




UTKAST Årsrapport 2013
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



Behandlet av
Styret i Helse Sør-Øst RHF
13.3.2014

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	4
2. REVISJONSOPPDRAG I 2013	4
3. GJENNOMFØRINGEN AV REVISJONER 2013	5
3.1 OPPFØLGINGSREVISJONER AV DET PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET	5
3.2 REVISJON VED SYKEHUSET I VESTFOLD HF	8
3.3 REVISJON VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	8
3.4 REVISJON VED VESTRE VIKEN HF OG OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF (AD HOC).....	9
3.5 LANDSOMFATTENDE REVISJON INNENFOR PASIENTREISEOMRÅDET	10
4. OPPFØLGING AV TIDLIGERE REVISJONER	11
5. RÅDGIVNINGSSOPPDRAG I 2013	11
6. ANDRE OPPGAVER I 2013	11
6.1 SAMARBEIDSMØTER MED HELSEFORETAKENE OM INTERNE REVISJONER.....	11
6.2 REVISJONSFAGLIGE KONTAKTMØTER I REGIONEN.....	11
6.3 REVISJONSFAGLIG SAMARBEID MED DE ØVRIGE REGIONENE	12
6.4 EKSTERN REVISOR	12
6.5 RIKSREVISJONEN	12
6.6 FYLKESLEGEN	12

Sammenheng

Samlet sett viser revisjonsarbeidet som er utført i 2013 at det har skjedd forbedringer ute i helseforetakene når det gjelder å få bedre orden og struktur knyttet til å sikre at pasienten kommer til rett sted til rett tid for å få sine behandlingsbehov dekket. Pasientene og de henvisende instansene mottar også i større grad rettidig og korrekt informasjon.

En viktig pådriver til forbedringene er det grunnleggende forbedringsarbeidet som ble satt i gang gjennom prosjektet "Glemt av sykehuset" som ble initiert av Helse Sør-Øst RHF i 2011, etter at resultatet av de første revisjonene ble fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF. Fra å ha en situasjon der det ikke var etablert en struktur for å fange opp registreringsfeil og restanser i det pasientadministrative systemet, er det nå satt fokus på hvordan man kan benytte rapporter til dette formål.

Men forbedring forutsetter at tiltakene ikke bare må planlegges, de må også gjennomføres og følges opp. Oppfølgingen av revisjonene av det pasientadministrative arbeidet viser at ikke alle deler av helseforetakene i like stor grad har iverksatt alle tiltak som ble planlagt etter revisjonene. Ved at de har hatt en fragmentert tilnærming i forbedringsarbeidet, har de ikke oppnådd god nok kontroll på dette området. God styring og kontroll innenfor det pasientadministrative arbeidet er av avgjørende betydning for å ivareta pasientsikkerheten.

Flere forbedringer må gjennomføres for i større grad å sikre at alle pasientene får helsehjelpen innenfor det som er satt som medisinsk forsvarlig gjennom hele pasientforløpet, samt at pasientene mottar rettidig og pålitelig informasjonen, slik at de er godt orientert og kan følge med på sitt eget pasientforløp.

I tillegg til å ha hatt et høyt fokus på de deler av det pasientadministrative arbeidet som inngikk i revisjonene som ble startet opp i 2011, har det i 2013 også vært gjennomført en ad hoc revisjon som omhandler henvisning fra et foretak til et annet foretak med fokus på risiko for at henvisningen ikke kommer frem til rett sted. Dette er også et område som viser hvor viktig det er med gode rutiner for å sikre at det ikke oppstår unødig ventetid i pasientforløpet.

Årsrapporten gir også informasjon om nye revisjoner som konsernrevisjonen har startet opp i 2013 og som vil bli videreført i årene som kommer. Hovedtema i revisjonene er virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll innenfor kjernevirksomheten, og hvor gjennomgang av intern styring og kontroll innenfor ressursstyring, kompetansestyring og utdanning inngår som sentrale deler.

Sett i forhold til de overordnede målene i foretaksgruppen, vil øktfokus på pasientadministrativt arbeid bidra både til mer korrekte pasientadministrative data, bedre styring av pasientstrømmer, riktig informasjon til pasient og henviser og god styring av interne ventelister mv. Dette vil igjen bidra til å bedre tilgjengelighet, unngå fristbrudd og gi kortere ventetider for pasientene.

1. Innledning

Årsrapport 2013 skal gi styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets arbeid og konsernrevisjonens gjennomførte revisjoner, rådgivning og andre oppgaver i planperioden, og angi hvilke endringer eller utsettelse som er foretatt i henhold til revisjonsplanen.

Revisjonsutvalget har avholdt åtte møter i 2013 hvor sakene som har vært til behandling er;

- Konsernrevisjonens årsrapport 2012
- Revisjonsplan 2013-2015
- Revisjonsrapporter i perioden

Revisjonsutvalget har også foretatt en gjennomgang av administrasjonens risikovurdering for foretaksgruppen, eksternrevisors risikovurdering samt eksternrevisors planer og utført arbeid.

Revisjonsplan for 2013-2015 danner en ramme for revisjonsarbeidet, og nye revisjoner utover planlagte (ad hoc) startes opp når det er behov. Alle endringer i revisjonsplanen blir vedtatt av revisjonsutvalget.

2. Revisjonsoppdrag i 2013

I 2013 er ni revisjonsrapporter ferdigstilt og åtte er styrebehandlet. Noen av revisjonsrapportene omfatter flere helseforetak.

- Fem oppfølgingsrevisjoner pasientadministrativt arbeid og oppsummeringsrapport fra disse revisjonene
- Landsomfattende revisjon innenfor pasientreiseområdet
- Revisjon intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Sykehuset i Vestfold HF (gjennomført som utviklingspilot for deler av virksomheten)
- Revisjon intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-Lunge-Karklinikken ved Oslo universitetssykehus HF
- Gjennomgang av rutiner for utsendelse og mottakelse av henvisninger mellom Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF
- Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst leverer internrevisjonstjenester til Pasientreiser ANS i tråd med avtale og som er forlenget med en ny to-årsperiode 2013-2014 (dekkes av eget budsjett)

Revisjonsutvalget

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

Revisjonsutvalgets oppgaver

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

I forhold til konsernrevisjonen skal revisjonsutvalget bl.a. følge opp konsernrevisjonens arbeid og har myndighet til å godkjenne endringer i revisjonsplanen. Revisjonsutvalget skal følge opp og holdes orientert om status og risiko knyttet til saksområder som omfattes av dennes arbeid.

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

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

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

Medlemmer for perioden 02 2012-01 2014:

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

3. Gjennomføringen av revisjoner 2013

3.1 Oppfølgingsrevisjoner av det pasientadministrative arbeidet

Konsernrevisjonen har i tråd med revisjonsplan 2013-2015 foretatt oppfølgingsrevisjoner etter tidligere revisjoner (2011-2012) av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i fem av helseforetakene.

3.1.1 Bakgrunn og formål

Oppfølgingsrevisjonene er planlagt med bakgrunn i tidligere vedtak i revisjonsutvalget. Det pasientadministrative arbeidet har stor betydning for ivaretagelsen av pasientsikkerheten.

Formålet med tidligere revisjoner (oppsummert i rapport 10/2012), og oppfølgingen av disse, var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak ved ledelse og styret om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet som gir rimelig sikkerhet for:

- at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas (riktig sted til rett tid)
- at pasienter og henvisende instanser mottar riktig og fullstendig informasjon

Videre var formålet å identifisere eventuelle svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet og vurdere årsakene til at dette skjer.

Revisjonskriteriene som er benyttet i oppfølgingsrevisjonen er hentet fra samme revisjonsgrunnlag som i de ordinære revisjonene og fremkommer i rapport 10/2012. I tillegg er det utarbeidet kriterier for vurdering av handlingsplanarbeidet (tabell 1).

3.1.2 Revisjonsperiode og omfang

Oppfølgingsrevisjonene er gjennomført i perioden fra desember 2012 til oktober 2013 i følgende foretak:

- Sykehuset i Østfold HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Vestre Viken HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sørlandet sykehus HF

3.1.3 Resultatet av revisjonene

Oppfølgingsrevisjonene viser at foretakene har igangsatt mange tiltak som har bidratt til at feilene/manglene i den pasientadministrative prosessen er blitt færre fra revisjonene i 2011 og 2012.

Konsernrevisjonen vil imidlertid understreke at det fortsatt er mye tiltaksarbeid som kun delvis er gjennomført og/eller kun delvis har hatt effekt. Flere forbedringer må gjennomføres for i større grad å sikre at;

- alle pasientene får helsehjelpen innenfor det som er satt som medisinsk forsvarlig gjennom hele pasientforløpet
- pasientene mottar tidsriktig og pålitelig informasjonen, slik at de er godt orientert og kan følge med på sitt eget pasientforløp.

Oppfølgingsrevisjonene har vist at en av årsakene til at det i stor grad oppnås kun delvis effekt av tiltak og/eller at tiltak kun delvis er gjennomført, kan skyldes at arbeidet med planlegging, gjennomføring og oppfølging av forbedringsarbeidet har mangler.

Det er utstedt revisjonsrapporter til foretakene hvor oppfølgingsrevisjonene er gjennomført. Rapportene er behandlet av det enkelte styret. På bakgrunn av funnene fra oppfølgingsrevisjonene har konsernrevisjonen anbefalt følgende til de fem foretakene:

- Foretakene oppdaterer handlingsplanen slik at de imøtekommer alle anbefalinger fra revisjonsrapporten som ble gjennomført i 2011 eller 2012
- Foretakene bruker aktivt handlingsplanen i forbindelse med planlegging, gjennomføring og oppfølging av tiltaksarbeidet

I behandlingen av oppfølgingsrevisjonene har styret i det enkelte helseforetak tatt revisjonsrapporten til etterretning og bedt administrasjonen utarbeide handlingsplaner som dekker konsernrevisjonens anbefalinger.

Rapportene finnes tilgjengelig på konsernrevisjonens nettsider;
www.helse-sorost.no/om_oss/styret/konsernrevisjonen

Tabellen under viser de kriteriene konsernrevisjonen legger til grunn i hovedsak må oppfylles for å lykkes med varige forbedringer.

<i>Er det etablert handlingsplaner som er tilstrekkelige og hensiktsmessige for å dekke opp konsernrevisjonens anbefalinger i revisjonsrapporten?</i>	<i>Er handlingsplanene som er utarbeidet og presentert for styret gjennomført og fulgt opp på en tilfredsstillende måte?</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tiltakene i handlingsplanene må være dekkende for å imøtekomme anbefalingene i rapporten. • Det må være definert tydelige målsettinger (resultat- og effektmål) i handlingsplanen, og planene må være risikovurdert. Herunder klare kriterier for hvordan en skal måle og evaluere effekter. • Det må være etablert klare frister, i form av dato eller måned, for når tiltakene i handlingsplanene skal være gjennomført. • Innholdet i handlingsplanen, samt mål, roller og ansvar knyttet opp mot den, må være kommunisert og forankret på alle nivå den berører. 	<ul style="list-style-type: none"> • Styret må følge opp gjennomføring av handlingsplanen basert på anbefalingene i revisjonen • Ledelsen må følge opp gjennomføring av handlingsplanen basert på anbefalingene i revisjonen • Det må være tydelige rapporteringslinjer i oppfølgingen av tiltaksarbeidet • Det må være kontinuerlig måling av effekter av tiltakene • Rapporteringen må være pålitelig og tidsriktig, både internt i foretaket og til styret

Tabell: 1

3.1.4 Videre oppfølging

Gjennomgående funn fra de fem oppfølgingsrevisjonene er oppsummert i rapport 8/2013 som er fremlagt av revisjonsutvalget til behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF 24.10.2013 sak 080-2013.

Revisjonsutvalget har i sin fremleggelse av sak til styret vist til tidligere fremlagte styresaker 056-2011 og 058-2012 og de vedtak som ble fattet av styret.

Revisjonsutvalget ga i sak 058 2012 uttrykk for klare forventninger til høy aktivitet i helseforetakene for å skape forbedring i forhold til funnene fra revisjonen.

Oppfølgingsrevisjonene viser at mange tiltak er planlagt og en del forbedringer er oppnådd samt at trenden er positiv, men at det samlet sett ikke er oppnådd tilstrekkelige forbedringer.

Revisjonsutvalget anbefalte styret å ta oppsummeringsrapporten til etterretning og la til grunn at tidligere vedtak følges opp for å sikre at tiltaksarbeidet gir varige forbedringer i det pasientadministrative arbeidet ettersom dette har stor betydning for pasientsikkerheten.

Sett i forhold til de overordnede målene i foretaksgruppen, vil økt fokus på pasientadministrativt arbeid bidra både til mer korrekte pasientadministrative data, bedre styring av pasientstrømmer, riktig informasjon til pasient og henviser og god styring av interne ventelister mv. Dette vil igjen bidra til å bedre tilgjengelighet, unngå fristbrudd og gi kortere ventetider for pasientene.

I Oppdrag og bestilling 2014 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene forutsettes det at *Oppsummeringsrapporten fra oppfølgingsrevisjoner i fem helseforetak vedrørende pasientadministrativt arbeid (8/2013)* er kjent og følges opp. Helse Sør-Øst RHF vil ha dette som tema i sine oppfølgingsmøter.

3.1.5 Øvrige revisjonsaktiviteter pasientadministrativt arbeid

Med bakgrunn i at funnene fra de fem oppfølgingsrevisjonene i stor grad var gjennomgående, konkluderte revisjonsutvalget i møte 26.8.2013 med at det ikke var hensiktsmessig å gjennomføre tilsvarende oppfølgingsrevisjoner i de øvrige fire helseforetakene;

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sunnaas Sykehus HF
- Sykehuset Telemark HF

For disse helseforetakene ble det valgt å følge opp revisjonene i møte med ledere og ansatte som hadde ansvar og oppgaver i forbindelse med planlegging og gjennomføring av tiltak etter revisjonene. Som ledd i forberedelsen til møtene ble det gjennomført både dataanalyse og dokumentstudie. Resultatet fra forberedelsen og gjennomføringen av disse møtene har vist at det er iverksatt mye godt tiltaksarbeid for alle fire helseforetakene, men at det i varierende grad er oppnådd effekt av tiltak.

Samlet sett viser konsernrevisjonens oppfølgingsaktiviteter at det fortsatt gjenstår arbeid for å få implementert alle deler av handlingsplanene i organisasjonen, og for noen må det settes inn ekstra tiltak eller vurderes om tiltakene som ble etablert faktisk er innført og virker som forutsatt.

Tilsvarende som for de fem foretakene hvor det er gjennomført oppfølgingsrevisjoner, er det gjennom en formell tilbakemelding til resterende fire helseforetakene anbefalt å revidere den opprinnelige handlingsplanen samt vurdere det iverksatte tiltaksarbeidet i forhold til hvorvidt det er tilstrekkelig til å oppnå ønsket effekt.

3.2 Revisjon ved Sykehuset i Vestfold HF

Revisjon intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen (Gjennomført som utviklingspilot for deler av virksomheten)

3.2.1 Bakgrunn og formål

Konsernrevisjonen har, som ledd i utviklingen av revisjonstilnærming for intern styring og kontroll som en del av virksomhetsstyring i det enkelte foretak, benyttet Sykehuset i Vestfold HF som pilot i utvikling av revisjonstilnærming, metodebruk og rapportering.

3.2.2 Revisjonsperiode og omfang

I Sykehuset i Vestfold HF ble områder for kartlegging og utvikling av revisjoner valgt ut i samråd med foretakets ledelse.

Pasientområdet

Innenfor dette revisjonsområdet ble det valgt til sammen 3 pasientforløp innenfor somatikk som omfattet både akutt og elektiv del av virksomheten, samt 4 av de medisinske støtteprosessene. Tilsvarende ble det valgt 4 pasientforløp innen Psykisk helse og rusbehandling.

HR området

Innenfor revisjonsområdet HR ble det foretatt kartlegging av administrative støtteprosesser innenfor lønn, ressursstyring og prosess for rapportering av bierverv.

3.2.3 Resultat av revisjonsarbeidet

Oppsummeringsrapport fra utført revisjonsarbeid i Sykehuset i Vestfold HF 2013 er oversendt helseforetaket for videre oppfølging av administrerende direktør og behandling i styret.

3.3 Revisjon ved Oslo universitetssykehus HF

Revisjon intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-, lunge- og karklinikken

3.3.1 Bakgrunn og formål

Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK) er valgt ut i samråd med foretaket og klinikkleder som ledd i dennes arbeid med kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Det overordnede formålet med revisjonen er å undersøke i hvilken grad klinikken som helhet har god styring og kontroll med sin virksomhet. I dette inngår å se på virksomhetsstyringen i klinikken, i tillegg en gjennomgang av intern kontroll i utvalgte arbeidsprosesser i klinikken.

3.3.2 Revisjonsperiode og omfang

Revisjonen ved HLK er gjennomført i perioden fra oktober 2013 til februar 2014. Verifisering av funn og observasjoner er gjennomført og utkast revisjonsrapport oversendes klinikkleder innen utgangen av februar.

Revisjonen har omfattet avgrensede prosesser og systemer for intern styring og kontroll innenfor;

- Virksomhetsstyring
- Pasientforløp samt opplæring av pasienter og pårørende
- Utdanning av helsepersonell

- Forskning
- Ressursstyring og kompetansestyring

3.3.3 Resultatet av revisjonen

Endelig rapport som oppsummerer resultatet fra revisjonen er planlagt fremlagt for styret i helseforetaket i møte i april 2014.

3.4 Revisjon ved Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF (ad hoc)

Gjennomgang av etablerte rutiner for utsendelse og mottak av henvisninger mellom Ringerike Sykehus, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF

3.4.1 Bakgrunn og formål

Oslo universitetssykehus HF (OUS) ba 6. august 2013 konsernrevisjonen om bistand til kartlegging og vurdering av etablert prosess for oversendelse og mottak av henvisninger mellom Ringerike sykehus v/ Vestre Viken HF og OUS.

Bakgrunnen for henvendelsen fra OUS var at to spesifikke henvisninger var kommet på avveie i prosessen fra utarbeidelse i Ringerike sykehus til innregistrering av henvisninger i OUS.

Formålet med revisjonen har vært å vurdere om kontroller som er etablert i prosessen internt og mellom foretakene for å utarbeide, produsere, sende ut og innregistrere henvisninger gir rimelig sikkerhet for at henvisningene blir overført korrekt til rett tid.

3.4.2 Revisjonsperioden og omfang

Revisjonen er gjennomført i perioden august til september 2013 og er avgrenset til å se på prosessen fra henvisning skrives og til den er mottatt i det andre helseforetaket. I denne sammenheng er det sett på om det er risikoer og manglende kontroller i et tidlig steg i prosessen som kan føre til feil/mangler i et senere steg i prosessen.

3.4.3 Resultat av revisjonen

Gjennomgangen viste at Ringerike sykehus og OUS har iverksatt ulike typer kontroller som skal sikre at henvisninger med rimelig sikkerhet blir korrekt håndtert gjennom prosessen.

Gjennomgangen viste imidlertid også en del svakheter ved begge foretakenes interne styring og kontroll i prosessen samlet sett. Dette fordi avsender og mottaker har utarbeidet rutiner uavhengig av hverandre.

Revisjonen viste fire sentrale funn knyttet til mangel på rutiner knyttet til utforming av henvisning, oppdatering av adresserlister, kontroll på om oversendte henvisninger er mottatt og bruk av avvikssystemet når feil avdekkes.

På bakgrunn av funnene fra gjennomgangen er det utarbeidet anbefalinger til både til Ringerike sykehus v/ Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF. Funnene vil med stor sannsynlighet også gjelde i og mellom de øvrige foretakene som enten mottar henvisninger eller sender henvisning.

3.5 Landsomfattende revisjon innenfor pasientreiseområdet

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

3.6.1 Bakgrunn og formål

I henhold til revisjonsplan 2011/2012 for internrevisjon av Pasientreiser ANS ble det gjennomført en vurdering av intern styring og kontroll som del av selskapets virksomhetsstyring. Revisjonen har vært lagt opp i to deler: Del 1 ble gjennomført innenfor rammene av revisjonsplan for 2011, og var avgrenset til gjennomgang og vurdering av intern styring og kontroll i systemer og prosesser internt i Pasientreiser ANS (innenfor selskapets juridiske ansvar). Rapporten (rapport 3/2011) ble styrebehandlet av styret i Pasientreiser ANS 5. mars 2012.

Del 2 – revisjon av tverrgående arbeidsprosesser - omfatter helheten i prosessene mellom selskapet og pasientreisekontorene i helseforetakene, herunder hvordan inngått avtaler, SLAer (tjenesteavtaler) og løpende samhandling i tjenesteutøvelsen fungerer i et styrings- og kontrollperspektiv. Del 2 har vært gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale internrevisjonene og internrevisjonen i PasANS. Samarbeidsprosjektet er forankret i de respektive regionale revisjonskomiteene.

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

3.6.2 Revisjonsperiode og omfang

Revisjonen har vært gjennomført i perioden november 2012- april 2013 og har omfattet Pasientreiser ANS og alle de 18 helseforetakene som har pasientreisekontor/kjørekontor. 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

Revisjonen er avsluttet og revisjonsrapporten er behandlet av styret i Pasientreiser ANS 23. september 2013.

3.6.3 Resultatet av revisjonen

I revisjonsrapporten, som er felles for de fire regionene, er det gitt 19 anbefalinger både til det enkelte helseforetak med pasientreisekontor (totalt 18), de regionale helseforetakene og til Pasientreiser ANS. Pasientreiser ANS har tatt initiativ til iverksetting av tiltak for områder der det er enighet om at selskapet skal inneha en slik rolle. Det er utarbeidet omforente handlingsplaner for alle parter som er berørt av revisjonen. Pasientreiser ANS har et overordnet koordinerende ansvar for rapportering av status.

4. Oppfølging av tidligere revisjoner

Det er i møte 22.11.2013 foretatt gjennomgang av status på handlingsplan og effekt av tiltak for følgende revisjoner utført ved Oslo universitetssykehus HF i 2011:

- Revisjon av lønnsområdet
- Revisjon av tilskuddsordning behandlingsreiser utland
- Revisjon av system for styringskrav fra eier

Status handlingsplanarbeidet viser at foretaket fortsatt må følge opp tiltaksarbeidet innenfor lønnsområdet og det etablerte systemet for styringskrav fra eier. Handlingsplanarbeidet for tilskuddsordning behandlingsreiser utland er også fulgt opp internt i foretaket. Konsernrevisjonens konkrete oppfølging av handlingsplanene fra disse tre revisjonene avsluttes, men områdene vil inngå i nye revisjoner der det er aktuelt.

5. Rådgivningsoppdrag i 2013

Konsernrevisjonen kan innenfor rammene av internrevisjonsstandardene påta seg rådgivningsoppgaver innenfor sitt kompetanseområde når dette er godkjent av revisjonsutvalget. I 2013 har dette arbeidet kun vært knyttet til enkelthenvendelser.

Konsernrevisjonen er også en instans som kan motta meldinger knyttet til ulike forhold. Konsernrevisjonen er i utgangspunktet ikke en instans med ansvar for å håndtere bekymringsmeldinger eller varslingsaker, men gir i ulike sammenhenger råd både til helseforetak og til det regionale helseforetaket i forhold til hvordan ulike type meldinger bør håndteres.

6. Andre oppgaver i 2013

6.1 Samarbeidsmøter med helseforetakene om interne revisjoner

Konsernrevisjonen gjennomfører månedlige samarbeidsmøter vedrørende interne revisjoner med Oslo universitetssykehus HF og hvor konsernrevisjonen også tertialvis møter administrerende direktør sammen med direktør for pasientsikkerhet/kvalitet og leder for enhet interne revisjoner i foretaket. Det fremlegges også en felles sak om revisjonsplaner for styret i helseforetaket. Tilsvarende er det etablert faste møte med kvalitetssjef i Vestre Viken HF sammen med egne internrevisjonsressurser, og hvor konsernrevisjonen tertialvis også møter administrerende direktør sammen med kvalitetssjef m.fl. Det er også i dette foretaket fremlagt en samordnet revisjonsplan for styret i helseforetaket. På samme måte har det tidligere vært tilsvarende kontakt med Akershus universitetssykehus HF, og denne gjenopptas i 2014.

For øvrig gjelder det i alle helseforetakene at det er etablert kontaktpersoner som informeres om konsernrevisjonens arbeid, og det avholdes møte med administrerende direktør i forbindelse med de revisjoner som gjennomføres og hvor også konsernrevisor møter styreleder/ styret i det enkelte helseforetak.

6.2 Revisjonsfaglige kontaktmøter i regionen

Konsernrevisjonen er arrangør av faglige kontaktmøter med helseforetakene, hvor det legges til rette for læring, erfaringsutveksling og gjensidig informasjonsutveksling blant medarbeiderne som arbeider med internrevisjonsfaglige problemstillinger i foretaksgruppen. Det er, som i 2012, blitt avviklet 3 kontaktmøter i 2013.

6.3 Revisjonsfaglig samarbeid med de øvrige regionene

Konsernrevisjonen deltar i og er aktiv pådriver i RHF- internrevisorforumet som er etablert mellom internrevisjonene i de regionale helseforetakene. I 2013 er det avholdt 2 faglige seminarer for alle internrevisorene i de regionale helseforetakene.

6.4 Ekstern revisor

Konsernrevisjonen har et samarbeid med ekstern revisor og utveksler informasjon om revisjonsplaner og aktiviteter for å hindre dobbeltarbeid. Ekstern revisor møter revisjonsutvalget i forbindelse med planlegging av revisjonen og i forbindelse med utført revisjon av årsoppgjøret.

6.5 Riksrevisjonen

Årlig inviteres de fire regionale internrevisjonslederne til møte med Riksrevisjonen hvor det er en gjensidig informasjonsutveksling i forhold til utførte revisjoner og planer.

6.6 Fylkeslegen

Konsernrevisjonen har en gjensidig informasjonsutveksling om planer og utførte revisjoner.