



**Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst**

Årsrapport 2017

Behandlet av styret i Helse Sør-Øst, 8. mars 2018

Konsernrevisjonen, 20. februar 2018



Introduksjon

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i Helse Sør-Øst RHF med underliggende helseforetak, private ideelle sykehus og private leverandører med avtale med det regionale helseforetaket.

Gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse skal konsernrevisjonen bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2017.



INNHOOLD

1. Revisjonsutvalget 4

1.1 Formål og sammensetning 4

1.2 Oppgaver 4

1.3 Møter og saker 4

2. Konsernrevisjonen 5

2.1 Konsernrevisjonen skal bidra til forbedring 5

2.2 Oppfølging av gjennomførte revisjoner 6

2.3 Andre oppgaver 6

2.4 Kvalitet og forbedring 6

2.5 Utvikling av konsernrevisjonen 6

2.6 Revisjoner i 2017 7

1. Revisjonsutvalget



1.1 Formål og sammensetning

Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF er et underutvalg av styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. § 21a i Helseforetaksloven. Utvalget har tre medlemmer som velges av og blant styrets medlemmer. Ett av medlemmene velges blant de ansattes valgte styremedlemmer. Styret oppnevner leder av revisjonsutvalget.

Revisjonsutvalgets medlemmer 2017:

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

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

1.2 Oppgaver

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

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

1.3 Møter og saker

Revisjonsutvalget har avholdt syv møter i 2017 med følgende saker til behandling:

- Konsernrevisjonens revisjonsplaner for 2017 og 2018
- Budsjett for konsernrevisjonen
- Godkjenning av konsernrevisjonens oppdragsplaner
- Resultater fra utførte revisjoner
- Status for konsernrevisjonens revisjoner i perioden
- Ekstern evaluering av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
- Administrasjonens risikovurderinger
- Eksternrevisors risikovurdering og revisjonsplan 2017

I januar 2017 gjennomførte revisjonsutvalget, administrerende direktør og konsernrevisor et arbeidsseminar for å drøfte hvordan konsernrevisjonen kan skape økt verdi gjennom revisjonene. Det er etablert et mål om at konsernrevisjonen skal bidra til læring og forbedring i helseforetakene.

Overordnet vil konsernrevisjonen bidra gjennom to dimensjoner:

- Støtte det enkelte helseforetak ved behov når de skal utforme forbedringsarbeidet etter utførte revisjoner
- Dele erfaringer og læringspunkter fra revisjoner på tvers av helseforetakene

2. Konsernrevisjonen

2.1 Konsernrevisjonen skal bidra til forbedring

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

Konsernrevisjonen har i henhold til sin instruks tre oppgaver: Bekreftelser, rådgivning og andre oppgaver.

Konsernrevisjonen gjennomfører sitt arbeid i samsvar med standarder for utøvelse av intern revisjon fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

Konsernrevisjonens visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst. Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Uavhengighet

Konsernrevisjonen er faglig uavhengig av linjeorganisasjonen og rapporterer funksjonelt til revisjonsutvalget og styret i Helse Sør-Øst RHF. Administrativt rapporterer konsernrevisjonen til administrerende direktør. I tråd med internasjonale standarder skal konsernrevisjonens leder minst årlig bekrefte overfor styret at konsernrevisjonen er uavhengig. Konsernrevisor bekrefter at konsernrevisjonen i 2017 har vært uavhengig i sin rolle.

Ressurser

Konsernrevisjonen har i 2017 hatt 11 fast ansatte i 100 % stilling, inkludert konsernrevisor. Avdelingen har bredt sammensatt kompetanse. De ansatte har hovedsakelig utdanning på mastergradsnivå innenfor helse, økonomi, revisjon og samfunnsvitenskapelige fag. De fleste har i tillegg diplomering eller sertifisering som konsernrevisor.

Ved behov kan konsernrevisjonen leie inn ressurser med spesialistkompetanse fra helseforetak eller fra konsulentselskap. I 2017 har konsernrevisjonen leid inn fagrevisorer fra helseforetak på revisjonene; *Legemidler*, *TSB: Avbrudd og utskrivning* og *TSB: Rettighetsvurderinger*. Konsernrevisjonen har ikke benyttet eksterne konsulenter i gjennomføringen av revisjoner i 2017.



2.2 Oppfølging av gjennomførte revisjoner

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

Konsernrevisjonen har gjennomført møter med helseforetakene for å undersøke hvordan disse har fulgt opp anbefalinger fra revisjonene som ble gjennomført i 2016. Resultatene fra dette arbeidet vil bli oppsummert og rapportert til styrets revisjonsutvalg.

I tillegg har konsernrevisjonen i 2017 gjennomført en revisjon av systemene for å følge opp revisjoner og tilsyn i to helseforetak (se side 19).

2.3 Andre oppgaver

Konsernrevisjonen skal bidra til et revisjonsfaglig samarbeid med de øvrige helseregionene, samt innenfor egen region og ut mot helseforetakene. Det er avholdt to samlinger med internrevisjonene i de andre regionene i 2017. Videre er det gjennomført to kontaktmøter med nettverket av internrevisjonsressurser i helseforetakene og de private ideelle sykehusene.

Konsernrevisjonen har dialog med andre aktører som utøver revisjon eller fører tilsyn med virksomheten (Riksrevisjonen og eksterntrevisor).

Konsernrevisjonens medarbeidere har i foreningen for internrevisjon (IIA) bidratt som tillitsvalgte i arbeidsutvalg og som foredragsholdere. Videre har medarbeiderne bidratt med artikler til foreningens fagtidsskrift.

2.4 Kvalitet og forbedring

Ekstern evaluering

Våren 2017 gjennomførte IIA Norge en ekstern evaluering av konsernrevisjonen. Konklusjonen var at rammebetingelser, organisering og utøvelsen av internrevisjon hovedsakelig var i overensstemmelse med definisjon av internrevisjon, de etiske regler og internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon. Det ble gitt enkelte anbefalinger knyttet til kvalitetsprogrammet og til rutiner for oppfølging av tidligere revisjoner. Konsernrevisjonen har startet oppfølgingen av anbefalingene i 2017, og viderefører arbeidet i 2018.

Kvalitetsprogram

Konsernrevisjonen har etablert et kvalitetsprogram. Dette skal bidra til at konsernrevisjonen utfører revisjonsaktivitetene i samsvar med instruksen samt relevante revisjonsstandarder og etiske regler. Programmet er delt inn i preventive tiltak, løpende kvalitetssikring og intern evaluering. I den interne evalueringen i 2017 var fokus på konsernrevisjonens dokumentasjon av utført revisjon og arkivering av avtalte dokumenter i konsernrevisjonens interne arkiv og Public 360. Evalueringen viste at kvaliteten på arbeidet var tilfredsstillende.

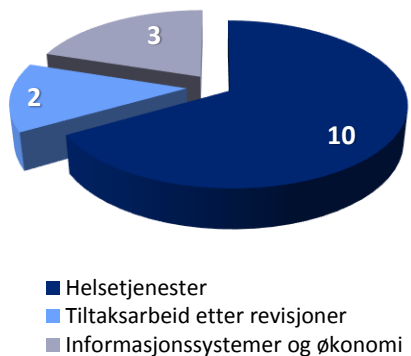
2.5 Utvikling av konsernrevisjonen

Konsernrevisjonen har i 2017 prioritert kompetanseutvikling for å utvikle vår rapportering og skriftlige kommunikasjon etter revisjoner. De ansatte har i tillegg deltatt på diverse eksterne seminarer og kurs med helse- og revisjonsfaglige temaer.



2.6 Revisjoner 2017

I henhold til revisjonsplanen har konsernrevisjonen i 2017 gjennomført 15 revisjoner innenfor områdene *Helsetjenester*, *Informasjonssystemer og økonomi* samt *Tiltaksarbeid etter revisjoner*. Tre av revisjonene er rapportert i 2018. Det er ikke gjennomført ad hoc-revisjoner i 2017.



Figur 1: Antall bekreftelsesoppdrag på ulike områder

Helsetjenester

Revisjonsområdet omhandler forhold relevant for pasientbehandling, herunder intern styring og kontroll med kostbare legemidler, korridorpasienter og pasientforløp.

Tiltaksarbeid etter revisjoner

Revisjonsområdet omfatter helseforetakenes gjennomføringsevne i eget tiltaksarbeid etter revisjoner.

Informasjonssystemer og økonomi

Området dekker drift og forvaltning av alle administrative og kliniske informasjonssystemer og medisinskteknisk utstyr med underliggende infrastruktur. I tillegg omfatter området foretaksgruppens økonomiproseser, herunder budsjettering og rapportering samt systemstøtte.

Se tabell 1 for en oversikt over revisjonene for 2017, og hvordan disse fordeler seg innenfor de ulike områdene.

Rådgivningsoppdrag

I tillegg til revisjonene er det gjennomført ett rådgivningsoppdrag. Eksternrevisor avdekket i 2016 svakheter knyttet til Regional ERP. Etter ønske fra Helse Sør-Øst RHF har konsernrevisjonen bistått som rådgiver ved utarbeidelsen av et styrende dokument innen funksjonsområdene innkjøp/logistikk og økonomi. Dokumentet skal bidra til å redusere muligheten for ubeviste feil og misligheter.



Tabellen under gir en oversikt over hvordan revisjonene for 2017 fordeler seg på revisjonsområdene. Den enkelte revisjon omtales på sidene 9 - 24. Konsernrevisjonens rapporter er tilgjengelig på våre nettsider: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>.

Tabell 1: Oversikt over revisjoner, rapportnummer og revidert virksomhet innenfor ulike revisjonsområder.

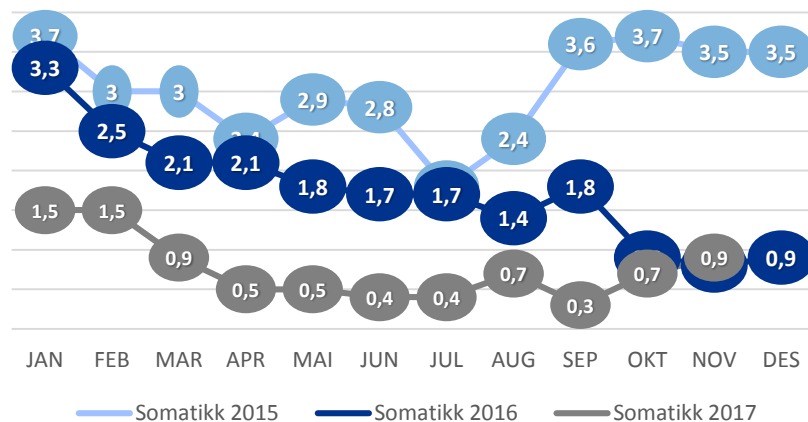
Revisjonsområder	Revisjoner	Rapport nr.	Revidert virksomhet	Side
Helsetjenester	Korridorpasienter	1/2017	Sykehuset Telemark HF	9
	Legemidler	5/2017	Oslo Universitetssykehus HF	11
		8/2017	Sykehuset Innlandet HF	11
	Likeverdige og forutsigbare helsetjenester	2/2017	Sørlandet sykehus HF	13
		3/2017	Vestre Viken HF	13
		10/2017	Diakonhjemmet sykehus	14
		14/2017	Revmatismesykehuset	14
		16/2017	Martina Hansens Hospital	15
	TSB: Avbrudd og utskrivning	11/2017	Phoenix Haga	17
		15/2017	Fossumkollektivet	17
	TSB: Rettighetsvurderinger	13/2017	Blå Kors, Trasopp, A-senteret, Incognito	18
Tiltaksarbeid etter revisjoner	Tiltaksarbeid etter revisjoner	4/2017	Akershus universitetssykehus HF	20
		9/2017	Sykehuset i Vestfold HF	20
Informasjonssystemer og økonomi	Forvaltning av programvarelisenser	6/2017	Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Telemark HF	22
	Avtalelojalitet behandlingshjelpemidler	7/2017	Sykehusinnkjøp HF, Sørlandet sykehus HF	23
	Forvaltning av Gatsoft	12/2017	Sykehuspartner HF, Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF, Helse Sør-Øst RHF	24



Revisjon Korridorpasienter

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 var det stilt krav om at det ikke skal forekomme korridorpasienter. Bakgrunnen for dette var at en korridor er et uegnet sted for å drive pasientbehandling. Plassering av pasienter i korridor kan ha uheldige konsekvenser for pasientene selv, for andre pasienter i avdelingen og for personalets arbeidsmiljø.

Nasjonalt ble det for 1. tertial 2016 rapportert 1,4 % korridorpasienter. Dette var en nedgang på 0,5 prosentpoeng sammenlignet med samme tertial i 2015. Utfordringen var størst innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste og indremedisinske avdelinger, men også gastrokirurgiske- og ortopediske avdelinger har hatt perioder med korridorpasienter. ST har tidligere hatt problemer med å redusere omfanget av korridorpasienter, men har siden 2015 hatt en positiv utvikling, se figur 2.



Figur 2: Utviklingen i andel korridorpasienter i ST 2015- 2017

Rapport 1/2017 Sykehuset Telemark HF

Revisjonen ble gjennomført ved Akutt- og beredskapsklinikken, medisinsk – og kirurgisk klinikk i Skien.

Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket arbeidet for å sikre at det ikke forekommer korridorpasienter. Det innebar å undersøke om det på overordnet nivå er etablert mål, strategier, rutiner og prosedyrer både for å forebygge og håndtere korridorpasienter. Deretter å undersøke om rutinene var videreført i reviderte enheter.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at helseforetaket hadde iverksatt hensiktsmessige tiltak for å forebygge og håndtere korridorpasienter. Det var fortsatt behov for å ha fokus på oppfølging og evaluering av tiltakene.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Målet om ingen korridorpasienter var en integrert del av virksomhetsstyringen, og målet var kommunisert og kjent i helseforetaket. Risikovurderinger ble gjennomført, og det var etablert kontinuerlig oversikt over ledige senger. Videre var det innført prinsipper for styring av kapasitet og pasientflyt. Disse var forankret og implementert. Konsernrevisjonen fant likevel enkelte mangler i etterlevelse av retningslinjer. Dette gjaldt blant annet at legene i liten grad skrev overflyttingsnotat med oppdatert legemiddelliste, og at sykepleierne i liten grad dokumenterte om pårørende var informert om flyttingen.

Styrebehandling

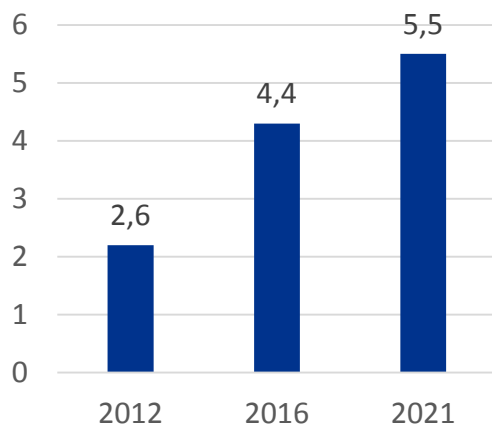
Rapporten ble behandlet i STs styre 20. april 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport 1/2017 til orientering.



Revisjon Legemidler (1:2)

Kostnadene til legemidler har økt mye de seneste årene, og utviklingen er forventet å fortsette (figur 3). Finansiering av stadig flere legemidler overføres til spesialisthelsetjenesten gjennom H-reseptordningen. Beslutningsforum tar stilling til innføring av nye kostbare medikamenter og gir føringer for bruk ved eventuell godkjenning. Det er viktig med internkontroll som sikrer etterlevelse av føringer og pålitelig rapportering slik at man oppnår kontroll med kostnadene og likeverdig behandling gjennom mest mulig enhetlig forskrivningspraksis.



Figur 3: Forbruk og prognose legemiddelkostnader i HSØ for perioden 2012 – 2021 angitt i mrd. NOK. Kilde: Sykehusapotekene.

En gjennomgående utfordring for helseforetakene er at føringer for forskrivning og koding av legemidler stadig endres, og at informasjon om dette kommer fra ulike kilder til ulik tid. Det gjør det krevende å holde ledere og fagpersoner oppdatert på gjeldende føringer.

Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere i hvilken grad det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av nye og kostbare legemidler, og om det ble sikret korrekt koding av behandlingen. Det ble fokusert på H-reseptlegemidler som blant annet benyttes til behandling av hepatitt-C og mage-/tarmsykdom, samt PD-1 hemmere som benyttes i kreftbehandling.

Revisjonen ble i 2017 gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF. I 2016 ble revisjonen gjennomført ved Akershus universitetssykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Oppsummering fra revisjonene

I de fleste revisjonene ble det konkludert med behov for å styrke internkontrollen. Gjennomgående var det etablert mer formalisert internkontroll knyttet til koding enn forskrivning. Tester i journal viste at føringer knyttet til forskrivning var kjent, og at de hovedsakelig ble etterlevd. Flere hadde utfordringer med å kode korrekt, særlig ved endringer i føringer. Det var noen ulikheter mellom de reviderte knyttet til omfanget av unntaksvis behandling med nye legemidler som var til metodevurdering, samt i hvilken grad det ble sikret at føringene for å godkjenne slik behandling ble fulgt.

Revisjon Legemidler (2:2)



Rapport 5/2017 Oslo universitetssykehus HF

Revisjonen ble gjennomført ved Kreftklinikken og hadde fokus på forskrivning og koding av PD-1 hemmere.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at det var etablert intern styring og kontroll som i tilstrekkelig grad sikret etterlevelse av krav og føringer for forskrivning av og koding knyttet til behandling med de aktuelle legemidlene, men at det var behov for å formalisere deler av internkontrollen.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Gjeldende føringer for forskrivning av legemidlene fremstod som godt kjent i Kreftklinikken. Ansvar og oppgaver knyttet til å kode etter gjennomført behandling var tydelig fordelt, men ansvar for å gjennomføre etterkontroll og å følge opp praksis var ikke formalisert. Tester i journaler viste at føringer for forskrivning og koding var etterlevd.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i OUS sitt styre 27. mai 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
- Styret er tilfreds med det arbeidet som er påbegynt med å identifisere tiltak knyttet til forbedring og implementering og som er planlagt slutført i løpet av 2016.

Rapport 8/2017 Sykehuset Innlandet HF

Revisjonen ble gjennomført ved medisinske avdelinger i divisjonene Gjøvik, Lillehammer og Elverum-Hamar og hadde fokus på forskrivning og koding av H-reseptlegemidler og PD-1 hemmere. Sentral stab ble også inkludert i revisjonen.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at det var etablert intern styring og kontroll som til en viss grad sikret etterlevelse av krav og føringer for forskrivning og koding knyttet til behandling med de aktuelle legemidlene, men at helseforetaket burde vurdere tiltak for å styrke og formalisere internkontrollen på noen områder.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Revisjonen viste at SI har fokus på etterlevelse av føringer og at det var gjennomført tiltak for å sikre styring og kontroll, spesielt innenfor koding. Imidlertid var ansvar og roller på overordnet nivå knyttet til å legge til rette for god forskrivnings- og kodepraksis, samt å følge opp praksisen, ikke tilstrekkelig tydeliggjort. Oppfølging av praksis var heller ikke systematisk nok. Videre ble det vurdert å være behov for å bedre informasjonsflyt i helseforetaket ved endringer i føringene for forskrivning og koding. Tester i journaler viste at føringer for forskrivning i hovedsak var etterlevd. Føringer for koding var etterlevd i varierende grad.

Styrebehandling

Rapporten ble lagt frem for SIs styre som temasak i styremøte 20. oktober 2017. Fagdirektør i Sykehuset redegjorde i saken for tiltaksarbeidet etter revisjonen.

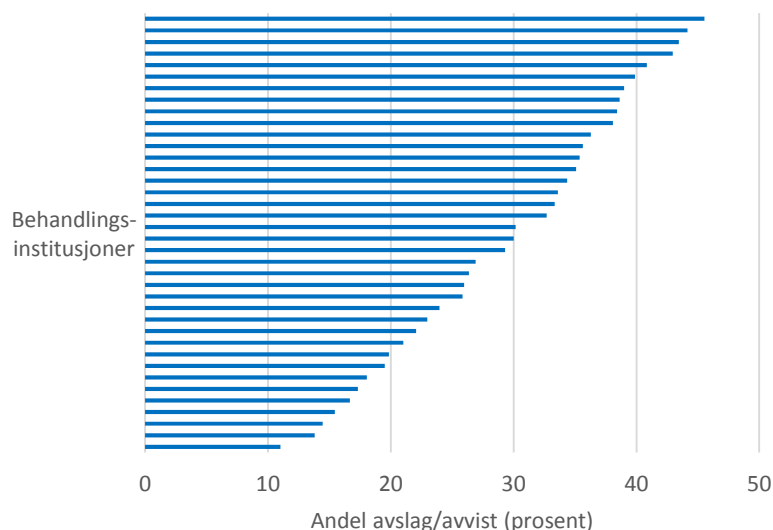
Revisjon Likeverdige og forutsigbare helsetjenester (1:4)



Det er et mål at befolkningen skal ha likeverdige og forutsigbare helsetjenester. «Pasient- og brukerrettighetsloven» og «Prioriteringsforskriften» ble i 2015 endret for å understøtte dette målet ved innføring av kortere vurderingsfrist og krav om timeavtale i svarbrev på henvisning.

HOD har i oppdragsdokumentet satt økt krav til oppfølging av uberettiget variasjon. Helseforetakene skal blant annet bruke kunnskap om kapasitetsutnyttelse aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Andel pasienter som får avslag eller blir avvist varierer fra rundt 10 % til rundt 45 % mellom ulike behandlingstilbud innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst, se figur 4.



Figur 4: Andel pasienter som fikk avslag (ikke medisinsk indikasjon) eller ble avvist (manglende tilbud etc.) ved ulike behandlingstilbud innen psykisk helse i Helse Sør-Øst RHF. Kilde: Norsk pasientregister.

Målet med revisjonen var å undersøke og vurdere hvordan sykehusene sikrer pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov.

Revisjonen ble i 2017 gjennomført ved Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet sykehus, Revmatismesykehuset Lillehammer og Martina Hansens Hospital. I 2016 ble revisjonen gjennomført ved Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF. Revisjonen har revidert enheter både innenfor somatikk og psykisk helsevern.

Oppsummering fra revisjonene

Revisjonene viste at sykehusene arbeider med å sikre gode pasientforløp. Likevel fremkom det at like henvisninger ble vurdert ulikt mellom enheter i psykisk helsevern. I tillegg var det gjennomgående manglende dokumentasjon ved rettighetsvurderinger, samt svakheter ved planlegging og oppfølging av pasientforløpene. Dette gir risiko for manglende sporbarhet, samt risiko for uberettiget variasjon i helsehjelpen innenfor sammenlignbare tilstandsgrupper.

For å sikre at «like» pasienter får like rettigheter og forløp viser revisjonene at følgende læringspunkter er særlig viktige:

- Systematisk oppfølging av prioriteringspraksis.
- Tilstrekkelig dokumentasjon av rettighetsvurderinger.
- Økt standardisering av beslutningsgrunnlag for valg av helsehjelp og utforming av pasientforløpene.
- Bedre oppfølging av pasientforløpene.
- Etablere og samordne rutiner på riktig organisatorisk nivå som sikrer at lov og krav imøtekommes.



Revisjon Likeverdige og forutsigbare helsetjenester (2:4)

Rapport 2/2017 Sørlandet sykehus HF

Revisjonen ble gjennomført ved to allmennpsykiatriske poliklinikker, henholdsvis DPS Lister og DPS Aust-Agder. I tillegg ble revisjonen gjennomført ved Allmennteam, Bispegra (ARA poliklinikken) og i urologisk poliklinikk i Klinikk for somatikk Arendal.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konkluderte med at det var gjennomført flere tiltak for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Revisjonen viser likevel at helseforetaket ikke har tilstrekkelig oversikt over de ulike delene i pasientforløpet, noe som særlig gjelder utrednings- og behandlingsforløpene ved flere av poliklinikkene i Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH).

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Enkelte poliklinikker hadde manglende oppfølging av prioriteringspraksis og dokumentasjon av rettighetsvurderingene for nyhenviste pasienter. Det var mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp. Det var videre svakheter ved registrering av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i SS sitt styre 18. mai 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar rapportene til etterretning.
- Styret ber administrerende direktør følge opp konsernrevisjonens anbefalinger og presentere tiltaksplaner for styret.

Rapport 3/2017 Vestre Viken HF

Revisjonen ble gjennomført ved to allmennpsykiatriske poliklinikker, henholdsvis DPS Asker og DPS Kongsberg.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konkluderte med at det var gjennomført flere tiltak for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Revisjonen viste likevel at helseforetaket ikke har tilstrekkelig styring og kontroll over enkelte forhold i pasientforløpet innenfor psykisk helsevern, noe som særlig gjelder utrednings- og behandlingsforløpene.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Enhetene dokumenterte i ulik grad begrunnelsene for rettighetsvurderingene for nyhenviste pasienter. Det var manglende oppfølging av prioriteringspraksis av nyhenviste pasienter. Videre var det mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i VVs styre 25. september 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport og fremlagte handlingsplaner for oppfølging av anbefalingene fra konsernrevisjonen til etterretning.



Revisjon Likeverdige og forutsigbare helsetjenester (3:4)

Rapport 10/2017 Diakonhjemmet sykehus

Revisjonen ble gjennomført ved Seksjon ortopedi, Revmatologisk poliklinikk og Poliklinikk allmennpsykiatri Vinderen.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at sykehuset jobber med å implementere nytt lovverk, nye prioriteringsveiledere og andre krav som er satt til sykehuset for å sikre gode pasientforløp. Revisjonen viste samtidig enkelte svakheter og mangler i sykehusets internkontrollsystem, noe som medførte ulik grad av etterlevelse av krav innad i sykehuset.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Enkelte svarbrev ble sendt etter vurderingsfristen og pasienter som avvises på grunn av manglende tilbud får feilaktig informasjon om at de ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Sykehuset har ikke etablert systematisk oppfølging av vurderingspraksis. Det var mangler ved planlegging og oppfølging av pasientforløpene i en enhet. Ved to enheter var det en del kontrollpasienter som ikke fikk helsehjelp innen planlagt tid.

Konsernrevisjonen vurderer at ulik etterlevelse blant annet skyldes at sykehusets kvalitetssystem ikke gir tilstrekkelig støtte for å etterleve krav. I tillegg gir svakheter i ressursstyringen redusert forutsigbarhet for noen pasientgrupper.

Styrebehandling

Ikke fastsatt.

Rapport 14/2017 Revmatismesykehuset Lillehammer

Revisjonen ble gjennomført ved revmatologisk poliklinikk.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at Revmatismesykehuset arbeider med å implementere nytt lovverk, samt andre krav som er satt til sykehuset for å sikre gode pasientforløp, herunder god kapasitetsutnyttelse. Revisjonen viste samtidig at sykehuset ikke alltid etterlever krav og mål, og at det er behov for å styrke dette arbeidet.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Det var noe feilregistrering av avslagskoder, ulik registrering av fristfastsettelse samt feil og mangler i svarbrev til pasient og henviser. Det var enkelte føringer for beslutning om type helsehjelp og utforming av pasientforløpene, men systemet var lite helhetlig og lite oversiktlig. En del kontrollpasienter fikk ikke helsehjelp innen planlagt tid.

Konsernrevisjonen vurderer at belyste svakheter blant annet skyldes at sykehusets føringer ikke gir tilstrekkelig støtte for å etterleve krav. Videre er det potensiale for økt standardisering av beslutningsgrunnlaget og utformingen av pasientforløpene. I tillegg gir svakheter ved ressursstyring redusert forutsigbarhet for pasientene.

Styrebehandling

Ikke fastsatt.



Revisjon Likeverdige og forutsigbare helsetjenester (4:4)

Rapport 16/2017 Martina Hansens Hospital

Revisjonen ble gjennomført ved avdeling for ortopedi.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at avdeling for ortopedi i stor grad legger til rette for å sikre pasienter likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Avdelingen arbeider med å implementere nytt lovverk samt andre krav som er satt for å sikre gode pasientforløp. Revisjonen viste enkelte forbedringspunkter.

Vurdering var begrunnet med følgende:

Avdelingen har lagt rette for konsensus ved vurdering av nyhenviste pasienter, samt konsensus i utredning- og behandlingsforløpene. De store flertallet pasienter får helsehjelp innen planlagt tid, og kun en liten andel kontrollpasienter venter 1-2 måneder utover planlagt tid. Avdelingen kan i større grad sikre korrekt informasjon til pasient og henviser i svarbrev på henvisning.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i MHH sitt styre 12. februar 2018 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.

Revisjon TSB: Avbrudd og utskrivning (1:2)

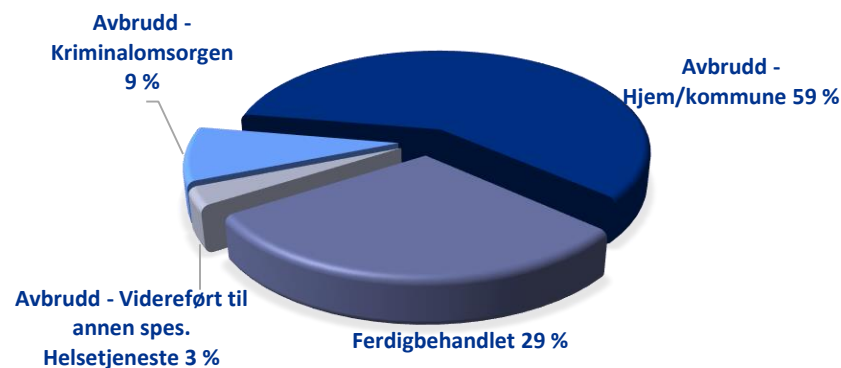
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. Å forebygge avbrudd i behandlingen og å få til sammenhengende og gode pasientforløp ved overføring til kommune er en kjent utfordring. «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» ble gjort gjeldende for TSB 1.1.2017 og skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestene i helse- og omsorgstjenesten og til å skape gode pasientforløp. Føringer for forebygging og håndtering av avbrudd fremkommer blant annet i nasjonale faglige retningslinjer.

Internasjonal forskning viser at omtrent halvparten av pasientene i rusbehandling avslutter behandlingen før planlagt tidspunkt. Faktorer som gir økt risiko for avbrudd i rusbehandling er at behandlingen oppleves som uvirksom, dårlig allianse med behandler, redusert kognitiv funksjon og personlighetsproblemer. Unge pasienter er spesielt sårbare for disse risikofaktorene. For en god overgang til andre tjenester, for eksempel til kommune eller kriminalomsorg, må forankring og kontinuitet ivaretas. Pasienter med rusproblem kan oppleve at tilbud om bolig eller oppfølging i det kommunale hjelpeapparatet svikter etter innleggelse i spesialistinstusjon.

Målet med revisjonen var å undersøke om det sikres at avbrudd i behandlingen og utskrivning til kommune håndteres i tråd med krav og føringer.

Revisjonen ble gjennomført Phoenix Haga og Fossumkollektivet. Disse er ideelle private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst RHF om leveranse av TSB.

Figur 5 viser fordelingen av avsluttede pasienter hos begge private leverandørene innenfor TSB i tidsperioden mellom 1.1.17 og til høsten 2017.



Figur 5: Fordeling av avsluttede pasienter hos de to private leverandørene.

Oppsummering fra revisjonene

Revisjonene viste at Phoenix Haga og Fossumkollektivet hadde fokus på temaene. Det var etablert tiltak for å sikre god praksis og det var planlagt videre forbedringsarbeid, men «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» var ikke innarbeidet. Videre fremkom det at krav og føringer for avbrudd og utskrivning ikke ble tilstrekkelig etterlevd, og at dette kunne skyldes svakheter i internkontrollen. Observerte feil og mangler kunne medføre risiko for at aktørene som skulle gi pasientene forsvarlig oppfølging etter endt behandling ikke hadde tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å planlegge og gjennomføre dette, samt at avbrudd ikke ble godt nok forebygget og håndtert.



Revisjon TSB: Avbrudd og utskrivning (2:2)

Rapport 11/2017 Phoenix Haga

Revisjonen ble gjennomført ved institusjonen som helhet.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at Phoenix Haga ikke i tilstrekkelig grad sikret at krav og føringer knyttet til avbrudd og utskrivning til kommune ble etterlevd. Det ble vurdert å være behov for å styrke arbeidet med å sikre god forebygging og håndtering av avbrudd, samt å systematisere samhandlingen med kommunene ved planlagte utskrivninger.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Samhandling med kommunene var ikke tilstrekkelig strukturert da «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» ikke var innarbeidet. Videre var ikke epikrisene gode nok. Risiko for avbrudd var ikke systematisk kartlagt. Når avbrudd oppsto kunne det gå noe tid før pasienten ble utskrevet, og det var i varierende grad dokumentert i journal hvilke tiltak som ble iverksatt i dette tidsrommet. Grunnlaget for å vurdere tiltak for å sikre god praksis ble vurdert som mangelfullt da det ikke i tilstrekkelig grad var etablert oversikt over risiko. Oppfølgingen av praksis hadde fokus på å sikre at aktiviteter var gjennomført, men fanget ikke i tilstrekkelig grad opp om kvaliteten var god.

Styrebehandling

Da Phoenix Haga er en ideell stiftelse som leverer tjenester til HSØ RHF etter avtale er daglig leder mottaker at revisjonsrapporten. Det er da opp til daglig leder i hvilken grad styret involveres i forbedringsarbeidet etter revisjonen.

Rapport 15/2017 Fossumkollektivet

Revisjonen ble gjennomført ved sentral stab og avdelingene Solvold, Rud, Nedre Damvei og Primæren.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at Fossumkollektivet ikke i tilstrekkelig grad sikret at krav og føringer knyttet til avbrudd og utskrivning til kommune ble etterlevd. Det ble vurdert å være behov for å styrke arbeidet med å sikre god forebygging og håndtering av avbrudd, samt å systematisere samhandlingen med kommunene ved planlagte utskrivninger.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Samhandling med kommunene var ikke tilstrekkelig strukturert da «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» ikke var innarbeidet. Behandlingsplan, individuell plan og kriseplan ble sjelden benyttet. Risiko for behandlingsavbrudd var ikke systematisk kartlagt for den enkelte pasient. Fordelingen av ansvar og oppgaver knyttet til samhandling med kommunen og å planlegge og å styre pasientforløpene ble vurdert som utydelig. Grunnlaget for å vurdere tiltak for å sikre god praksis ble vurdert som mangelfullt da det ikke i tilstrekkelig grad var etablert oversikt over risiko og systematisk oppfølging.

Styrebehandling

Da Fossumkollektivet er en ideell stiftelse som leverer tjenester til HSØ RHF etter avtale er daglig leder mottaker at revisjonsrapporten. Det er da opp til daglig leder i hvilken grad styret involveres i forbedringsarbeidet etter revisjonen.

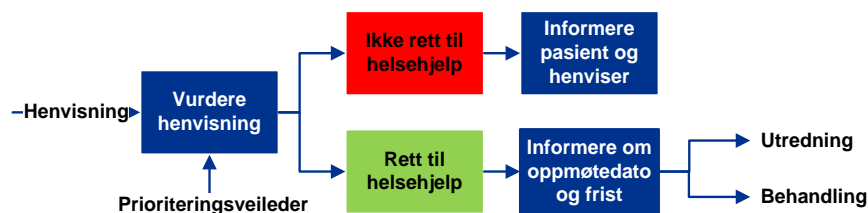


Revisjon TSB: Rettighetsvurderinger

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand. Ved henvisninger til TSB skal et tverrfaglig spesialisert team vurdere om pasienten har rett til helsehjelp. Etter endringene i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 ble også veilederen for prioritering av henvisninger i TSB revidert.

HSØ RHF har avtale med 22 private leverandører av TSB. Av disse er fire leverandører i Oslo-området delegert myndighet av Helse Sør-Øst RHF til å utføre rettighetsvurderinger; Trasoppklinikken, A-senteret, Incognito klinikk og Blå Kors poliklinikk. For at pasientene skal få oppfylt sin rett til helsehjelp er det viktig at rettighetsvurderinger gjøres i tråd med nasjonale føringer og god faglig praksis.

Rettighetsvurderinger er en del av henvisningsprosessen. Figur 6 gir en forenklet fremstilling av denne.



Figur 6: Forenklet fremstilling av henvisningsprosessen, som bygger på Helsedirektoratets modell.

Rapport 13/2017 Private leverandører av TSB

Konsernrevisjonen utarbeider en felles rapport for de fire virksomhetene som er revidert. Endelig rapport var ikke ferdigstilt på tidspunktet for avgivelse av årsrapporten.

Målet for revisjonen er å kartlegge og vurdere om leverandørene har etablert tilfredsstillende styring og kontroll for hele henvisningsprosessen, og om rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med prioriteringsveileder for TSB og prioriteringsveileder for psykisk helsevern.

Konklusjon

Revisjonen viser at det i stor grad er sammenfallende praksis for de fire private leverandørene som er revidert. De har i hovedsak tilfredsstillende systemer for å ha intern styring og kontroll for henvisningsprosessen. De administrative rutinene er gjennomgående gode, og svarbrev sendes til pasient og henviser innen ti dager. Det er imidlertid svakheter knyttet til både dokumentasjon og vurdering av de reviderte henvisningene for alle leverandørene.

Konklusjonene er begrunnet med følgende:

- Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene
- Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarelig frist
- Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp.
- Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Styrebehandling

Leverandørene leverer helsetjenester til Helse Sør-Øst RHF etter avtale, og daglig leder beslutter i hvilken grad styret skal involveres i forbedringsarbeidet.



Revisjon Tiltaksarbeid etter revisjoner (1:2)

Revisjoner skal bidra til forbedringer i helseforetakenes interne styring og kontroll. Dette forutsetter at foretakene har etablert et system for å følge opp revisjoner. Oppfølging av revisjoner og tilsyn bør inngå som en del av helseforetakets ordinære styring.

Intern styring og kontroll skal bidra til at en virksomhet når sine mål. Helse Sør-Øst etablerte i 2011 et rammeverk for god virksomhetsstyring. Dette bygger på at virksomhetene fastsetter mål, vurderer risiko og utformer nødvendige kontrolltiltak. Oppfølging av at intern styring og kontroll fungerer som forutsatt er en sentral del av rammeverket. Revisjoner gir en uavhengig vurdering av styring og kontroll, og det er viktig med et godt system for oppfølging som også omfatter tiltaksarbeid etter revisjoner.

Rammeverket for god virksomhetsstyring beskriver fem elementer :



Figur 7: Elementer i god virksomhetsstyring

Målet med revisjonen var å undersøke hvordan styret og ledelsen hadde fulgt opp tiltaksarbeid etter revisjoner. Det ble også vurdert om beslutninger knyttet til tiltaksarbeid var forankret og implementert i styring- og oppfølgingsprosesser.

Revisjonen ble i 2017 gjennomført ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold HF. I 2015-16 ble den gjennomført ved Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet Sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

Oppsummering fra revisjonene

Revisjonen viste at helseforetakene i ulik grad hadde etablert et system for å følge opp tiltaksarbeidet. Flere av helseforetakene hadde et stort potensiale for å øke effekten av tiltaksarbeidet etter revisjoner ved å styrke systematikken i oppfølgingen.

Et viktig grep for å skape læring og forbedring etter revisjoner viste seg å være økt systematikk i hvordan man følger opp beslutninger fra styre og ledelse. Videre at ansvaret for å påse at tiltaksarbeidet ble fulgt opp som planlagt var tydelig plassert, samt at forbedringsarbeidet ble integrert i de ordinære oppfølgingsprosessene mellom ledernivåene.

Konsernrevisjonen har gjennom våre revisjoner av tiltaksarbeidet også hatt dialog med helseforetakene om deres erfaringer med våre tidligere revisjoner. For at en revisjon skal bidra til læring og forbedring er det en forutsetning at revisjonen oppleves som relevant, at den har en god innretning og at den forankres hos helseforetaket.



Revisjon Tiltaksarbeid etter revisjoner (2:2)

Rapport 4/2017 Akershus universitetssykehus

Revisjonen ble gjennomført ved Kirurgisk divisjon, Medisinsk divisjon og Divisjon psykisk helsevern. I tillegg ble styret, administrerende direktør og den øvrige ledergruppen revidert.

Konklusjon:

Konsernrevisjonens konklusjon var at helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll inkluderte oppfølging etter revisjoner og tilsyn. Prosedyrene som regulerte arbeidet hadde et innhold som i tilstrekkelige grad kunne sikre at forbedringsarbeid ble iverksatt og fulgt opp. Imidlertid var det et forbedringspotensiale i etterlevelsen av føringene på enkelte områder.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Status for tiltaksarbeidet etter revisjoner hadde ikke blitt inkludert i rapporteringen til styret slik som helseforetaket hadde beskrevet at det skulle gjøres. I enkelte tilfeller var vesentlig informasjon om forsinkelser i tiltaksarbeid ikke fremlagt for styret. Revisjonen viste at fremdriften i tiltaksarbeidet var i tråd med plan på flere reviderte områder, men at oppfølgingen av en revisjon av kompetansestyring fra 2014 var svært forsinket. Revisjonen viste også at helseforetaket manglet systematikk for hvordan forbedringsarbeidet skulle gjennomføres i praksis.

Styrebehandling:

Rapporten ble behandlet av styret ved Ahus den 7.4.2017 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport 1/2016 til etterretning
- Styret er tilfreds med det arbeidet som er påbegynt med å identifisere tiltak knyttet til forbedring og implementering og som er planlagt sluttført i løpet av 2016

Rapport 9/2017 Sykehuset i Vestfold HF

Revisjonen ble gjennomført ved medisinsk klinikk, kirurgisk klinikk og klinikk psykisk helse og rusbehandling. I tillegg ble styret, administrerende direktør og sentral stab revidert.

Konklusjon:

Konsernrevisjonens konklusjon var at Sykehuset i Vestfold bør utvikle en mer systematisk oppfølging av revisjoner og øke eierskapet til tiltaksarbeidet.

Vurderingen var begrunnet med følgende:

Helseforetaket hadde etablert en struktur for oppfølging av revisjoner og tilsyn, men oppfølgingen var av varierende kvalitet. Klinikk psykisk helse og rusbehandling tok regelmessig opp saker relatert til oppfølging av revisjoner i relevante fora og inkluderte dette i sin rapportering. Imidlertid var det svakheter knyttet til utarbeidelse av handlingsplaner og oppfølgingen på overordnet nivå, og for kirurgisk- og medisinsk klinikk. Varierende oppfølging av revisjoner skyldes at handlingsplaner ikke sees på som styrende for tiltaksarbeidet. Videre ble ikke status for tiltaksarbeidet rapportert til styret.

Styrebehandling:

Rapporten ble behandlet av styret ved Siv den 14.09.17 med følgende vedtak:

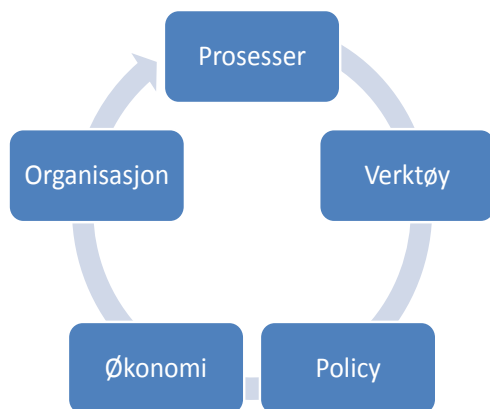
- Styret bekrefter mottak av Rapport 9/2017 «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen».
- Adm. direktør bes legge fram sak for styret med handlingsplan knyttet til funn i revisjonen til styremøtet 16. nov. 2017.

Handlingsplan etter revisjonen ble behandlet av styret ved Siv den 16.11.17.



Revisjon Forvaltning av programvarelisenser (1:2)

Foretaksgruppen i Helse Sør-Øst har store kostnader knyttet til lisensiert programvare som brukes i infrastrukturen, på arbeidsstasjoner og i kliniske og administrative fagsystemer. På vegne av foretaksgruppen har Sykehuspartner HF en sentral forvaltning av lisenser. I tillegg er det en lokal forvaltning av lisenser på helseforetakene, dog i et begrenset omfang. Risiko på området er primært over- og underlisensiering og at bruk av lisensiert programvare ikke er i henhold til lov og avtaler.



Figur 8: Oversikt over planlagte tiltak i Sykehuspartner HF

For å etablere et helhetlig system for kontroll med lisensvolum og -kostnader har Sykehuspartner HF planlagt tiltak (se figur 8) i form av:

- Policy for programvareforvaltning i foretaksgruppen.
- Nye og oppgraderte prosesser for lisensområdet.
- Reorganisering av ansvaret for lisensforvaltning.
- Implementering av verktøystøtte.
- Endringer i grensesnittet mellom lisens- og økonomiområdene.

Målet med tiltakene er blant annet å få bedre oversikt over kostnadene og potensielt unngå unødige kostnader ved over- og underlisensiering.

Revisjonens mål var å vurdere om de planlagte tiltakene i Sykehuspartner HF sammen med eksisterende prosesser i helseforetakene vil gi et helhetlig system for forvaltning av lisenser som vil sikre forutsigbarhet i lisensvolum og -kostnader, og bidra til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen.

Revisjonen ble gjennomført ved Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF.

Revisjonsoppdraget skulle ferdigstilles i juli 2017. Fremdriften i Sykehuspartner HF's prosessdesign ble forsinket og designet var en forutsetning for å vurdere internkontrollen. Det ble derfor besluttet at konsernrevisjonen skulle rapportere foreløpig status per juni 2017, og at revisjonen skulle videreføres i januar 2018.

Overordnet vurdering for foretaksgruppen

Konsernrevisjonen har ikke avdekket forhold som tyder på at de tre reviderte helseforetakene ikke lever opp til og bidrar til at den regionale modellen skal fungere på et overordnet nivå. At helseforetakene opptrer i tråd med det modellen legger opp til, er et viktig premiss for en optimalisert lisensforvaltning med hensyn til lisensvolum og -kostnader i foretaksgruppen.



Revisjon Forvaltning av programvarelisenser (2:2)

Rapport 6/2017 Sykehuspartner HF

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at SP samlet sett har en hensiktsmessig innretning på arbeidet med å realisere målsetningen om tilfredsstillende kontroll på lisensområdet. SP har et målplan med definerte områder for tiltak, og på alle områdene pågår aktiviteter for realisering. Innenfor områdene er realiseringen i ulike faser, men den totale fremdriften er forsinket i henhold til plan.

Til tross for dette er konsernrevisjonen av den oppfatningen at for å nå målsetningen er det behov for forsterket styring og oppfølging, avklaring av prosessdesign med påfølgende operasjonalisering samt avklare design og integrasjoner av støtteverktøy.

Styrebehandling

Rapporten ble lagt frem for SPs styre 30. august 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar rapport 6/2017 til etterretning.
- Styret understreker viktigheten av å sikre nødvendig kontroll, og ber administrerende direktør sørge for at tiltak beskrevet i saken gjennomføres.

Rapport 6/2017 Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Telemark HF

Konklusjonene for OUS og ST er likelydende.

Konklusjon

Konsernrevisjonens konklusjon var at OUS og ST ivaretar sin del av den samlede internkontrollen på lisensområdet gjennom et system som er etablert og samordnet med SP. Forvaltningen av programvarelisenser er i all hovedsak overført til SP.

Vurderingen begrunnes med at ansvar og myndighet internt i helseforetaket for egenforvaltning av programvarelisenser er definert og avklart, og at rutiner i helseforetaket og i grensesnittet mot SP er etablert og kjent. Videre forutsettes det at helseforetaket vil etablere rutiner for bestilling av programvarelisenser, og for attestasjon og kontering av lisenskostnader.

Styrebehandling

Rapporten ble lagt frem for OUS sitt styre 22. september 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar til etterretning konsernrevisjonens rapport 6/2017.

Rapporten ble lagt frem for STs styre 20. september 2017 med følgende vedtak:

- Styret tar revisjonsrapporten fra konsernrevisjonen om forvaltning av programvarelisenser og oppfølgingen av denne ved Sykehuset Telemark til etterretning.

Revisjon Avtalelojalitet ved kjøp av behandlingshjelpemidler

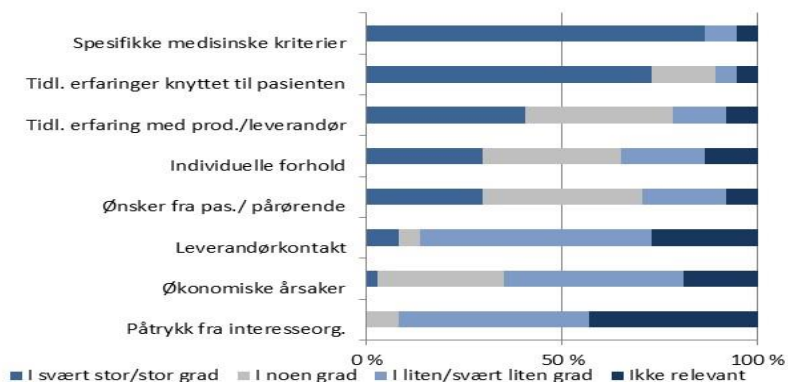


I de senere år har det vært en kraftig vekst i kostnadene til behandlingshjelpemidler ved helseforetakene i regionen. Videre har det vært utfordringer med å sikre nødvendig lojalitet til avtaler for insulinpumper.

Behandlingshjelpemidler er en del av helsehjelpen, og kjøp utføres lokalt ved at behandlende spesialist søker om tildeling av et produkt i rammeavtale. Produktene skal dekke de medisinskfaglige behovene. Dette stiller særskilte krav til innkjøpsprosessen sammenlignet med tilsvarende prosess for andre produkter. På området er det flere parallelle rammeavtaler med rangering av leverandørene. Rangeringen kan fravikes dersom dette begrunnes og dokumenteres av spesialisten.

Etablering av nye rammeavtaler og anvendelse av disse foregår på et område med svært mange aktører, der prosjektorganisering treffer linjeorganisasjon på tvers av ulike helseforetak. Deler av området er i tillegg preget av høy innovasjonstakt og teknologisk utvikling.

Revisjonen viser at det er flere forhold enn de medisinskfaglige behovene som påvirker spesialistenes valg av produkt.



Figur 9: Forhold som har betydning for valg av produkt

Rapport 7/2017 Sykehusinnkjøp HF og Sørlandet sykehus HF

Revisjonen omfattet SIK og SS, i tillegg til en avgrenset kartlegging i HSØ RHF. Det ble også gjennomført en spørreundersøkelse hos behandlingshjelpemiddel-enhetene og utvalgte spesialister i HSØ.

Målet for revisjonen var å analysere mulige årsaker til manglende lojalitet og svakheter ved utnyttelsen av nasjonale innkjøpsavtaler for enkelte typer behandlingshjelpemidler i foretaksgruppen.

Konklusjon

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at området kjøp av behandlingshjelpemidler er preget av en uklar og lite forankret styringsmodell. Gjennomgangen viser at det er utfordringer i alle deler av prosessen, fra etablering av prosjektorganisasjon ved nasjonale anskaffelsesprosjekter til tildeling av produkter til pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Konsernrevisjonen vurderer at økt behov for medisinskfaglig styring av tildelingsprosessen i helseforetakene og svak medisinskfaglig forankring i innkjøpsprosessen er hovedårsakene til manglende etterlevelse av avtalene. Det samme gjelder en utydelig prosess for implementering av nye avtaler og mangelfull oppfølging av avtaleforpliktelser. Rapporten ble behandlet i revisjonsutvalget i HSØ RHF 15.november 2017.

Styrebehandling:

Rapporten ble behandlet i SIKs styre 27. november 2017. Handlingsplan ble fremlagt i styremøte 25. januar 2018 med følgende vedtak:

- Styret i Sykehusinnkjøp HF ber AD iverksette handlingsplanen og rapportere status i løpet av 3. kvartal 2018.

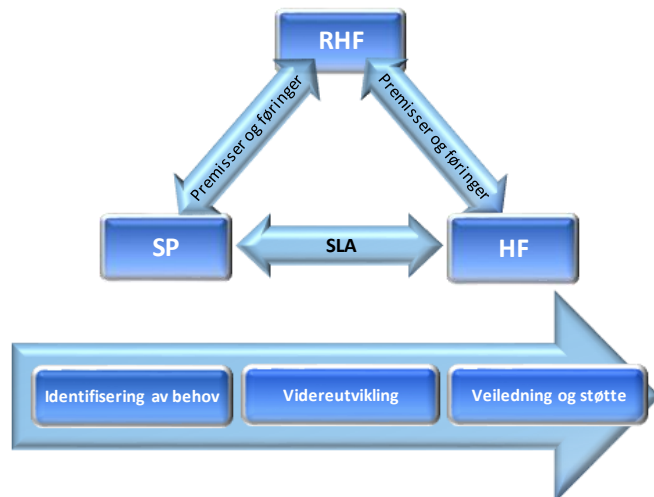
Rapporten ble behandlet i SSHF sitt styre 14. desember 2017. Styret tar rapporten til etterretning, og ber AD følge opp tiltak som beskrevet.



Revisjon Forvaltning av Gat

Gat er et system for ressurs- og arbeidstidsplanlegging som benyttes av alle helseforetakene i HSØ. For at ressurs- og arbeidstidsplanleggingen skal gjennomføres på en hensiktsmessig måte er man avhengig av at systemene forvaltes på en effektiv og helhetlig måte. I forvaltningen inngår blant annet å sikre at løsningen har funksjonalitet tilpasset brukernes behov, å sikre gode prosesser for videreutvikling av løsningen samt å tilby god bruker- og lederstøtte.

Forvaltning av Gat i foretaksgruppen har tre aktører: Det regionale helseforetaket er premissgiver og systemeier, Sykehuspartner er tjenesteleverandør og helseforetakene er brukere av Gat. I tillegg er Visma ekstern systemleverandør. Helseforetakene er avhengig av at tjenestene som leveres fra forvaltningen har god kvalitet og at det er tydelig for de ulike aktørene hvilke oppgaver de er ansvarlig for.



Figur 10: Aktører og prosess ved forvaltning av Gat

Rapport 12/2017 Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF

Målet for revisjonen var å vurdere om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for Gat i hele foretaksgruppen og om modellen fungerer etter hensikten. I dette inngår at organisering og ansvarsfordeling er tydelig definert, opplæring og veiledning er satt i system og tilpasset brukernes behov, samt at det er etablert prosesser for videreutvikling av funksjonalitet i løsningen.

Konklusjon

Revisjonen viser at det er etablert en modell for forvaltning av Gat i Helse Sør-Øst. Modellen har tre aktører der prosesser i stor grad er definert, og ansvar og roller er plassert. Sykehuspartner og lokalforvaltningen i helseforetakene leverer nødvendige tjenester for at ressurs- og arbeidstidsplanleggingen skal fungere. Med dagens organisering og ansvarsdeling mellom aktørene blir den samlede kapasiteten og kompetansen innenfor Gat-forvaltningen i foretaksgruppen likevel ikke utnyttet optimalt.

Vurderingen begrunnes med følgende:

For at Gat i større grad skal bidra til mer effektive prosesser for ressurs- og arbeidstidsplanlegging i helseforetakene, kan forvaltningen styrkes med hensyn til videreutvikling og operasjonalisering av en helhetlig forvaltningsmodell, styrking av premissgiverrollen som aktiv pådriver og tilrettelegger, etablering av arena for felles forpliktende beslutninger, samt at det defineres krav til bruker- og forvaltningskompetanse.

Styrebehandling

Styrebehandling av revisjonsrapporten er foreløpig ikke fastsatt.