Oppdrag og bestilling fra eier er nå en del av lederavtalene.
Rapportering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Pågående arbeid videreføres	
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Det var ikke utviklet vurdering av effekter i forhold til risikovurderinger og tiltaksarbeid	Ledelsens gjennomgang, inkl. risikovurdering av oppdragsdokumentet inneholder fom 2011 en fargesatt risikokolonne pr. tiltak pr. tertial. Klinikkene vurderer risikoen i respektive oppdrag og foreslår tiltak ut fra risiko. Dette er videreført i 2012, og følges opp i løpende rapportering og tertialvise LGG.
Prioritering	■	Sikre en tydeliggjøring av risikobildet og hvilke prioriteringer som er gjort.	Se over
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Pågående arbeid videreføres	
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres	
Behandling	■	Stemmegivning fremkom ikke i styreprotokollene.	Iverksatt
Oppfølging	■	Det var ikke etablert praksis med å fremlegge utestående saker for styret.	Dette er iverksatt fra 2012. Slik oversikt skal fremlegges for styret hvert tertial.

## Sykehuset Innlandet HF

Revisjonsdag: 15.4.2011 og dialog med styret: 1.7.2011

Oppdrag og bestilling	Konsernrevisjonens vurderinger	Svar fra Sykehuset Innlandet
Mottak	■ Pågående arbeid videreføres	Styret ble informert om foreløpig versjon av OBD i styremøte 9. januar og styresak med endelig versjon av OBD etter foretaksmøte presenteres for styret 23. mars. I samme styremøte presenteres sykehusets modell for monitorering av årets styrekrav.
Forankring	■ Det var ikke etablert lederavtaler til laverste ledernivå.	Det er utarbeidet lederavtaler på alle ledernivå. Lederavtalene mellom ledernivå 1 og 2 og mellom nivå 2 og 3 er like. Det er utarbeidet en spesialtilpasset lederavtale mellom nivå 4 og 3 lederne, jfr styresak 013-2012
Gjennomføring	■ Det var ikke obligatorisk med lederavtaler for nivåer under avdelingssjef. Fullmakter fremkom ikke av avtaler som var etablert for 2011.	Det fremgår i lederavtalen til divisjonsdirektøren at vedkommende er ansvarlig for at det også utarbeides lederavtaler mellom ledernivå 2 og 3 og 3 og 4, jfr styresak 013-2012.
Rapportering	■ Pågående arbeid videreføres	Skjema om monitorering av styringskrav fra OBD fylles ut hvert tertial på både divisjons- og foretaksnivå og inngår som en del av risikovurderingen, jfr styresak 013-2012.
<b>Risikovurderinger</b>		
Gjennomføring av risikovurdering	■ Det var ikke etablerte risikovurderinger på alle nivåer.	Det gjennomføres risikovurderinger hvert tertial i tilknytning til LGG, på ledernivå 1, 2 og 3. For røde, oransje og gule områder utarbeides det handlingsplaner. På foretaksnivå dokumenterer vi endringer i forhold til risiko, slik at risikobilde er sporbart fra tertial til tertial, jfr styresak 013-2012.
Bruk av risikovurdering og effekt	■ Effekter av iverksatte tiltak ble ikke synliggjort i risikovurderingene.	Avdekkede risikoområder vurderes og kategoriseres før de settes inn i en handlingsplan med tiltaksbeskrivelse. Oppfølgingen av Handlingsplan fra forrige LGG inngår som grunnlagsdata for den aktuelle LGG. Dette fremgår av sykehusets prosedyre for gjennomføring av LGG, jfr styresak 013-2012.
Prioritering	■ Pågående arbeid videreføres	SI vil i 2012 forsøke å få styrket fokus på oppfølging av handlingsplanen fra LGG og vurdering av effektene av iverksatte tiltak, jfr styresak 013-2012.
<b>Praktisk styrearbeid</b>		
Bruk	■ Pågående arbeid videreføres	Instruks for administrerende direktør fastsettes av styret (HFL § 29). Punkter i styrets instruks som omhandler oppgaver for administrerende direktør fremkommer i instruks for administrerende direktør.
Årsplanlegging	■ Pågående arbeid videreføres	Det er utarbeidet årshjul for virksomhetsstyring som inneholder styremøte. I tillegg utarbeides det i begynnelsen av hvert år en Årsplan for styremøtene.
Saksfremlegg	■ Pågående arbeid videreføres	I årsplan for styremøtene tilstreber vi å få fremmet de viktigste sakene for styret.
Behandling	■ Pågående arbeid videreføres	Styresakene sendes ut elektronisk og i papirversjon til styremedlemmene 7 dager før styremøte. IPad til styremedlemmene er noe som vil bli vurdert i løpet av 2012
Oppfølging	■ Pågående arbeid videreføres	Det er igangsatt et arbeid for å få oversikt over strategier og handlingsplaner som er behandlet i styret og få oversikt over hva som til enhver tid er gjeldende planverk. Styret ønsker at dette inngår i virksomhetsrapporteringen. Som et ledd i arbeidet med å styrke virksomhetsstyringen, vil vi også utarbeide et system for å holde oversikt over utestående vedtak

## Sykehuset Telemark HF

Revisjonsdag: 11.4.2011

Dialog med styret: 18.5.2011

Telefonkonferanse revisjon/direktøren/direktørens stab 07.11.2011

Tilbakemeldingen og vurderingen legges fram sammen med saksframstilling til styresak:  
Virksomhetsstyringen 2012.01.24

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF
			<b>Virksomhetsstyring vedtakssak i styre 08.02.12</b>
Mottak	■	Alle mål og krav i oppdrag og bestilling og foretaksprotollen legges ikke fullt ut til grunn for lederavtalene.	Tiltak pågår
Forankring	■	Pågående arbeid videreføres	Tiltak pågår
Gjennomføring	■	Det er kun utvalgte mål og krav som danner grunnlag for prioritering av tiltak.	Prioritering av tiltak harmoniseres med eiers krav. Tiltak pågår.
Rapportering	■	Det var ikke gitt en fullstendig tilbakemelding til eier i Årlig melding fra styret på Oppdrag og bestilling 2010.	Årlig melding fra styret på Oppdrag og bestilling 2011 skal i størst mulig grad gi en fullstendig tilbakemelding til eier.
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Det var ikke etablert risikovurderinger på alle nivåer og er avgrenset til mål i lederavtalen.	Arbeid pågår. Risikovurdering gjøres hvert tertial i forbindelse med ledelsens gjennomgang.
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Pågående arbeid videreføres	Arbeid pågår.
Prioritering	■	Risikovurderinger som fremlegges for styret er avgrenset til fokusområder og et utvalg styringsindikatorer.	Styret skal forelegges risikovurderinger der det er et krav. Etter ledelsens gjennomgang legges risikovurdering knyttet til denne fram for styret.
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Pågående arbeid videreføres	Arbeid pågår.
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	Årsplan vedtas i styre 8.februar 2012
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres	Flere tiltak gjennomført. Forbedringer innføres fom 2012.
Behandling	■	Stemmegivning fremkom ikke av protokoller.	Er innført.
Oppfølging	■	Etablere praksis med å fremlegge utestående saker for styret.	Innføres fom 2012.



## Sykehuset Østfold HF

Revisjonsdag: 13.4.2011

Dialog med styret: 23.5.2011

Det ble gitt følgende vurdering av de forhold som inngikk i oppsummeringen:

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF Pr 31.01.2012
Mottak	■	Pågående arbeid videreføres	
Forankring	■	Pågående arbeid videreføres	
Gjennomføring	■	Pågående arbeid videreføres	
Rapportering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Pågående arbeid videreføres	
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Pågående arbeid videreføres	
Prioritering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Instruks for styret og administrerende direktør var ikke oppdatert.	Reviderte instruks for styret og AD ble styrebehandlet i SØ 23. mai 2011.
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres	
Behandling	■	Pågående arbeid videreføres	
Oppfølging	■	Det var ikke etablert praksis med å fremlegge utestående saker for styret.	Det er innført rutine hvor status vedrørende oppfølging av vedtak legges frem for styret 2 ganger per år, første gang i september 2011.

## Sørlandet sykehus HF

Revisjonsdag: 5. 5.2011

Dialog med styret: 26.5.2011 og oppsummeringen konsernrevisjonens vurderinger:

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering av HF styresak 095/2011 29.09.2011
Mottak	■	Pågående arbeid videreføres	
Forankring	■	Det var ikke sikret fullstendig sammenheng i ansvar og oppgaver for mål og krav fra eier i 2010. Det var ikke etablert formelle avtaler med lederne i klinikk eller stab.	Oppgaver og krav i Oppdrag og bestilling ble i 2011 fordelt på klinikkene for oppfølging. De rapporterte status pr 2. tertial og til slutt i Årlig melding 2011. AD følger opp klinikkene i månedlige oppfølgingsmøter. Disse møtene har fast agenda og årshjul for å sikre at alle relevante områder dekkes.
Gjennomføring	■	Gjennomføring av Oppdrag og bestilling var ikke fullt ut satt i system for de ikke tallfestede mål og krav.	I 2011 har vi arbeidet med å systematisere dette arbeidet og bl.a. bruk en matrise for å angi hvilken klinikk som har ansvar for oppfølging. Oversikten ble også brukt til å rapportere status etter 2. og 3. tertial. Klinikkene følger opp mot avdelingene.
Rapportering	■	Det var ikke systematisk rapportering slik at styret hadde grunnlag for å følge opp leveranser i forhold til eierkravene.	Det rapporteres i Årlig melding på leveranse i forhold til eierkrav. I 2012 vil det i den månedlige virksomhetsrapporten rapporteres tilbake til styret på sentrale mål og indikatorer og oppfyllelsen av disse.
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Risikovurderingene var ikke dynamiske nok og fungerte ikke etter samme mal på ulike ledernivå.	I 2011 er det gjennomført risikovurdering på HF-nivå hvert tertial. For 3.tertial er HSØ-målene og SSHFs strategiske satsingsområder tatt inn i vurderingen i tillegg til øvrige områder som krever spesiell fokus og tiltak. Klinikkvise risikomatriser ligger til grunn for den overordnede, og det arbeides med at flere avdelinger skal ta i bruk verktøyet.
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Risikovurderinger ble i liten grad brukt som grunnlag for prioriteringer/endringer på helseforetaksnivå og endring av risikobilde ble ikke synliggjort. Vurderinger av effekter av iverksatte tiltak er under utvikling.	SSHf arbeider med å gjøre risikovurderingene mer dynamiske.
Prioritering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Instruks	■	Instruks for administrerende direktør var ikke i tråd med styrets instruks.	Instruks for styret oppdatert og instruks for AD vedtatt i mai
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Pågående arbeid videreføres	
Behandling	■	Pågående arbeid videreføres	
Oppfølging	■	Det var ikke etablert praksis med å fremlegge alle styresaker, vedtak og status for styret.	Styret får hver måned oppdatert årsplan og oversikt over saker som krever oppfølging.

## Vestre Viken HF

Revisjonsdag: 6.5.2011

Dialog med styret: 27.6.2011

Det ble gitt følgende vurdering av de forhold som inngikk i oppsummeringen:

Oppdrag og bestilling		Konsernrevisjonens vurderinger	Status og vurdering fra HF Sak 090-2011
Mottak	■	Det var ikke et helhetlig fokus på behandling av oppdrag og bestilling.	Oppdrag og bestilling mottas og settes inn i videre behandling og oppfølging på en helhetlig og systematisk måte.
Forankring	■	Operasjonalisering av mål og krav for nivå 2 og 3. For nivå 4 er oppfølgingssystemet noe ulikt organisert. Fullmaktssystemet var ikke tilstrekkelig utviklet.	Det etableres lederavtaler og nivå 4 får samme opplegg i 2012 som nivå 2 og 3. Helhetlig fullmaktsdokument ferdigstilt januar 2012.
Gjennomføring	■	Gjennomføring av Oppdrag og bestilling skal planlegges med utgangspunkt i driftsavtalene. Dette er under etablering.	Oppdrag og bestilling gjenspeiles i avtalene med ledere på nivå 2,3 og 4 og følges opp i oppfølgingsmøter.
Rapportering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Risikovurderinger</b>			
Gjennomføring av risikovurdering	■	Risikovurderinger ble ikke optimalt gjennomført på alle plan.	Risikovurderinger benyttes i klinikkene og i budsjettarbeid og tiltak knyttet til dette. Det er arbeidet med at vurderingene skal benytte samme maler.
Bruk av risikovurdering og effekt	■	Effekter av tiltak ble ikke synliggjort.	Arbeid pågår
Prioritering	■	Pågående arbeid videreføres	
<b>Praktisk styrearbeid</b>			
Bruk	■	Pågående arbeid videreføres	
Årsplanlegging	■	Pågående arbeid videreføres	
Saksfremlegg	■	Foretaket har et opplegg for utbedelse av styresaker som sikrer involvering av brukere og tillitsvalgte. Utfordring knyttet til tid til gjennomgang.	Dette er gradvis forbedret ved at det er satt i et annet system med faste møter med foretakstillitsvalgte og en rutine som ivaretar utsendelse av saker tidligere.
Behandling	■	Pågående arbeid videreføres	
Oppfølging	■	Pågående arbeid videreføres	