




Årsrapport 2012
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



**Behandlet av
styret i
Helse Sør-Øst RHF
07.02.2013**

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
INNLEDNING.....	4
REVISJONSOPPDRAG I 2012	4
REVISJONER AV INTERN STYRING OG KONTROLL AV DET PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET	5
REVISJON AV VENTELISTEHÅNDTERING OG FRISTBRUDDSPASIENTER VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF.....	6
OPPFØLGING AV REVISJON AV HENVISNINGSSOMRÅDET UTFØRT VED VESTRE VIKEN I 2010.....	8
REVISJON AV HELHETLIG INTERN STYRING OG KONTROLL SOM DEL AV VIRKSOMHETSSTYRINGEN	9
REVISJON AV TVERRGÅENDE PROSESSER - HELSEFORETAK SOM HAR PASIENTREISEKONTOR OG PASIENTREISER ANS.....	10
REGIONAL REVISJON AV HELSEFORETAKENES STYRINGSSYSTEM FOR EIERKRAV	11
RÅDGIVNINGSSOPPDRAG I 2012	12
ANDRE OPPGAVER I 2012	12
REVISJONSKOMITEENS ARBEID	13

Forord

Hovedmålet for konsernrevisjonen er å bidra til bedre pasientsikkerhet. Dette søker vi å oppnå gjennom systematisk og strukturert metode for avgivelse av bekreftelse på tilstanden for foretaksgruppens prosesser for risikostyring, intern styring og kontroll og virksomhetsstyring. Dialog og samhandling med helseforetakene og det regionale helseforetaket er nøkkelen for å lykkes med dette.

Konsernrevisjonen støtter opp under de nasjonale verdiene ”kvalitet”, ”trygghet” og ”respekt”, og skal i utøvelsen av sin virksomhet leve opp til foretaksgruppens normer for åpenhet og involvering, respekt og forutsigbarhet, samt kvalitet og kunnskap.

Konsernrevisjonen skal også gi anbefalinger til tiltak som bidrar til å forbedre systemer og prosesser for risikostyring, intern styring og kontroll og virksomhetsstyring. Dette søker vi å oppnå ved at kunnskap om årsaker og konsekvenser av feil, svakheter og mangler gjøres tilgjengelig og kan benyttes inn i de administrerende direktørenes arbeid med å forbedre styring og kontroll. Å bidra til læring på tvers er det store målet med arbeidet vårt.

I 2012 har konsernrevisjonen fortsatt med gjennomføring av revisjoner for å undersøke om pasientene som henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst, kommer til riktig sted til rett tid og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Dette arbeidet er oppsummert til styret i Helse Sør-Øst i september. Parallelt med gjennomføring av revisjonene har det pågått forbedringsarbeid både lokalt i helseforetakene og i det regionale helseforetaket. Det ble også gjennomført en særskilt undersøkelse ved Oslo universitetssykehus HF ad ventelistebehandling og fristbrudd, basert på medieoppslag knyttet til HELFO-pasienter.

I 2012 har konsernrevisjonen gjennomført oppfølging av revisjon av henvisningsområdet ved Vestre Viken HF fra 2010 som omhandlet den såkalte ”ventelistesaken”. Her har konsernrevisjonen bekreftet at gjennomførte tiltak har gitt positiv effekt og gitt ros til avdelingen. Det gir tro på at det er mulig å få ”orden i eget hus” som gir større trygghet for at pasientens behandlingsbehov og rettigheter ivaretas.

Konsernrevisjonen har for øvrig i 2012 fortsatt utviklingen av revisjoner rettet inn mot helhetlig intern styring og kontroll som integrert del av virksomhetsstyringen. Dette er også i tråd med hva vi skal ha fokus på og i overensstemmelse med ny § 37 a i Helseforetaksloven – hvor lovhjemling av den regionale gjennomgående internrevisjonsfunksjonen er gjort gjeldende fra 1.1.2013.

I 2012 har vi også deltatt i en landsomfattende revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.

Hamar 24. januar 2013

Liv Todnem
konsernrevisor

*”KONSERNREVISJONEN SKAL
STØTTE OPP UNDER DE
NASJONALE VERDIENE KVALITET,
TRYGGHET OG RESPEKT, OG SKAL I
UTVØVELSEN AV SIN VIRKSOMHET
LEVE OPP TIL
FORETAKSGRUPPENS NORMER
FOR ÅPENHET OG INVOLVERING,
RESPEKT OG FORUTSIGBARHET,
SAMT KVALITET OG KUNNSKAP”*

Innledning

Årsrapport 2012 skal gi styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonskomiteens (fra 1.1.2013 revisjonsutvalget) arbeid og konsernrevisjonens gjennomførte revisjoner, rådgivning og andre oppgaver i planåret. Årsrapporten skal også angi hvilke endringer eller utsettelse som er foretatt i forhold til revisjonsplanen.

Revisjonskomiteen avholdt 8 møter i 2012. I tillegg til behandling av revisjonsrapporter i perioden, er konsernrevisjonens årsrapport og revisjonsplan behandlet. Videre har revisjonskomiteen foretatt en gjennomgang av risikovurderingen for foretaksgruppen og eksterntrevisors risikovurdering, planer og utført arbeid. Revisjonskomiteen protokollerer sitt arbeid og fremlegger protokollene for styret.

Årsrapport 2012 omhandler revisjoner nedfelt i revisjonsplan 2012-2015 for planåret 2012. Revisjonsplanen for 2012-2015 danner en ramme for revisjonsarbeidet. Den er dynamisk og nye revisjoner utover planlagte tas inn ved behov avhengig av endringer i risikobildet. Alle endringer i revisjonsplanen er vedtatt av revisjonskomiteen.

Revisjonsoppdrag som er forsinket og ikke har startet opp innen utgangen av planåret 2012, overføres til planåret 2013 i ny plan som legges frem for styret 7.2.2013. Disse fremkommer i vedlegg 1.

Som vedlegg 2 til årsrapporten er det også utarbeidet en oversikt som viser revisjoner fra tidligere perioder (fra årsplan 2011). Av vedlegget fremgår hvilke revisjoner som vurderes lukket eller skal følges opp gjennom egne aktiviteter som legges i årsplan for 2013.

Revisjonsoppdrag i 2012

I 2012 er ni revisjonsrapporter ferdigstilt og styrebehandlet, hvorav to er oppsummeringsrapporter fra revisjoner gjennomført ved alle helseforetak i perioden 2011-2012. Åtte av oppdragene var planlagte, mens ett var ad hoc.

I 2012 er det også startet opp to revisjoner som er nedfelt i revisjonsplanen for 2012-2015 og som skal gjennomføres ved alle helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2013 og 2014.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst leverer i tillegg internrevisjonstjenester til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Tjenesteleveransen er nedfelt i avtale som

Revisjonskomiteen

Revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF er konsernrevisjonens oppdragsgiver. Komiteen er et underutvalg av styret i Helse Sør-Øst RHF og har til formål å bidra til at styrets tilsyns- og kontrollfunksjon ivaretas. Styret i Helse Sør-Øst RHF fastsetter instruks for revisjonskomiteen.

Revisjonskomiteens oppgaver

Revisjonskomiteen har instruksjonsmyndighet over konsernrevisjonen og skal følge opp og holdes orientert om status og risiko knyttet til saksområder som omfattes av dennes arbeid. Komiteen fastsetter konsernrevisjonens instruks, innstiller budsjett og godkjenner revisjonsplanen.

Revisjonskomiteen skal se til at foretaksgruppen har en uavhengig eksterntrevisjon. Som ledd i dette skal komiteen gjennomgå eksterntrevisors arbeid i forhold til revisjon av regnskapet, herunder planer, gjennomføring og resultat av revisjonen.

Konsernrevisor er revisjonskomiteens sekretær. Protokoll fra møtene i revisjonskomiteen fremlegges for styret i Helse Sør-Øst RHF. Disse finnes på nettsidene til Helse Sør-Øst RHF.

Revisjonskomiteens medlemmer

Revisjonskomiteen har fire medlemmer som velges av og blant styrets medlemmer. Ett av medlemmene velges blant de ansattes valgte styremedlemmer. Styret oppnevner leder av revisjonskomiteen.

Medlemmene velges i utgangspunktet for 2 år av gangen. Nyoppnevning skjer når medlemmer trer ut av styret eller når noen av medlemmene eller styret ønsker skifte.

Medlemmer for perioden 2012-2014:

Styremedlem Andreas Kjær (leder)
Styremedlem Dag Stenersen
Styremedlem Kirsten Brubakk
Styremedlem Bernadette Kumar

Fra 2013 endres komiteens navn til revisjonsutvalg i tråd med vedtatte endringer i Helseforetakslovens §21 a Styrets revisjonsutvalg.

er forlenget med en ny to-årsperiode 2013-2014.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst har som del av sin funksjon nedfelt i instruks oppgaver innenfor rådgivning.

Revisjoner ved helseforetakene

- Revisjoner av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet
- Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddspasienter ved Oslo universitetssykehus HF
- Oppfølging av revisjon av henvisningsområdet utført ved Vestre Viken i 2010
- Revisjon av helhetlig intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen
- Revisjon av tverrgående prosesser mellom pasientreisekontor og Pasientreiser ANS

Revisjoner av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet

Formål og omfang

Formålet med revisjonene var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak ved styret og foretakets eier, om foretakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas. I dette ligger om pasientene kommer til riktig sted til rett tid, og om pasienter og henvisende instanser mottar riktig og fullstendig informasjon. Videre har revisjonene hatt til formål å identifisere eventuelle svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet og vurdere årsakene til at dette skjer.

Revisjonene omfattet alle helseforetakene i foretaksgruppen. De fire første revisjonene

(Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF) var ferdige i 2011 og rapport ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF 14.9. 2011 (sak 058-2011).

I 2012 er følgende revisjoner innenfor området fullført og revisjonsrapporter behandlet i det enkelte helseforetakets styre:

- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset i Vestfold HF – klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR)
- Oslo universitetssykehus HF
- Akershus universitetssykehus HF

Vesentlige problemstillinger som er belyst i revisjonene

Det pasientadministrative arbeidet tilknyttet pasientforløpet er regulert gjennom en rekke lover, forskrifter, føringer gitt i styrende dokumenter, styrevedtak og interne planer. Problemstillingene og revisjonskriteriene er utviklet med utgangspunkt i disse. Ved hvert av helseforetakene har konsernrevisjonen belyst 19 problemstillinger med et kriteriesett på til sammen 66 undersøkte forhold. Nærmere beskrivelse av disse og revisjonskriteriene er beskrevet i revisjonsrapportene og vedlegg 1 i oppsummeringsrapport 10/2012.

Vesentlige funn og anbefalinger

Revisjonene viste flere vesentlige og gjennomgående mangler og svakheter i helseforetakenes interne styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet. Disse fører til at det kan oppstå feil både i vurderingsperioden, venteperioden og perioden for behandling, oppfølging og kontroll. Oversikt over konkrete mangler og svakheter fremgår av oppsummeringsrapport 10/2012 kap. 2. Samlet sett har intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i hvert enkelt av helseforetakene ikke vært tilstrekkelig for å kunne gi rimelig sikkerhet for at pasientene kommer til riktig sted til rett tid, og at

informasjon til pasienter og henvisende instanser gis som forutsatt. Manglene og svakhetene i det pasientadministrative arbeidet har i flere tilfeller fått konsekvenser i form av at behandling av pasienter ikke har startet opp i tråd med de medisinskfaglige vurderingene som var foretatt, noe som kan ha ført til forverring av sykdomstilstand, svakere sykdomsprognose og i ytterste fall kan ha medført forkortet levetid. Risikoen for dette vil vedvare dersom det enkelte helseforetak ikke får effekt av tiltak på området.

De vesentligste funnene var:

- Prosess- og rutinebeskrivelser på området var mangelfulle.
- Etterlevelsen av lovverk og rutiner både hos behandlingspersonell og ledere var ikke tilfredsstillende.
- Opplæring av behandlingspersonell og merkantilt ansatte i pasientadministrativt arbeid, herunder bruk av PAS/EPJ-systemene, var mangelfull og ble ikke gjennomført systematisk over tid.
- Oppfølging av pasientene gjennom behandlingsforløpet fra de behandlingsansvarlige sin side var ikke god nok. I flere tilfeller førte dette til brudd på rettsregler, vedtatte mål og planer og interne retningslinjer, prosedyrer og rutiner.
- Manglene og svakhetene i det pasientadministrative arbeidet har i flere tilfeller fått konsekvenser i form av at behandling av pasienter ikke har startet opp i tråd med de medisinske faglige vurderingene som er foretatt. Dette kan ha ført til forverring av sykdomstilstand, svakere sykdomsprognose og i ytterste fall ha medført forkortet levetid. Risikoen for dette vil vedvare dersom det enkelte helseforetak ikke får effekt av tiltak på området.

Som ledd i revisjonene har konsernrevisjonen gitt alle helseforetak en rekke anbefalinger til tiltak, både for å rette opp svakheter og mangler i prosessfasene som det pasientadministrative arbeidet består av, og for å styrke helheten i foretakenes opplegg for interne styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet. Anbefalingene omfatter tiltak både for å øke evnen til å oppnå målene for pasientadministrasjon, etterleve lov- og regelverk og oppnå pålitelige styringsdata. De konkrete anbefalingene fremgår av revisjonsrapportene fra 2011-2012.

Styrets behandling av rapporten og administrerende direktørs tiltaksplan

De endelige rapportene for hvert enkelt helseforetak ble sendt de respektive administrerende direktører i tråd med normal behandlingsprosedyre. Rapportene og de administrerende direktørenes tiltaksplaner ble fremlagt for det enkelte helseforetaks styre.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet allerede i møte 14.9.2011 (sak 058-2011) en oppsummering av de fire første revisjonene av det pasientadministrative arbeidet. Oppsummeringsrapporten (10/2012) av resultatet fra alle revisjonene ble fremlagt for styret i Helse Sør-Øst 21.9.2012 i sak 56-2012.

Syrets oppfølging av tiltaksplan

Oppfølging av tiltaksplaner pågår fremdeles ved flere av helseforetakene. Gjennomføring av tiltaksplanene og styrenes oppfølging av disse inngår som en del av konsernrevisjonens oppfølgingsrevisjoner som skal gjennomføres 2013.

Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddspasienter ved Oslo universitetssykehus HF

Formål og omfang

Formålet med revisjonen var å undersøke Oslo universitetssykehus HF (OUS) sin håndtering av HELFO-saker, årsakene til eventuelle avvik i forhold til regelverk/rutiner og eventuelle konsekvenser av dette, samt hvilke tiltak foretaket burde vurdere å sette i verk for å skape forbedringer på området.

Revisjonen var et ad hoc-oppdrag som ble iverksatt i forbindelse med flere nyhetsoppslag våren 2012, hvor det bl.a. ble vist til at foretaket trikset med ventelister. Det ble hevdet at ledelsen ved OUS hadde instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til helsehjelp har vært overskredet, skal prioriteres foran andre rettighetspasienter.

Vesentlige problemstillinger som er belyst i revisjonene

- Håndterer OUS HELFO-sakene i samsvar med regelverket? Har foretaket hatt en uriktig praksis hvor HELFO-pasienter er gitt tilbud om helsehjelp foran andre fristbruddpasienter som har ventet lengre for samme forhold? Hvem har visst om en eventuell uriktig praksis?
- Hva er årsakene til eventuelle feil, mangler og svakheter på området? Herunder hvordan håndterer OUS pasienttilstrømningen og ventelistene sine? Blir pasientenes rettigheter i tilfeller hvor det er fare for fristbrudd eller hvor det allerede har oppstått fristbrudd, ivaretatt i samsvar med gjeldende rettsregler?

Vesentlige funn og anbefalinger

Revisjonen viste at foretakets håndtering av HELFO-pasienter ikke var i samsvar med gjeldende regelverk og at det var sammensatte årsaker til dette.

- Foretakets praksis hvor pasienter som hadde en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasientens, men som ikke hadde kontaktet HELFO, ble forskjøvet, var etter konsernrevisjonens vurdering ikke er i samsvar med gjeldende regelverk. Tilsvarende for praksis der HELFO-pasienter forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist (som er i et behandlingsforløp) og som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasientene.
- Den overveiende andel HELFO-pasienter ventet på poliklinisk utredning/ behandling. Med utgangspunkt i poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, var konsernrevisjonens vurdering at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter, ut i fra en generell betraktning, med sannsynlighetsovervekt ikke ville ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Gjennomgangen viste samtidig at den enkelte poliklinikk midlertidig kunne erfare en kapasitetsbegrensning som gjorde at det ikke kunne utelukkes at inntak av HELFO pasienter ville kunne gi et dårligere tilbud til andre ventende som i utgangspunktet hadde en høyere prioritet på ventelisten.
- Det ble ikke funnet dokumentasjon for at det var gitt direkte instruksjon om å prioritere HELFO-pasienter kun ut i fra økonomiske forhold og ikke i sammenheng med en medisinsk faglig vurdering i 2011. I 2012 forelå derimot en slik instruksjon som etter konsernrevisjonens vurdering ikke var i samsvar med gjeldende lov- og regelverk. Konsernrevisjonen var samtidig kjent med at administrerende direktør iverksatte tiltak for å korrigere forholdet straks han ble kjent med det. Forholdet ble dermed ansett å være brakt i orden.
- Eksternt henviste pasienter som allerede var i et pasientforløp, var i flere tilfeller er gitt en ny rett til nødvendig helsehjelp med juridisk bindende frist. Dette var ikke i samsvar med Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Årsakene til dette var: manglende informasjon i henvisningene mellom spesialisthelsetjenesten og at oppsettet i de pasientadministrative systemene ikke understøtter lovverket ettersom den pasientadministrative historikken ikke kan registreres riktig inn i systemet.
- Mange pasienter som var vurdert til behov for nødvendig helsehjelp fikk ikke helsehjelp innen fastsatt forventet dato. I flere tilfeller langt over den datoen som foretaket informerte om i vurderingsbrevet. Årsaken var blant annet mangelfull oversikt over ventelister og behandlingsskapasitet og at det ble satt urealistiske datoer for behovspasienter. Det var heller ikke rutiner for å informere pasientene hvis de ikke fikk time innen forventet dato. Konsernrevisjonen vurdering var at praksisen var svært uheldig ettersom denne medførte feilinformasjon til pasientene og reduserte deres muligheter for å velge et annet behandlingstilbud.

- Det ble gjennomgående ført ventelister for pasienter som hadde fått startet helsehjelpen og som var inne i et behandlingsforløp. Ved enkelte av avdelingene var det imidlertid mange pasienter som ikke hadde fått time innen det som var fastsatt ut i fra en medisinskfaglig vurdering. Det var heller ikke etablert en rutine hvor pasientene ble informert når forventet dato ble overskredet. Etter konsernrevisjonens vurdering var dette lite tilfredsstillende.
- Gjennomgangen viste at enhetene i varierende grad identifiserte og registrerte hvorvidt mottatte henvisninger gjaldt tjenestetilbud innen henholdsvis lokal- (herunder område-, region- eller landsfunksjoner). Det var konsernrevisjonens vurdering at dette reduserte foretakets mulighet for styring og kontroll med pasienttilstrømmingen til sykehuset.
- Det var ikke etablert rutiner i forhold til å gi realistiske anslag med hensyn til ventetider for pasienter med behov for helsehjelp. Etter konsernrevisjonens vurdering er det viktig at det blir etablert rutiner for dette, slik at datoene som gis behovspasientene er realistiske og de eventuelt kan benytte datoen til å sammenligne ventetiden med andre sykehus og benytte seg av fritt sykehusvalg hvis det er lavere ventetider andre steder.

Styrets behandling av rapporten og administrerende direktørs tiltaksplan

OUS behandlet revisjonsrapporten (06/2012) 20.6.2012 (styresak 46-2012) og tiltaksplan 29.9.2012 (styresak 65-2012) Denne handlingsplanen omfatter både denne revisjonen samt revisjon av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet og anbefalinger og krav fra det regionale tiltaksarbeidet fra prosjektet *Glemt av sykehuset* Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid. Oppfølging av foretakets gjennomføring av tiltak vil bli inkludert i konsernrevisjonens oppfølgingsrevisjon av pasientadministrativt arbeid (rapport 4/2012).

Syrets oppfølging av tiltaksplan

Oppfølging av tiltaksplanene pågår fremdeles. I revisjonsplan 2013-2015 legges det opp til en oppfølgingsrevisjon som også vil omfatte styrets oppfølging av foretakets tiltaksplan etter revisjonen.

Oppfølging av revisjon av henvisningsområdet utført ved Vestre Viken i 2010

Formål og omfang

Formålet med oppfølgingsrevisjonen var å bekrefte i hvilken grad tiltak som foretaket har iverksatt, har bidratt til å lukke de svakheter og mangler som er beskrevet i revisjonsrapporten fra 2010.

Oppfølgingsrevisjonen omfattet:

- Årsaker til avvikene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum (nå Klinikk Bærum sykehus, Kirurgisk avdeling) og foretakets tiltak for å lukke avvik. Resultatet av oppfølgingsrevisjonen for denne delen presenteres i rapport 7/2012.
- Forbedringer i intern styring og kontroll. Resultatet av oppfølgingsrevisjonen for denne delen presenteres i rapport 8/2012.

Vesentlige problemstillinger som er belyst i revisjonene

Problemstillingene som ble belyst i oppfølgingsrevisjonen var om tiltaksarbeidet i avdelingen hadde bidratt til forbedringer som gir sikkerhet for at tilsvarende avvik som ble avdekket i 2010 ikke oppstår på nytt. Tilsvarende for helseforetaket som helhet - at de planlagte tiltakene har gitt forbedringer som setter helseforetaket i stand til å avdekke tilsvarende avvik før det medfører konsekvenser for den enkelte pasient.

Vesentlige funn og anbefalinger

Oppfølgingsrevisjonen viste forbedringer både på avdelingsnivå og foretaksnivå:

På avdelingsnivå:

- Klinikk Bærum sykehus, Kirurgisk avdeling på systemnivå hadde etablert tiltak innenfor alle funn i rapport 4/2010 gjennom etablering av nye prosedyrer, bruk av styringsdata og kontroller som gjennomføres i de ulike delene av prosessen. Herunder er oppfølging av ventelister og tildeling av timer et område som er vektlagt. Sammenlignet med resultater fra revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet fremsto Klinikk Bærum sykehus, Kirurgisk avdeling i dag blant de fremste når det gjaldt struktur, orden og kontroll i det pasientadministrative arbeidet.
- Det var imidlertid fortsatt behov for innskjerpelse i gjennomføring av etablerte prosedyrer for å jourhold av arbeidsgrupper (postkasse) i forhold til oppgaver og dokumenter. På dette området var det underveis i revisjonen iverksatt tiltak for å gjennomgå og ferdigstille dokumenter eldre enn 14 dager.
- Det var fortsatt et behov for innskjerpelse i forhold til restanser. Verktøyene som var på plass for å kunne følge opp gjennomføring av etablerte kontroller må benyttes.
- For å sikre forbedringer i underliggende årsaksforhold var det iverksatt tiltak slik som beskrevet i styresak 4/2011 og det pågikk fortsatt arbeid med handlingsplaner etter medarbeiderundersøkelsen i 2011 for deler av avdelingen.

På foretaksnivå:

- Tiltakene som ble planlagt iverksatt i forhold til bedring av kontrollstruktur var i hovedsak etablert, men det gjensto fortsatt en del arbeid med implementering. Dette fremkom også av foretakets handlingsplan for Kvalitets- og pasientsikkerhetsstrategi 2011-2015.
- På prosessforbedringer, herunder i forhold til bruk av DIPS og kontroll på dokumentflyten, viste oppfølgingsrevisjonen at foretaket ikke var i mål når det gjaldt å følge opp om prosedyrer som var etablert for å sikre kontroll med den pasientadministrative prosessen, er implementert og gjennomføres i alle deler av foretaket.
- Foretaket hadde så langt ikke i tilstrekkelig grad benyttet styringsdataene i risikovurderinger av kontrollene som var etablert faktisk ble gjennomført i foretaket som helhet.

Styrets behandling av rapporten og administrerende direktørs tiltaksplan

Den endelige rapporten ble behandlet 28.6.2012 (styresak 042-2012). Tiltaksplan ble fremlagt for styret 1.8.2012 (styresak 059-2012).

Syrets oppfølging av tiltaksplan

Styret vedtok å følge opp tiltaksarbeid gjennom virksomhetsrapporteringen, første gang i oktober 2012. Oppfølging av tiltaksplaner pågår fremdeles ved flere av helseforetakene. Konsernrevisjonen vil følge opp tiltaksarbeidet i 2013-2014.

Revisjon av helhetlig intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen

Formål og omfang

Formålet med revisjonene vil være å kartlegge og vurdere foretakenes prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Hensikten er å understøtte administrerende direktørs ansvar for å etablere og gjennomføre intern styring og kontroll, og dermed bidra til bedre måloppnåelse og etterlevelse av lov- og regelverk. Videre, å bekrefte overfor styre og eier i hvilken grad helhetlig intern styring og kontroll faktisk er etablert, blir gjennomført og fungerer.

Revisjonen skal omfatte alle helseforetakene og dekke vesentlige sider ved foretakenes kjerneoppgaver/-prosesser, støtteoppgaver/-prosesser, styrings- og oppfølgingsprosesser og endringsprosesser. Revisjonen er under utvikling og skal etter planen gjennomføres årlig.

Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS

Formål og omfang

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere i hvilken grad det er god styring og kontroll i tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetakene som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS (PasANS).

Revisjonen har omfattet Pasientreiser ANS og alle de 18 helseforetakene som har pasientreisekontorer. I Helse Sør-Øst har revisjonen omfattet følgende helseforetak:

- Sykehuset Innlandet HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sykehuset Østfold HF
- Vestre Viken HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sørlandet Sykehus HF

Vesentlige problemstillinger som belyses

- I hvilken grad er det etablert gode styrings- og kontrollmiljøer som bidrar til gode holdninger til styring og kontroll, hensiktsmessig organisering og tydelig ansvars- og myndighetsfordeling, samt god ressursstyring, bruk og utvikling kompetansen?
- Er det etablert målsettinger for ordinær drift og utviklingsoppgaver, og er prosesser for å identifisere, vurdere og håndtere risikoforhold som kan hindre måloppnåelse, etterlevelse av regelverk og pålitelig styringsinformasjon om driften?
- I hvilken grad er det utarbeidet beskrivelse av arbeidsprosesser der det tydelig fremgår hvilke oppgaver og kontrolltiltak som skal gjennomføres av hvem og til hvilken tid?
- I hvilken grad er det etablert tilstrekkelige opplæringstiltak som bidrar til å sikre enhetlig bruk av systemene (PRO og NISSY), lik registreringspraksis og lik praktisering av regelverk.
- I hvilken grad er det etablert hensiktsmessige fora/møtearenaer som bidrar til å sikre god løpende kommunikasjon og samhandling mellom PasANS, RHFene og HFene/pasientreisekontorene.
- Er pålitelige, nøyaktige og tidsriktige styringsdata tilgjengelig for oppfølging og kontroll og er det etablert en hensiktsmessig og effektiv oppfølging av rapporter og styringsdata?

Revisjonen pågår fortsatt og planlegges ferdigstillet innen april 2013.

Regional revisjon av helseforetakenes styringssystem for eierkrav – oppsummeringsrapport levert i 2012

Formål og omfang

Formålet med revisjonen var å se hvordan de samlede eierkravene gikk gjennom foretaksprotokollen til det enkelte helseforetak legges til grunn for virksomheten og svares opp i Årlig melding. Revisjonen omfattet alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Vesentlige problemstillinger som er belyst i revisjonene

- Bekrefter protokoller og styresaker fra styremøtene i helseforetakene mottak av eiers oppdrag og bestilling?
- Gjenspeiler protokoller og styresaker styrenes dialog om hva eiers styringskrav betyr for helseforetaket, samt om styret i helseforetaket forsikret seg om at sakene de får til behandling sikrer ivaretagelse av styrets ansvar og oppgaver?
- Har helseforetakene etablert et system for oppfølging av styrevedtak i eget helseforetak som sikret forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier?

Revisjonen startet opp høsten 2010 ble ferdigstilt mars 2012 med utgangspunkt i Årlig melding, Oppdrag og bestilling, risikovurderinger og rapporteringen i Årlig melding 2011 for det enkelte helseforetak.

Vesentlige funn og anbefalinger

- I revisjonsperioden (fra 2010 til 2011) viste dokumentasjonen som ble gjennomgått at det var gjennomført forbedringer i forhold til å synliggjøre mål og krav fra eier, forankre, rapportere status til styret og tilbakemeldingen til eier i Årlig melding. Det regionale foretaket iverksatte også parallelt forbedringstiltak inn mot styre- og eieroppfølgingen.
- For sju av helseforetakene var det behov for økt fokus på bruk risikovurdering som et ledelsesverktøy på alle ledernivåene. Fire av helseforetakene hadde en tilnærming som bidrar til mulighet for gjennomgående styring.
- Analysen viste at flere helseforetak i 2010 ikke hadde en samlet risikovurdering tertialvis, men at risikoen ble fremstilt på forskjellig måte i Årlig melding, i virksomhetsrapportering og i referat fra Ledelsens gjennomgåelse. Årsaken til den til dels fragmenterte fremstilling var at risikovurderingen ikke var gjennomført med utgangspunkt i mål og krav i Oppdrag og bestilling. Kravene til lederne på ulike nivå varierte i forhold til å benytte risikovurdering som ledelsesverktøy og nedfelle resultatet av denne på en omforent strukturert måte varierte – og har i noen grad vært oppfattet som rapportering og ikke som et ledelsesverktøy.
- Dokumentanalysen viste at redegjørelsene som administrasjonen la frem for styret i helseforetaket hadde varierende fokus på forholdet mellom forventninger til effekt av og bruk av ressurser på tiltakene, samt hvordan effekt skulle måles. For noen helseforetak fremkom både effekter av tiltak og endringer i risikobildet på en sporbar måte fra tertial til tertial, mens det for andre ikke var mulig å lese av styresaken om arbeidet med risikovurderinger og tiltak hadde ført til en prioritering (styring) som ga bedre måloppnåelse. I styrevedtakene som ble gjennomgått som ledd i revisjonen var det i liten grad sporbart om administrasjonen ble bedt om redegjørelse for effekt av tiltak.

Styrets behandling av rapporten og administrerende direktørs tiltaksplan

For det enkelte helseforetak ble resultatene fra revisjonen kommunisert direkte til styret etter en avstemming med administrerende direktør og hvor det ble etablert tiltaksplaner ved behov. Det ble utarbeidet en felles revisjonsrapport (2/2012) som ble fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 15.3.2012. Helseforetakenes rapporterte status i tiltaksarbeidet var inkludert i den regionale rapporten.

Syrets oppfølging av tiltaksplan

Oppsummering av funn i det enkelte helseforetak er verifisert og oppsummert for styret i helseforetaket. Tiltaksarbeidet er iverksatt i helseforetakene parallelt med ferdigstilling av revisjonen.

Rådgivningsoppdrag i 2012

Konsernrevisjonen har som ledd i sin funksjon også en rådgivningsrolle. I revisjonsplan 2010-2011 ble det lagt til grunn en økning av ressursbruken innenfor rådgivning, både i forhold til behov for løpende rådgivning i enkeltsaker som vedrører intern styring og kontroll og som formaliserte oppdrag.

I forrige planperiode ble rådgivning i forhold til ulike typer aktiviteter relatert til foretakenes system for eierkrav og den regionale oppfølgingen knyttet til dette. I denne perioden har dette arbeidet vært knyttet til enkeltsaker som gjelder dette temaet.

Rådgivningsoppdrag og andre oppgaver i 2012

- Rådgivningsoppdrag
- Faglige kontaktmøter med helseforetakene
- RHF-internrevisorforum
- Dialog med ekstern revisor, Riksrevisjonen, Helsetilsynet m.fl.

Når det gjelder bekymringsmeldinger eller varslinger som skal sendes og behandles i det enkelte foretak i tråd med etablerte prosedyrer, kan konsernrevisjonen benyttes som rådgivende organ. I de tilfeller der denne type meldinger sendes direkte til konsernrevisjonen vil den bidra til å gi råd som skal sikre at meldingen behandles av riktig instans.

Andre oppgaver i 2012

Konsernrevisjonen er pådriver for faglige kontaktmøter med deltaker fra hvert av helseforetakene og hvor også deltakere fra de private ideelle sykehusene inviteres. I disse møtene legges det til rette for læring, erfaringsutveksling og

gjensidig informasjonsutveksling blant medarbeiderne som arbeider med revisjonsfaglige problemstillinger i foretaksgruppen. Det er i 2012 avviklet 3 kontaktmøter. Som i 2011 har et viktig tema vært revisjon av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet. Det har vært stor interesse for og oppslutning om møtene.

Konsernrevisjonen skal også delta i og være aktiv pådriver i RHF- internrevisorforumet som er etablert mellom internrevisjonene i de regionale helseforetakene. I 2012 er det avholdt 2 faglige seminarer for alle internrevisorene i de regionale helseforetakene. I tillegg har konsernrevisjonen et samarbeid med ekstern revisor og utveksler informasjon om revisjonsplaner og aktiviteter for å hindre dobbeltarbeid.

Årlig inviteres de fire regionale internrevisjonene til møte med Riksrevisjonen hvor det er en gjensidig informasjonsutveksling i forhold til utførte revisjoner og planer. Konsernrevisjonen søker også råd hos fylkeslegen før oppstart av revisjoner og har en gjensidig informasjonsutveksling om planer og utførte revisjoner. I tillegg er det i 2012 avholdt to møter med Arbeidstilsynet (for henholdsvis region Oslo og region Sør). Temaet i møtene er gjensidig informasjonsutveksling angående gjennomførte og planlagte revisjoner og tilsyn, hvor det revisjons-/tilsynsfaglig innhold i dialogen er av stor nytte. Det er også avholdt et uformelt møte med kommunerevisorforbund hvor det er drøftet mulige former for tilsvarende gjensidig dialog relatert til revisjon av samhandlingsområdet.

Revisjonsutvalgets arbeid

Revisjonsutvalget er spesielt fornøyd med det økte fokuset på pasientsikkerhet som helseforetaksgruppen har hatt i perioden og at revisjonene som konsernrevisjonen Helse Sør-Øst har gjennomført av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet, har skapt grunnlag for forbedringer og kompetansefremmende tiltak. Resultatet fra revisjonene ble fremlagt for styret i oppsummeringsrapporten som styret behandlet i sak 058-2012.

Revisjonsutvalget har i sin behandling av revisjonsrapportene uttrykt klare forventninger til høy aktivitet i helseforetakene for å skape forbedring i forhold til funnene fra revisjonen. For at dette skal lykkes er det avgjørende at tiltaksarbeidet gjennomføres i tråd med handlingsplanene som er vedtatt i det enkelte helseforetak, parallelt med de regionale tiltakene som skal understøtte dette arbeidet. Det må i langt sterkere grad følges opp at funn ved enheter som er revidert brukes til læring i andre enheter, og at implementering av tiltak skjer på alle nivå i helseforetakene..

Revisjonsutvalget har tidligere fattet vedtak om at konsernrevisjonen skal sette av ressurser i revisjonsplanen for oppfølging av revisjonene av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet. Konsernrevisjonen starter oppfølgingsrevisjoner i helseforetakene på dette området i 2013 og vil også følge opp de regionale tiltakene.

Revisjonsutvalget er tilfreds med at oppfølgingsrevisjonen etter revisjon av henvisningsområdet ved Vestre Viken HF i 2012 viste at det var gjennomført store forbedringer på avdelingsnivå, som skal sikre lavere risiko for at pasienters behandlingsbehov og rettigheter ikke ivaretas. Imidlertid viste oppfølgingsrevisjonen at forbedringstiltakene på foretaksnivå, som skulle sikre at tilsvarende hendelser som i 2010, i større ville bli avdekket tidligere eller forhindret, i hovedsak ikke var implementert.

I kommende revisjonsperiode økes fokuset på å undersøke om det enkelte helseforetak gjennomgående har tilstrekkelig oversikt over risikobildet i virksomheten, herunder spesielt i forhold til pasientbehandlingsområdet og de ansatte.

Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst

Andreas Kjær
Leder