

Årsrapport 2015

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
17.12.2015

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	4
1.1 REVISJONSUTVALGETS ARBEID	4
1.2 KONSERNREVISJONENS ARBEID	4
2. OPPSUMMERING REVISJONER I 2015	5
2.1 OPPSUMMERING AV VIDEREFØRTE OMRÅDER FRA 2014	5
2.2 REVISJONSOMRÅDET TILGJENGELIGHET	8
2.3 REVISJONSOMRÅDET IBRUKTAGELSE AV NYTT ØSTFOLDSYKEHUS	9
2.4 REVISJONSOMRÅDET ETABLERING AV SYKEHUSPARTNER HF.....	9
2.5 REVISJONSOMRÅDET DIGITAL FORNYING	10
2.6 REVISJONSOMRÅDET TILTAKSARBEID ETTER REVISJONER UTFØRT AV KONSERNREVISJONEN ...	10
3. OVERSIKT REVISJONER PER HELSEFORETAK	11
3.1 HELSE SØR-ØST RHF.....	11
3.2 SYKEHUSPARTNER HF.....	12
3.3 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	12
3.4 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	13
3.5 SUNNAAS SYKEHUS HF.....	14
3.6 SYKEHUSAPOTEKENE HF	15
3.7 SYKEHUSET INNLANDET HF.....	15
3.8 SYKEHUSET I VESTFOLD HF	15
3.9 SYKEHUSET TELEMARKE HF.....	16
3.10 SYKEHUSET ØSTFOLD HF	16
3.11 SØRLANDET SYKEHUS HF.....	17
3.12 VESTRE VIKEN HF	18

Forord

Konsernrevisjonen har siden etableringen i 2005 hatt som mål med sine revisjoner å bidra til å understøtte oppfyllelse av mål og krav fra eier. Revisjonene har vært knyttet til både hovedoppgavene og tilhørende støtteprosesser. I helseforetakene har konsernrevisjonen hatt et spesielt fokus på revisjoner av utvalgte deler av pasientforløpet.

Revisjoner av pasientadministrativt arbeid, ressursstyring, kompetansestyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten har hatt som mål å bidra til å sikre at pasienten får gode pasientforløp, med rett behandling til rett tid og gode overganger mellom nivåene i helsetjenesten.

Revisjonene av pasientadministrativt arbeid medførte tiltaksarbeid på regionalt nivå. Prosjektet "Glemt av sykehuset" ble initiert av Helse Sør-Øst RHF i 2011, etter at resultatet av de første revisjonene ble fremlagt for styret og er nå en del av det pågående forbedringsarbeidet i Helse Sør-Øst RHF.

Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen også i 2015 gjennom revisjonen "Tilgjengelige helsetjenester". Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon både arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter, samt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Konsernrevisjonen skal gjennom sitt arbeid bidra til å skape forbedringer i helseforetakenes system for styring og kontroll, samt bruk og etterlevelse av dette. Det betyr å bidra til at det i større grad enn tidligere forebygges for uønskede hendelser, feil og mangler, eller at disse avdekkes i tide og kan korrigeres. Det skal redusere behovet for "brannsløking" og "ryddeaktiviteter", og gjøre helseforetakene bedre i stand til å oppfylle de mål og krav som stilles.

I 2015 er arbeidet med å bidra til forbedring ytterligere forsterket ved at en av revisjonene som er startet opp undersøker hvordan helseforetakene har fulgt opp vedtatte handlingsplaner og sikret at tiltakene har gitt ønsket effekt. Dette gjelder både i de reviderte enhetene og om forbedringene overføres andre deler av helseforetaket eller regionen, og om det gir læring på tvers.

Hamar 11. desember 2015

Liv Todnem
konsernrevisor

"KONSERNREVISJONEN SKAL STØTTE OPP UNDER DE NASJONALE VERDIENE KVALITET, TRYGGHET OG RESPEKT, OG SKAL I UTØVELSEN AV SIN VIRKSOMHET LEVE OPP TIL FORETAKSGRUPPENS NORMER FOR ÅPENHET OG INVOLERING, RESPEKT OG FORUTSIGBARHET, SAMT KVALITET OG KUNNSKAP"

1. Innledning

Årsrapport 2015 gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2015 sett opp mot revisjonsplan for året.

1.1 Revisjonsutvalgets arbeid

Revisjonsutvalget har avholdt seks møter i 2015, med følgende saker til behandling;

- Konsernrevisjonens årsrapport 2014
- Revisjonsplan 2015-2016
- Eksternrevisors risikovurdering og plan
- Revisjonsrapporter i perioden
- Administrasjonens redegjørelser for utvalgte områder, herunder risikovurderingene som fremlegges for styret

Saker av betydning for utvalgets arbeid har vært:

Gjennomgang av en fireårig analyse av eksternrevisors vurdering av internkontrollen for de finansielle prosessene i helseforetakene. Denne analysen vil bli videreutviklet for 2015 og fremlagt for styret i forbindelse med fremleggelse av årsregnskapet for 2015.

Gjennomgangen av risikovurderingen for foretaksgruppen pr. 2. tertial 2015 inngår som grunnlag for revisjonsplan 2016-2017.

Styret har vært løpende orientert om arbeidet i revisjonsutvalget, og involvert i revisjonsplanleggingen.

Revisjonsutvalget er godt fornøyd med revisjonsarbeidet som er utført i 2015. På vegne av styret vil revisjonsutvalget takke konsernrevisjonen for den jobben som er gjort.

1.2 Konsernrevisjonens arbeid

Revisjonsplan for 2015-2016 har vært førende for revisjonsarbeidet. Det er gjennomført revisjoner innenfor de fem områdene tilgjengelighet, ibruktagelse av nytt Østfoldsykehus, etablering av Sykehuspartner HF, Digital fornying og tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen. I tillegg er revisjonen "Intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen" som ble påbegynt i 2014 sluttført i fire helseforetak i 2015.

I 2015 er det gjennomført åtte revisjoner:

- Rapport 1/2015 Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ved Akershus universitetssykehus HF
- Rapport 2/2015 Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ved Sørlandet sykehus HF
- Rapport 3/2015 Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ved Sunnaas sykehus HF
- Rapport 4/2015 Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ved Sykehusapotekene HF

Revisjonsutvalget

Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF er et underutvalg av styret i Helse Sør-Øst RHF jfr § 21a i Helseforetaksloven.

Revisjonsutvalgets oppgaver
Revisjonsutvalget har oppgaver knyttet til styrets tilsyns- og kontrollfunksjon, oppfølging av konsernrevisjonen, samt oppfølging av ekstern revisors risikovurderinger og arbeid.

Revisjonsutvalget skal blant annet følge opp konsernrevisjonens arbeid og har myndighet til å godkjenne endringer i revisjonsplanen. Revisjonsutvalget skal følge opp og holdes orientert om status og risiko knyttet til saksområder som omfattes av dennes arbeid.

Revisjonsutvalget skal se til at foretaksgruppen har en uavhengig ekstern revisjon. Som ledd i dette skal utvalget gjennomgå eksternrevisors arbeid i forhold til revisjon av regnskapet, herunder planer, gjennomføring og resultat av revisjonen.

Konsernrevisor er revisjonsutvalgets sekretær. Protokoll fra møtene i revisjonsutvalget fremlegges for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Revisjonsutvalget har tre medlemmer som velges av og blant styrets medlemmer. Ett av medlemmene velges blant de ansattes valgte styremedlemmer. Styret oppnevner leder av revisjonsutvalget.

Medlemmer for perioden 2014 – 2016:

- Styremedlem Peer Jacob Svenkerud (leder)
- Styremedlem Bernadette Kumar
- Styremedlem Kirsten Brubakk

- Rapport 5/2015 Revisjon av styring og oppfølging av Sykehuspartner HF
- Rapport 6/2015 Revisjon ved nytt Østfoldsykehus
- Rapport 7/2015 Revisjon Tilgjengelige helsetjenester ved Oslo universitetssykehus HF
- Rapport 8/2015 Revisjon Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen ved Sykehuset Telemark HF

I tillegg er det startet følgende revisjoner i 2015:

- Kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying
- Tilgjengelige helsetjenester ved Akershus universitetssykehus HF
- Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen ved Sykehuset Innlandet HF

Disse revisjonene avsluttes i løpet av desember 2015/januar 2016.

Det har ikke vært meldt inn behov for gjennomføring av adhoc revisjoner eller utført rådgivningsoppgaver utover det som naturlig følger av revisjonene i 2015.

Av andre oppgaver følger det av instruks at konsernrevisjonen skal bidra til et revisjonsfaglig samarbeid med de øvrige regionene, samt innenfor egen region (kontaktmøter) og ut mot helseforetakene. Det er etablert en fast møtestruktur for å ivareta dette. Det er i 2015 avholdt to samlinger med internrevisjonene i de andre regionene og tre kontaktmøter med helseforetakene. I tillegg er det etablert dialog med øvrige parter som utøver revisjon eller fører tilsyn med virksomheten (Riksrevisjonen, eksternrevisor og relevante tilsynsmyndigheter). Konsernrevisor har en rolle i den etablerte varslingsrutinen for Helse Sør-Øst.

Konsernrevisjonen har i løpet av 2015 også prioritert kompetanseutvikling i avdelingen. Som ledd i dette har tre medarbeidere påbegynt videreutdanning innen "Intern revisjon; Governance – Risikostyring – Intern styring og kontroll" ved Handelshøyskolen BI høsten 2015.

2. Oppsummering revisjoner i 2015

I dette kapitlet gis det en oppsummering av gjennomførte revisjoner i 2015 per revisjonsområde. For oppsummering av revisjonene i det enkelte helseforetak vises det til kapittel 3.

2.1 Oppsummering av videreførte områder fra 2014

For å styrke fokuset på intern styring og kontroll gjennomførte konsernrevisjonen i 2014 revisjoner av helseforetakenes systemer og aktiviteter som skal sikre oppfyllelse av mål, krav og føringer som følger av lov og oppdrag fra eier. Dette ble gjort gjennom revisjonen "Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen" som omfattet revisjonsområdene virksomhetsstyring, ressursstyring, kompetansestyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Det fremgår av revisjonsrapporten til det enkelte helseforetak hvilke av områdene revisjonen ved helseforetaket omfattet.

Som ledd i årsrapporteringen for 2014 ble det utarbeidet oppsummeringsrapporter for områdene virksomhetsstyring, ressursstyring, kompetansestyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Ved utarbeidelsen av disse gjensto det fortsatt revisjoner på fire helseforetak som ble ferdigstilt våren 2015.

Det gis under en kort oppsummering av resultatet av revisjonene som er gjennomført innen de respektive områdene.

2.1.1 Virksomhetsstyring

I tillegg til at revisjon av virksomhetsstyring ble gjennomført i seks helseforetak i 2014 ble den gjennomført ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehusapotekene HF, Sunnaas sykehus HF og Sørlandet sykehus HF i 2015.

Virksomhetsstyringen skal bidra til at mål og krav fra eier legges til grunn for arbeidet på alle nivåene i det enkelte helseforetak. Det er gitt føringer for virksomhetsstyringen i rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF¹.

Revisjonene i 2014 viste at det i flere helseforetak manglet overordnede føringer for hvordan det skal arbeides med å nå mål og krav fra eier. Det var store forskjeller i hvor langt helseforetakene hadde lagt til rette for enhetlig og gjennomgående virksomhetsstyring i organisasjonen. For flere av helseforetakene viste revisjonene svakheter i intern styring og kontroll blant annet knyttet til:

- fordeling og kommunikasjon av mål i oppdrag- og bestillerdokumentet til de ulike ledernivåene
- operasjonalisering av mål
- planlegging for å arbeide for systematisk for måloppnåelse
- oppfølging for å nå mål på de ulike ledernivåene i helseforetaket

Revisjonene viste videre at lederopplæringen ved de ulike helseforetak i liten grad inneholdt temaer knyttet til virksomhetsstyring, det vil si arbeidet med mål- og resultatstyring. Videre viste revisjonene at det i ulik grad var definert klare roller og ansvar i forhold til virksomhetsstyring, og dette innebar at mål formelt ikke ble kommunisert til de ulike ledernivåene.

I forbindelse med denne revisjonen ble også fullmaktssystemet gjennomgått i alle helseforetakene. Det ble gjort funn i alle helseforetakene knyttet til dette. I flere av helseforetakene var det ikke samsvar mellom gjeldende fullmaktssystemet og de regionale retningslinjene. I noen helseforetak var det ikke etablert en felles forvaltning av fullmaktssystemet. I oppdrag og bestilling 2015 er dette området tatt inn som eget mål med flere krav til tiltak.

Revisjonene som ble utført på dette området ved Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF i 2015 bekreftet inntrykket fra 2014-revisjonene da mange av de samme gjennomgående funnene ble gjort. Ved Sykehusapotekene HF, og til dels Sunnaas sykehus HF, var det kun mindre funn.

I etterkant av de gjennomførte revisjonene av virksomhetsstyring har konsernrevisjonen presentert oppsummeringen i kontaktmøter med helseforetakene i regionen, og for avdeling for Styre- og eieroppfølging i Helse Sør-Øst RHF.

2.1.2 Ressursstyring

Revisjon av ressursstyring ble gjennomført i ett helseforetak i 2013, tre helseforetak i 2014 og sluttført ved Sørlandet sykehus HF i 2015..

Revisjonene i 2013 og 2014 viste at enkelte funn i stor grad var gjennomgående i revisjonene. For eksempel forelå det ikke gjennomgående bemanningsplaner, grunnlaget for utarbeidelse av bemanningsplaner var ikke tilstrekkelig definert og krav til å utarbeide bemanningsplaner var ikke angitt /innarbeidet i prosedyrer og retningslinjer.

¹ GOD VIRKSOMHETSSTYRING, Grunnlag for god pasientbehandling. Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, i Helse Sør-Øst

Feil og mangler på prosessnivå skyldtes ofte svakheter i systemet for intern styring og kontroll. Revisjonene viste enkelte gjennomgående svakheter, som at ansvar for ressursstyringsprosessen (eier av prosessen) ikke var tilstrekkelig angitt, krav og føringer for arbeidstidsplanlegging (ressursstyring) var i varierende grad angitt og informasjon fra ressursstyringsprosessen ble i varierende grad anvendt til oppfølging.

Revisjonen ved Sørlandet sykehus HF har bekreftet inntrykket fra 2014–revisjonene. Mange av de samme gjennomgående funnene ble gjort.

I etterkant av de gjennomførte revisjonene av ressursstyring har konsernrevisjonen presentert oppsummeringen i kontaktmøter med helseforetakene i regionen og for HR–avdelingen i Helse Sør-Øst RHF.

Riksrevisjonen har gjennomført en landsomfattende undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene i 2014-2015 (Dokument 3:12 2014-2016). Denne undersøkelsen er på flere områder i samsvar med konsernrevisjonens revisjoner av ressursstyring. Dette gjelder både undersøkelsesmål og funn i undersøkelsen.

2.1.3 Kompetansestyring

I tillegg til at revisjon av kompetansestyring ble gjennomført ved to helseforetak i 2014, ble den gjennomført ved Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF i 2015.

Revisjonene i 2014 viste at enkelte funn i stor grad var gjennomgående i revisjonene. For eksempel var strategier på overordnet nivå i varierende grad videreført i handlingsplaner og det forelå i liten grad prosedyrer/retningslinjer for kompetansestyring på overordnet nivå. Analyse av kompetansebehov og kartlegging av kompetanse ble gjennomført i varierende grad og på ulik måte i samme helseforetak. Kompetansestyringen var i varierende grad ansvarssatt, både på foretaks- og enhetsnivå

Feil og mangler på prosessnivå skyldtes ofte svakheter i intern styring og kontroll, og i revisjonene har det vært enkelte gjennomgående funn knyttet til dette. Blant annet var ansvar for kompetansestyring (eier av prosessen) ikke definert i tilstrekkelig grad og overordnede føringer for kompetansestyring var i varierende grad angitt, eller implementert.

Revisjonene ved Akershus universitetssykehus HF og ved Sunnaas sykehus HF i 2015 har bekreftet inntrykket fra 2014–revisjonene. Mange av de samme gjennomgående funnene ble gjort.

I etterkant av de gjennomførte revisjonene av kompetansestyring har konsernrevisjonen presentert oppsummeringen i kontaktmøter med helseforetakene i regionen og for HR–avdelingen i Helse Sør-Øst RHF.

2.1.4 Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

I tillegg til at revisjon av utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten ble gjennomført i fire helseforetak i 2014 ble den gjennomført ved Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF og Sørlandet sykehus HF i 2015.

Revisjonene av utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten i 2014 viste at de reviderte helseforetakene i stor grad hadde etablert samarbeid med kommunene og inngått avtaler som var i tråd med kravene. Helseforetakene hadde også i stor grad etablert interne prosedyrer/rutiner som var dekkende for prosessen. Imidlertid viste revisjonen flere gjennomgående funn (feil/mangler) knyttet til prosessen. Dette dreide seg blant annet om dokumentasjon i journal, innhold i kommunikasjon med kommunene og legemiddellister i epikriser. Feil og mangler på prosessnivå skyldtes ofte svakheter i

systemet for intern styring og kontroll. Revisjonene viste enkelte gjennomgående svakheter, som at det i liten grad var definert hvordan enkelte av aktivitetene i prosessen skal dokumenteres, og at det ikke ble gjennomført tilstrekkelige tiltak for å sikre at innhold i meldinger og epikriser er korrekt og som avtalt.

Revisjonene som ble utført på området i 2015 har bekreftet inntrykket fra 2014-revisjonene. Mange av de samme gjennomgående funnene ble gjort.

I etterkant av de gjennomførte revisjonene av utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten har konsernrevisjonen presentert oppsummeringen i kontaktmøter med helseforetakene i regionen, i fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst, fagutvalg helsefag Helse Sør-Øst, samhandlingsnettverket i Helse Sør-Øst, kontaktmøte mellom Helse Sør-Øst og fylkesmennene i regionen og avdeling for medisin og helsefag Helse Sør-Øst RHF.

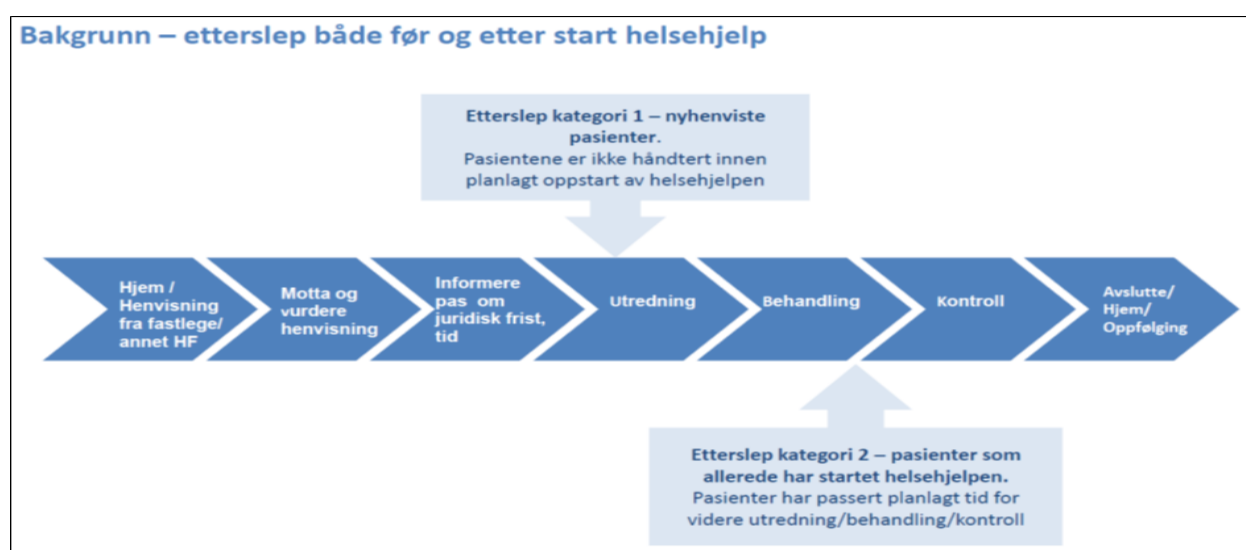
Statens helsetilsyn har i 2015 gjennomført landsomfattende tilsyn av samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Tilsynet har ved helseforetakene undersøkt mange av de samme temaene som konsernrevisjonen har dekket i sine revisjoner, og gitt avvik og merknader som understøtter konsernrevisjonens funn.

2.2 Revisjonsområdet Tilgjengelighet

Revisjon tilgjengelige helsetjenester

Bakgrunnen for revisjonen er at det i lang tid har vært et stort antall pasienter i helseforetakene som ikke har fått helsehjelp innen fastsatt tid. Revisjonen har derfor som problemstilling å kartlegge og vurdere om helseforetakene på en strukturert måte arbeider for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet.

Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom bruk av styringsinformasjon både med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter, samt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Revisjonen har satt dette i sammenheng med plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket, og andre sentrale faktorer som ansvar og kompetanse.



Figur 1: To kategorier etterslep i pasientforløpet

Revisjonen tilgjengelige helsetjenester er gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF i 2015. Det planlegges for at styret behandler rapport fra revisjonen 28. januar 2016. Sammendrag fra revisjonen fremkommer i kapittel 3.

Revisjonen pågår ved Akershus universitetssykehus HF.

2.3 Revisjonsområdet Ibruktageelse av nytt Østfoldsykehus

Revisjon ved nytt Østfoldsykehus

Bakgrunnen for revisjonen er at nytt Østfoldsykehus er en av de viktigste aktivitetene i Helse Sør-Øst i perioden og ibruktageelsen av dette er definert som ett av de overordnede risikoområdene i Helse Sør-Øst.

I styresak 90–2010 godkjente styret i Sykehuset Østfold HF (SØHF) forprosjektrapport for nytt Østfoldsykehus. I forprosjektet fremkommer det definert mål for nytt sykehus. Målene beskriver hva prosjektet konkret skal oppnå, i form av et målhierarki som beskriver samfunns mål, effektmål og resultatmål. De samme effektmålene er presentert i sak 90/2010 til styret i Helse Sør-Øst RHF der forprosjektet for nytt Østfoldsykehus godkjennes.

Effektmålene er knyttet til prosjektets virkninger for brukerne (pasienter, befolkningen og ansatte). I rapporten fremkom fem effektmål for nytt sykehus i Østfold. I revisjonen har konsernrevisjonen valgt å ta utgangspunkt i to av effektmålene som er rettet mot pasientbehandling og samhandling:

I Sykehuset Østfold HF skal:

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

Det har i revisjonen vært kartlagt og vurdert hvordan Sykehuset Østfold HF har etablert styring og kontroll som understøtter realisering av effektmålene for nytt sykehus.

Rapport fra gjennomført revisjon fremlegges styret i Sykehuset Østfold HF i styremøtet 21. desember 2015. Sammendrag fra revisjonen fremkommer i kapittel 3.

2.4 Revisjonsområdet Etablering av Sykehuspartner HF

Revisjon Styring og oppfølging av Sykehuspartner HF

I sak 077-2014 besluttet styret i Helse Sør-Øst RHF å etablere Sykehuspartner som eget helseforetak. Hensikten var å tydeliggjøre Helse Sør-Øst RHF som strategisk eier og Sykehuspartner som fellestjenesteleverandør. Gjennom endring i strukturen ønsket Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner å oppnå følgende:

1. klarere ansvars- og styringslinjer i forhold til eier
2. klarere leverandør- og partnerrolle i forhold til helseforetakene
3. legge til rette for en ytterligere profesjonalisering av organisasjonen

Det første formålet er en forutsetning for at de to øvrige skal kunne oppnås, og klare ansvars- og styringslinjer avhenger av at det er en klar ansvars- og oppgavedeling internt i Helse Sør-Øst RHF og

Sykehuspartner HF. Målet med revisjonen var å vurdere styringen og oppfølgingen av Sykehuspartner HF som nytt helseforetak.

Revisjonen har omfattet utvalgte deler av styring og kontroll i både i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF. Hovedfokus i revisjonen var de delene som er særlig relevante for arbeidsdelingen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF og styring og oppfølging av Sykehuspartner HF.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler rapport fra revisjonen 17. desember 2015.
Styret i Sykehuspartner HF behandler rapport fra revisjonen 18. desember 2015.

Sammendrag fra revisjonen fremkommer i kapittel 3.

2.5 Revisjonsområdet Digital fornying

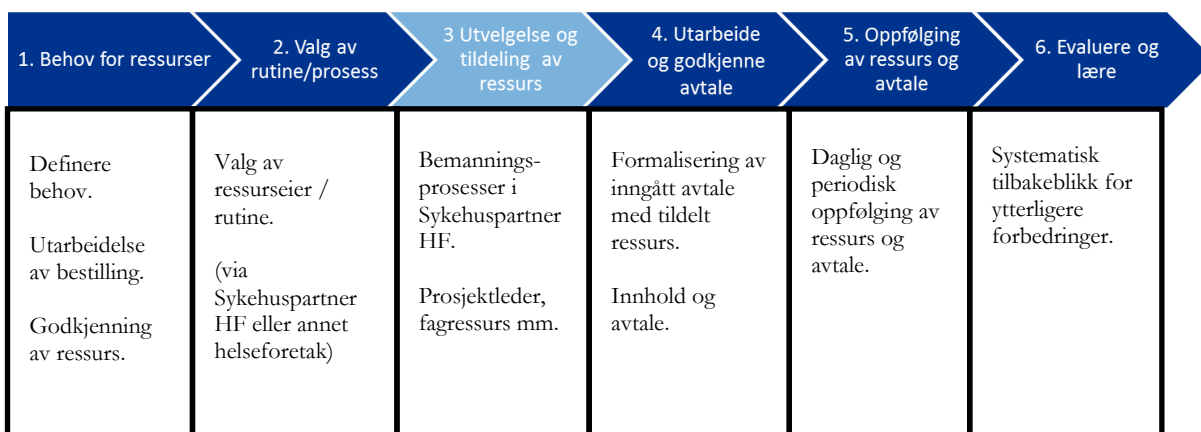
Revisjon av kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying

Denne revisjonen har som mål å kartlegge og vurdere om kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying er basert på behovsvurderinger, om det er formalisert i avtaler og følges opp på en systematisk måte. Revisjonen omfatter både Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF.

Bakgrunn for denne revisjonen er at dette er et vesentlig område og en stor kostnadspost. Hele programmet skal understøtte pasientsikkerhet og kvalitet. Dersom prosjektene forsinkes vil dette få betydning for tiltakene som er knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet.

Konsernrevisjonen vil kartlegge og vurdere om det er god styring og kontroll i prosessen som er etablert for å kjøpe eller leie inn ressurser til det regionale programmet Digital fornying (se figur 2).

Områder / steg som inngår i revisjonen:



Figur 2: Prosess for kjøp/innleie av ressurser til Digital fornying

Det planlegges for at rapport fra revisjonen skal foreligge i januar 2016.

2.6 Revisjonsområdet Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen

Revisjonen er i 2015 gjennomført ved Sykehuset Telemark HF. Tentativ dato for styrebehandling av rapporten er 11. februar 2016. Det pågår revisjon ved Sykehuset Innlandet HF.

Bakgrunn for revisjonen er krav til helseforetaket om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt ønske fra styret i Helse Sør-Øst RHF om å undersøke hvordan det sikres at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring i helseforetakene.

Revisjonen skal undersøke hvordan helseforetakene har satt i system implementering av tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis gjennomført i 2011 og revisjon fra 2011 - 2012 av det pasientadministrative arbeidet gjennomført av konsernrevisjonen. I 2014 og 2015 reviderte konsernrevisjonen intern styring og kontroll knyttet til områdene virksomhetsstyring, ressursstyring, kompetansestyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, og revisjonen kartlegger nå hvor langt helseforetakene har kommet i tiltaksarbeidet. For alle de utvalgte revisjonene undersøker konsernrevisjonen om tiltaksarbeidet er integrert i helseforetakenes gjennomgående system for oppfølging og rapportering. Hensikten er å belyse gjennomføringsevnen knyttet til måloppnåelse innenfor de nevnte områdene.

Konsernrevisjonen ser også på om helseforetaket monitorerer og følger opp utviklingen knyttet til tiltaksarbeidet, om de løpende følger utviklingen, om de har oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og ikke, og om de vet hvorvidt det har skjedd en varig forbedring i forhold til anbefalinger som er gitt. Videre kartlegger revisjonen om helseforetakene sprer erfaringene etter forbedringsarbeidet.

Revisjonen omfatter styret, administrerende direktør, sentral stab og ledere på nivå 2 og 3. Det er planlagt at revisjonen skal gjennomføres ved alle helseforetak i perioden 2016-2017.

3. Oversikt revisjoner per helseforetak

I dette kapitlet gis en oversikt over revisjonene som er gjennomført i Helse Sør-Øst RHF og ved det enkelte helseforetak. For detaljer vises det til rapportene fra den enkelte revisjon.

3.1 Helse Sør-Øst RHF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
September- oktober 2015	<ul style="list-style-type: none">Styring og oppfølging av Sykehuspartner HF
Pågår	<ul style="list-style-type: none">Kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying

Oppsummering revisjon Styring og oppfølging av Sykehuspartner HF

Revisjonen viste at ansvar og oppgaver for styring og oppfølging i Helse Sør-Øst RHF er definert og kommunisert, og at styring og oppfølging av Sykehuspartner HF er målrettet og innrettet på samme måte som for de øvrige helseforetakene. Det er imidlertid noen mangler knyttet til avklaring av styringssignaler i Oppdrag og bestilling 2015 fra Helse Sør-Øst RHF, og formaliseringen av disse.

Revisjonen viste videre at mål og krav i Oppdrag og bestilling er operasjonalisert på alle nivåer i Sykehuspartner HF. Sykehuspartner HF har definert og kommunisert ansvar og oppgaver. Det gjenstår imidlertid noe arbeid med formalisering av ansvar og oppgaver i Sykehuspartner HF.

Konsernrevisjonen har gitt anbefalinger tilknyttet funnene i revisjonen.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler rapport fra revisjonen 17. desember 2015.

3.2 Sykehuspartner HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
September- oktober 2015	<ul style="list-style-type: none">• Styring og oppfølging av Sykehuspartner HF
Pågår	<ul style="list-style-type: none">• Kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying

Oppsummering revisjon Styring og oppfølging av Sykehuspartner HF

Se kapittel 3.1 for oppsummering av resultater.

Styret i Sykehuspartner HF behandler rapport fra revisjonen 18. desember 2015.

3.3 Akershus universitetssykehus HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
November 2014- januar 2015	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsstyring• Intern styring og kontroll i utvalgte prosesser:<ul style="list-style-type: none">• Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten• Kompetansestyring
Pågår	<ul style="list-style-type: none">• Revisjon tilgjengelige helsetjenester

Oppsummering av revisjon av virksomhetsstyring, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og kompetansestyring ved Akershus universitetssykehus HF

Oppsummering for virksomhetsstyring

Revisjonen har vist at helseforetaket har etablert prosesser og gitt overordnede føringer for hvordan deler av virksomhetsstyringen skal gjennomføres, men at det ikke i tilstrekkelig grad var lagt til rette for at virksomhetsstyringen blir helhetlig (omfattet alle nivå og forholdet stab/linje).

Det var blant annet ikke utarbeidet styrende dokumenter som beskrev rolle, ansvar og oppgaver i forbindelse med planlegging og oppfølging av mål og krav i oppdrag og bestilling. Det var også uavklarte rolle- og ansvarsforhold mellom linjen og stab knyttet til virksomhetsstyring. I tillegg kan manglende opplæring av ledere på dette tema, være blant årsakene til at virksomhetsstyringen var fragmentert og mangelfull i forhold til planlegging, oppfølging og rapportering i helseforetaket.

Oppsummering for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Revisjonen har vist at helseforetaket i stor grad har etablert samarbeid med kommunene og inngått avtaler som er i tråd med kravene. Helseforetaket har også etablert interne prosedyrer/rutiner for prosessen. Revisjonen viste at det i prosessen er manglende etterlevelse av etablerte prosedyrer/rutiner, og at disse ikke er dekkende for alle krav.

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

Oppsummering for kompetansestyring

Revisjonen har vist at det var gjennomført flere aktiviteter for kompetansestyring i enhetene, men gjennomføringen varierte blant annet i forhold til å kartlegge og vurdere kompetanse, planlegge, gjennomføre og dokumentere kompetansetiltak.

Gjennomgangen viste at dette kan skyldes flere svakheter i helseforetakets styring og kontroll, blant annet at det i liten grad forelå retningslinjer/prosedyrer for kompetansestyring på overordnet nivå og at ansvar

og oppgaver knyttet til kompetansestyringen ikke var tydeliggjort både for linje (gjennomføring) og stab (tilrettelegge og følge opp).

Hovedkonklusjon etter revisjonen

Revisjonen viste svakheter i helseforetakets styring og kontroll. Særlig var roller, ansvar og oppgaver i og mellom linjen og stab ikke tydelig/avklart. Særlig stabens rolle for tilrettelegging og oppfølging/monitorering innenfor de ulike områdene var utydelig. Svakheter i styring og kontroll kan innebære risiko for at helseforetaket ikke når sine mål og krav, brudd på regelverk, manglende etterlevelse av rutiner/prosedyrer, fragmentert styring og unødvendig bruk av ressurser.

Konsernrevisjonen ga anbefalinger tilknyttet funnene i revisjonen.

Styret i Akershus universitetssykehus HF behandlet revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksplan 24. juni 2015.

3.4 Oslo universitetssykehus HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
Oktober – november 2015	<ul style="list-style-type: none">Tilgjengelige helsetjenester ved Oslo universitetssykehus HF

Oppsummering revisjon tilgjengelige helsetjenester OUS HF:

Innretning på revisjonen beskrives i kapittel 2.2.

Revisjonen viste at det er gjennomført en rekke tiltak i Oslo universitetssykehus HF for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tider, men at det er områder som kan forbedres.

Oslo universitetssykehus HF har tilrettelagt for å innhente sentral styringsinformasjon i pasientforløpet, men at denne gir ikke nok informasjon om restansene for kontrollpasientene.

Enkelte enheter har iverksatt egne tiltak for å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet, men det er ikke utviklet styringsinformasjon for dette området med tilhørende verktøy som kan benyttes i hele helseforetaket.

Det er utarbeidet mål for området tilgjengelighet. Det gjennomføres risikovurderinger, det utarbeides planer med tilhørende tiltak og det er etablert prosesser for oppfølging. Revisjonen viste imidlertid at det ikke er en gjennomgående struktur på dette i helseforetaket. Det vil si at plan- og oppfølgingsprosessen gjøres i varierende grad og på ulik måte innenfor både klinikkene og stabene.

Ansvar og oppgaver er definert og kjent for både stab og linje. Det er etablert egne nettverk med definert ansvar og oppgaver innenfor tilgjengelighet. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig avklart hva som inngår i stabens oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon.

Det er etablert obligatorisk lederopplæring og andre lederkurs. Den daglige veiledningen og støtten etterlyses av ledere i klinikkene i forbindelse med plan- og oppfølgingsprosessen og daglig drift for eksempel knyttet til hva som skal utarbeides til hvilken tid, bruk av verktøy/malverk, og bruk av styringsinformasjon.

Mangler og svakheter vist i revisjonen kan føre til at Oslo universitetssykehus HF ikke når sine mål og krav i tiden fremover. Dette gjelder for det første mål og krav som direkte påvirker pasienten, som at helsehjelpen gis til fastsatt tid. For det andre gjelder det mål og krav knyttet til optimal ressursbruk for å

sikre tilgjengelige helsetjenester. For eksempel vil manglende synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet, medføre at ledelsen ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å allokere ressurser på en god måte.

På bakgrunn av konsernrevisjonens vurderinger er det anbefalt at Oslo universitetssykehus HF iverksetter tiltak rettet både mot å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk. Anbefalingene som er gitt i rapporten er rettet både mot linjen som gjennomfører og staben som tilrettelegger.

Endelig revisjonsrapport ble oversendt 2. desember 2015 og det planlegges for at styret i Oslo universitetssykehus HF behandler rapport fra revisjonen 28. januar 2016.

3.5 Sunnaas sykehus HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
Januar – mars 2015	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsstyring• Intern styring og kontroll i utvalgte prosesser:<ul style="list-style-type: none">• Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten• Kompetansestyring

Oppsummering av revisjon av virksomhetsstyring, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og kompetansestyring ved Sunnaas sykehus HF.

Oppsummering for virksomhetsstyring

Revisjonen viste at helseforetaket har operasjonalisert rammeverket for virksomhetsstyring. Det ble funnet noen mindre mangler knyttet til styrende dokumenter, fullmakter og oversikt over oppgaver og aktiviteter knyttet til virksomhetsstyring.

Det var etablert et system som skal sikre at prosesser for planlegging, oppfølging og analyse/ rapportering ivaretas. Systemet var formalisert, dokumentert og implementert. Revisjonen viste imidlertid at systemet ikke var gjennomgående etterlevd fra nivå 1 til nivå 4.

Oppsummering for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Revisjonen viste at helseforetaket hadde etablert samarbeidsrutine med kommunene som var i tråd med kravene. Helseforetaket hadde også etablert interne prosedyrer/rutiner for prosessen, men revisjonen viste at det i prosessen var manglende etterlevelse av etablerte prosedyrer/rutiner.

Revisjonen viste også at dette kunne skyldes enkelte svakheter i helseforetakets styring og kontroll, eksempelvis at leder ikke hadde nødvendig oversikt over om ansatte har gjennomført opplæringsopplegg knyttet til prosessen, enkelte prosedyrer var utdatert og det var en mangelfull overordnet risikovurdering og oppfølging/monitorering.

Oppsummering for kompetansestyring

Revisjonen viste at enhetene gjennomførte flere aktiviteter for å sikre rett kompetanse til rett tid. Revisjonen viste videre at det i forbindelse med utarbeidelse av Strategisk kompetanseledelse i klinikk var gjennomført analyser og kartlegginger av nåværende og fremtidige kompetansebehov for alle faggrupper og seksjon/klinikk.

Revisjonen viste imidlertid enkelte svakheter i helseforetakets styring og kontroll, blant annet at det i liten grad forelå retningslinjer/prosedyrer for kompetansestyring på overordnet nivå og at ansvar og oppgaver knyttet til kompetansestyringen ikke var tydeliggjort for linje (gjennomføring) eller stab (tilrettelegge og følge opp).

Hovedkonklusjon

Revisjonen viste at det var enkelte svakheter i helseforetakets styring og kontroll. For revisjonsområdene utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og kompetansestyring var det svakheter knyttet til hvordan helseforetakets system for styring og kontroll var etablert. For utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, og i noen grad for virksomhetsstyring, var det mangelfull etterlevelse av overordnede føringer. Svakheter i styring og kontroll kan innebære en risiko for at helseforetaket ikke når sine mål og krav, brudd på regelverk, manglende etterlevelse av rutiner/prosedyrer og unødvendig bruk av ressurser.

Konsernrevisjonen ga anbefalinger tilknyttet funnene i revisjonen.

Styret i Sunnaas sykehus HF behandlet revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksplan 24. juni 2015.

3.6 Sykehusapotekene HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
Januar – mars 2015	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsstyring

I revisjonen ble noen av revisjonskriteriene fra ressursstyring tilpasset og inkludert.

Oppsummering av revisjon av virksomhetsstyring ved Sykehusapotekene HF

Hovedkonklusjon

Revisjonen viste at helseforetaket hadde et godt og helhetlig system for virksomhetsstyring, men at det var enkelte svakheter, hovedsakelig knyttet til utarbeidelse og oppdatering av overordnede strategier og prosedyrer.

Konsernrevisjonen ga anbefalinger tilknyttet funnene i revisjonen.

Styret i Sykehusapotekene HF behandlet revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksplan 18. juni 2015.

3.7 Sykehuset Innlandet HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
Pågår	<ul style="list-style-type: none">• Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen ved Sykehuset Innlandet HF

Rapport fra pågående revisjon vil foreligge i januar 2016.

Styrebehandling av tidligere revisjonsrapporter

Revisjonsrapport fra Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Sykehuset Innlandet HF som ble gjennomført i 2014 og helseforetakets handlingsplan, ble behandlet i helseforetakets styre 22. januar 2015.

3.8 Sykehuset i Vestfold HF

Det er ikke gjennomført revisjoner ved Sykehuset i Vestfold HF i 2015.

Styrebehandling av tidligere revisjonsrapporter

Den 24. april 2015 ble det gjennomført møte med helseforetaket for å gjennomgå status i tiltaks- og forbedringsarbeidet etter tidligere gjennomførte revisjoner. Ledere fra Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk,

Klinikk for psykisk helse og rusbehandling og helseforetakets ledelse og stab deltok. I forkant ble det innhentet data og dokumentasjon. I ettertid er det avholdt møte med helseforetaket som fremlegger status oppfølging av tidligere revisjoner til styret i desember 2015.

3.9 Sykehuset Telemark HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
September-november 2015	<ul style="list-style-type: none">Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen ved Sykehuset Telemark HF

Utkast revisjonsrapport vil foreligge i midten av desember 2015.

Styrebehandling av tidligere revisjonsrapporter

Revisjonsrapport fra Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Sykehuset Telemark HF som ble gjennomført i 2014 og helseforetakets handlingsplan ble behandlet i helseforetakets styre 25. mars 2015.

3.10 Sykehuset Østfold HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
August - oktober 2015	<ul style="list-style-type: none">Revisjon ved nytt Østfoldsykehus

Oppsummering revisjon ved nytt Østfoldsykehus:

Innretning på revisjonen beskrives i kapittel 2.3.

Revisjonen viste at Sykehuset Østfold i perioden siden 2010 har gjort effektmålene til sine overordnede mål og effektmålene har ligget til grunn for valgte løsninger i nytt sykehus. Effektmålene er omformulert fra sin opprinnelige form og videreført i ny Strategi for Sykehuset Østfold 2016-2020. Roller, ansvar og oppgaver knyttet til å realisere effektmålene er fordelt og kjent. Effektmålene blir fulgt opp som del av den ordinære virksomhetsstyringen. Organisasjonsutvikling som forberedelse til nytt sykehus har vært organisert i interne OU-prosjekter som blant annet har omfattet organisering, arbeidsprosesser og verktøy.

Revisjonen viste at det innenfor enkelte områder var rom for forbedring. Oppsummert ble det gjort funn knyttet til følgende områder:

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

Konsernrevisjonen ga anbefalinger tilknyttet funnene i revisjonen.

Endelig revisjonsrapport er oversendt helseforetaket 2. desember 2015 og det planlegges for at styret i Sykehuset Østfold HF behandler rapport fra revisjonen 21. desember 2015.

3.11 Sørlandet sykehus HF

Revisjonsperiode	Gjennomførte revisjoner
November 2014- januar 2015	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsstyring• Intern styring og kontroll i utvalgte prosesser:<ul style="list-style-type: none">• Utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten• Ressursstyring

Oppsummering av revisjon av virksomhetsstyring, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten og ressursstyring ved Sørlandet sykehus HF

Oppsummering for virksomhetsstyring

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

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

Oppsummering for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

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

Gjennomgangen viste at dette kunne skyldes enkelte svakheter i helseforetakets styring og kontroll, eksempelvis at personell ikke hadde nødvendig opplæring i prosessen og at det var en mangelfull overordnet risikovurdering og oppfølging/monitorering.

Oppsummering for ressursstyring

Revisjonen viste at helseforetaket gjennomførte flere aktiviteter i forhold til ressursstyringen for å sikre at det var tilstrekkelig med bemanningsressurser til enhver tid. Det var imidlertid mangler i forhold til avstemming av bemanningsplaner, godkjenning av arbeidsplaner/ turnuser og varierende kjennskap og bruk av til indikatorer for mål (styringsinformasjon) og rapporteringspunkter for ressursstyringsprosessen.

Gjennomgangen viste at dette blant annet kunne skyldes at overordnet retningslinje for hele ressursstyringsprosessen; "GAT/RAPS veileder SSHF" ikke var tilstrekkelig kjent og etterlevd, ansvar og oppgaver i forhold til ressursstyringsprosessen ikke var tilstrekkelig definert og dokumentert, og at ressursstyringsprosessen ikke var helhetlig risikovurdert på overordnet nivå.

Hovedkonklusjon etter revisjonen

Revisjonen viste enkelte svakheter i helseforetakets styring og kontroll. Særlig var ansvar og oppgaver i og mellom linjen og stab ikke tydelige/uavklarte.

Det ble gjort funn for alle tre revisjonsområdene knyttet til tiltak for å ha styring og kontroll: Et helhetlig system for å ivareta styring og kontroll var ikke tilstrekkelig beskrevet. Svakheter i styring og kontroll kan innebære risiko for at helseforetaket ikke når sine mål og krav, brudd på regelverk, manglende etterlevelse av rutiner/prosedyrer og lite effektiv drift.

Konsernrevisjonen ga anbefalinger tilknyttet funnene i revisjonen. Styret i Sørlandet sykehus HF behandlet revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksplan 15. oktober 2015.

3.12 Vestre Viken HF

Det er ikke gjennomført revisjoner ved Sykehuset i Vestre Viken HF i 2015.

Styrebehandling av tidligere revisjonsrapporter

Revisjonsrapport fra Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken HF som ble gjennomført i 2014 og helseforetakets handlingsplan ble behandlet i helseforetakets styre 23. februar 2015.

[Revisjonsrapportene](#)