




Internrevisjonen i Helse Sør-Øst

Årsrapport 2007



**Behandlet av
styret i
Helse Sør-Øst
RHF
6. februar 2008**

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.2 Rammebetingelser	4
2. Kontrollkomiteens sammensetning og arbeidsmåte.....	4
3. Internrevisjonens arbeidsmåte	5
3.1 Planprosess	5
3.2 Gjennomføringsprosess revisjonsoppdrag.....	5
3.3 Utdrag revisjonskriterier internkontroll	6
4. Internrevisjonens ressurser	7
5. Revisjoner planlagt/påbegynt/gjennomført i 2007	8
5.1 Innkjøpsvirksomheten	9
5.2 Henvisningsrutiner	10
5.3 IKT området	12
5.3.1 Mørk Fiber	12
5.3.2 RIS/PACS.....	12
5.4 Økonomi.....	12
5.5 Sammendrag revisjoner 2007	13
6. Oppfølging revisjoner 2006 (fra tidligere Helse Øst)	13
6.1 Hovedkonklusjon fra 2006.....	14
6.2 Resultat av oppfølgingen fra 2006	14
6.2.1 Revisjon BUP – ventetid.....	15
6.2.2 Innkjøp.....	16
6.2.3 Forskning	17
6.2.4 Ledelsens gjennomgåelse - risikovurdering	18
7. Andre oppgaver (jfr.instruksen)	19
7.1 Møtearenaer	19
7.2 Norges Interne Revisorers Forening.....	20

Vedlegg: Oppfølging interne revisjoner helseforetakene

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Internrevisjonen skal i henhold til sin instruks, pkt. 5.3 Rapportering, rapportere resultatet av revisjonsarbeidet til styret ved Kontrollkomiteen og til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF minst en gang i året.

I foretaksmøte januar 2005 ble de regionale helseforetakene i Norge pålagt av Helse- og Omsorgsdepartementet, å etablere internrevisjonsenhet med ansvar for utførelse av internrevisjon i hele helseforetaksgruppen (pkt 4.1.2 i foretaksprotokollen). Dette som et ledd i det regionale styrets overvåkning av internkontrollen. I tillegg skulle styret etablere kontrollkomité med ansvar for hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon.

Både i tidligere Helse Sør og tidligere Helse Øst etablerte de regionale styrene en kontrollkomité bestående av styremedlemmer. Det ble også fastsatt vedtekter for kontrollkomiteenes arbeid. Deretter ble internrevisjonen etablert ved ansettelse av leder for funksjonen (i Helse Sør 1.1.2006 og i Helse Øst 1.9.2005) og fastsettelse av instruks.

Hvordan funksjonen ble bygget opp i de to tidligere regionene fremgikk av planer, revisjonsrapporter og årsrapport fremlagt i de to tidligere regionale styrene og inntas derfor ikke i denne årsrapport.

Etter sammenslåing av de to regionene ble leder av internrevisjonen utpekt av Kontrollkomiteen i eget møte 23.8.2007. Internrevisjonen har etter dette gjennomgått en omstillingsprosess på lik linje med andre enheter i RHFet.

Relevante styresaker i Helse Sør-Øst RHF:

Sak 009 - 2007	Etablering av Kontrollkomite
Sak 039 - 2007	Vedtekter for Kontrollkomiteen
Sak 042 - 2007	Instruks for internrevisjonen Helse Sør-Øst
Sak 063 - 2007	Internrevisjonen – Revidert revisjonsplan
Sak 074 - 2007	Revisjonsrapport: Oppsummering innkjøpsrevisjoner

1.2 Rammebetingelser

I perioden fra internrevisjonen og kontrollkomiteen ble etablert har det vært rettet henvendelser til Helse- og Omsorgsdepartementet om å bidra til å skaffe internrevisjonen tilstrekkelig gode rammebetingelser for utøvelse av internrevisjon i henhold til nasjonale og internasjonale standarder. Med rammebetingelser menes her tilgang til taushetsbelagte personopplysninger som gjør det mulig å gjennomføre en gjennomgående internrevisjon i hele helseforetaksgruppen slik oppdraget i foretaksprotollen lyder. Internrevisjonen har heller ikke adgang til å innhente personopplysninger på de ansatte på helseforetakene som internrevisjonen har revisjonsansvar for. For å kunne gjennomføre sine oppgaver i tråd med formålet, er det derfor viktig at snarest mulig etableres hjemmel i lov som sikrer internrevisjonen innsynsrett i pasientopplysninger og rett til uthenting av personopplysninger fra helseforetakene

Tilsvarende har det regionale helseforetaket heller ikke nødvendig tilgang til relevante opplysninger som kan bidra til ivaretagelse av "sørge for" ansvaret gjennom en aktiv oppfølging. Dette temaet er tatt opp flere ganger med departementet uten at det har bidratt til en løsning.

2. Kontrollkomiteens sammensetning og arbeidsmåte

Kontrollkomiteen består i dag av 4 medlemmer; Leder Harry Konterud, Morten Falkenberg, Kirsten Huser Leschbrandt og Anne Carine Tanum.

Det er avholdt 5 møter i 2007 og Kontrollkomiteen har behandlet 35 saker som har vært knyttet til ansettelse av ny leder for internrevisjonen og fastsettelse av ny instruks for internrevisjonen, revidert revisjonsplan og budsjett for 2008, samt internrevisjonens løpende aktiviteter med hensyn til planlegging, gjennomføring og rapportering av revisjoner i henhold til revisjonsplan.

3. Internrevisjonens arbeidsmåte

Revisjonsarbeidet utføres med basis i fastsatt instruks som er forankret i "god internrevisjonsskikk" basert på IIA's (The Institute of Internal Auditors)/NIRFs (Norges Interne Revisorers Forening) etiske regler og standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Internrevisjonen skal prioritere revisjoner innenfor de deler av virksomheten hvor det er størst risiko for at det ikke er etablert tilstrekkelig internkontroll/virksomhetsstyring som bidrar til;

- Målrettet og effektiv drift
- Etterlevelse av gjeldende lover og regler
- Pålitelig rapportering av regnskapsdata og annen informasjon
- Sikring av eiendeler

3.1 Planprosess

Vurderingskriteriene for internrevisor ved utøvelse av interne revisjoner avledes fra styrende dokumenter fra eier, de eksplisitte forskriftskrav for internkontroll og andre relevante lov- eller forskriftskrav, styrevedtak, strategier og handlingsplaner, samt prinsipper for god internkontroll slik disse er nedfelt i anerkjente internkontrollrammeverk.

Leder av internrevisjonen (fra 1.11.07 omgjort til benevnelsen revisjonsdirektør) er i dialog med administrerende direktør for RHF'et i faste møter gjennom året. Risikostyring er ett av temaene som kommuniseres. I forbindelse med planprosess 2008-2010 er internrevisjonen også i dialog med ledergruppene (LG og ULG), styrelederne og direktørene i helseforetakene/sykehusene om risikobildet for hele virksomheten og hvilke tiltak som iverksettes som en del av virksomhetsstyringen.

Kontrollkomiteen fatter beslutning om hvilke områder/tema som internrevisjonen skal prioritere å gjennomføre internrevisjon av. Hovedformålet for alle revisjoner er på vegne av styret å se etter om det er etablert en tilfredsstillende internkontroll som sikrer god virksomhetsstyring innenfor de deler av virksomheten revisjonen omfatter.

3.2 Gjennomføringsprosess revisjonsoppdrag

Internrevisjonen utvikler grunnlaget for gjennomføring av revisjonene gjennom systematisk innhenting av informasjon, og risikovurdering innenfor området som skal revideres. Arbeidet rettes inn mot de sider ved området der risikoene for systemmessige svakheter er størst. I møter med Kontrollkomiteen og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF føres det en dialog knyttet til hvordan de ulike revisjonene skal gjennomføres og spesifikt formål med revisjonen.

Helseforetak/sykehus som skal revideres blir varslet om revisjonen i brev hvor det gis informasjon om formål med revisjonen, metode for gjennomføring, vurderingskriterier, informasjon som skal innsendes og oppnevning av kontaktperson for praktisk planlegging av gjennomføringen.

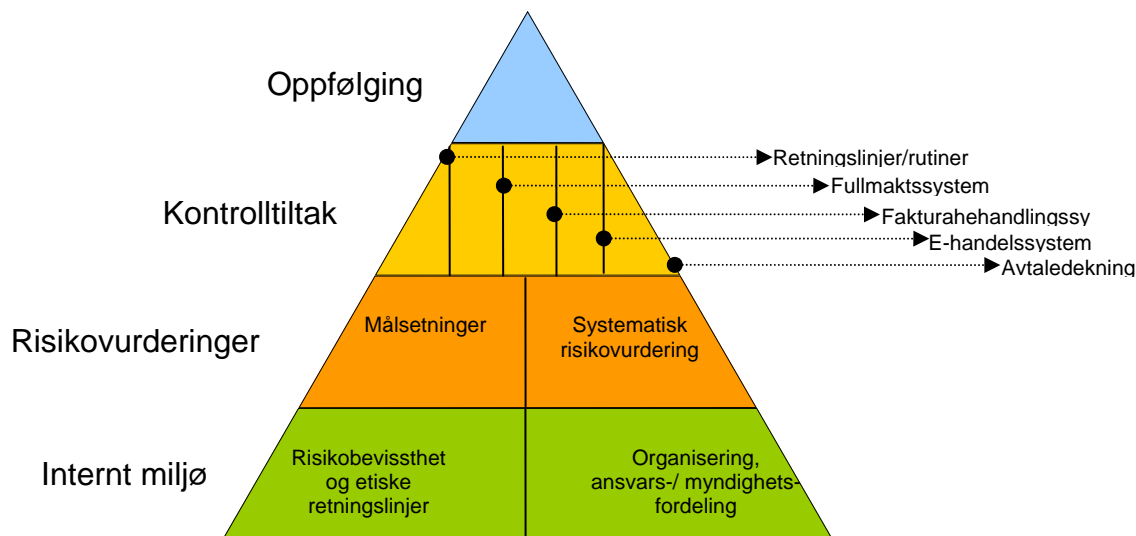
Resultatet av revisjonene nedfelles i utkast til revisjonsrapport som sendes revidert helseforetak for kontroll av fakta. I tillegg avholdes det dialogmøter med ledelse og deltakere i revisjonen for å sikre at konklusjonene i revisjonsrapporten overensstemmer med foretakets oppfatning. I utforming av endelig revisjonsrapport gir internrevisjonen helseforetaket anbefalinger som skal være til hjelp i arbeidet med å finne gode tiltak som gir forbedring der det er behov. Revisjonsrapportene legges frem til behandling i helseforetakets styre når foretaket har gitt internrevisjonen svar på anbefalingene i form av handlingsplan.

3.3 Utdrag revisjonskriterier internkontroll

Et robust internkontrollsystem forutsetter:

- *Et effektivt internt miljø (kontrollmiljø)*
Revisjonskriterier; Ledere og ansatte har tydelig risikobevissthet. Etske retningslinjer er fastsatt og kommunisert. Organiseringen av virksomheten og fordeling av ansvar og myndighet er klart nedfelt. Det regionale foretaket og helseforetakene har tilstrekkelig ressurser og riktig kompetanse for å ivareta oppgavene på de ulike virksomhetsområdene.
- *Risikovurderinger*
Revisjonskriterier; Det er nedfelt tydelige målsettinger (strategiske og operative) som er konsistente med det overordnede formål med virksomheten. Det gjennomføres systematisk kartlegging og vurdering av risikoforhold som kan hindre foretaket å oppnå fastsatte målsettinger.
- *Tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak for å ha styring og kontroll*
Revisjonskriterier; Foretaket har utarbeidet og satt i verk systemer og tiltak som tilrettelegger for effektive arbeidsprosesser som sikrer god kvalitet innenfor både kjerneoppgaver og støttefunksjoner, og som effektivt bidrar til å forebygge, forhindre og avdekke situasjoner/hendelser som truer målsettingene som er satt for i virksomheten.
- *Systematisk og løpende oppfølging*
Revisjonskriterier; Aktiviteten på området følges opp systematisk og løpende på alle nivåer. Uønsket praksis avdekkes og korrigeres. Vesentlige svakheter fanges opp og rapporteres i Ledelsens gjennomgåelse (styringsverktøy for ledere).

Det helhetlige internkontrollsystemet (sammenhengen mellom elementene) kan illustreres slik (eks. fra innkjøpsrevisjonen):



4. Internrevisjonens ressurser

Internrevisjonen bestod i 2007 av 4 ansatte etter sammenslåingen til ny region. Det ble i 2007 rekruttert ny medarbeider til avdelingen som hadde sin første arbeidsdag 2.1.2008.

I 2007 kjøpte internrevisjonen i Helse Sør-Øst 500 timer ekstern revisjonsbistand til innkjøpsrevisjonen av KPMG (i tidligere Helse Øst).

I tabellen i pkt 6 fremgår oversikt over gjennomførte eller påbegynte revisjoner. I tillegg til innleie av 500 timer fra KPMG har internrevisjonen fått faglig bistand fra det regionale foretaket ved behov..

Internrevisjonen har 3 hovedprosesser i sitt årshjul hvor tidsforbruket utgjør cirka 85 % av totale ressurser. Prosessene er;

- Planprosess med strategisk og operativt fokus
- Gjennomføring av oppdrag (bekreftelsesrevisjonen i henhold til plan, ad hoc oppgaver eller rådgivning)
- Årsrapport - avrapportering i forhold til plan

Internrevisjonens oppgaver er beskrevet i instruks godkjent av Kontrollkomiteen 27.9.2007

I tillegg til hovedprosessene og de aktiviteter som følger av disse med møtedeltakelse, informasjonsinnhenting og kommunikasjon bruker avdelingen de øvrige 15 % av ressursene på administrative oppgaver, samhandling med internt kontaktforum og det regionale internrevisorforumet, kompetanseutvikling og faglig engasjement samt i 2007 som ledd i sammenslåingen, OU prosess – organisasjonsplan og harmonisering.

5. Revisjoner planlagt/påbegynt/gjennomført i 2007

Internrevisjonens årsrapport skal gi styret i Helse Sør-Øst en beskrivelse av gjennomførte revisjoner kontra revisjonsplan. Internrevisjonens revisjonsplaner for 2007 bestod ved sammenslåing av tidligere Helse Sør og Helse Øst, av to separate revisjonsplaner.

Med utgangspunkt i RHFets nye risikovurdering ble disse planene samordnet. Revidert revisjonsplan for perioden frem til mars 2008 ble vedtatt av Kontrollkomiteen og fremlagt for styret i sak 63-2007.

Internrevisjonen har gjennomført revisjonene i 2007 i henhold til den reviderte planen. Resultatet av avsluttede revisjoner er fremlagt styret.

Helse Sør-Øst består av 15 helseforetak og denne oversikten viser hvilke revisjoner som er planlagt og varslet (y) pågående (z) eller gjennomført (x) i 2007:

	Henvisning	Innkjøp	Økonomi	AD hoc	Rådgivning
Regionalt helseforetak		Oppsummering			Fullmaktsprosjekt
Helseforetak/Sykehus					
Akershus universitetssykehus HF		X			
Aker universitetssykehus HF		X			
Blefjell sykehus HF	Y				
Psykiatrien i Vestfold HF					
Ringerike sykehus HF	Z				
Sunnaas sykehus HF		X			
Sykehuset Asker og Bærum HF		X		Innkjøp – IKT-relatert anskaffelse	
Sykehuset Buskerud HF		X	Z		
Sykehuset i Vestfold HF	X				
Sykehuset Innlandet HF	y				
Sykehuset Telemark HF	X				
Sykehuset Østfold HF	y	X			
Sørlandet sykehus HF	Z	X			
Ullevål universitetssykehus		X		Ris/Pacs	

HF					
Ikke kommersielle sykehus med avtale					
Betanien Hospital					
Diakonhjemmet Sykehus					
Lovisenberg Diakonale Sykehus					
Martina Hansens Hospital					
Revmatismesykehuset					

5.1 Innkjøpsvirksomheten

Revisjonene av innkjøpsvirksomheten i foretaksgruppen var nedfelt i revisjonsplanen for 2007. Gjennomgangen fant sted i perioden oktober 2006 til november 2007, og omfattet Sykehuset Buskerud og Sørlandet sykehus fra tidligere Helse Sør, Akershus universitetssykehus, Aker universitetssykehus Sykehuset Asker og Bærum, Sunnaas sykehus, Sykehuset Østfold og Ullevål universitetssykehus i tidligere Helse Øst.

Revisjonene gjennomført i tidligere Helse Sør (SBHF og SSHF) hadde en noe annerledes vinkling enn revisjonen i tidligere Helse Øst. Formålet med disse revisjonene var å undersøke om lov om offentlige anskaffelser og interne styringsdokumenter og vedtak ble etterlevd i helseforetakene. Sentrale problemstillinger som ble undersøkt var i hvilken grad anskaffelser i foretakene blir gjennomført i samsvar med regelverket om offentlige anskaffelser, om det regionale helseforetakets etiske retningslinjer ble etterlevd og om det var etablert rutiner som reduserte risikoen for rolleblanding og uetisk atferd. Videre, om rammeavtaler/ felles anbudsrunder benyttes som forutsatt, og om foretakene hadde etablert intern kontroll som var tilpasset aktivitet og risiko.

Formålet med gjennomgangen av innkjøpsområdet ved sykehusene i tidligere Helse Øst, var å se etter om helseforetakene har betryggende styring og kontroll med innkjøps- og faktura-behandlingsområdet, herunder:

- Om tiltak som styrene besluttet iverksatt etter revisjon av anskaffelser og fullmakter i 2004, faktisk ble gjennomført og om disse har virket som forutsatt.
- Om den interne kontrollen som helseforetakene har etablert for å sikre styring og oppfølging med innkjøpsvirksomheten, er tilstrekkelig, hensiktsmessig og effektiv, slik at foretaket med rimelig sikkerhet etterlever lover, forskrifter, intern regelverk, retningslinjer og rutiner på området, samt oppnår egne og regionale målsetninger for innkjøpsvirksomheten.

Gjennomgangen viste at tiltak etter revisjonen i 2004 (i Helse Øst – gjennomført av Ernst & Young) i hovedsak var iverksatt. Tiltakene har imidlertid ikke gitt forventet effekt, da det var om lag samme omfang av brudd på interne retningslinjer og lov og forskrift om offentlige anskaffelser i 2006/2007 som i 2004. Årsaken er svakheter i helseforetakenes interne styring og kontroll av innkjøpsvirksomheten.

Revisjonen viste at det gjennomgående var svakheter i form av ikke sterk nok bevissthet om risiko på området, manglende etterlevelse av etiske retningslinjer, brudd på myndighetsforhold og utilstrekkelig oppfølging av innkjøpsområdet.

Etter internrevisjonens vurdering var situasjonen i det enkelte foretak ikke tilfredsstillende, og det ble gitt flere anbefalinger for å styrke ledelse, organisasjon, styring og oppfølging av området. Alle helseforetak som var omfattet av revisjonen hadde pr desember 2007 styrebehandlet revisjonsrapportene og arbeidet med utarbeidelse av tiltaksplaner var kommet godt i gang. På bakgrunn av de gjennomgående utfordringer i helseforetakene knyttet til systemutvikling og opparbeidelse av større avtaledekning, ble det også gitt anbefalinger om opprusting av sentrale støttefunksjoner i regional regi. Samtlige anbefalinger ble dekket opp i handlingsplan for innkjøp og logistikk som RHF-styret vedtok i desember 2007.

5.2 Henvisningsrutiner

Bakgrunn for valg av tema var en risikokartlegging i Helse Sør RHF våren 2006, samt Pasientombudenes kritikk av mangelfull samhandling og intern kommunikasjon i og mellom HF. Kritikken dreide seg særlig om tilfeller der henvisninger fra ett foretak til et annet og interne henvisninger innen et foretak ikke var sporbare, eller ble borte i systemet. Det kunne synes som om foretakene ikke hadde kontroll på hva som skjedde med henvisningene - for eksempel om en henvisning var videresendt. En del eksempler viste at det var opp til pasienten selv å følge opp sin egen henvisning.

Revisjonen ble gjennomført ved Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF, samt varslet ved Sørlandet Sykehus HF og Ringerike sykehus HF før sammenslåingen. Kontrollkomiteen besluttet høsten 2007 at revisjonen videreføres ved alle foretakene i Helse Sør-Øst. Revisjonene gjennomføres i løpet av våren 2008.

Formålet med revisjonen er på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF å se etter om virksomheten har etablert og gjennomfører tilfredsstillende internkontroll (god virksomhetsstyring) i sin håndtering av henvisninger mellom enheter og mellom helseforetak. I tillegg har internrevisjonen som formål gjennom revisjon å bidra til forbedringer og økt læring om internkontroll.

Funnene varierer fra foretak til foretak, men hovedproblemet synes å ligge i sviktende logistikk.

Eksempler på funn:

- Henvisninger ble ikke effektuert pga manglende oppfølging av intensjon, uklare formuleringer, manglende diktatskjema eller de ble lagt på feil sted på skrivestua.
- Henvisninger ble sterkt forsinket fordi
 - Det ble ikke angitt av lege at det var en henvisning og/eller hastegrad
 - Det ble sendt foreløpig henvisning som ble liggende ubehandlet på mottakende avdeling
 - Skrivetjenesten glemte å ta utskrift/kopi og sende henvisningen
- Det kunne ikke verifiseres at henvisningen faktisk var sendt, og sporing var vanskelig eller tungvindt. Det var ikke rutine for at Rikshospitalet HF ga melding til foretaket om at pasienten ble tatt imot der.
- Det fremkom uenighet om hvem som var "eier" av pasienten i samme foretak og avdeling.
- Det var ikke utarbeidet egne prosedyrer eller retningslinjer for henvisning av pasienter.
- Forsinket eller bortkommet henvisning ble i liten grad meldt i avvikssystemet.

Eksempler på tiltak iverksatt etter revisjon

- Endringer i EPJ som medførte at:
 - Det fremkom klart at pasienten skulle henvises /var henvist

- Bedre strukturering av informasjon til fastlege
- Nedfelte prosedyrer i pasienthåndbok
- Prosjekt for å vurdere om elektronisk henvisning mellom HF er mulig

Det ble ved alle reviderte foretak avdekket kvalitetssvikt i henvisningsforløpet i tråd med funn fra pasientombudene i 2005. I ytterste konsekvens avhenger henvisningen av at pasienten selv tar kontakt og purrer. En del pasienter vil antakelig ikke gjøre dette, noe som er bekymringsfullt.

5.3 IKT området

5.3.1 Mørk Fiber

På anmodning fra styreleder for Sykehuset Asker og Bærum HF, undersøkte internrevisjonen i oktober 2006 lovmessige og visse økonomiske sider ved foretakets anskaffelse av mørk fiber (mørk fiber = bredbåndslinjer). Formålet med gjennomgangen var først og fremst å bekrefte om foretaket kunne avrope leie av mørk fiber på rammeavtale for Helse Øst for kjøp av IT-utstyr, eller om anskaffelsen skulle vært konkurranseutsatt.

Gjennomgangen viste at leie av mørk fiber ikke var omfattet av rammeavtalen, og at anskaffelsen skulle vært utlyst som anbuds konkurranse etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Gjennomgangen viste også at den ulovlige direkte anskaffelsen ikke medførte direkte økonomiske konsekvenser for foretaket.

For å redusere risikoen for uriktig bruk av rammeavtaler og manglende etterlevelse av anskaffelsesregelverket, anbefalte internrevisjonen at foretaket etablerte bedre oversikt over innhold og omfang for eksisterende rammeavtaler på IKT-området. Videre at de etablerte prosedyrer for å sikre at kontraktsmessige uklarheter i fremtiden tas opp med aktuell avtaleeier.

5.3.2 RIS/PACS

På anmodning fra direktør IKT i Helse Sør-Øst RHF, startet internrevisjonen opp gjennomgang av RIS/PACS-applikasjonen ved Ullevål universitetssykehus HF i desember 2007. Formålet med gjennomgangen er å kartlegge og vurdere type feil ved applikasjonen og/eller bruk av denne, samt finne frem til tiltak som kan redusere risiko for sviktende pasientsikkerhet. Gjennomgangen skal etter planen være avsluttet innen 1. kvartal 2008.

Internrevisjonen har leid inn IT-revisjonskompetanse fra Ernst & Young for støtte i arbeidet. For å legge til rette for forbedringer i drift og rutiner, vil revisjonen bli gjennomført i nær dialog med ledelsen ved Medisinsk servicedivisjon ved Ullevål, radiologer, klinikere og teknisk personell som bruker RIS/PACS-applikasjonen til daglig.

5.4 Økonomi

Revisjon av helseforetakenes tiltak for å oppfylle eiers krav til økonomisk balanse er nedfelt i revidert revisjonsplan for 2007. Gjennomgangen startet opp i desember 2007 og skal etter planen være avsluttet til 15.4.2007. Bakgrunnen for oppdraget er helseforetaksgruppens utfordringer med å oppnå økonomisk balanse. I første omgang er revisjonen avgrenset til Sykehuset Buskerud. Formålet vil være å bekrefte om tiltak som besluttet iverksatt for å oppnå økonomisk balanse settes i verk og om de virker som forutsatt. Revisjon ved flere foretak vurderes i samråd med Kontrollkomiteen.

Internrevisjonen har inngått et samarbeid med RHFets enhet for analyse og systemutvikling for bistand i arbeidet. Gjennomgangen vil også bli gjennomført i nær dialog med foretaksledelsen og nøkkelpersoner i omstillingsprosjektene ved foretaket.

5.5 Sammendrag revisjoner 2007

I internrevisjonens instruks fremgår det at internrevisjonen er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i den samlede foretaksgruppen.

Formålet med internrevisjonsfunksjonen er å bidra til at Helse Sør-Øst RHF og de underliggende helseforetakene i Helse Sør- Øst når sine mål og forbedrer den løpende drift. Dette skal skje ved å evaluere og foreslå forbedringer i systemene og prosessene for styring og kontroll, herunder risikostyring og virksomhetsstyring.

Internrevisjonens oppgaver i forhold til bekreftelse av internkontroll er å:

- a) Holde seg løpende oppdatert på risikobildet i foretaksgruppen
- b) Kartlegge og vurdere internkontrollsystemene, samt teste om de fungerer som forutsatt.

Det regionale foretaket har iverksatt risikostyringsprosess i hele foretaksgruppen. Internrevisjonen holdes løpende orientert om fremdrift og resultat og benytter aktivt denne prosessen i revisjonsplanleggingsprosessen.

Internrevisjonens fagkompetanse er internkontroll og risikostyring. I alle revisjoner blir virksomheten målt mot revisjonskriterier for internkontroll jfr. pkt.3.

Hovedkonklusjon fra gjennomførte revisjoner i 2007 viser at det er forbedringsområder for alle helseforetak som er underlagt interne revisjoner i denne perioden. Handlingsplaner er eller blir styrebehandlet både på foretaksnivå og på regionalt nivå.

6. Oppfølging revisjoner 2006 (fra tidligere Helse Øst)

Som ledd i forberedelse til styrerapportering på Kontrollkomiteens og internrevisjonens arbeid, har internrevisjonen i desember 2007 sendt ut brev om oppfølging interne revisjoner til de helseforetakene/sykehusene hvor det er gjennomført revisjoner og behandlet revisjonsrapporter som ledd i revisjonsplan 2006.

Formålet med forespørselen var å se etter om sykehusene, helseforetakene og det regionale helseforetaket har etablert oppfølging av om tiltak for forbedring av internkontrollsystemene gjennomføres og skaper den forventet forbedring innen de områder som er revidert.

Totalt antall avgitte revisjonsrapporter til følgende enheter:

Helseforetak/sykehus	Revisjon BUP	Revisjon innkjøp	Revisjon Forskning	Revisjon LGG
Helse Øst RHF	X	X	X	X
Aker Universitetssykehus HF	X		X	X
Akershus universitetssykehus HF	X		X	X
Sykehuset Asker og Bærum HF	X		X	X
Sykehuset Innlandet HF	X	X	X	X

Sykehuset Sunnaas HF			X	X
Sykehuset Østfold HF	X		X	X
Ullevåll universitetssykehus HF	X			X
Lovisenberg Diakonale sykehus AS	X		X	
Diakonhjemmet Sykehus AS	X		X	
Revmatisme sykehuset AS			X	

Ytterligere detaljer pr foretak i vedlegg 1.

6.1 Hovedkonklusjon fra 2006

På de områder av virksomheten som var revidert i 2006 var hovedkonklusjonen at foretakene/sykehusene hadde fokus på internkontroll/god virksomhetsstyring. Ledelsen i Helse Øst RHF hadde introdusert ulike verktøy for at helseforetakene og sykehusene skulle være i stand til å etablere, gjennomføre og rapportere til styret og eier hvordan tilstanden var, hvilke utfordringer/risikofaktorer som påvirket måloppnåelse og hvilke tiltak som var iverksatt. Revisjonene viste imidlertid at det var svakheter ved de styringssystem som var etablert innenfor de reviderte områdene. Disse svakhetene er nærmere beskrevet i de avgitte revisjonsrapportene

6.2 Resultat av oppfølgingen fra 2006

Foretakenes og sykehusenes svar på brev om oppfølging av tidligere revisjoner, gir detaljerte tilbakemeldinger i forhold til det enkelte tiltak. Sammendrag av det regionale foretakets tilbakemeldinger og vurdering av hvilke forbedringer dette arbeidet har ført til, fremgår i pkt. 6.2.1-4. Sammendrag av foretakenes tilbakemeldinger og vurdering av hvilke forbedringer dette arbeidet har bidratt til fremgår som vedlegg til rapporten.

6.2.1 Revisjon BUP – ventetid

Revisjonen omfattet 6 helseforetak og 2 private sykehus med til sammen 26 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Revisjonen hadde fokus på måloppnåelse og god virksomhetsstyring og i revisjonen deltok alle ledernivå fra administrerende direktør til leder for poliklinikken

Styret i Helse Øst RHF ble orientert om behandlingen av revisjonsrapportene i sak 076-2006. Det ble utstedt en samlerapport til Helse Øst RHF som sammenfattet resultatet av revisjonen ute i helseforetakene og sykehusene og hvor svakheter i helhetlig styringssystem ble tatt opp.

Observasjonene gjaldt:

- Retningslinjer for prioritering av rett til nødvendig helsehjelp og rett til helsehjelp
- Retningslinjer og prosedyrer for avvisning av henviste pasienter
- Styringsdata og feilregistreringer
- Enhetlig bruk av indikator

Denne revisjonsrapporten ble besvart av administrerende direktør i Helse Øst RHF med hensyn til de tiltak Helse Øst RHF ville iverksette. Rapport med svar ble behandlet i styret i Helse Øst RHF i sak 089-2006.

Status oppfølging 2007:

Administrerende direktørs tilbakemelding i AD's orientering på styremøte 18.12.2007 på oppfølging av revisjonsrapporten var:

Arbeidet iverksatt av Sosial- og helsedirektoratet med å lage veiledere innen psykisk helsevern for barn og unge for å operasjonalisere rettighetene sikret gjennom Pasientrettighetsloven forventes ferdigstilt i løpet av 2008. Helse Sør-Øst vil lage plan for oppfølging av denne veilederen med temadager. Dette vil bli en oppfølging av tidligere drøftinger med helseforetakene/sykehusene i de ulike samarbeidsfora som er etablert mellom helseforetakene/sykehusene og det regionale helseforetaket. Det omtalte prosjektet har ikke blitt etablert grunnet vakanser i analyse, og rapporteringsenheten på RHF-et.

Et viktig ledd i arbeidet med feilhenvvisninger er fokus på gode samarbeidsrutiner. For 2008 vil samhandling være et fokusområde.

Utarbeidelse av behandlingsforløp der bla annet rutiner for henvisning vil være et element i driftsavtalen med helseforetakene. Det har blitt etablert et prosjekt ledet av Norsk Pasientregister som har til oppgave å bedre kvaliteten på aktivitets- og ventelistedata innen psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF deltar i dette prosjektet med representanter både fra IKT og helsefag. Det er nå etablert en enhetlig definisjon av målsettinger og rapportering av ventetider. Rapporteringen vil bli fulgt opp i dialogmøter med helseforetakene.

6.2.2 Innkjøp

Revisjon av innkjøp på utvalgte områder i det regionale foretaket - Helse Øst RHF:

Hovedkonklusjonene i rapporten var:

- Det regionale helseforetaket hadde i all hovedsak etterlevd både lov og forskrift om offentlige anskaffelser (LOA/FOA) og de interne rutiner for attestasjon og anvisning for de poster som var testet.
- Imidlertid viste revisjonen at arkivlovens krav til journalføring av dokumentasjon fra anskaffelsesprosessene, herunder journalføring og oppbevaring av avtaler, ikke var etterlevd.
- Det ble avdekket manglende prosedyre for og oppfølging av journalføring av anbudsdokumentasjon og avtaler, herunder mangel på fullstendig avtaleregister (arkiv).

Revisjonsrapporten er oversendt administrerende direktør i Helse Øst RHF for besvarelse og rapport med svar og handlingsplan for tiltak er behandlet av styret i Helse Øst RHF (sak 088-2006).

Status ved oppfølging 2007:

Det ble etablert en database med omfattende informasjon for innkjøp i Helse Øst på Helse Øst Portalen. Av informasjonen som er blitt lagt ut kan nevnes kontraktsarkiv/-oversikt, prosedyrebeskrivelser, maler og veiledningsmateriell, informasjon rundt regelverk herunder lov om offentlige anskaffelser med forskrifter. Denne informasjonen er blitt løpende oppdatert og komplementert frem til fusjonen av Helse Øst og Helse Sør.

I forbindelse fusjonen er det i mangel av en tilfredsstillende felles løsning for foretaksgruppen etablert en midlertidig passordbeskyttet portal på internett der informasjonsarbeidet for innkjøp er blitt videreført. Det regionale helseforetaket har sammen med Sykehuspartner ansvaret for vedlikehold av denne informasjonen. Når

et ekstranett for foretaksgruppen er blitt etablert vil informasjon overføres til dette nettet. Sykehuspartner har fått i oppgave å etablere, drifte og vedlikeholde en arbeids- og informasjonsportal for innkjøpsarbeidet. I tillegg vil det bli etablert en felles varekatalog for foretaksgruppen som skal vedlikeholdes av Sykehuspartner. Dette skal være etablert per 1. kvartal 2008.

Kurs i lov om offentlige anskaffelser er gjennomført. Tilbud om deltagelse har gått ut per mail til samtlige ansatte i Helse Øst RHF.

Utfordringen for Helse Øst RHF/Helse Sør-Øst RHF er å ha god systemstøtte for gjennomføring av anskaffelsesprosesser slik at dokumentasjon fra den enkelte anskaffelsesprosess mer effektivt kan gjøres tilgjengelig. Ledergruppen (Helse Øst RHF) fattet derfor en beslutning om å etablere et prosjekt for oppgradering av dagens arkivsystem til en mer helhetlig løsning for dokumentadministrasjon. På grunn av fusjonen ble dette prosjektet utsatt og ny løsning var ikke etablert per utgangen av 2007. Innføring av nytt arkivsystem i januar 2008 vil bidra til å etablere en bedre løsning for dokumenthåndtering for det regionale helseforetaket.

En innføring av arbeidsportal med kontraktsregister innbefatter også oppdatering av prosesser og rutiner i forbindelse med saksbehandling i foretaksgruppen, herunder anskaffelser. I løpet av høsten 2007 er det arbeidet med nye rutiner og prosedyrebeskrivelser for helseregionen. Det er etablert en rutine i forbindelse med kontraktssignering som beskriver arkivering og distribusjon av kontrakter. Kontrakter blir løpende arkivert og i tillegg publisert på midlertidig portalløsning.

6.2.3 Forskning

Hovedkonklusjonene fra de 6 helseforetakene hvor revisjonsrapportene er besvart og behandlet av helseforetakets styre var:

- *Forskningsvirksomheten var gjennomgående hensiktsmessig organisert, og ansvaret var lagt i styringslinjen i tråd med kravene i driftsavtalene. Ansvars- og oppgavefordeling internt var imidlertid ikke tilstrekkelig definert og/eller nedfelt i prosedyrer og rutiner.*
- *Systemer, prosedyrer og rutiner som bidrar til at forskningsprosjekter planlegges, gjennomføres og følges opp på en tilstrekkelig og hensiktsmessig måte, var bare delvis etablert og dokumentert.*
- *Helhetlige systematiske risikovurderinger foretas ikke, men enkelte helseforetak gjennomfører avgrensede risikovurderinger for eksempel innenfor IT-sikkerhet og pasientsikkerhet.*
- *Avvikssystemene er ikke bygget ut innenfor forskningsvirksomheten.*
- *Systemer, prosedyrer og rutiner for å planlegge og sørge for *nødvendige godkjenninger* for forskningsprosjektene, var gjennomgående tilfredsstillende.*
- *Tilsvarende systemer for å sikre gjennomføring og oppfølging av forskningsprosjekter, var ikke etablert.*

Oppsummering av revisjonene gjennomført ved helseforetakene er oversendt administrerende direktør i Helse Øst RHF og behandlet i styret i Helse Øst RHF i sak 007-2007.

Status ved oppfølging 2007

Revisjonen av forskning var på landsbasis den første omfattende revisjon av forskning ved alle helseforetakene innen samme regionale helseforetak.

I Helse Øst ble det i januar 2007 etablert et administrativt forskningsledernetverk, bestående av representanter for forskningsledelsen ved hvert av alle helseforetak /

private ideelle sykehus. Resultatene av revisjonen ble presentert og diskutert på møter i forskningsnettverk 16.februar og 29.mai 2007. I tillegg ble resultatet presentert på et eget seminar om kvalitetssikring i forskning arrangert av Samarbeidsorganet Helse Øst – Universitetet i Oslo 25.mai 2007.

Systemene for godkjenning av forskningsprosjekter ved helseforetakene er nå gjennomgående gode. Regional infrastrukturopbygging, eksempelvis i form av et eget regionalt kompetansesenter for personvern i forskning (etablert 2005) kan ha bidratt til dette. Denne satsningen videreføres i 2008.

Et vesentlig funn ved revisjonen var at gode systemer for oppfølging av forskningsprosjekter ikke var etablert. På regionalt nivå har det ikke vært gjort en systematisk resultatevaluering av forskningssatsningen. Dette evalueringsarbeidet ble påbegynt våren 2007 i regi av NIFU STEP og slutføres i løpet av januar/februar 2008.

Systemene for avviksbehandling innen forskning er ikke tilfredsstillende bygget ut. Dette antas å være et generelt fenomen for hele spesialisthelsetjenesten, også på landsbasis.

Erfaringen fra forskningsrevisjonen tilsier at forståelsen for systemansvaret for forskning nå er klart er erkjent i helseforetakene. Holdningskapende virksomhet fra RHF-et side vil være viktig, sammenholdt med styringslinjetilknyttede tiltak som administrativt forskningsledernetverk. Videreføring av dette vil styrke både formulering og implementering av tiltak som vil sikre forsvarlig gjennomføring av forskningen i tråd med lovverk og etiske standarder.

6.2.4 Ledelsens gjennomgåelse - risikovurdering

Hovedkonklusjonene fra de 7 helseforetakene hvor revisjonsrapportene er besvart og behandlet av helseforetakets styre var: Helse Øst besluttet i styresak 132-2004 et ambisiøst oppfølgingsprogram som en del av internkontroll- og kvalitetssystemet, og som et supplement til de etablerte rapporteringssystemer mellom de ulike styrenivåer og eier ved HOD (årlig melding, månedlige aktivitets og økonomirapportering til styrene, tertialrapporter, dialogdelen av foretaksmøtene, rapporteringsmøter). Dette systemet (ledelsesverktøyet) skulle komme i tillegg og bestå av en gjennomgående vurdering på alle ledernivåer ut fra ekstern og interne mål for virksomheten og en gjennomgang av avviks og revisjonsfunn – kalt ledelsens gjennomgåelse.

Denne revisjonen har kun vurdert tiltaket Ledelsens gjennomgåelse (LGG) som virkemiddel i det totale internkontrollsystemet for å sikre god virksomhetsstyring. Systemet har vært etablert i 1,5 år i foretaksgruppen og det har til sammen vært gjennomført maksimalt 5 ganger i helseforetakene og 3 ganger i Helse Øst RHF. Revisjonen har vist at hos de fleste helseforetakene fungerer ikke bruken av LGG som ledelses- og styringsverktøy. Referatene fra LGG alene gir ikke en tilbakemelding på helhetlig virksomhets- og risikostyring.

Dette betyr ikke at det ikke drives en strukturert og risikofokusert ledelse som ivaretar god internkontroll. Ut fra årlig melding for 2006 fra Helse Øst RHF og månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter på begge styrenivå oppfyller Helse Øst i store trekk de mål som er satt for virksomheten i 2006.

Internrevisjonens poeng er at det for styrene vil være svært vanskelig å ha en kvalifisert oppfatning av internkontrollens tilstand gjennom LGG alene fordi den kun omhandler et en avgrenset del av styringssystemet som i hovedsak er knyttet til kvalitetsmål, og ikke i tilstrekkelig grad dokumenterer om det er etablert et helhetlig styringssystem og hvorvidt det

fungerer. Imidlertid er tilbakemeldingene at foretakene ser nytten av verktøyet og gjerne vil integrere det som del av sitt styringssystem. For styrene vil et utvidet bruk av dette ledelsesverktøyet skape større trygghet i forhold til at de riktige områdene blir fokusert på i ledelsens ulike rapporteringer til styret.

Oppsummering av revisjonene gjennomført ved helseforetakene er oversendt administrerende direktør i Helse Øst RHF og behandlet i styret jfr. sak 027-2007.

Status oppfølging 2007:

Som ledd i oppfølging av risikovurdering i Helse Sør-Øst er det satt ned en arbeidsgruppe som gjennomgår resultatene fra 2. tertial 2007 i HF-ene og på RHF-et. De fleste HF i tidligere Helse Øst har gjennomført risikovurderingene i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse. Malen for ledelsens gjennomgåelse ble revidert i 2007, i tråd med anbefalingene fra den interne revisjonen. Malen fremhever nå tydeligere koplingen mellom kravene til internkontroll og andre styringskrav, risiko og tiltak.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt å opprette et internt kvalitetsutvalg som blant annet skal bidra til å sikre viktige interne prosesser. Kvalitetsutvalget i Helse Sør-Øst RHF vil derfor kunne bidra til en gjennomgang og videreføring av arbeidet som er gjort i tidligere sør og øst med hensyn til samordnet rapportering av helseforetakenes virksomhet, herunder ledelsens gjennomgåelse. En større grad av samkjøring og samordning av de ulike rapporteringsprosessene vil ha tertialrapportering som viktigste milepæler. Målet kan for eksempel være å utarbeide et enkelt årshjul for god virksomhetsstyring for Helse Sør-Øst. Dette må også følges opp i de lokale og sentrale lederutviklingsprogrammene.

7. Andre oppgaver (jfr.instruksen)

7.1 Møtearenaer

Internrevisjonen skal etablere og være pådriver for faglige kontaktmøter hvor det legges til rette for læring, erfaringsutveksling og gjensidig informasjonsutveksling blant medarbeiderne som arbeider med internrevisjonsfaglige problemstillinger i foretaksgruppen. Det er gjennomført en samling i desember 2007, med kontaktpersoner fra foretak og sykehus i Helse Sør-Øst. Nytt møte avholdes i februar 2008 hvor oversikt revisjonsplaner er et av hovedtemaene.

Internrevisjonen skal også delta i og være aktiv pådriver i RHF internrevisorforumet som er etablert mellom internrevisjonene i de regionale helseforetakene. I 2007 er det avholdt 4 møter i tillegg til at det i desember 2007 ble arrangert seminar for kontrollkomitemedlemmer og styreledere i de regionale foretakene.

7.2 Norges Interne Revisorers Forening

Internrevisjonen har i samsvar med pkt 4.3 i Instruks for internrevisjonen Helse Sør-Øst, i 2007 deltatt aktivt i faglige fora organisert under Norges Interne Revisorers Forening (NIRF). Enheten deltok samlet på NIRFs årskonferanse i juni. På NIRFs generalforsamling ble revisjonsleder Karl-Helge Storhaug valgt til leder for arbeidsutvalget for nettverket som er etablert for NIRFs medlemmer i statlig sektor. Nettverksgruppens formål er å være en møteplass hvor nettverksmedlemmer kan dele kunnskap, erfaringer og tilegne seg faglig påfyll innenfor temaer og problemstillinger knyttet til styring og kontroll av statlige virksomheter. Det arbeides aktivt med å markedsføre NIRF og den statlige nettverksgruppen overfor helseforetakene og de private sykehusene.

Vedlegg 1

Sammendrag oppfølgingsoversikt pr helseforetak/sykehus revisjoner 2006

For følgende helseforetak og sykehus gjennomførte internrevisjonen i tidligere Helse Øst, revisjoner som ledd i revisjonsplan for 2006.

Som ledd i oppfølgingen av om styrevedtatte tiltak er iverksatt og fulgt opp har internrevisjonen skriftlig bedt om tilbakemelding på administrerende direktørs oppfølging av iverksatte tiltak pr desember 2007. Det ble også bedt om en vurdering med hensyn til om de tiltak som er iverksatt med basis i anbefalingene fra internrevisjonen har bidratt til forbedringer i helseforetaket/sykehuset.

I oppfølgingen har internrevisjonen bedt om tilbakemelding pr spesifikt tiltak. Disse oversiktene legges ved årsrapporten til Kontrollkomiteen, men vil fremgå som utrykte vedlegg til styret.

Kort sammendrag av svar fra helseforetakene og sykehusene

Akershus universitetssykehus HF

Internrevisjonen gjennomførte 3 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP, Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Når det gjelder revisjonen som ble gjennomført i Forskning, er ikke tiltaksplanen fulgt opp i henhold til tidsfrister. Internrevisjonen i Helse Sør-Øst er orientert om forsinkelsen og det bes om utsatt frist til 01.04.08 med å oversende beskrivelse av tiltakene. Internrevisjonen er orientert om at helseforetaket innenfor forskning er noe forsinket med å få implementert tiltaksplanene som ble laget i januar 2007. Internrevisjonen har sagt seg villig til å bistå med gjennomgåelse av status for de enkelte punktene. Tiltak etter revisjon av ventetid BUP, samt LGG og risikovurdering er iverksatt i henhold til handlingsplaner.

Helseforetakets oppfølging av Ventetid BUP viser at foretaket pr november lå godt innenfor måltall for de tre poliklinikkene. Det ble utarbeidet tiltaksplaner for 2007 og arbeidet med nye planer for 2008 er nå i gang. I tillegg er det iverksatt en rekke andre tiltak for å skape et bedre internkontroll- og kvalitetssystem.

Helseforetakets tilbakemelding på tiltak relatert til LGG er; LGG gjennomføres ved at alle avdelinger får tilsendt ferdigutfylte rapporter på utvalgte indikatorer. Avdelings-sjefene kommenterer avvik, risikovurderer sin virksomhet opp mot et felles overordnet målbilde og fremmer forslag til korrigerende tiltak. Rapportene aggregeres deretter på divisjonsnivå, hvor det i divisjonsmøtene gjennomføres en samlet risikovurdering for divisjonen og gjennomgang av tiltak på divisjonsnivå. Etter dette gjennomføres divisjonsvise dialogmøter med AD, hvor de divisjonsvise rapportene gjennomgås. Det er AD's vurdering at prosessene rundt LGG har blitt mer systematiske og forutsigbare i løpet av 2007. Tiltakene i handlingsplanen er fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Aker universitetssykehus HF

Internrevisjonen gjennomførte 3 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP, Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Aker universitetssykehus HF har i sin tilbakemelding på revisjon ventetid BUP beskrevet hvilke tiltak som er i verksatt i 2007 og hva som vil bli gjort i 2008. Helseforetaket har forventninger til at tiltakene skal bidra til ytterligere reduksjon av ventetiden for den ene poliklinikken som ikke har nådd måltallet.

Helseforetaket har i sine generelle kommentarer til tiltak på forskning bl.a. sagt følgende: Etter internrevisjon av forskningen ved Aker universitetssykehus utført av Helse Øst i 2006, har Forskningsssenteret utarbeidet en tiltaksplan for å imøtekomme de bemerkninger som fremkom. I store trekk er bemerkningene imøtekommet, men noe arbeid gjenstår. Vi planlegger at det meste skal være på plass i løpet av året. Noen forhold som krever nye investeringer utestår (bl.a. tilfredsstillende system for forskningsbiobanker inkludert ansettelse av biobankkoordinator og evt. ansettelse av studiemonitor(er)). Helseforetaket har i styremøte 17.12 fremlagt en orienteringssak (oppfølging) på forskning.

Etter revisjon av LGG utarbeidet helseforetaket en konkret handlingsplan for forbedring. I svar på denne oppfølging en redegjør de konkret for gjennomførte tiltak. I referat fra LGG av 2. tertial 2007 fremlagt for styret er det vektlagt å identifisere risiko samt iverksette og følge opp tiltak. Virksomhetskritiske områder og områder der foretaket ikke i tilstrekkelig grad ivaretar overordnede forpliktelser og føringer, er gjennomgått. LGG er gjennomført i linjen og gjennomgås ut fra følgende perspektivene om å synliggjøre risikoområder og effekt av iverksatte tiltak før nye tiltak besluttet. I gjennomføringen av LGG har helseforetaket også et strategisk perspektiv i forhold til målområder.

Sunnaas sykehus HF

Internrevisjonen gjennomførte 2 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var for området Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Sunnaas sykehus HF har i sin tilbakemelding synliggjort at de har gjennomført de vedtatte tiltakene gjennom å sende oss kopi av håndboken. Internrevisjonen vil på et senere tidspunkt foreta en etterprøving for å se etter om foretaket som del av sitt internkontroll-/styringssystem foretar oppfølging av at retningslinjer og prosedyrer faktisk etterleves.

Helseforetakets tilbakemelding på tiltak for forbedring av LGG viser at det er iverksatt konkrete tiltak for å utbedre bruken av LGG som ledelses- og styringsverktøy. Helseforetaket synliggjør overfor styret hvilke forbedringstiltak som er iverksatt i LGG 2. tertial 2007.

Administrerende direktør i helseforetaket tillegger for øvrig:

Internrevisjonen fra Helse Sør-Øst RHF har bidratt å skape en større bevissthet rundt kartlegging og tiltak som gjelder risikoområder, både på nivå 1 og nivå 2. Tiltakene i handlingsplanen som er utarbeidet etter revisjonen, har gitt ledere ved SunHF et forbedret og kvalitetssikret lederverktøy som sikrer risikostyringen.

Sykehuset Asker og Bærum HF

Internrevisjonen gjennomførte 3 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP, Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Sammendrag basert på detaljert oppfølgingsinformasjon:

Sykehuset Asker og Bærum HF har i oppfølging av tiltak ventetid BUP meldt tilbake at de pga av økt pågang og noen sykefravær ikke har hatt en utvikling i ventetid som forventet. Helseforetaket har egne mål langt under det nye nasjonale målet, og mener de skal nå sitt mål i 2008. Foretaket melder også at det nå er større samsvar mellom ressursrammer og oppgaver/aktivitet. Det pågår en kontinuerlig vurdering og tilpasning av et helhetlig styringssystem. Forøvrig melder helseforetaket at alle tiltak er iverksatt med unntak av innleggelse av sentrale prosedyrer i elektronisk kvalitetshåndbok, som gjenstår.

Helseforetaket melder at de vedtatte forbedringstiltakene på forskning er gjennomført.

Helseforetaket's tilbakemelding på tiltak relatert til LGG revisjonen er at de har jobbet aktivt med å videreutvikle mal og prosedyre for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang. Styret har også vært involvert i dette og gitt løpende tilbakemeldinger. Videreutviklingen av metodikk har vært basert på følgende mål (jfr. revisjonens anbefalinger):

Styrke elementet av ledelsens egen vurdering av hva som er viktig

Sterkere fokus på utvalgte områder

Mer vekt på tiltak og oppfølging

Styret ved foretaket har meddelt sin tilfredshet med den reviderte metodikken.

Helseforetakets utvikling av metodikken i LGG er presentert for direktørene i hele foretaksgruppen.

Sykehuset Innlandet HF

Internrevisjonen gjennomførte 4 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP, Innkjøpsvirksomheten, Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Sykehuset Innlandet HF har, i oppfølging av tiltak ventetid BUP, gitt en grundig tilbakemelding på forbedringsarbeidet med hensyn til å redusere ventetidene ved poliklinikkene i helseforetaket. Forbedret styringssystem vil bli implementert først tertial 2008. Helseforetaket beskriver også utførlig de forbedringstiltak som er gjennomført og ytterligere tiltak som vil bli gjennomført med basis i arbeidet i kvalitetsnettverket.

Helseforetaket har i oppfølging av tiltaksplanene for forskningsområdet gitt konkret beskrivelse av hvordan kvalitetssystemet rundt forskning er bygget opp for å sikretterlevelse av de anbefalinger som er gitt. Internrevisjonen vil på et senere tidspunkt foreta en etterprøving for å se etter om foretaket som del av sitt internkontroll-/styringssystem foretar oppfølging av at retningslinjer og prosedyrer faktisk etterleves.

Helseforetaket har i oppfølging av revisjons LGG vist hvordan de har videreutviklet bruken av styringsverktøyet LGG. På ledelsens gjennomgåelse 15.5.2007 hadde foretaksledelsen hovedfokus på risikovurderinger. På møtet redegjorde divisjonsdirektørene for de risikovurderinger som er foretatt på avdelings - og

divisjonsnivå i forbindelse med ledelsens gjennomgåelse, slik at dette inngår i helseforetakets helhetlige risikovurdering. I tillegg ble det gjennomført risikovurderinger innenfor økonomi, omdømme og IKT og det ble utarbeidet handlingsplaner. På bakgrunn av ledelsens gjennomgåelse 15.05.07 ble det utarbeidet en overordnet risikoanalyse for Sykehuset Innlandet. Det har vært fokus på arbeidet med å styrke innsatsen i forhold til risikostyring. Dette har vært eget tema på ledermøte og divisjonsdirektørene er bedt om å arbeide videre med å styrke dette arbeidet på avdelings- og divisjonsnivå.

For revisjon av innkjøpsområdet er gjennomført 4 oppfølginger i helseforetakets styre i perioden 2006-7. Helseforetaket har gjennomført en rekke virksomhetsomgripende tiltak og har i sine rapporter til styret synliggjort de forbedringer, som med basis i dette arbeidet, konkret kan måles. Mange av tiltakene er gjennomgående endringer i system og arbeidsprosesser og vil ta tid.

Administrerende direktørs tilbakemelding på om dette har bidratt til forbedringer; Når det gjelder spørsmålet om effekt av tiltakene, er vi sikre på at vi har foreslått og gjennomført virkningsfulle tiltak. Vi er sikre på at innkjøp nå i all hovedsak foretas i henhold til gjeldende bestemmelser og at ny revisjon vil avdekke færre avvik enn tidligere. Vi er også sikre på at SI har fått større fokus på risikovurderinger og at vi har fått en god struktur på gjennomføring av ledelsens gjennomgang. Videre ser vi en gradvis effekt av tiltakene innen BUP

Sykehuset Østfold HF

Internrevisjonen gjennomførte 3 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP, Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Helseforetaket har revidert sine tiltaksplaner for Ventetid BUP den 1.11.07. Når det gjelder måloppnåelse skriver foretaket: Barne- og ungdomspsykiatrien oppfyller ennå ikke de kravene som Helse Sør-Øst stiller til ventetid, dvs maks 10 dagers ventetid på vurdering (SØ 23 dager) og maks 65 virkedagers ventetid på behandling (SØ 78 dager pr. 1.12.2007). Ventelistedugnad iverksatt. Av oppfølgingssvaret fremgår det for øvrig at helseforetaket har iverksatt tiltakene som beskrevet, men at revidering av prosedyrene kan ta litt tid.

Helseforetaket har fremlagt sak for styret (82/07) som omhandler gjennomført forbedringsarbeid innenfor forskning. I oppfølgingssvaret sier helseforetaket bl.a. følgende: Styringen og oppfølgingen av forskningsprosjektene vurderes som god i de fleste prosjektene. Forskningsrådet deltar i kvalitetssikringen av prosjekter gjennom rapportering til møtene og ved å etterspørre framdrift og gjennomføringsplan. Planlegging, gjennomføring og oppfølging av forskningsprosjekter foregår i henhold til de prosedyrer det er redegjort for i styresak 82/07. Forskningssjefen deltar i arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst og har bidratt til å implementere internkontrollforskriften i styrende dokumenter for forskning.

I revisjon LGG fikk helseforetaket ingen anbefalinger, da foretaket selv hadde et aktivt fokus på forbedringer. I svar på oppfølging sier helseforetaket: Det pågår en kontinuerlig utvikling av LGG som rapporterings- og styringsverktøy. LGG 2. tertial 2007 hadde styrket fokus på risikovurderinger med et overordnet og helhetlig risikobilde av Sykehuset Østfold. Dette blir fulgt opp i 3. tertial med spesiell oppmerksomhet på de korrigerende og risikoreducerende tiltakenes effekt og endringer i risikobildet

AD's kommentarer om forbedring: Tiltakene etter forskningsrevisjonen har bidratt til mer struktur og bedre kontroll på forskningsprosjektene. Spesielt IOA-møtene (Initiering-, oppstart- og avslutningsmøter) med gjennomgang av sjekklister for å sikre at alle krav er ivaretatt i disse tre viktige faser i forskningsprosjektene, har bidratt til forbedringene.

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) utvikles stadig og har blitt et svært nyttig styringsverktøy i SØ.

Sykehusledelsen gjennomfører LGG på foretaksnivå og gjør en vurdering av avvik og risikoområder (inklusive tiltak og status på handlingsplaner) for å få et samlet risikobilde for SØ. Utviklingen i risikobildet følges opp og det vurderes om de risikoreduserende tiltakene har effekt.

Ullevål universitetssykehus HF

Internrevisjonen gjennomførte 3 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP, Forskning og Ledelsens gjennomgåelse – risikovurdering.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Administrerende direktør i helseforetaket har gitt følgende beskrivelse av hvordan oppfølging av revisjonene gjennomføres i helseforetaket;

Oppfølging av revisjonene er et linjelederansvar med støtte fra stab. Administrerende direktør følger opp tiltak gjennom etablerte rapporteringslinjer. Dette er i rapportering fra stab, ledermøter, resultatoppfølgingsmøter, ledelsens gjennomgang og måloppfølging mellom den enkelte divisjonsdirektør og administrerende direktør. Spesielt under målsamtalen vurderes tiltak og effekt av tiltakene med de direktører som har ansvar for funksjonen/temaet. Forbedringer av ledelsens gjennomgang og risikovurderinger er derimot et tema som følges opp i stabs- og ledermøter da dette temaet angår hele sykehuset. Revisjonsavvik rapporteres tertialvis til styre.

Oppfølging av revisjon Ventetid BUP viser at foretakets ventetider er langt under måltall for alle tre poliklinikkene. Svaret fra foretaket gir konkret tilbakemelding på de tiltak foretaket har sagt de skal gjennomføre. Det gjenstår noe arbeid mht det pasientadministrative systemet. På tiltak vedrørende lederoppfølging fremgår det av tilbakemeldingen : Sykehuset har et omfattende system for internkontroll, så også Klinikk for psykisk helse- barn og ungdom. I løpet av 2007 har klinikken tatt i bruk sykehusets felles system for avviksrapportering, Synergi. Det er ellers systemer for personaladministrasjon, innkjøp, regnskap, medarbeiderundersøkelse osv. Nytt i 2007 er systematisk lederevaluering. (pilotprosjekt for KBD).

Innenfor forskning har helseforetaket iverksatt en rekke tiltak og meldt tilbake hvorvidt det så langt er mulig å se noen effekter. Noen av tiltakene, spesielt knyttet til biobankkonseptet, vil fortsatt kreve stor innsats i tiden som kommer. Helseforetaket vil konkret følge opp forskningsprosjektene på følgende måte; I mandatet til DFU: Som for UUS' felles forskningsstrategi anbefales det at man lager en rullerende 4-årsplan med årlig revisjon, og at man gjør en SWOT analyse av forskningen i divisjonen. Årlig oppfølging og dokumentasjon av resultat (budsjett og vitenskapelig produksjon) er et krav, revisjon av forskningsstrategi for divisjonen er en anbefaling. DFU skal arbeide med å synliggjøre divisjonens forskning.

I oppfølging av LGG revisjonen fremgår bl.a.; Det er tydeligere fokus risiko- og avviksoppfølging ved ledelsens gjennomgang i år. Det lages tiltaksplaner etter hvert tertial hvor det fremgår hvem som har ansvar for tiltakene på sykehusnivå og i

divisjonene. Planene følges opp i AD`s stab og i linjen. Etter gjennomført tertialrapportering evalueres både datagrunnlaget og gjennomføringen. Administrerende direktør mener at LG er forbedret gjennom 2007, men vil ha fokus på å forbedre systematikk, gjennomføring av tiltak og oppfølging i 2008.

Diakonhjemmet Sykehus AS

Internrevisjonen gjennomførte 2 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP og Forskning.

Status handlingsplaner ved oppfølging

For revisjon BUP: Målet for gjennomsnittlig ventetid er nådd. Stillingsbeskrivelse fra merkantil seksj. er slutført. Resterende arbeid med stillingsbeskrivelser og organisasjonsstruktur videreføres under ny leder. Arbeidet er kommet langt, men bl.a. pga. manglende opplæring i internt EK system, er dette arbeidet ikke ferdigstilt. Internkontroll dokumenteres gjennom referater og EK. Møtestruktur vil muligens gjennomgås på nytt av ny leder

For revisjon forskning: Alle planlagte forskningsprosjekter blir nå søkt Forskningsutvalget på eget skjema (vedlagt). Igangsatte prosjekter er også registrert på samme skjema. I forbindelse med årsmelding blir prosjektleder (via avdelingssjef) bedt om å rapportere publikasjoner og evt. avvik for det enkelte prosjekt. Prosedyreskrivet er nå lagt til sykehusets Elektroniske Kvalitetshåndbok (EK) Det er nå utarbeidet et prosedyreskriv for sikring av biobank som nå skal sluttbehandles internt før det legges til Elektronisk Kvalitetshåndbok . Det er nå etablert egen forskningsserver. Vi er nå i dialog med personvernombudet på UUS vedr utarbeiding av prosedyrer for denne. Vancouver-konvensjonen vil bli gjort lett tilgjengelig på sykehusets intranett.

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Internrevisjonen gjennomførte 2 revisjoner ved helseforetaket i løpet av 2006. Disse var Ventetid BUP og Forskning.

Status handlingsplaner ved oppfølging

NWI har klart målsettingen for ventetid mindre enn 60 dager i 2007. Antall fristbrudd har vist klar nedgang i siste kvartal. Handlingsplan 2008 viderefører arbeidet med styrking av systematikk rundt arbeidet med behandlingsplaner og avslutning av saker. Kvalitetshåndbok er revidert. I Handlingsplan 2008 skal avvikshåndtering og internkontroll vies særlig oppmerksomhet ved sammenstilling av rutiner til helhetlig dokumentasjon.

Revisjon forskning: LDS ansatte i 4. kvartal 2006 en egen forskningkoordinator i 80 % stilling for å videreutvikle og kvalitetssikre den interne administrative infrastruktur som sykehusets forskning er avhengig av. I det følgende konkretiseres noe av det arbeidet som er gjort i 2007, hvilket viser at LDS for alvor er i gang med å kvalitetssikre forskningsprosjektene.

Kompetansekrav til prosjektledere vil bli tatt inn i kvalitetssystemet i 2008. I forhold til doktorgradsprosjekter er det allerede i praksis implementert at prosjektleder skal ha doktorgrad samtidig som vi sikrer universitetstilknøytning.

Større prosjekter blir alltid vurdert av FU mht. faglig innhold, ressurser (inklusive finansiering), samarbeidsparter og gjennomføringsevne. Alle prosjekter må avgis årlig internrapport i mai til FU om fremdrift med oppfølging v/ FU ved problemer. Dessuten vil

man i 2008 innføre en rutine for risikovurdering av alle prosjektene, der type risiko, sannsynlighet og mulige konsekvenser listes opp i en enkel matrise, og benyttes som kontroll av prosjektansvarlig og av FU underveis i prosjektet med angivelse av tiltak der det svikter.

I alle prosjekter må aktørene underskrive erklæring om at nærmere beskrevne etiske retningslinjer vil bli fulgt. En accessdatabase over alle forskningsprosjekter ved LDS er i 2007 utviklet for løpende oppfølging av fremdrift og evt. avvik v/ forskningssjef og FU. Her registreres prosjektopplysninger som nødvendige godkjenninger fra Regionaletisk komité, Personvernombud, Biobankregister, Sosial- og Helsedirektoratet og Statens Legemiddelkontroll, planlagt og faktisk prosjektstart og –slutt, samt hvilke personer som har hvilken rolle i prosjektet. Her registreres også finansieringskilder, publikasjoner og informasjon pr. fagperson i prosjektet. Rutiner for løpende oppdatering av databasen v/ 8 lokale forskningskoordinatorer skal fullføres i 1. kvartal 2008. Rutine for rapportering til FU av de avvik accessdatabasen viser, vil bli etablert i første halvår 2008.

LDS har i 2007 skiftet personvernombud fra NSD til UUS, med grundig gjennomgang av tilhørende prosedyrer. Videre er en Forskningsserver etablert på sykehusnettet av hensyn til datasikkerhet og ryddighet, der forskerne er i gang med å legge inn sine forskningsdata i pågående prosjekter, en prosess som skal være fullført første halvår 2008 og deretter følge en ferdig beskrevet vedlikeholdsprosedyre.

En oversikt over alle forskningsbiobanker ved LDS er utarbeidet. Oversikten vedlikeholdes av FU, der hver biobank har sin lokale biobankansvarlige person. To biobanker som ikke var innmeldt, ble i 2007 innmeldt og godkjent av Biobankregisteret. De tre fryserne med alle sykehusets forskningsbiobanker står i et eget, avlåst rom med adgangskontroll og elektronisk varslingssystem for temperaturavvik med tilhørende prosedyrer og ansvar.

Martina Hansens Hospital

Internrevisjonen har ikke gjennomført revisjoner ved sykehuset i løpet av 2006.

Revmatismesykehuset AS

Internrevisjonen gjennomførte 1 revisjon ved sykehuset i løpet av 2006. Dette var revisjon av forskning.

Status handlingsplaner ved oppfølging

Sammen med forskningskoordinator og fagansvarlig for forskning følger AD opp at prosedyrer følges opp. Det har vært nødvendig å foreta enkelte rolleavklaringer, og kvalitetssystemet oppdateres når det skjer formelle endringer. AD deltar i FoU-utvalget. KPV ved Ullevål er oppnevnt som personvernombud for forskningen på sykehuset. Inntil videre bruker vi den generelle mal for risikovurdering som ligger i kvalitetssystemet, men vil i møte i FOU-utvalget 14.2.08 vurdere andre og kanskje mer hensiktsmessige metoder. AD's oppfatning er at praksis er i ht. Prosedyrer