


Årsrapport 2016

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF



Behandlet av styret i
Helse Sør-Øst
2. februar 2017

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Revisjonsutvalget.....	3
2.1 Formål og sammensetning.....	3
2.2 Oppgaver.....	3
2.3 Møter og saker.....	4
3. Konsernrevisjonen	4
3.1 Formål.....	4
3.2 Oppgaver.....	4
3.3 Uavhengighet.....	4
3.4 Ressurser og kompetanseutvikling	5
4. Revisjoner i 2016.....	6
4.1 Revisjonsområde Helsetjenester	7
4.2 Revisjonsområde Informasjonssystemer og økonomi.....	10
4.3 Revisjonsområde Tiltaksarbeid etter revisjoner.....	12
4.4 Ad hoc-revisjoner.....	14
4.5 Revisjoner fordelt på reviderte enheter.....	16
5. Overvåke fremdrift av tiltaksarbeid.....	17
6. Kvalitet og forbedring i konsernrevisjonen.....	17

1. Innledning

Konsernrevisjonen er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak. Konsernrevisjonen er hjemlet i Helseforetaksloven § 37 a. Konsernrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring. Den er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2016 sett opp mot styregodkjent revisjonsplan for 2016-17 og instruks for konsernrevisjonen. Rapporten inneholder konsernrevisjonens vurderinger av virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Vurderingene er avgrenset til helseforetakene og områdene som inngår i våre revisjoner.

Konsernrevisjonen skal planlegge, gjennomføre, rapportere og følge opp revisjons- og rådgivningsoppdrag i samsvar med standarder for utøvelse av intern revisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA) som målbæres av Norges Intern Revisorers Forening (NIRF).

2. Revisjonsutvalget

2.1 Formål og sammensetning

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

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.

Revisjonsutvalgets medlemmer 2016:

- Geir Nilsen (leder)
- Kirsten Brubakk
- Eyolf A. Bakke.

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

2.2 Oppgaver

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

- Følge opp konsernrevisjonens arbeid og har myndighet til å godkjenne endringer i revisjonsplanen.
- Følge opp og holdes orientert om status og risiko knyttet til saksområder som omfattes av revisjonsutvalgets arbeid.
- Se til at foretaksgruppen har en uavhengig ekstern revisjon. Som ledd i dette skal utvalget gjennomgå eksternrevisors arbeid med hensyn til revisjon av regnskapet, herunder planer, gjennomføring og resultat av revisjonen.

2.3 Møter og saker

Revisjonsutvalget har avholdt seks møter med følgende saker til behandling:

- Konsernrevisjonens revisjonsplan 2016-17
- Eksternrevisors risikovurdering og revisjonsplan 2017
- Status for konsernrevisjonens revisjoner i perioden
- Godkjenning av konsernrevisjonens oppdragsplaner
- Instruks for revisjonsutvalget og instruks for konsernrevisjonen
- Ansettelse av ny konsernrevisor
- Ekstern evaluering av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF
- Administrasjonens risikovurderinger.

3. Konsernrevisjonen

3.1 Formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til formål å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og ved helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av foretakenes prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll.

3.1 Uavhengighet

Konsernrevisjonen er faglig uavhengig av linjeorganisasjonen og rapporterer til revisjonsutvalget og styret, administrativt til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. I tråd med internasjonale standarder skal konsernrevisjonens leder minst årlig bekrefte for styret sin uavhengige rolle. Konsernrevisor bekrefter at konsernrevisjonen i 2016 har vært uavhengig i sin rolle.

3.2 Oppgaver

Konsernrevisjonen har i henhold til sin instruks tre oppgaver: Bekreftelser, rådgivning og andre oppgaver. I hovedsak har konsernrevisjonen levert i henhold til planlagte aktiviteter for 2016.

Konsernrevisjonens har i løpet av 2016 levert femten revisjonsrapporter, se kapittel 4. Revisjonsoppdragene er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2016-17 med unntak av et revisjonsoppdrag som vil bli slutført i 2017. I tillegg er det gjennomført tre ad hoc-revisjoner. En revisjon fra tidligere års revisjonsplan ble slutført i 2016.

Konsernrevisjonen har ikke hatt rådgivningsoppdrag i 2016.

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 møtstruktur for å ivareta dette. Det er i 2016 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 fellesmøte for alle fylkeslegene i regionen). Konsernrevisor har en rolle i den etablerte varslingsrutinen for Helse Sør-Øst i RHF.

Konsernrevisjonens medarbeidere har i bransjeforeningen for internrevisjon NIRF bidratt som til-litsvalgt, artikkelforfatter til fagtidsskriftet og som foredragsholder i fagsamling.

3.3 Ressurser og kompetanseutvikling

Konsernrevisjonen har i 2016 hatt tretten stillinger, hvorav en var ubesatt ved inngangen av året. Tre internrevisorer har sluttet i løpet av året og to nye er ansatt, blant disse ny leder for konsernrevisjo-nen. Ved slutten av 2016 består avdelingen av elleve ressurser. I tillegg har en ressurs vært frikjøpt fra Sykehuset Østfold HF i 20 % i hele 2016 og andre ressurser frikjøpt fra foretaksgruppen i gjen-nomføring av konkrete revisjoner for tilførsel av kapasitet og kompetanse. En ressurs fra Vestre Viken HF har hospitert i konsernrevisjonen fram til 1. juni 2016.

Konsernrevisjonen har i 2016 fortsatt kompetanseutviklingen i avdelingen. Tre medarbeidere har gjennomført videreutdanning innen "Intern revisjon: Governance – Risikostyring – Intern styring og kontroll" ved Handelshøyskolen BI med oppstart høsten 2015. I tillegg har det vært gjennomført interne fagdager på ulike områder og internrevisorene har deltatt på eksterne seminarer og kurs med helse- og revisjonsfaglige tema.

4. Revisjoner i 2016

I henhold til revisjonsplan for 2016 er det gjennomført revisjoner innenfor områdene: a) helsetjenester, b) informasjonssystemer og økonomi, og c) tiltaksarbeid etter revisjoner. I tillegg er tre revisjoner gjennomført ad hoc utenom den vedtatte årsplanen. I det følgende gis en oppsummert omtale av de respektive revisjonene.

Tabell 1 viser konsernrevisjonens rapporter som er slutført i 2016:

Rapport nr.	Rapportnavn	Revidert virksomhet
1/2016	Tilgjengelige helsetjenester	Ahus
2/2016	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen	SI
3/2016	Kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying	HSØ, SP
4/2016	Tildeling og oppfølging av tilskudd til brukerorganisasjonene	RHF
5/2016	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen	SS
6/2016	Endret organisasjonsmodell	SS
7/2016	Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid	SiV
8/2016	Leverandørens tilgang til helse- og personopplysninger i medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	SØ
9/2016	Kvalitetssystem og praksis for rettighetstildeling hos private leverandører av helsetjenester	MB
10/2016	Korridorpasienter	VV
11/2016	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen	OUS
12/2016	Legemidler	Ahus
13/2016	Likeverdig og forutsigbar helsehjelp	SØ
14/2016	Risikostyring i Digital fornying	HSØ
15/2016	Legemidler	LDS

Tabell 1: Revisjonsrapporter 2016

4.1 Revisjonsområde Helsetjenester

Revisjonsområdet Helsetjenester omhandler forhold relevant for pasientbehandlinger, herunder intern styring og kontroll med kostbare legemidler, korridorpasienter, og pasientforløp og -flyt.

Rapport 1/2016	Tilgjengelige helsetjenester	Akershus universitetssykehus HF
<p>Revisjonen undersøkte hvordan Ahus planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene 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 faktorer som ansvar og kompetanse.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- Arbeider Ahus på en strukturert måte for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet? <p>Revisjonen har vist at det er gjennomført en rekke tiltak på området, samtidig som revisjonen har identifisert enkelte svakheter og mangler. Manglene og svakhetene kan føre til at Ahus ikke når sine mål og krav. Det gjelder mål og krav om at helsehjelpen skal gis til fastsatte tider gjennom pasientforløpet samt om ressursbruk for å sikre tilgjengelige helsetjenester. Manglende synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet kan medføre at ledelsen ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å styre ressurser på en hensiktsmessig måte.</p> <p>Revisjonsperioden ble gjennomført i perioden november 2015 - januar 2016.</p> <p>Rapporten ble behandlet i Ahus HF's styre 27. mai 2016 med følgende vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Styret tar konsernrevisjonens rapport 1/2016 til etterretning2. Styret er tilfreds med det arbeidet som er påbegynt med å identifisere tiltak knyttet til forbedring og implementering og som er planlagt sluttført i løpet av 2016.		

Rapport 7/2016	Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid	Sykehuset i Vestfold HF
<p>Revisjonen undersøkte hvordan utvalgte enheter innen somatikk og psykisk helse og rusbehandling i Sykehuset i Vestfold HF arbeider med å sikre pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?- Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?- Sikrer helseforetaket at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatt juridisk frist, herunder bruk av Helfo pasientformidling? <p>Revisjonen viste at det er gjennomført flere tiltak i Sykehuset i Vestfold HF for å imøtekomme lovendringene på de undersøkte områdene. Samtidig har revisjonen vist enkelte svakheter og mangler i helseforetaket, både på overordnet nivå og i de utvalgte poliklinikkene, hvor det enten bør eller må iverksettes tiltak for å etterleve mål og krav. Etter konsernrevisjonens vurdering kan samlede funn i revisjonen medføre at pasienter ikke får helsehjelp til fastsatt tid, eller at pasient og henvisende instans ikke mottar riktig og fullstendig informasjon.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført i perioden mars - juni 2016.</p>		

Rapporten ble behandlet i Sykehuset i Vestfold HF's styre 15. september 2016 med følgende vedtak:

1. Styret bekrefter mottak av Rapport 7/2016 "Pasienter for helsehjelp innen fastsatt tid. Sykehuset i Vestfold HF".
2. Administrerende direktør bes legge fram sak for styret med handlingsplan knyttet til funn i revisjonen senest i styremøtet 22. desember 2016.

Handlingsplan ble ikke framlagt i styremøte 22. desember, men skal framlegges i styremøte 28. februar.

Rapport 10/2016	Korridorpasienter	Vestre Viken HF
<p>Revisjonen undersøkte hvordan utvalgte enheter i Vestre Viken HF arbeider med å nå målet om at det ikke skal forekomme korridorpasienter.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- Har helseforetaket iverksatt tiltak for å forebygge korridorpasienter?- Blir registrering av korridorpasienter gjennomført i henhold til angitt praksis? <p>Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at helseforetaket i hovedsak oppfyller problemstillingene. Samtidig har revisjonen vist enkelte svakheter og mangler i helseforetaket i forhold til å sikre at prosedyrene etterleves, både når det gjelder forebygging og håndtering av korridorpasienter, og når det gjelder å sikre korrekt registreringspraksis. Det er gitt anbefalinger i tilknytning til svakheter som har fremkommet i revisjonen.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført i perioden august - oktober 2016.</p> <p>Rapporten blir behandlet i Vestre Viken HF's styre 27. februar 2017.</p>		

Rapport 12/2016	Legemidler	Akershus universitetssykehus HF
<p>Revisjonen kartla og vurderte om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av kostbare legemidler, og omfattet H-reseptlegemidler for tilstandene mage-/tarmsykdom og hepatitt C (problemstilling 1 og 3), samt PD-1 hemmere for behandling av lokalavansert og metastaserende malignt melanom (problemstilling 2 og 3).</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- I hvilken grad sikres det at retningslinjer og rutiner for oppstart og oppfølging av pasientbehandling med H-reseptlegemidler etterleves?- I hvilken grad sikres det at Beslutningsforums vedtak knyttet til ibruktakelse av nye legemidler etterleves?- I hvilken grad sikres korrekt grunnlag for ISF – finansiering gjennom etterlevelse av rapporteringskrav til Norsk pasientregister (NPR) knyttet til rekvirering av legemidler? <p>For første problemstilling viste revisjonen at ansvar og roller knyttet til behandling med H-reseptlegemidler var fordelt og kjent. Føringer for oppstart og oppfølging av pasientbehandling med H-reseptlegemidler for hepatitt C og mage-/tarmsykdom etterleves i stor grad. Konsernrevisjonens vurdering er at det ikke var gjennomført en tilstrekkelig overordnet vurdering av risiko for manglende etterlevelse av føringer for pasientbehandling med H-reseptlegemidler i helseforetaket, og at det ikke forelå tilstrekkelig styringsinformasjon som grunnlag for oppfølging av området.</p> <p>For andre problemstilling viste revisjonen at PD-1 hemmerne ble tatt i bruk når godkjenning for dette ble gitt. Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad sikrer at prosedyre for unn-</p>		

taksvis behandling med legemidler som er til metodevurdering blir etterlevd.

For tredje problemstilling viste revisjonen at det ble gjennomført mange tiltak for å sikre korrekt koding. Det er imidlertid konsernrevisjonens vurdering at internkontrollen ikke i tilstrekkelig grad sikret god praksis.

Revisjonsperioden var september - oktober 2016.

Rapporten ble behandlet i Ahus HF's styre 14. desember 2016 med følgende vedtak:

1. Styret tar Konsernrevisjonens rapport 12/2016 til etterretning.
2. Styret er tilfreds med det arbeidet som er påbegynt med å identifisere tiltak knyttet til forbedring og implementering og som er planlagt slutført i løpet av 2017.

Rapport 13/2016	Likeverdig og forutsigbar helsehjelp	Sykehuset Østfold HF
<p>Revisjonen undersøkte og vurderte hvordan utvalgte enheter innen psykisk helsevern og rusbehandling i Sykehuset Østfold HF arbeider med å sikre pasientene likeverdige helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?- Sikrer helseforetaket at pasientene med like diagnoser får mest mulig likeverdig utrednings- og behandlingsforløp?- Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?- Sikrer helseforetaket at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatt juridisk frist, herunder bruk av Helfo pasientformidling? <p>Revisjonen har vist at det er gjennomført enkelte tiltak i Sykehuset Østfold HF for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Etter konsernrevisjonens vurdering er det likevel risiko for at "like" pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp, og at det blir ubegrunnede opphold i helsehjelpen. Dette begrunnes ut ifra svakheter ved planlegging og styring av utrednings- og behandlingsforløp, svakheter ved fastsettelse av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten og manglende dokumentasjon ved vurdering av henvisninger.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført i perioden oktober - desember 2016.</p> <p>Rapporten blir behandlet i Sykehuset Østfold HF's styre 4. april 2017.</p>		

Rapport 15/2016	Legemidler	Lovisenberg diakonale sykehus
<p>Revisjonen kartla og vurderte om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av kostbare legemidler, og omfattet H-reseptlegemidler for tilstandene mage-/tarmsykdom og hepatitt C.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- I hvilken grad sikres det at retningslinjer og rutiner for oppstart og oppfølging av pasientbehandling med H-reseptlegemidler etterleves?- I hvilken grad sikres korrekt grunnlag for ISF-finansiering gjennom etterlevelse av rapporteringskrav til Norsk pasientregister (NPR) knyttet til rekvirering av legemidler?		

For første problemstilling viste revisjonen at sykehuset følger opp utviklingen i kostnader knyttet til behandling med H-reseptlegemidler, men at sykehusets styring og kontroll knyttet til egen forskrivningspraksis av de aktuelle H-reseptlegemidlene er mindre formalisert. Konsernrevisjonens vurdering er at det ikke var etablert tilstrekkelig styring og kontroll knyttet til etterlevelse av LIS-anbefalingenes føringer for behandling med de aktuelle H-reseptlegemidlene i sykehuset. Det ble gitt anbefalinger blant annet knyttet til avklaring av ansvar og roller, gjennomføring av risikovurdering og oppfølging av forskrivningspraksis.

For andre problemstilling viste revisjonen at det ble gjennomført flere tiltak for å sikre korrekt koding og at kodekvalitet følges opp på et overordnet nivå. Fordeling av ansvar og roller knyttet til å sikre korrekt koding fremstod imidlertid ikke som tilstrekkelig definert og kjent, og styring og kontroll knyttet til koding ved behandling med de aktuelle H-reseptlegemidlene denne revisjonen fokuserte på var i hovedsak lite formalisert. Det er konsernrevisjonens vurdering at det ikke i tilstrekkelig grad var etablert styring og kontroll knyttet til etterlevelse av rapporteringskrav til NPR ved behandling med de aktuelle H-reseptlegemidlene i sykehuset. Det er gitt anbefalinger blant annet knyttet til avklaring av ansvar og roller og gjennomføring av risikovurdering.

Revisjonen ble gjennomført i perioden oktober - desember 2016.

Rapporten er planlagt behandlet i Lovisenberg diakonale sykehus' styre 2. februar 2017.

4.2 Revisjonsområde Informasjonssystemer og økonomi

Området dekker drift og forvaltning av alle administrative og kliniske informasjonssystemer og medisinsk-teknisk utstyr med underliggende infrastruktur ved Sykehuspartner, helseforetakene og i det regionale helseforetaket. Området dekker også den funksjonelle siden av informasjonssystemene som bygger opp under foretakenes kjerne- og støtteprosesser. I tillegg omfatter området foretaksgruppens økonomiprosesser, herunder budsjettering og rapportering samt systemstøtte.

Rapport 3/2016	Kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying	Helse Sør-Øst RHF Sykehuspartner HF
<p>Revisjonen kartla og vurderte om kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying er basert på behovsvurderinger, formalisert i avtaler og at ressurser følges opp på en systematisk måte.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføres vurderinger og bestilling slik at Digital fornying får ressurser i henhold til definert behov? - Gjennomføres tildeling av ressurs i Sykehuspartner HF slik at beskrevet behov legges til grunn for utvelgelse av ressurs? - Er det etablert en rutine som sikrer at det inngås avtaler som er tilrettelagt for oppfølging og som er signert av bemyndiget person? - Blir oppfølging av ressurser og avtaler gjennomført og dokumentert i henhold til et etablert system? - Benyttes evaluering av innleide og kjøpte ressurser til læring og forbedring? <p>For de områder som Helse Sør-Øst RHF har ansvar for, viste revisjonen at det er iverksatt mange tiltak, men identifiserte samtidig noen svakheter. Det er gitt anbefalinger blant annet til fullmakter knyttet til ansvar og myndighet ved avtaleinngåelse, formalisering av avtaleverk og manglende formell avtale med Sykehuspartner HF. Noen anbefalinger er gitt for å bidra til mer hensiktsmessig og effektiv internkontroll.</p>		

For de områder som Sykehuspartner HF har ansvar for, er konsernrevisjonens overordnede vurdering at helseforetaket i hovedsak oppfyller problemstillingene, men det er gitt anbefalinger knyttet til dokumenthåndtering og manglende formell avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Revisjonen ble gjennomført både i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF i perioden september - desember 2015.

Rapporten ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF's styre 16. juni 2016 med følgende vedtak: Styret tar rapporten fra konsernrevisjonen og tiltakene for oppfølging i Helse Sør-Øst RHF til etterretning.

Rapporten er også behandlet i Sykehuspartner HF's styre 22. juni 2016 med følgende vedtak: Styret tar Konsernrevisjonens revisjonsrapport 3/2016, "Kjøp og innleie av ressurser til det regionale programmet Digital fornying" til etterretning, og vedtar handlingsplan for oppfølging.

Rapport 8/2016	Leverandørens tilgang til helse- og personopplysninger i medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Sykehuset Østfold HF
<p>Revisjonen kartla og vurderte om leverandørens tilganger til helse- og personopplysninger i MTU er i henhold til informasjonssikkerhetskrav, regulert i avtale, og om tilgangsstyring og kontroller er hensiktsmessige.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det etablert et system hvor krav til informasjonssikkerhet i MTU inngår i anskaffelsesprosessen og blir ivaretatt i avtale med MTU-leverandøren? - Blir krav til informasjonssikkerhet operasjonalisert og etterlevd? <p>Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at foretaket delvis har oppfylt problemstillingene. Det er gitt anbefalinger med hensyn til svakheter i internkontrollen, blant annet styringssystem for informasjonssikkerhet, anskaffelsesprosessen for MTU, og ansvars- og rolledeling mellom Sykehuset Østfold HF og Sykehuspartner HF med hensyn til leverandørtilganger.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført ved Sykehuset Østfold HF i perioden mai - juni 2016.</p> <p>Rapporten ble behandlet i Sykehuset Østfold HF's styre 19. september 2016 med følgende vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar konsernrevisjonens rapport 8/2016 til etterretning. 2. Styret ber administrerende direktør følge opp tiltakene i handlingsplanen og gi styret en orientering om status i løpet av våren 2017. 		

Rapport 14/2016	Risikostyring i Digital fornying	Helse Sør-Øst RHF
<p>Revisjonen kartla og vurderte om ledelsen på ulike nivåer i Digital fornying, ledelsen og styret i Helse Sør-Øst RHF får et aktuelt og relevant risikobilde basert på en hensiktsmessig risikoprosess som er integrert med styringsprosessene.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det etablert en hensiktsmessig risikostyring som er integrert med prosjektprosessen og tilpasset de ulike nivåene i Digital fornying? 		

- Gjennomføres aktiviteter i henhold til rammeverk for risikostyring slik at ledelsen får et aktuelt og relevant styringsgrunnlag som bidrar til en tryggere måloppnåelse?

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at vesentlige deler av risikostyringen er i henhold til rammeverket, og konsernrevisjonens inntrykk er at det i Digital fornying på alle nivåer er stor bevissthet om risikostyring og viktigheten av den. Det er identifisert noen svakheter, og det er gitt anbefalinger til blant annet styrende dokumenter, kompetansehevende tiltak, etterlevelse av rammeverket fullt ut i prosjekter og systematikk for oppfølging av risiko og tiltak utenfor eget prosjekt.

Revisjonen har vært gjennomført i Digital fornying i Helse Sør-Øst RHF i perioden september - desember 2016.

Revisjonen har foreløpig ikke vært behandlet i Helse Sør-Øst RHF's styre.

4.3 Revisjonsområde Tiltaksarbeid etter revisjoner

Revisjonsområdet omfatter helseforetakenes gjennomføringsevne i forhold til eget tiltaksarbeid etter revisjoner, jf. kapittel 5 Overvåke fremdrift av tiltaksarbeid.

Rapport 2/2016	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen	Sykehuset Innlandet HF
<p>Revisjonen undersøkte om helseforetaket har fulgt opp anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse. Den tok utgangspunkt i Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011, revisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2011 og 2013 samt revisjon fra 2014 av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivning av pasienter til kommunchelsetjenesten.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket? - Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt? <p>Konsernrevisjonen overordnede vurdering er at helseforetakets tiltaksarbeid etter revisjonen gjennomført i 2014, og da særlig tiltak som har blitt gjennomført i forhold til virksomhetsstyring, har bidratt til et godt system for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har på overordnet nivå etablert strukturer og en fast praksis for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Det er imidlertid utfordrende å gjenfinne systematikken i tiltaksarbeidet på samme måte på divisjons- og avdelingsnivå.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført perioden oktober - november 2015.</p> <p>Rapporten ble behandlet i Sykehuset Innlandet HF's styre 26. mai 2016 med følgende vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar redegjørelsen om revisjonsrapport 2/2016 «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av Konsernrevisjonen» i Sykehus Innlandet til etterretning. 2. Styret forutsetter at oppfølging av revisjonsrapporten innenfor reviderte områder gjennomføres som beskrevet i saken, og at revisjonsrapporten følges opp gjennom tertialrapportering i 2016 og handlingsplan for virksomhetsstyring. 		

Rapport 5/2016	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen	Sørlandet sykehus HF
<p>Revisjonen undersøkte om helseforetaket har fulgt opp anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse. Den tok utgangspunkt i Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011, oppfølgingsrevisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2013, samt revisjon fra 2014 av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket? - Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt? <p>Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at helseforetaket kom noe sent i gang med tiltaksarbeidet etter 2014-revisjonen, men at de har startet opp å gjennomføre egne tiltaksplaner. Tidsfristene var imidlertid forskjøvet for sentrale områder. For å oppnå gjennomgående forankring av gjeldende mål og krav for helseforetaket vurderer konsernrevisjonen at det er viktig at ledere som planlagt får driftsavtaler der ansvar, krav og mål dokumenteres og månedlig følges opp. Dette vil skape kontinuitet og struktur i det daglige arbeidet for den enkelte leder.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført i perioden mars - april 2016.</p> <p>Rapporten ble behandlet i Sørlandet Sykehuset HF's styre 15. juni 2016 med følgende vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar rapportene til etterretning. 2. Styret ber administrerende direktør følge opp konsernrevisjonens anbefalinger og presentere tiltaksplaner for styret. Oppfølging av konsernrevisjonen tas inn i årsplanen, og det rapporteres tertialvis på status. 		

Rapport 11/2016	Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen	Oslo universitetssykehus HF
<p>Revisjonen undersøkte om helseforetaket har fulgt opp anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse. Den tok utgangspunkt i følgende revisjoner utført av konsernrevisjonen i perioden 2011-2015: Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011, revisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2011, revisjon fra 2013 i Hjerne-, lunge-, karklinikken av områdene virksomhetsstyring, pasientbehandling, kompetansestyling, ressursstyring (HLK-revisjon) og revisjon <i>Tilgjengelige helsetjenester</i> fra 2015.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket? - Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt? <p>Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at helseforetakets etablerte system for intern styring og kon-</p>		

troll inkluderer oppfølgingsarbeid av revisjoner og tilsyn, men det er mangler i etterlevelsen av prosedyrene. Helseforetaket nedlegger et betydelig arbeid i å utarbeide handlingsplaner for å følge opp revisjoner, men at det er svakheter i oppfølgingen av planene. Der er viktig at helseforetaket tydeliggjør rolle, ansvar og oppgaver for både stab og linje slik at alle er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen. Dersom helseforetaket i større grad inkluderer oppfølgingsarbeidet i ordinære styring- og oppfølgingsprosesser, vil det medføre bedre eierskap som igjen vil øke effekten av tiltaksarbeidet.

De ulike revisjonene viser mange av de samme svakheterne i intern styring og kontroll. Når vi også ser at flere av svakheterne gjentar seg over flere år, er det særlig viktig at helseforetaket ser på revisjonene samlet, finner årsakene til de gjentakende svakheterne, og ut fra dette utformer gode måter for videre tiltaksarbeid.

Revisjonen er gjennomført i perioden august - oktober 2016.

Revisjonsrapporten skal styrebehandles i Oslo Universitetssykehus' styre 17. februar 2017.

4.4 Ad hoc-revisjoner

Ad hoc-revisjoner er revisjoner som ikke var planlagt da revisjonsplanen ble vedtatt av Helse Sør-Østs RHF's styre, men som etter ønske fra administrerende direktører i henholdsvis Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Sørlandet HF, har blitt tatt inn i revisjonsplanen og blitt gjennomført i løpet av perioden.

Rapport 4/2016	Tildeling og oppfølging av tilskudd til brukerorganisasjonene	Helse Sør-Øst RHF
<p>Revisjonen kartla og vurderte om Helse Sør-Øst RHF har etablert tilstrekkelig styring og kontroll knyttet til tildeling og oppfølging av tilskudd til brukerorganisasjonene. Revisjonen omfattet Helse Sør-Øst RHF's forvaltning av tilskudd. I tillegg ble det hos fem tilskuddsmottakere kartlagt og vurdert om de tilfredsstilte kravet til god fullmaktsstruktur, ga korrekte opplysninger, og om det var mulig å spore at midlene ble brukt i henhold til forutsetningene.</p> <p>Revisjonenes problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none">- Er det etablert tilfredsstillende rutiner for etablering av tildelingskriterier og utlysning av tilskudd?- Er det etablert tilfredsstillende rutiner for søknads- og tildelingsprosessen?- Er det etablert tilfredsstillende rutiner for rapportering og oppfølging som sikrer at tilskuddene blir brukt i tråd med formålet? <p>Konsernrevisjonens vurdering var at det er etablert tilfredsstillende rutiner for utlysning og mottak av søknader. Brukermedvirkning ivaretas i hele prosessen. Revisjonen viste imidlertid at det er forbedringsområder knyttet til tydeliggjøring av føringer for bruk av tildelte midler til tilskuddsmottakerne, krav til rapportering på bruk av midlene, oppfølging av rapportering og dokumentasjon i deler av prosessen.</p> <p>Revisjonsperioden var januar - mars 2016.</p> <p>Rapporten ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF's styre 8. september 2016 med følgende vedtak:</p> <ul style="list-style-type: none">- Styret tar revisjonsrapport om tildeling og oppfølging av tilskudd til brukerorganisasjoner i Helse Sør-Øst og tiltakene for oppfølging i Helse Sør-Øst RHF til etterretning.		

Rapport 6/2016	Endret organisasjonsmodell	Sørlandet sykehus HF
<p>I forbindelse med revisjon <i>Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen</i> reviderte konsernrevisjonen helseforetakets pågående omorganisering. Revisjonen kartla hvordan helseforetaket hadde lagt til rette for implementering av endret organisasjonsmodell i linjen, og vurderte om beslutningene om endret organisasjonsmodell var forankret i helseforetakets ordinære drift.</p> <p>Revisjonens problemstilling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er arbeidet med virksomhetsstyringen i Sørlandet sykehus HF innrettet slik at det understøtter mål med endret organisasjonsmodell? <p>Konsernrevisjonens overordnede vurdering var at helseforetakets arbeid med virksomhetsstyring ville understøtte målet med endret organisasjonsmodell når det etablerte systemet blir implementert i alle enheter.</p> <p>Helseforetakets nylig godkjente prosedyrer for å sikre god intern styring og kontroll vil understøtte mål for endret organisasjonsmodell når føringene blir kjent, implementert og etterlevd på alle ledernivåer. Implementering av driftsavtaler, og oppfølging av disse, er avgjørende for at helseforetakets virksomhetsstyring i tilstrekkelig grad skal understøtte mål for endret organisasjonsmodell. En standardisert oppfølging basert på enhetlig styringsinformasjon på alle nivåer i helseforetaket som gir grunnlag for å evaluere og identifisere korrigerende tiltak ved risiko for manglende måloppnåelse, er vesentlig for at helseforetaket kan sikre at virksomhetsstyringen til enhver tid understøtter mål med endret organisasjonsmodell. Konsernrevisjonens vurdering var at dersom helseforetaket i tillegg tydeliggjør hvilke målbare effekter implementering av aktiviteter skal oppnå, ville dette gi helseforetaket et bedre grunnlag for oppfølging som i tilstrekkelig grad sikrer at det overordnede målet nås.</p> <p>Revisjonen ble gjennomført i perioden mars - april 2016.</p> <p>Rapporten ble behandlet i Sørlandet Sykehuset HF's styre 15. juni 2016 med følgende vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret tar rapportene til etterretning. 2. Styret ber administrerende direktør følge opp konsernrevisjonens anbefalinger og presentere tiltaksplaner for styret. Oppfølging av konsernrevisjonen tas inn i årsplanen, og det rapporteres tertialvis på status. 		

Rapport 9/2016	Kvalitetssystem og praksis for rettighets-tildeling hos private leverandører av helsetjenester	Modum Bad
<p>Revisjonen undersøkte om Modum Bad har etablert et internkontroll- og kvalitetssikringsystem i tråd med avtalen Modum Bad har med Helse Sør-Øst RHF, og om Modum Bad oppfyller gjeldende krav og føringar for håndtering av henvisninger og rettighetsvurdering, samt god ventelistehandtering slik at pasientene får oppfylt sine lovfestede rettigheter.</p> <p>Revisjonens problemstillinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Har Modum Bad etablert et system for leveranse av helsetjenester som er i tråd med lovkrav og avtale med Helse Sør-Øst RHF? 2. Sikrer Modum Bad at mottak av henvisninger blir håndtert i henhold til gjeldende avtale med Helse Sør-Øst RHF? 3. Sikrer Modum Bad at vurdering av henvisninger er i tråd med gjeldende lovkrav, herunder svar på henvisninger og oppfølging av ventelister? <p>Konsernrevisjonen vurderer at enkelte områder i prosedyrene bør forbedres for å sikre at lovkrav og</p>		

føringer, samt avtale med Helse Sør-Øst RHF blir ivaretatt på en korrekt måte. Modum Bad har oppfylt kravene til rapportering til Helse Sør-Øst RHF. Det er imidlertid enkelte utfordringer knyttet til hvilke pasienter som gis tilbud sett opp mot avtalen med Helse Sør-Øst RHF. Svarbrev på henvisningene fremstår som tvetydige vedrørende begrunnelse for manglende tilbud ved Modum Bad eller avslag på rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Praksis for mottak og vurdering er et forbedringsområde, blant annet er det vanskelig å etterprøve om rettighetsvurderingene er foretatt på selvstendig grunnlag. Videre er det feil og mangler knyttet til registreringspraksis for henvisninger som allerede er rettighetsvurdert, håndtering av henvisninger fra avtalespesialister eller privatpraktiserende spesialister og utsendelse av svarbrev på henvisning til pasient og henviser.

Revisjonen ble gjennomført i perioden juni - juli 2016.

Revisjonsrapporten ble oversendt Modum Bad 8. september 2016. Handlingsplan er utarbeidet. Konsernrevisjonen er kjent med at styret i Modum Bad er orientert om revisjonen og handlingsplan. Handlingsplanen blir fulgt opp av Helse Sør-Øst RHF.

4.5 Revisjoner fordelt på reviderte enheter

Tabell 2 fremgår fordelingen av revisjonene i 2016 på de reviderte enhetene i helseregionen.

Rapport nr.	Helseforetak													
	Ahus	OUS	SUN	Apo	SiV	SI	ST	SØ	SP	SS	VV	RHF	MB	LDs
1/2016														
2/2016														
3/2016														
4/2016														
5/2016														
6/2016														
7/2016														
8/2016														
9/2016														
10/2016														
11/2016														
12/2016														
13/2016														
14/2016														
15/2016														

Tabell 2: Revisjoner fordelt på helseforetakene, ideelle private sykehus og andre private leverandører i HSØ.

5. Overvåke fremdrift av tiltaksarbeid

Standarder for internrevisjon slår fast at konsernrevisjonen skal følge opp hvordan resultater som rapporteres til ledelsen håndteres og følges opp.

I 2016 har det vært gjennomført en revisjon av helseforetakenes system for å følge opp revisjoner, jf. punkt 4.3. Revisjonene vil være et grunnlag for videre oppfølging av helseforetakenes tiltaksarbeid. Det var opprinnelig planlagt at en slik revisjon skulle gjennomføres i alle helseforetakene i løpet av 2015, 2016 og 2017. Den ble gjennomført i Telemark Sykehus HF i 2015, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet Sykehus HF og Oslo Universitetssykehus HF i 2016, og den planlegges gjennomført i Akershus Universitetssykehus HF og ytterligere et helseforetak i 2017.

I tillegg til de nevnte revisjonene har konsernrevisor møtt ledelsen i Vestfold Sykehus HF for å følge opp revisjoner gjennomført i 2013. Konsernrevisjonen har også møtt ledelsen og øvrige ansvarlige for handlingsplaner i Sykehuspartner HF som et ledd i oppfølging av revisjonen på IKT-området som ble gjennomført i 2014.

I Konsernrevisjonens regelmessige samarbeidsmøter med Oslo Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har oppfølging av revisjoner vært på dagsorden.

6. Kvalitet og forbedring i konsernrevisjonen

Det er etablert et kvalitetsprogram i konsernrevisjonen for å følge opp og forbedre kvaliteten i internrevisjonens arbeid. Programmet skal bidra til at konsernrevisjonen utfører revisjonsaktivitetene i samsvar med instruksene samt relevante revisjonsstandarder og etiske regler. Hensikten med programmet er å sikre at internrevisjonen utfører pålagte oppdrag med forventet kvalitet, til riktig tid og innen fastsatt ressursramme.

Kvalitetsprogrammet er delt inn i preventive tiltak, løpende kvalitetssikring og periodisk intern kvalitetssikring. I dette inngår:

- System for opplæring av internrevisorer og rutiner for gjennomføring av revisjoner som blant annet inneholder aktiviteter for kvalitetssikring i hele revisjonsprosessen
- Oppdragseiers løpende oppfølging av internrevisjonens prestasjoner i gjennomføring av revisjoner
- Periodiske interne evalueringer av enkeltområder.

I tillegg er det avtalt ekstern evalueringer av konsernrevisjonen med oppstart i januar 2017 i henhold til IIA standard 1312.

Samlet sett vurderer konsernrevisjonen at resultatet fra den løpende kvalitetssikringen er tilfredsstillende, men det er et pågående arbeid for ytterligere å forbedre kvaliteten på arbeidet.