


Rapport 4/2015

Revisjon av Sykehusapotekene HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
27.03.2015

| | |
|-------------------------|---|
| Rapport nr. | 4/2015 |
| Revisjonsperiode | Desember 2014 til mars 2015 |
| Virksomhet | Sykehusapotekene HF |
| Rapportmottaker | Styret i Sykehusapotekene HF v/styreleder Administrerende direktør Sykehusapotekene HF |
| Kopi | Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF |
| Rapportavsender | Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst |
| Oppdragsgiver | Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF |
| Revisor | Mari Repstad (oppdragsleder), Signe Sagabraaten, Tove Farstad, Tove Kolbeinsen (oppdragseier) |

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEDNING | 3 |
| 1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED REVISJONEN | 3 |
| 1.2 OMFANG OG AVGRENSNING | 3 |
| 1.3 PROSESS OG METODE..... | 3 |
| 1.4 VEILEDNING TIL LESEREN | 4 |
| 1.5 BEHANDLING AV RAPPORTEN..... | 4 |
| 2. REVISJONSFUNN | 5 |
| 2.1 VIRKSOMHETSSTYRING | 5 |
| 2.1.1 <i>Beskrivelse av område med problemstillinger</i> | 5 |
| 2.1.2 <i>Konsernrevisjonens vurdering av område virksomhetsstyring</i> | 6 |
| 2.1.3 <i>Kriterier og anbefalinger</i> | 6 |
| 3. OPPSUMMERING AV INTERN STYRING OG KONTROLL..... | 7 |
| 3.1 SAMMENSTILLING AV REVIDERTE OMRÅDER..... | 7 |
| 3.2 OVERORDNET VURDERING..... | 9 |
| VEDLEGG 1 - INFORMASJONGRUNNLAG, GJENNOMFØRTE SAMTALER, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING | 10 |
| VEDLEGG 2 – KRITERIER BENYTTET I REVISJONEN | 12 |

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

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

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

1.2 Omfang og avgrensning

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

Revisjonen i SAHF har omfattet virksomhetsstyring

Virksomhetsstyring

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

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

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

I revisjonen av virksomhetsstyringen har det i tillegg vært et spesielt fokus på hvordan kompetansestyringen ivaretas slik at sykehusapotekene sikres den nødvendige kompetansen til rett tid.

Revisjonen har omfattet virksomhetsstyringen på følgende nivå og enheter:

- Administrerende direktør og sentral stab
- Sykehusapoteket Oslo, Ullevål og funksjonsområde tilvirkning
- Sykehusapoteket Drammen og avdeling for tilvirkning

1.3 Prosess og metode

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

- Lov og forskriftskrav
- Styrende dokumenter

- Helseforetakets egne prosedyrer
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst¹

Revisjonen er utført ved bruk av ulike metoder. Dette inkluderer gjennomgang av relevante dokumenter og intervjuer i stab og linje.

1.4 Veiledning til leseren

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

Kapittel 2 gir en beskrivelse av problemstillingene som er undersøkt og med konsernrevisjonens oppsummerte vurdering. Videre beskrives de revisjonskriteriene det er avdekket svakheter (gjort funn) på og de anbefalinger som konsernrevisjonen har gitt knyttet til disse.

Kapittel 3 gir en oppsummering av resultatet av revisjonen på undersøkte kriterier på intern styring og kontroll (se figur 3).

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

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

1.5 Behandling av rapporten

Utkast rapport oversendes administrerende direktør i SAHF for endelig verifisering. Arbeidet med å planlegge og å iverksette forbedringstiltak som dekker anbefalingene, forventes startet opp underveis i revisjonen. Disse danner igjen grunnlag for en helhetlig handlingsplan. Den endelige rapporten og administrerende direktørs handlingsplan, behandles av styret i SAHF.

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

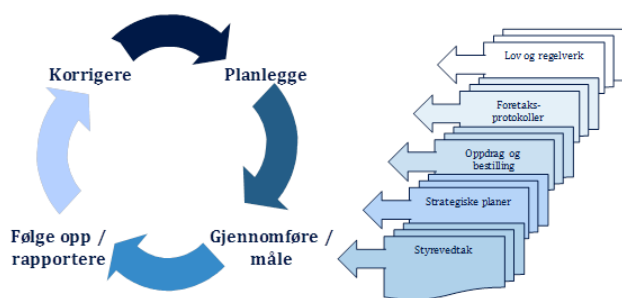
2. Revisjonsfunn

Resultatet av revisjonen fremkommer i kapittel 2.1. Først gis en beskrivelse av området og problemstillinger som er undersøkt. Deretter beskrives konsernrevisjonenes overordnede vurdering.

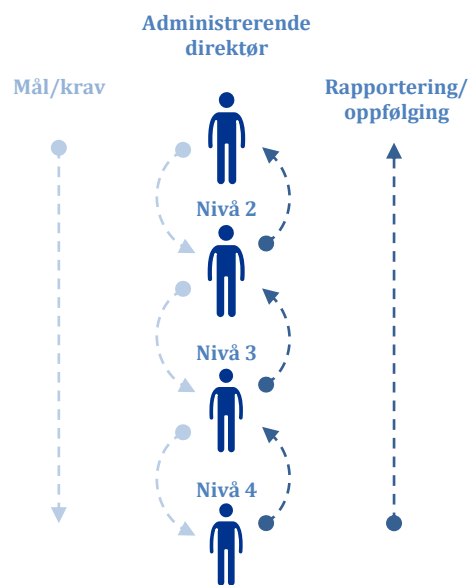
2.1 Virksomhetsstyring

2.1.1 Beskrivelse av område med problemstillinger

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



Figur 1: Styringshjul for virksomhetsstyring



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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2 Konsernrevisjonens vurdering av område virksomhetsstyring

Revisjonen har vist at helseforetaket har et godt og helhetlig system for virksomhetsstyring. Revisjonen har imidlertid avdekket enkelte svakheter, hovedsakelig knyttet til utarbeidelse og oppdatering av overordnede strategier og prosedyrer.

2.1.3 Kriterier og anbefalinger

Problemstilling 1:

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

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

- Helseforetaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet.
- Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for kompetansestyring.
- Fullmakter, som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet, er tildelt i tråd med retningslinjer fra det regionale helseforetaket.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Helseforetaket fortsetter å ha fokus på å oppdatere styrende dokumenter i Sokrates.
- Nye og reviderte styrende dokumenter publiseres.
- Påbegynt arbeid med overordnet dokument som beskriver kompetansestyring og eventuelt tilhørende prosedyrer fullføres og implementeres.
- Helseforetaket gjennomgår fullmaktstrukturen opp mot de regionale retningslinjene og oppdrag og bestilling 2015.
- Helseforetaket etablerer forvaltning av fullmaktdokumentet.

Problemstilling 2:

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

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

- Det er utarbeidet virksomhetsplaner/handlingsplaner som sørger for at alle mål, gitt i oppdraget og særskilte mål for den enkelte enhet, er konkretisert, ansvarssatt og tidfestet.
- Det gjennomføres risikovurderinger som er gjennomgående i helseforetaket. De danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak.

Konsernrevisjonen har gitt følgende anbefalinger:

- Helseforetaket gjennomgår de områderelaterte strategiene i forhold til de strategiske satsingsområdene, spesielt innen området teknologi.
- Helseforetaket utarbeider prosedyre for gjennomføring av risikovurderinger og hvordan risikovurderinger skal følges opp.

Problemstilling 3:

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

Revisjonen har ikke avdekket svakheter (gjort funn) i forhold til prosesser for oppfølging.

Problemstilling 4:

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

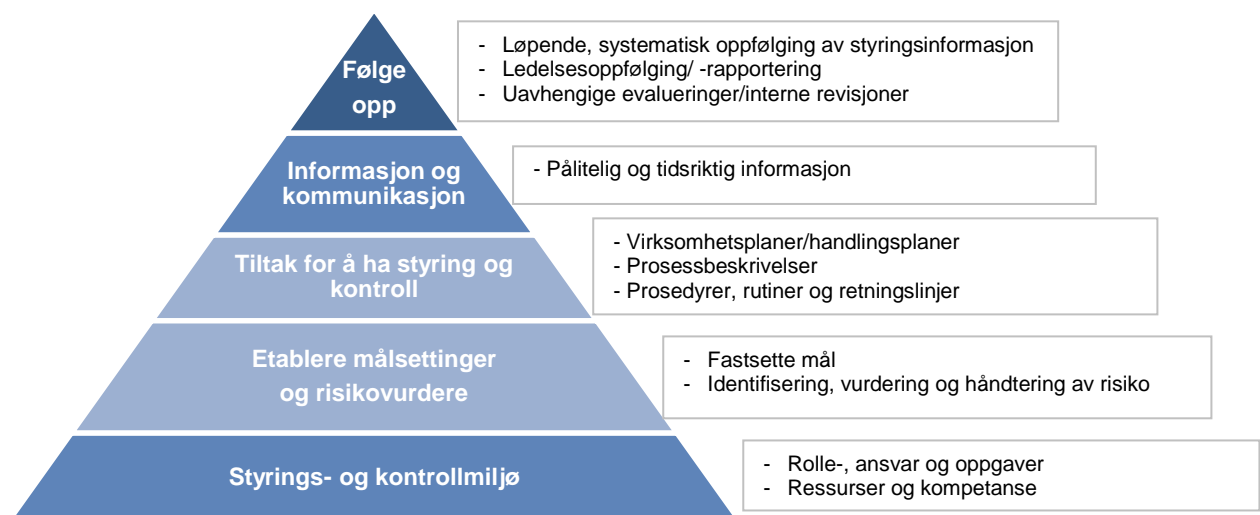
Revisjonen har ikke avdekket svakheter (gjort funn) i forhold til prosesser for rapportering og analyse.

3. Oppsummering av intern styring og kontroll

3.1 Sammenstilling av reviderte områder

Som det fremgår av kapittel 2 er det gitt anbefalinger på området som er revidert. Anbefalingene gjelder mangler i prosessene og svakheter i intern styring og kontroll.

I dette kapitlet oppsummeres resultatet av revisjonen på undersøkte kriterier (se figur 3) på intern styring og kontroll.



Figur 3: Utvalgte kriterier fra rammeverket for intern styring og kontroll

Tabell 1 til 5 under gir en oversikt over hva som er undersøkt og hvilke svakheter i intern styring og kontroll som er funnet på dette revisjonsområdet. Det vil her stå *kriteriet ikke vurdert* i tabellen. Der det er avdekket svakheter vil det stå *tiltak anbefalt* og der det ikke er avdekket svakheter vil det stå *anbefaling ikke gitt*.

Tabell 1: Styrings- og kontrollmiljø

| Revisjonskriterier oppsummert | Virksomhetsstyring |
|---|----------------------|
| Rolle, ansvar, oppgaver og myndighet er definert | Anbefaling ikke gitt |
| Det er lagt til rette for at ledere og ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene innenfor sitt ansvarsområde. | Anbefaling ikke gitt |

Tabell 2: Etablere målsettinger og risikovurderinger

| Revisjonskriterier oppsummert | Virksomhetsstyring |
|--|----------------------|
| Mål er etablert | Anbefaling ikke gitt |
| Risiko identifiseres og vurderes for prosessen | Anbefaling ikke gitt |

Tabell 3: Tiltak for å ha styring og kontroll

| Revisjonskriterier oppsummert | Virksomhetsstyring |
|---|----------------------|
| Virksomhetsplaner/handlingsplaner er utarbeidet | Anbefaling ikke gitt |
| Prosedyrer, rutiner, retningslinjer etc. utarbeides | Tiltak anbefalt |

Tabell 4: Informasjon og kommunikasjon

| Revisjonskriterier oppsummert | Virksomhetsstyring |
|--|----------------------|
| Generer relevant og pålitelig styringsinformasjon. | Anbefaling ikke gitt |

Tabell 5: Følge opp

| Revisjonskriterier oppsummert | Virksomhetsstyring |
|--|----------------------|
| Løpende og systematisk oppfølging på ulike nivåer for å korrigere og forbedre. | Anbefaling ikke gitt |
| Ledelsesoppfølging/ -rapportering | Anbefaling ikke gitt |

3.2 Overordnet vurdering

Revisjonen har vist at SAHF har et godt og helhetlig system for virksomhetsstyring. Det er imidlertid avdekket enkelte svakheter i intern styring og kontroll, hovedsakelig knyttet til utarbeidelse og oppdatering av overordnede strategier og prosedyrer.

Avdekkede svakheter kan innebære risiko for uklare føringer og ulik praksis, som igjen kan vanskeliggjøre styringen.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

| |
|---|
| Dokumentasjon |
| Overordnede styrende dokumenter |
| Styresaker |
| Strategiske planer |
| Organisasjonskart |
| Virksomhetsbeskrivelse |
| Politikkdokumenter, prosedyrer, rutinebeskrivelser, arbeidsbeskrivelser |
| Mandater |
| Risikovurderinger med tiltak |
| Opplæringsmoduler for lederopplæring/lederutvikling |
| Møtestruktur |
| Interne møtereferat |
| Kompetanseutviklingsplaner |
| Handlingsplaner |
| Rapporter |
| Stillingsbeskrivelser |

Gjennomførte samtaler

| |
|---|
| Rolle |
| Administrerende direktør |
| HR- direktør |
| Økonomidirektør |
| Fagdirektør |
| Kvalitetsdirektør |
| Fung. driftsdirektør/driftssjef |
| Sykehusapoteker SAO |
| Kvalitetssjef SAO |
| Avdelingsjef funksjonsområde tilvirkning, SAO |
| Sykehusapoteker Drammen |
| Avdelingsleder tilvirkning, Drammen |

Saksgang og rapportbehandling

| Dato | Aktivitet |
|----------|--|
| 09.03.15 | Verifisering av detaljgrunnlag gjennomført for alle de reviderte enhetene |
| 19.03.15 | Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør |
| 26.03.15 | Presentasjon av utkast rapport for helseforetaket |
| 27.03.15 | Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør |
| 27.03.15 | Oversendelse endelig rapport til styret ved styreleder og administrerende direktør |
| 18.06.15 | Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs presentasjon av handlingsplan for styret. |

Vedlegg 2 – Kriterier benyttet i revisjonen

| Virksomhetsstyring | |
|---|--|
| Problemstillinger | Revisjonskriterier |
| 1. I hvilken grad har helseforetaket operasjonalisert rammeverket for/kravene til god virksomhetsstyring? | <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket har utarbeidet styrende dokumenter som regulerer virksomhetsstyringen. Disse er oppdatert og gjort tilgjengelige i kvalitetssystemet. • Det er utarbeidet retningslinjer, prosedyrer/rutiner for kompetansestyring • Roller og ansvar knyttet til virksomhetsstyringen er definert og kommunisert, og det er definert hvordan staber og støttefunksjoner skal tilrettelegge for god virksomhetsstyring. • Det er definert ansvar og oppgaver for kompetansestyringsprosessen (stab/linje). • Fullmakter som samsvarer med rolle, ansvar og myndighet er tildelt i tråd med retningslinjer fra det regionale helseforetaket. • Oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen er definert på en systematisk måte i helseforetaket, det vil si <ul style="list-style-type: none"> ○ beskrevet en oversikt over faste aktiviteter knyttet til virksomhetsstyringen ○ oversikten er kommunisert, kjent og etterlevd i helseforetaket • Det er definert hvilken kompetanse innen virksomhetsstyring ledere på ulike nivåer skal ha. |
| 2. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for planlegging som sikrer at alle mål og krav blir ansvarssatt og tidfestet? | <ul style="list-style-type: none"> • Mål kommuniseres til den enkelte leder. Målene er tilpasset den enkelte enhet. Ledere har oversikt over hvilke mål som gjelder for sin enhet. • Det er definert og dokumentert mål og krav for kompetanse i forhold til oppgaver som helseforetaket/det enkelte sykehusapotek skal utføre • Det er utarbeidet virksomhetsplaner/ handlingsplaner som sørger for at alle mål, gitt i oppdrag og bestilling, samt særskilte mål for den enkelte enhet, er konkretisert, ansvarssatt og tidfestet. • Det utarbeides kompetanseplan både for helseforetaket som helhet og for det enkelte sykehusapotek. • Det gjennomføres risikovurderinger som er gjennomgående i helseforetaket. De danner grunnlag for utforming og prioritering av tiltak. |
| 3. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for oppfølging av daglig drift, rapportering og planer? | <ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert rutiner for oppfølging av drift, risikovurdering og planer. Dette skjer på alle nivåer. Det gjøres en vurdering av måloppnåelse på ulike |

| | |
|--|--|
| | nivåer, og manglende måloppnåelse følges opp. |
| 4. I hvilken grad har helseforetaket etablert prosesser for analyse og rapportering? | <ul style="list-style-type: none"> • Rapporteringen i helseforetaket gir ledere på alle nivåer nødvendig styringsinformasjon for å kunne nå mål og korrigere avvik. |