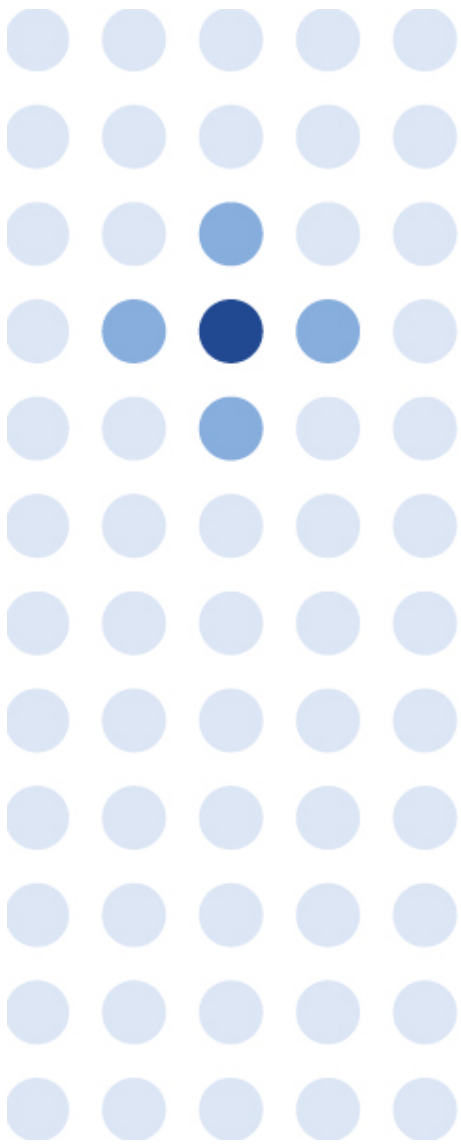


A decorative graphic on the left side of the page consisting of a 10x10 grid of circles. Most circles are light blue, but there is a small cluster of darker blue circles in the upper-left quadrant, specifically at row 3, column 3 (darkest), row 4, column 2, and row 5, column 3.

Årsrapport internrevisjonen og styrets revisjonsutvalg 2015

Stjørdal, 27. januar 2016



INTERNREVISJONEN

Innhold

1. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge	3
2. Styrets revisjonsutvalg Helse Midt-Norge RHF	3
3. Internrevisjonens aktiviteter 2015	3
3.1 Gjennomførte og påbegynte revisjoner 2015	3
3.1.1 Overholdelse av eiers krav knyttet til ventetid og fristbrudd	4
3.1.2 Risikostyring og internkontroll.....	5
3.1.2 Legemiddelhåndtering i helseforetak	6
3.1.2 Evaluering av internrevisjonen i Helse Midt-Norge	7
3.2 Oppfølging av revisjoner gjennomført i 2014-2015	8
3.3 Øvrige arbeidsoppgaver	8
4. Revisjonsutvalgets aktiviteter i 2015	9
4.1 Behandlede saker.....	9

1. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge

Helse- og omsorgsdepartementet bestemte i januar 2005 gjennom et foretaksmøte at det skulle etableres en internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen.

I desember 2012 vedtok Stortinget gjennom en lovendring i helseforetaksloven å lovfeste etablering av internrevisjon, jfr. § 37a. Lovbestemmelsen trådte i kraft 01.01. 2013.

Internrevisjonen har pr. 31.12.2015 følgende ansatte:

- ✓ Ellinor Wessel Pettersen, internrevisjonssjef
- ✓ Tone Opdahl Mo, internrevisor/ass. leder
- ✓ Per-Ove Godø, internrevisor

Bekreftelse på internrevisjonens uavhengighet

I henhold til Standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon (IIA) som internrevisjonen er forpliktet til å følge, fremgår bl.a. følgende:

«Internrevisjonen må være uavhengig.....Revisjonssjefen må rapportere til et nivå i organisasjonen som gjør det mulig for internrevisjonen å ivareta sitt ansvar. Revisjonssjefen må bekrefte overfor styret, minst årlig, at internrevisjonen er uavhengig»

Internrevisjonssjefen vil for 2015 gi uttrykk for at det ikke har vært tilfeller der internrevisjonen sin uavhengige posisjon har blitt utfordret av noen part, og internrevisjonssjefen er tilfreds med den rollen funksjonen har i foretaksstrukturen.

2. Styrets revisjonsutvalg Helse Midt-Norge RHF

I foretaksmøtet i januar 2005 bestemte Helse- og omsorgsdepartementet at det skulle etableres en revisjonskomité med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll- og tilsynsfunksjon.

Gjennom lovendringen i helseforetaksloven i desember 2012 ble det vedtatt en lovfesting av revisjonskomite med ny benevnelsen til revisjonsutvalg fra 1. januar 2013, jfr. helseforetaksloven § 21a.

Styrets revisjonsutvalg har følgende sammensetning:

Paul Steinar Valle, leder
Vigdis Harsvik, nestleder
Sølvi Sæther (fra 12.03.15-03.09.15)
Ellen Wøhni, medlem (fra 03.09.15)

3. Internrevisjonens aktiviteter 2015

3.1 Gjennomførte og påbegynte revisjoner 2015

3.1.1 Overholdelse av eiers krav knyttet til ventetid og fristbrudd	Gjennomført
3.1.2 Internkontroll og risikostyring i foretaksgruppen	Gjennomført
3.1.3 Legemiddelhåndtering i helseforetak	Gjennomført. Rapporter behandles i revisjonsutvalget i januar 2016
3.1.4 Samhandlingsreformen	Påbegynt. Videreføres i 2016
3.1.5 Dokumentasjon og dokumentasjonsflyt av pasientopplysninger i helseforetakene	Påbegynt. Videreføres i 2016
3.1.6 Ekstern evaluering av internrevisjonen i HMN	Gjennomført

Helseforetaksloven § 37a

De regionale helseforetakene skal etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon. Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring. Internrevisjonen skal rapportere funksjonelt til styret og administrativt til daglig leder. Internrevisjonen skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere. Internrevisjonen skal gjennomføres i henhold til anerkjente standarder og løpende følge virksomheten. Internrevisjonen kan, uten hinder av taushetsplikt, kreve enhver opplysning, redegjørelse eller ethvert dokument og foreta de undersøkelser som den finner nødvendig for å gjennomføre oppgavene. Opplysningene skal så langt det er mulig gis uten individualiserende kjennetegn. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Helseforetaksloven § 21a

Styret i regionalt helseforetak velger blant sine medlemmer minst tre personer til styrets revisjonsutvalg. Begge kjønn skal være representert. Styreleder kan ikke velges. Minst ett av medlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon. Styret tilsetter leder for internrevisjonen og fastsetter instruks og årsplaner for internrevisjonen.

3.1.1 Overholdelse av eiers krav knyttet til ventetid og fristbrudd

Pasienter er gjennom regelverket gitt en juridisk rett til nødvendig helsehjelp når visse kriterier er innfridd. Denne retten omfatter også en rett til helsehjelpen innen en fastsatt frist ut fra en faglig forsvarlig vurdering. Dersom fristen ikke overholdes, har pasienten rett til å få denne behandlingen hos private tjenesteytere eller tjenesteytere i utlandet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokument til RHFene stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager og det skal være null fristbrudd. Oversikter over ventetider og fristbrudd i regionen viser at ingen av helseforetakene så langt har klart å nå de målene som eier har stilt krav om.

Tema i revisjonen:

- ✓ Kartlegging av ventelistesituasjonen i regionen
- ✓ Viktigste hindringene mot å nå målene om null fristbrudd og ventetid under gjennomsnittlig 65 dager
- ✓ Arbeid/tiltak det for å nå målene
- ✓ systemer som er etablert for å sikre og følge opp arbeidet

Basert på funnene i revisjonen mener internrevisjonen at helseforetakene/de reviderte enhetene har etablert en del systemer som skal sikre intern styring og kontroll med at målene for ventetid og fristbrudd nås. Foretakene har stor oppmerksomhet rettet mot arbeidet for å nå målene, og selv om det er noe variasjon i utviklingen mellom foretak, fagområder og tidsperioder synes utviklingen i ventetid og fristbrudd flere steder å gå i riktig retning.

Viktige årsaker til ventetid er kapasitetsproblemer og kapasitetsutnyttelse. Dette betyr at både ressursene som er tilgjengelig og måten virksomheten klarer å utnytte disse ressursene på, påvirker ventetidssituasjonen. Tiltakene som avdelingene har iverksatt eller planlegger å iverksette er derfor også i hovedsak knyttet til økning i kapasitet (jobbglidning, samarbeid med private tilbydere, rekruttering) og utnyttelse av kapasitet (organisatoriske tiltak, øke forutsigbarhet, øke aktivitet, vurdere egen praksis), i tillegg til et systematisk arbeid for å sikre riktige ventelister.

De anbefalingene internrevisjonen har gitt er knyttet til styrking av samarbeidet med private tilbydere, utvidelse av planleggingshorisont for poliklinisk aktivitet, organisatoriske tiltak for å få en bedre kapasitetsutnyttelse og en mer oversiktlig organisasjon, og tettere oppfølging og oppdatering av ventelistene. Internrevisjonen vil også understreke betydningen av at ledelsen i foretakene sikrer at poliklinikkene får tilstrekkelig prioritet i forhold til annen virksomhet i avdelingene. Det er også viktig å vurdere den polikliniske virksomheten for å sikre fungerende løsninger og redusere bruk av ad-hoc-tiltak for å få ned ventetid.

Kort oppsummert fremstår særlig tre forhold som sentrale for å lykkes med arbeidet for å nå målene på ventetid og fristbrudd:

- ✓ Langsiktighet og forutsigbarhet: Systematisk og vedvarende innsats på mange områder samtidig.
- ✓ Helhetlig lederfokus: Tett oppfølging fra ledelsen på alle nivåer
- ✓ Effektiv ventelisteadministrasjon: Systematisk og jevnlig oppdatering og vedlikehold

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet revisjonsrapportene i styremøte 18. juni 2015 (sak 65/15) og fattet følgende vedtak:

Styret tar oppsummeringsrapport med vedlagte delrapporter til orientering og forutsetter at de anbefalinger som fremkommer i rapportene følges opp i de reviderte foretakene.

3.1.2 Risikostyring og internkontroll

Krav om risikostyring og internkontroll er nedfelt i flere lover, bl.a. arbeidsmiljøloven, helsetilsynsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helseregisterloven. Mer detaljerte regler på området er nedfelt i tilhørende forskrifter.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har fra 2008 og fram til 2014 i sine foretaksmøter med HMN stilt krav om at «Styret skal påse at Helse Midt-Norge RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik». Det regionale foretaket har videreført dette kravet i sine foretaksmøter med helseforetakene.

Hensynet bak kravet om risikostyring og internkontroll er at foretaksledelsen skal ha et godt verktøy for å sikre størst mulig grad av styring og kontroll med virksomheten. God risikostyring og internkontroll bidrar til måloppnåelse både når det gjelder god pasientbehandling, effektiv drift, riktig rapportering og overholdelse av regelverket.

Formålet med revisjonen har vært å bidra til at helseforetakene har godt system for, og god kunnskap om, internkontroll og risikostyring for å sikre styring og kontroll i virksomheten.

Tema i revisjonen:



Internrevisjonens gjennomgang konkluderer med at det er behov for å videreutvikle et felles og helhetlig system for risikostyring og internkontroll i foretaksgruppen, samt styrke ledernes kunnskap om risikostyring.

Risikostyring og internkontroll er i liten grad diskutert og forankret i styret. Styret har ikke vedtatt overordnede retningslinjer som definerer roller, ansvar og gir overordnede føringer knyttet til risikostyring og internkontroll i foretaksgruppen. Styret blir ikke årlig forelagt en overordnet risikovurdering for foretaket eller en overordnet evaluering av status knyttet til risikostyring og internkontroll (eksempelvis resultat fra ledelsens gjennomgang).

I Helse Midt-Norges sitt styringsdokument for 2015 til helseforetakene er risikostyring og internkontroll satt på agendaen. Det er påbegynt et arbeid for å lage en plan for utvikling og implementering.

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet revisjonsrapportene i styremøte 5. november 2015 (sak 93/15) og fattet følgende vedtak:

1. Styret tar til etterretning funn (jf. pkt. 3), anbefalinger (jf. pkt 5) og øvrige tilbakemeldinger i oppsummeringsrapport etter intern revisjon av "Risikostyring og internkontroll i

- foretaksgruppen".
2. Rapporten bekrefter betydningen av det allerede igangsatte arbeidet med Internkontroll og risikostyring, jf. Styringskrav og rammer for 2015 pkt 8.10, og styret ber i denne sammenheng administrasjonen
 - a) å intensivere dette arbeidet og
 - b) at mandatet for det videre arbeidet særlig vektlegger etablering av
 - i. overordnede retningslinjer og
 - ii. opplæring som skal virke til et felles og helhetlig system
 3. Styret ber om at det årlig legges frem en overordnet risikovurdering over de mest sentrale risikoene som kan hindre oppnåelse av vesentlige mål for foretaksgruppen.

3.1.2 Legemiddelhåndtering i helseforetak

Legemiddelhåndtering er et område der det er stor risiko for svikt og at svikt kan resultere i alvorlige hendelser. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen viste at legemiddelrelaterte skader er blant de hyppigste skadetyper i sykehus.

Legemidler er viktig for å forebygge, lege og lindre sykdom og er en av de viktigste innsatsfaktorene i helsevesenet. Feilaktig bruk av legemidler koster det norske samfunnet 5 milliarder kroner i året i direkte (sykehusinnleggelse) og indirekte (sykefravær) kostnader. 10 % av innleggelser i indremedisinske avdelinger i sykehus skyldes feilaktig bruk av legemidler, og dette medfører direkte årlige kostnader på 300-400 millioner kroner for sykehusene etter beregninger fra Legemiddelverket

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har god styring og kontroll med legemiddelhåndteringen slik at risikoen for feil og alvorlige hendelser er lavest mulig.

I undersøkelsen er det fokusert på følgende tema:

Organisatoriske forhold	Mål og strategier
	Ansvar, myndighet, oppgaver
	Kompetanse, opplæring
Kvalitetssikring av informasjon om pas. legemiddelbruk	Ved innleggelse, overføring mellom enheter og utskriving
	Under pasientoppholdet
Vurdering og håndtering av risiko knyttet til legemiddelområdet	Systematiske risikovurderinger
	Håndtering av uønskede hendelser
	Læring på tvers

Hovedkonklusjoner:

- ✓ Mål og strategier på legemiddelområdet er ikke på plass.
- ✓ Fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver er hensiktsmessig og tydelig.
- ✓ Skriftlig system på kompetanseområdet er på plass, men etterleves ikke ved alle foretakene.
- ✓ Skriftlig system for kvalitetssikring av legemiddelområdet er på plass, men etterleves ikke hos alle.
- ✓ Risikoreduserende tiltak bør vurderes på noen områder for å kvalitetssikre legemiddelområdet.
- ✓ Det gjennomføres ikke systematiske risikovurderinger på legemiddelområdet.

Revisjonsrapportene vil bli behandlet i styrets revisjonsutvalg og i styret i januar/februar 2016.

3.1.2 Evaluering av internrevisjonen i Helse Midt-Norge

Ekstern evaluering handler om å bidra til forbedring av internrevisjonsleveransen. I følge Standard 1312 (internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon, IIA) skal en ekstern evaluering av internrevisjonsavdelingen utføres minst hvert femte år. Internrevisjonen i HMN ble etablert i 2005. Det er ikke tidligere gjennomført ekstern evaluering av funksjonen.

Hensikten med ekstern evaluering er å identifisere områder som kan utvikles slik at man i enda større grad kan skape merverdi i virksomheten. Den eksterne evalueringen fungerer også som en bekreftelse til ledelsen og styret på om internrevisjonen er organisert på en optimal måte og at kvaliteten på internrevisjonens arbeid er god. Evalueringen utføres av en uavhengig kontrollør utenfor organisasjonen

Deloitte har vurdert fem elementer knyttet til relevante krav i IIA-standarder:

- ✓ **Rammebetingelser:** Instruks, fullmakter, ansvar og oppgaver for internrevisjonsfunksjonen
- ✓ **Posisjon:** Organisasjonens styringssystem, internrevisjonens rolle, plassering i organisasjonen og rapporteringslinjer
- ✓ **Ressurser:** Internrevisjonens disponible ressurser, og organisering av disse, kapasitet og kompetanse
- ✓ **Prosess og verktøy:** Funksjonens prosesser og bruk av verktøy i utarbeidelse av årsplan, samt planlegging, gjennomføring og rapportering av internrevisjonsprosjekter
- ✓ **Nytteverdi:** Internrevisjonens leveranser og nytteverdi for organisasjonen, tiltak for kvalitetssikring og forbedring

Hovedkonklusjonen i evalueringen:

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF fremstår som godt tilpasset organisasjonens øvrige styringsstruktur. I intervjuer blir det bekreftet at internrevisjonen oppfattes som nyttig og anses å besitte faglig ekspertise og evne til å stille relevante spørsmål, samt tilfører gode råd og bekreftelser i de oppdrag og områder som er revidert.

Det er registrert enkelte avvik fra IIAs standarder innenfor alle de fem elementene som er evaluert:

Formål, fullmakter og ansvar

- ✓ Instruks for internrevisjon bør gjennomgås og eventuelt oppdateres mer regelmessig enn det som har vært praksis så langt.

Organisasjonsmessig uavhengighet

- ✓ Bekreftelse på internrevisjonens uavhengighet fremkommer ikke av årsrapporten eller annen dokumentasjon.

Kvalitetssikring og forbedring

- ✓ Ikke utpekt en formell kvalitetssikringsrolle i internrevisjonen og i prosjekter.
- ✓ Ikke etablert en formalisert rutine for systematisk evaluering av kvalitet og nytteverdi av Internrevisjonen.
- ✓ Manglende innhenting av evalueringer fra revidert enhet.
- ✓ Dokumentere den interne evaluering som gjennomføres i etterkant av det enkelte revisjonsprosjekt.
- ✓ Ekstern evaluering skal gjennomføres hvert 5. år.
- ✓ Ingen formalisert rapportering til ledelse og styret om resultat fra kvalitets- og forbedringsgjennomganger.

Rapporten fra Deloitte vil bli behandlet i styrets revisjonsutvalg og styret i januar/februar 2016.

3.2 Oppfølging av revisjoner gjennomført i 2014-2015

Oversikten nedenfor viser oversikt over oppfølging av revisjoner i form av handlingsplaner fra St. Olavs Hospital (STO), Helse Nord-Trøndelag (HNT) og Helse Møre og Romsdal (HMR)

Grønt= tilfredsstillende

Gult = noe mangelfullt eller venter på svar

Rødt = ikke tilfredsstillende

HF	Ventetid og fristbrudd	Risikostyring og internkontroll	Legemiddelhåndteringen i foretakene
STO	Handlingsplan mottatt. Noe ufullstendig, mottatt plan om hvordan de vil nå målene i ventetidsarbeidet generelt. I tillegg mottatt notat fra ØNH-klinikken som spesifikt adresserer anbefalingene klinikken fikk. Venter på tilsvarende fra nevrologi. Styret ble orientert om situasjonen i ventelistearbeidet i møtet i juni 2015 og rapporten fra revisjonen ble inkludert i denne gjennomgangen.	Handlingsplan mottatt. Inneholder tiltak med beskrivelse og tidsplan. Presentert for arbeidsmiljøutvalg og styret i STO.	Handlingsplan mottatt. Inneholder tiltak med beskrivelser og tidsplan. Fremkommer ikke av tilsendt dokumentasjon om den er styrebehandlet.
HNT	Handlingsplan mottatt. Inneholder tiltak med frister der det er relevant. Noen tiltak av organisatorisk art er satt i gang for å skape bedre arbeidsflyt mm, kan evt evalueres på et senere tidspunkt Rapport og handlingsplan behandlet i styret i HNT	Handlingsplan mottatt. Inneholder tiltak, ansvarlig og frist for gjennomføring Rapport og handlingsplan behandlet i styret i HNT	Handlingsplan ikke mottatt. Frist for innsending: 28. januar 2016
HMR	Handlingsplan mottatt. Inneholder tiltak med beskrivelse og tidsplan. Rapport og handlingsplan ikke styrebehandlet.	Handlingsplan mottatt. Rapport og handlingsplan behandlet av styret i HMR	Handlingsplan ikke mottatt. Frist for innsending: 7. mars 2016

3.3 Øvrige arbeidsoppgaver

- ✓ Sekretariat for revisjonsutvalgets møter
- ✓ Utarbeidet styresaker på vegne av revisjonsutvalget
- ✓ Utarbeidet aktivitetsplan og årsrapport
- ✓ Deltagelse i RHF internrevisorforum som er et nasjonalt nettverk. Det har vært gjennomført én dagssamling og én to-dagers samling for alle ansatte i internrevisjonene i 2015
- ✓ Deltatt på fellesmøte mellom Riksrevisjonen og internrevisjonene i RHF-ene
- ✓ Det er gjennomført to internsamlinger for ansatte i internrevisjonen med tema knyttet til videreutvikling av internrevisjonen generelt og revisjonsmetodikk spesielt
- ✓ Videreutvikling av internrevisjonens kvalitetssystem i EQS

4. Revisjonsutvalgets aktiviteter i 2015

4.1 Behandlede saker

Utvalget har hatt seks møter. Følgende saker er behandlet:

- ✓ Internrevisjonens aktivitetsplan for 2015-2017
- ✓ Årsrapport 2014
- ✓ Møte med ekstern revisor
- ✓ Gjennomgang av årsregnskap og tertialvise rapporteringer
- ✓ Internrevisjonsrapporter