HELSE SØR-ØST

Rapport 4/2010

Revisjon intern styring og kontroll innenfor henvisningsområdet ved Vestre Viken HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst,
18.08.2010

Rapport nr.	4/2010
Revisjonsperiode	Februar 2010 - juni 2010
Virksomhet	Vestre Viken HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Vestre Viken HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Vestre Viken HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisor	Lars Hegrenæs (prosjektleder) Hans Petter Eide Tove Farstad Liv Todnem Karl-Helge Storhaug (prosjekteier)

Innhold

SAMMENDRAG **4**

1 INNLEDNING **6**

1.1 INNLEDENDE KOMMENTAR 6
1.2 BAKGRUNN 6
1.3 MÅLSETTINGER FOR REVISJONEN 6
1.4 PROSESS OG METODE 7
1.5 GENERELT OM INTERN STYRING OG KONTROLL 7
1.6 LESERVEILEDNING 9

2 FORETAKETS TILTAK FOR Å KARTLEGGE OMFANG AV AVVIK VED KIRURGISK AVDELING VED SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM **10**

2.1 VURDERINGSKRITERIER 10
2.2 OBSERVASJONER 10
2.3 VURDERINGER 12
2.4 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER 14

3 ÅRSAKER TIL AVVIKENE VED KIRURGISK AVDELING VED SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM OG FORETAKETS TILTAK FOR Å LUKKE AVVIK **16**

3.1 VURDERINGSKRITERIER 16
3.2 OBSERVASJONER 16
3.3 VURDERINGER 18
3.4 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER 20

4 FORBEDRINGER I INTERN STYRING OG KONTROLL 22

4.1 OMFANG OG AVGRENSNING 22
4.2 MELDE- OG AVVIKSSYSTEMET SETT I RELASJON TIL VENTELISTESAKEN I SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM OG PRAKSIS SOM HAR VÆRT GJELDENDE 22
4.3 PLANLAGT UTVIKLING AV MELDE- OG AVVIKSSYSTEMET I VESTRE VIKEN HF 25
4.4 RAPPORTERING OG OPPFØLGING I VESTRE VIKEN HF 28
4.5 STYRETS TILSYNS- OG KONTROLLROLLE OG DE KRAV SOM ER STILT TIL OPPFØLGING OG KORRIGERING GJENNOM RAPPORTERING TIL STYRET 30

5 DIALOG MED FORETAKET - RESPONS PÅ KONSERNREVISJONENS FORELØPIGE VURDERINGER OG ANBEFALINGER 33

6 INFORMASJONSGRUNNLAG, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING 34

6.1 INFORMASJONSGRUNNLAG 34
6.2 GJENNOMFØRTE SAMTALER 34
6.3 SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING 35

Sammendrag

Formål og målsettinger

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte overfor helseforetakets styre og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om foretaket har etablert oversikt over pasientforløpene og om foretaket har etablert betryggende intern styring og kontroll med disse for å sikre at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas. Revisjonen har også hatt til formål å bidra til forbedringer i intern styring og kontroll i melde- og avvikshåndteringen for foretaket generelt, herunder hjelpe foretakets styre til å etablere gode rutiner for å ivareta sin tilsyns- og kontrollrolle både i forhold til den konkrete saken ved Sykehuset Asker og Bærum og i forhold til eventuelle tilsvarende situasjoner ved foretaket i fremtiden. For å oppnå formålet har revisjonen fokusert på følgende målsettinger:

Målsetting 1

- Bekrefte om foretaket har satt i verk tiltak for å kartlegge og beskrive omfang og årsaker til avvikene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Eventuelt bidra til at slik oversikt etableres.
- Bidra til vurdering, prioritering og kvalitetssikring av tiltak som styret skal beslutte iverksatt med bakgrunn i de avvik som er funnet/eventuelt vil bli avdekket i saken knyttet til kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum.

Målsetting 2

- Tilsvarende målsetting 1, 2. kulepunkt, men gjennomført på øvrige avdelinger ved Sykehuset Asker og Bærum og ved de andre sykehusene i Vestre Viken HF.

Målsetting 3

- Bidra til å forbedre intern styring og kontroll knyttet til melde- og avvikshåndtering for foretaket generelt, herunder hjelpe styret til å etablere gode rutiner for å ivareta sin tilsyns- og kontrollrolle overfor foretaket. I dette inngår å finne gode kriterier og metoder for styrets oppfølging av interne revisjoner og eksterne tilsyn, herunder hvordan foretaket sikrer at avvik fra tidligere interne revisjoner og eksterne tilsyn blir forsvarlig lukket.

Konklusjoner og hovedanbefalinger

- **Foretakets tiltak for å kartlegge omfang av avvik ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum**
  - Pr ultimo juni 2010 forelå det ikke et tilstrekkelig grunnlag for å fastslå at alle potensielt berørte pasienter ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum var identifisert. Foretaket er bl.a. anbefalt å organisere det videre arbeidet som et prosjekt med en prosjektgruppe/arbeidsgruppe som får ansvar med å kartlegge omfanget av berørte pasienter og sikre fullstendighet i kartleggingen med utgangspunkt i det arbeidet som er gjennomført.

- **Årsaker til avvikene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum og foretakets tiltak for å lukke avvik**
  - Konsernrevisjonen understreker at en avgjørende forutsetning for å oppnå effekter av tiltak for å lukke avvik etter ventelistesaken, er at foretaket lykkes med å skape varige forbedringer i de kultur- og holdningsmessige utfordringene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Konsernrevisjonen anbefaler at dette gjenspeiles tydelig i tiltaksplanene som utarbeides av foretaket.

  - Det er gjennomført flere aktiviteter for å lukke avvik som er identifisert i kirurgisk avdeling, men arbeidet har vært mangelfullt i forhold til å etablere en samlet plan som kan bidra til å

sikre en helhetlig og koordinert tilnærming. Det har også vært manglende dokumentasjon av arbeidet som er gjennomført. Dette gjelder spesielt i forhold til hvordan man sikrer seg at tiltakene er gjennomført og at de fungerer over tid. Gjennomgangen har samtidig vist at det ikke har vært strukturerte prosesser som sikrer at det etableres en helhetlig intern styring og kontroll i forhold til den pasientadministrative saksbehandlingen.

- **Forbedringer i intern styring og kontroll**
  - Foretakets kontrollstruktur har ikke vært tilstrekkelig for å fange opp de feil, svakheter og mangler som ventelistesaken har vist. Det er heller ingen vesentlige endringer i kontroll-strukturen i foretakets nåværende organisering. Foretaket er anbefalt å styrke sin kontroll-struktur og arbeide for ytterligere forbedringer i meldekulturen.

  - Foretaket synes å ha en klar satsing på utvikling og etablering av kvalitetssystemer. Prosedyrer som er planlagte synes å oppfylle formkravene gitt i lov- og regelverk. Sentralt kvalitetsutvalg og pasientsikkerhetsutvalget i foretaket som helhet, har ikke definerte oppgaver for systematisk oppfølging av vesentlige hendelser. Foretaket er anbefalt å styrke oppfølgingen av melde- og avvikssystemet, samt styrke den ledelsesmessige holdningen til og oppfølgingen av meldinger internt i foretaket.

  - Vesentlighetsnivået for hva som skal rapporteres av avvik til styret er uklart. Det er generelt god beskrivelse av hva avvikene faktiske består av, mens årsaks-/konsekvensvurderinger av avvikene ikke er tilstrekkelig beskrevet i styrerapporteringen. Foretaket er anbefalt å videreutvikle innholdet i måneds- og tertialrapporteringen.

  - Foretakets prosedyrer for behandling av konsernrevisjonens rapporter er i henhold til eiers krav. Prosedyrene for behandling av rapporter fra eksterne tilsyn er ikke underlagt samme behandling som konsernrevisjonens rapporter. Det er ingen klar prosedyre for å vurdere om det er forhold i interne revisjoner i foretakets egenregi som bør opp til styret. Det var på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen ikke etablert system og rutiner for varslingssaker etter Arbeidsmiljøloven. Foretaket er bl.a. anbefalt å endre praksis for behandling av rapporter fra eksterne tilsyn.

Dialog med foretaket og respons på anbefalinger

Konsernrevisjonens undersøkelser har løpt frem til 23.6.2010, og rapporten gjenspeiler observasjoner og vurderinger fra medio mars og frem til ultimo juni 2010. Foretaket har i tiden fra juli 2010 satt i verk/planlagt satt i verk flere tiltak som svarer opp flere av konklusjonene og anbefalingene som følger av denne rapporten. Det vises til administrerende direktørs orienteringer til styret.

Dialogen og samhandlingen med foretakets styre og konstituert administrerende direktør har vært innrettet for å avgi informasjon om observasjoner og funn regelmessig, og hvor adekvate tiltak har kunnet innarbeides underveis.

Konsernrevisjonen vil i fortsettelsen gjennomføre revisjonshandlinger for å gi rimelig bekreftelse av om:

1. Planarbeidet er i prosess.
2. Kunnskap fra kartleggingen omsettes til konkret plan for hvilke systemendringer som skal foretas, når dette skal gjøres og av hvem
3. Systemendringene faktisk er gjennomført i henhold til plan
4. Tiltakene har gitt effekt som forutsatt

1 Innledning

1.1 Innledende kommentar

Konsernrevisjonens undersøkelser har løpt frem til 23.6.2010, og rapporten gjenspeiler observasjoner og vurderinger fra medio mars og frem til ultimo juni 2010.

Konsernrevisjonen anbefalinger som følger av rapporten gjelder forhold hvor det er identifisert svakheter som i vesentlig grad innvirker på foretakets interne styring og kontroll, og hvor det etter konsernrevisjonens vurdering er nødvendig å sette inn tiltak.

Dialogen og samhandlingen med foretakets styre og konstituert administrerende direktør har vært innrettet for å avgi informasjon om observasjoner og funn regelmessig, og hvor adekvate tiltak har kunnet innarbeides underveis.

Foretaket har i tiden fra 23. juni 2010 satt i verk/planlagt satt i verk flere tiltak som svarer opp flere av konklusjonene og anbefalingene som følger av denne rapporten. Det vises til egne saker fra administrerende direktør til styret for redegjørelser av dette.

1.2 Bakgrunn

Konsernrevisjonens oppdragsgiver, revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF, har i revisjonsplan for 2009-2010, nedfelt at konsernrevisjonen skal ha særskilt fokus på endrings- og omstillings-arbeidet i bl.a. Vestre Viken HF. På denne bakgrunn startet konsernrevisjonen i januar 2010 opp revisjon av kvalitetsstyringssystemene i foretaket som ett av flere revisjonstemaer.

I forbindelse med avvik som fremkom i saken ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum, mottok konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 25. januar i år en anmodning fra styreleder for Vestre Viken HF om bistand til å vurdere og kvalitetssikre de tiltak som iverksettes i helseforetaket. Konsernrevisjonen vurderte at en gjennomgang av de forhold som styret ved Vestre Viken HF anmodet om bistand til, ligger innenfor rammene av vedtatt revisjonsplan. Det ble etter dette utarbeidet et mandat for revisjonen med følgende formålsbeskrivelse:

"Formålet med revisjonen er å bekrefte overfor helseforetakets styre og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om foretaket har etablert oversikt over pasientforløpene og om foretaket har etablert betryggende intern styring og kontroll med disse, for å sikre at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas.

Revisjonen vil også ha som formål å bidra til forbedringer i intern styring og kontroll i melde- og avvikshåndteringen for foretaket generelt, herunder hjelpe foretakets styre til å etablere gode rutiner for å ivareta sin tilsyns- og kontrollrolle både i forhold til den konkrete saken ved Sykehuset Asker og Bærum og i forhold til eventuelle tilsvarende situasjoner ved foretaket i fremtiden."

1.3 Målsettinger for revisjonen

For å oppnå formålet har revisjonen fokusert på følgende målsettinger:

Målsetting 1

- Bekrefte om foretaket har satt i verk tiltak for å kartlegge og beskrive omfang og årsaker til avvikene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Eventuelt bidra til at slik oversikt etableres.

- Bidra til vurdering, prioritering og kvalitetssikring av tiltak som styret skal beslutte iverksatt med bakgrunn i de avvik som er funnet/eventuelt vil bli avdekket i saken knyttet til kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum.

Målsetting 2

- Tilsvarende målsetting 1, 2. kulepunkt, men gjennomført på øvrige avdelinger ved Sykehuset Asker og Bærum og ved de andre sykehusene i Vestre Viken HF.

Målsetting 3

- Bidra til å forbedre intern styring og kontroll knyttet til melde- og avvikshåndtering for foretaket generelt, herunder hjelpe styret til å etablere gode rutiner for å ivareta sin tilsyns- og kontrollrolle overfor foretaket. I dette inngår å finne gode kriterier og metoder for styrets oppfølging av interne revisjoner og eksterne tilsyn, herunder hvordan foretaket sikrer at avvik fra tidligere interne revisjoner og eksterne tilsyn blir forsvarlig lukket.

1.4 Prosess og metode

Figur 1 Revisjonsprosessen

Revisjonen bygger på samtaler med ledere på ulike nivåer i organisasjonen. I tillegg er det gjennomført samtaler med sentrale personer som har hatt en eller flere roller i:

- arbeidet med å identifisere avvik i det pasientadministrative systemet
- kartleggingen av hva som er årsakene til avvik og
- arbeidet med tiltak for å lukke avvik

Konsernrevisjonen har som følge av at revisjonen har pågått parallelt med politiets etterforskning av ventelistesaken, samt for å unngå dobbeltarbeid og ytterligere ressursbelastning for kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asket og Bærum, i stor grad valgt å bygge på resultatene og dokumentasjonen fra revisjonen som ble gjennomført av kvalitetsavdelingen i januar 2010. I tillegg til samtaler har det vært en gjennomgang av interne dokumenter ved Sykehuset Asker og Bærum (eksempel referater fra ledermøter, handlingsplaner), styresaker ved Vestre Viken HF og saker som er sendt Helsetilsynet og/eller Helse Sør-Øst RHF. I tillegg har det vært en gjennomgang av datauttrekk fra DIPS. Sykehuspartner har bistått konsernrevisjonen i dette arbeidet.

Konsernrevisjonen har gjennom revisjonen hatt løpende dialog med styreleder og konstituert administrerende direktør i Vestre Viken HF. I tillegg har det vært løypemeldinger/statusrapportering til styret tilknyttet styremøter/styreseminar.

Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler følger av kapittel 6.

1.5 Generelt om intern styring og kontroll

I styresak 016-2010 *God virksomhetsstyring og internkontroll i Helse Sør-Øst* fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 4. mars 2010, tydeliggjøres det gjennom foretaksmøtene et krav om et helhetlig opplegg

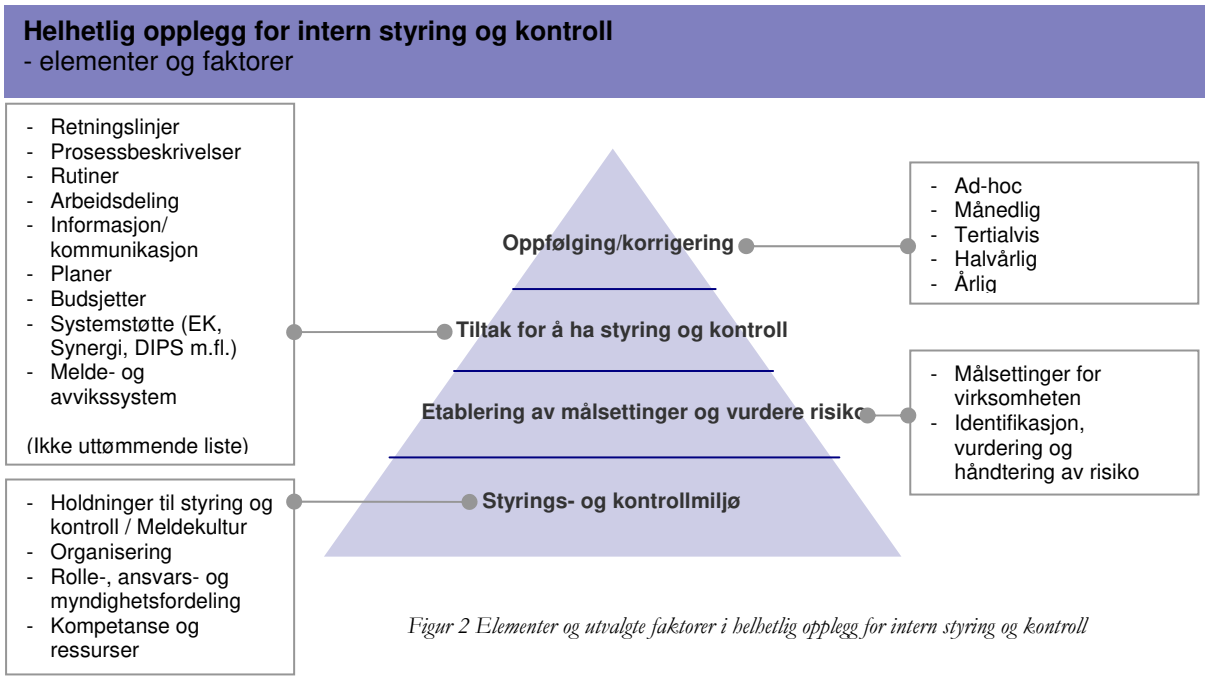
for god virksomhetsstyring gjennom prosesser for intern styring og kontroll. Det forutsettes at risikostyring benyttes som verktøy inn i dette. Styrene i helseforetakene er ansvarlig for å påse at de samlede krav og forventninger kommuniseres og følges opp.

Med ***virksomhetsstyring*** menes "prosessene og aktivitetene som Vestre Viken HF gjennomfører for å sette mål og definere oppgaver for å nå målene, å måle resultater mot målene og bruk av informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten".
En effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert en god intern styring og kontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Med ***intern styring og kontroll*** menes "prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at Vestre Viken HF når sine målsettinger innenfor følgende kategorier: *Målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler*".

Et bærende prinsipp er at den interne styringen og kontrollen bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktmessig opplegg for intern styring og kontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring.

I det helhetlige opplegg for intern styring og kontroll innholder 4 sentrale elementer:
1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Etablere målsettinger og vurdere risiko
3. Tiltak for å ha styring og kontroll
4. Oppfølging/korrigering/rapportering

Til grunn for definisjoner og kriterier for å vurdere innholdet i hvert av elementene, ligger anerkjente rammeverk for internkontroll[1] og helhetlig risikostyring[2]. Elementene innehar en rekke faktorer (figur 2) som henger innbyrdes sammen og må ses i relasjon til hverandre i arbeidet med å utvikle og forbedre intern styring og kontroll som ledd i virksomhetsstyringen. Rammeverket ivaretar krav nedfelt i internkontrollforskriften[3], og har i tillegg økt fokus på styring og ledelse.



Figur 2 Elementer og utvalgte faktorer i helhetlig opplegg for intern styring og kontroll

[1] Intern kontroll – et integrert rammeverk , Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), 1992
[2] Helhetlig risikostyring - et integrert rammeverk (COSO ERM), Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)/Norges Interne Revisorers Forening (NIRF), 2005.
[3] Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR.2002-12-20 nr1731)

1.6 Leserveiledning

Kapittel 2 omhandler foretakets tiltak for kartlegging av omfang i forhold til berørte pasienter (revisjonens målsetting 1, 1. kulepunkt, jf. mandat for revisjonen styrebehandlet 21.4.2010).

Først beskrives spesifikke vurderingskriterier som er lagt til grunn (kap 2.1). Deretter følger observasjoner fra revisjonen (kap 2.2) og vurderinger (kap 2.3). Til slutt følger konklusjoner og anbefalinger (kap 2.4).

Kapittel 3 omhandler foretakets tiltak av lukking av avvik i forhold til å forhindre tilsvarende hendelser (revisjonens målsetting 1, 2. kulepunkt, jf. mandat for revisjonen styrebehandlet 21.4.2010). Først beskrives spesifikke vurderingskriterier (kap 3.1). Deretter følger observasjoner fra revisjonen (kap 3.2) og vurderinger (kap 3.3). Til slutt følger konklusjoner og anbefalinger (kap 3.4).

Kapittel 4 omhandler målsetting 3, jf. mandatet for revisjonen. Først beskrives omfang og avgrensning (kap 4.1). Dernest følger observasjoner, vurderinger, konklusjoner og anbefalinger knyttet til melde- og avvikssystemet sett i relasjon til ventelistesaken i Sykehuset Asker og Bærum og praksis som har vært gjeldende (kap 4.2), planlagt utvikling av melde- og avvikssystemet for Vestre Viken HF (kap 4.3), rapportering og oppfølging i Vestre Viken HF (kap 4.4) og styrets tilsyns- og kontrollrolle og de krav som er stilt i forhold til oppfølging og korrigering i rapportering til styret (kap 4.5).

Kapittel 5 omhandler konsernrevisjonens dialog med foretakets styreleder og konstituerte administrerende direktør, herunder foretakets respons på de funn og vurderinger som konsernrevisjonen løpende har lagt frem.

Kapittel 6 omfatter oversikt over grunnlagsdokumenter og personer som er intervjuet i revisjonen, samt saksgang og rapportbehandling.

2 Foretakets tiltak for å kartlegge omfang av avvik ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum

2.1 Vurderingskriterier

Oppfølging og korrigering i forhold til avvik som er avdekket er en del av foretakets interne styring og kontroll. I vurderingene av om arbeidet ved Sykehuset Asker og Bærum er tilstrekkelig i forhold til å bekrefte at alle berørte pasienter er identifisert, har konsernrevisjonen lagt vekt på om:

- det er satt klare målsettinger for arbeidet
- arbeidet er hensiktsmessig organisert
- det har vært en god metodisk tilnærming
- arbeidet er dokumentert og kvalitetssikret

2.2 Observasjoner

Foretaket har gjennomført et betydelig arbeid med å kartlegge omfang av pasienter som kan være berørt av avvikene som er avdekket ved kirurgisk avdeling Sykehuset Asker og Bærum. Arbeidet med å kartlegge omfang av berørte pasienter har i hovedsak bestått av følgende tiltak:

- Foretakets gjennomgang av ventelister og pasientjournaler, samt analyse av DIPS-data
- Etablering av pasienttelefon
- Informasjon til fastlegene

Foretakets gjennomgang av ventelister og pasientjournaler, samt analyse av DIPS-data
Foretaket foretok en gjennomgang av ventelister på kirurgisk avdeling desember 2009 og januar 2010. Dette gjaldt pasienter som var henvist eller skulle til kontroll/oppfølging på kirurgisk poliklinikk. Gjennomgangen omfattet ca. 3.500 pasienter som stod på venteliste pr 23. november 2009. Med utgangspunkt i funnene herfra gjennomgikk man et utvalg pasientjournaler. Gjennomgangen avdekket flere avvik med ulik alvorlighetsgrad hvorav de mest alvorlige avvikene har vært:

- Endring av dato - frist for oppstart av behandling var ikke overensstemmelse med angitt prioritering som ble gitt av legen på vurderingstidspunktet
- Fristbrudd – pasienter som ikke hadde fått behandling innenfor satt behandlingsfrist
- Manglende innkalling av pasienter til kontrolltimer
- Utsendte pasientbrev inneholdt ikke informasjon som pasientene har krav på

Resultatene av foretakets gjennomgang av ventelister og journaler har vist at det har vært identifisert avvik relatert til overskridelse av opprinnelig satt frist for ca. 570 pasienter pr 23.11.2009. Disse pasientene har fortløpende blitt innkalt til poliklinisk konsultasjon ved kirurgisk poliklinikk ved Sykehuset Asker og Bærum etter hvert som avvikene har blitt avdekket.[4]

I tillegg til gjennomgang av ventelistene og pasientjournaler har det vært gjennomført analyser av DIPS-data for å kartlegge konkret hvor mange pasienter som har fått endret dato for oppstart av behandling og hvor mange av disse som faktisk har fått en behandling etter opprinnelig frist. Resultatet av analysen har vist at ca. 1875 pasienter hadde fått endret behandlingsfrist i perioden 2009 og de 9 første månedene av 2008. Av de 1875 pasientene hadde 475 pasienter fått behandling etter opprinnelig frist.

[4] Dette er "øyeblikkstall" og de er følgelig endret i perioden.

Pasienttelefon
Det ble etablert en pasienttelefon hvor pasienter og pårørende kan henvende seg for å melde om opplevde avvik. Pasienttelefonen er i utgangspunktet ment for pasienter og pårørende som er eller skal behandles ved Sykehuset Asker og Bærum. I perioden pasienttelefonen har vært i drift er det registrert 108 henvendelser.[5] Hovedandelen av de registrerte henvendelsene dreier seg om reelle avvik, men typen avvik varierer sterkt. Noen avvik har vært av en slik karakter at de er meldt til Helsetilsynet, mens mange avvik gjaldt pasienter som ikke hadde fått opplysning om de hadde rett til helsehjelp eller ikke. Mange av disse pasientene hadde ikke rett på nødvendig helsehjelp. Det er likevel et avvik i forhold til pasientrettighetsloven at pasientene ikke har mottatt informasjon om rettighetsvurderingen. Alle registrerte henvendelser er videresendt til aktuell avdeling for behandling. Det har ikke kommet henvendelser som omhandler pasienter ved de andre tre sykehusene.

Informasjonsmøter med fastlegene
Det har regelmessig blitt avholdt informasjonsmøter med fastlegene i Asker og Bærum, både i regi av kommuneoverlegene i de respektive kommunene og praksiskoordinator ved Sykehuset Asker og Bærum. Informasjonen som er blitt gitt i møtene har vært fortløpende oppdatering vedrørende hvilke systemavvik som har blitt avdekket og hvilke tiltak som er iverksatt for å lukke avvikene. Det er videre informert om hvilke tiltak som er gjennomført for å kvalitetssikre ventelisten ved kirurgisk poliklinikk. Dette gjelder alle pasienter som er henvist til vurdering fra fastlege. I informasjons-møtene har også fastlegene blitt bedt om å bidra til å identifisere pasienter som ikke har vært adekvat ivaretatt.

Annet
I tillegg til arbeidet som konkret har gått på å kartlegge og identifisere berørte pasienter, har det vært gjennomført et omfattende arbeid med å følge opp pasienter som er identifisert som følge av kartleggingen. Herunder kontakt og informasjon med berørte pasienter, innkalling behandling og gjennomføring av ekstra timer på kirurgisk poliklinikk på dag- og kveldstid for kunne ivareta identifiserte pasienter uten at det går utover den ordinære driften.

Tiltakene som er iverksatt for å kartlegge omfang og identifisere berørte pasienter har hatt ulike formål. Gjennomgang av pasientjournaler og analyse av DIPS-data er tiltak som er innrettet mot å kartlegge og identifisere de pasientene som kan identifiseres ut fra data som er registrert i det pasientadministrative systemet DIPS. De to andre tiltakene; etablering av pasienttelefon og informasjon til fastlegene, er tiltak som er iverksatt for å bidra til å kartlegge pasienter som ikke uten videre kan identifiseres gjennom utrekk og analyse av data i DIPS.

Kartlegging av omfang ved andre enheter enn kirurgisk avdeling
Det fremkommer i rapportering fra Vestre Viken HF i brev av 01.02.2010 og 15.02.2010 til Helse Sør-Øst RHF, at tilsvarende systematiske avvik som er avdekket ved kirurgisk avdeling ikke har forekommet ved de andre enhetene i Sykehuset Asker og Bærum eller på de tre andre sykehusene i Vestre Viken HF. Konsernrevisjonen har i utgangspunktet lagt rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF til grunn for revisjonen.

På bakgrunn av at svarene fra de andre avdelingene ved Sykehuset Asker og Bærum og sykehusene i Vestre Viken HF har noen ulikheter og at metoden som er brukt for å fremskaffe data ikke tydelig fremkommer, valgte konsernrevisjonen som utgangspunkt å undersøke dette på en enhetlig måte ved å hente ut data fra systemene for hele 2009. Dette har imidlertid ikke latt seg gjennomføre som planlagt.

[5] Antallet refererer seg til hendelser som har vært relevante i forhold til "ventelistesaken".

I forhold til å vurdere om det har vært endringer av dato for frist til nødvendig helsehjelp ved de andre avdelingene ved Sykehuset Asker og Bærum, er konsernrevisjonens vurdering at det i likhet med kirurgisk avdeling må innhentes kompetanse utover det som har vært tilgjengelig for konsernrevisjonen for å foreta sikre korrekte spørringer og riktig tolkning og filtrering av datasettet som hentes ut.

Når det gjelder de tre andre sykehusene i Vestre Viken HF, Sykehuset Buskerud, Kongsberg sykehus og Ringerrike sykehus, har disse[6] inntil 10. mai 2010 benyttet IMX Classic som pasientadministrativt system og er i implementeringsfasen når det gjelder DIPS. IMX Classic har ikke en loggfunksjon som gjør det mulig å spore endringer av datoer tilbake i tid. Konsernrevisjonen har ut i fra dette ikke kunnet undersøke dette nærmere.

2.3 Vurderinger

Målsettingene som foretaket har satt for arbeidet
Det overordnede målet med arbeidet til foretaket har vært å kartlegge omfanget av følgende avvik:
- Pasienter hvor dato for frist for rett til helsehjelp er flyttet
- Pasienter hvor frist for rett til helsehjelp ikke er flyttet, men overskredet
- Pasienter hvor det er oppdaget feil i dokumentflyt og derved mangelfull oppfølging

Det har imidlertid i revisjonen fremkommet at operasjonaliseringen av det overordnede målet, i form av en tydelig definisjon på hvilke avvik det konkret skulle ses etter i kartleggingen, har vært noe uklar. Det har ikke lyktes konsernrevisjonen å identifisere en definert beskrivelse av hvilke konkrete avvik som skal kartlegges og hvordan dette er kommunisert.

Basert på funn fra foretakets gjennomgang, er det konsernrevisjonens vurdering at det ikke har vært tydelig definert hvilket utvalg av pasienter som skal inkluderes i kartlegging av omfang. Dette gjelder spesielt om kartleggingen kun skal omfatte omfang av pasienter som står på venteliste eller om pasienter som er ferdigbehandlet[7] også skal inkluderes – og i så fall hvor langt tilbake i tid utvalget skal omfatte.

Dette er etter konsernrevisjonens vurdering et sentralt spørsmål som bør avklares og defineres i målet med arbeidet. Spørsmålet bør vurderes ut i fra en medisinskfaglig vurdering og ut i fra hensyn til ivaretakelse av pasientenes rettigheter.

Organisering av arbeidet
Revisjonen har vist at det oppleves å være satt av for lite ressurser til arbeidet med å kartlegge omfanget. De som har arbeidet med å kartlegge omfanget har i liten grad vært fristilt fra andre oppgaver og har i hovedsak arbeidet med å kartlegge omfang av berørte pasienter ved siden av ordinært arbeid. Dette har vært ekstra utfordrende med tanke på hvor mye ressurser som har vært innrettet mot å informere, innkalle, følge opp og behandle berørte pasienter, samt håndtere og følge opp henvendelser via pasienttelefonen. Det har heller ikke, slik konsernrevisjonen kan se det, vært gjennomført en reell vurdering av det faktiske ressursbehovet – dette gjelder både i forhold til nødvendig antall personer og hvilken kompetanse som bør tilføres arbeidet med å kartlegge omfanget. I forhold til kompetanse er konsernrevisjonens vurdering at dette spesielt gjelder kompetanse relatert til spørringer, uttrekk og analyse av DIPS-data.

Basert på funnene over vurderer konsernrevisjonen det slik at kompleksiteten i arbeidet med å kartlegge omfanget har vært undervurdert og at det følgelig ikke har vært satt av tilstrekkelig med

[6] Gjelder ikke psykiatri som har benyttet Infomedix.
[7] Disse pasientene vil fremstå som avsluttet i DIPS og vil ikke fremkomme på ventelistene.

ressurser. Konsernrevisjonen vurderer videre at organiseringen av arbeidet har vært oppfattet som noe uklar i forhold til ansvars- og rollefordeling, koordinering av arbeidet herunder hvem man skal rapportere til. Samlet sett vurderes arbeidet med å kartlegge omfanget å ha vært preget av en utilstrekkelig ressursallokering og noe uklar oppfatning av roller og ansvarsområder.

I forhold til organisering må det tilføyes at det i perioden har vært betydelige utskiftninger av sentrale personer, noe som har hindret kontinuitet og vanskeliggjort organiseringen og oppfølging av det pågående arbeidet.

Metodisk tilnærming
Den metodiske tilnærmingen som har vært lagt til grunn for å kartlegge omfang kan deles i to:

1. Metode for å identifisere pasienter gjennom spørringer og analyser av data i DIPS, herunder gjennomgang av ventelister og journaler
2. Metode for å identifisere pasienter som vanskelig kan identifiseres ved spørringer i DIPS

Konsernrevisjonen har i vurderingene av metode fokusert på punkt 1 ovenfor. For å vurdere den metodiske tilnærmingen til punkt 1 er det sett på to forhold; Uttrekk og analyse av DIPS-data og metode for gjennomgang av ventelister og pasientjournaler.

Uttrekk og analyse av DIPS-data
Uttrekket av data basert på spørringer i DIPS-databasen kan enten danne grunnlag for å identifisere hvilke pasientjournaler som skal gjennomgås eller som grunnlag for analyser av uttrekksdataene. Det er derfor helt avgjørende at spørringene og uttrekkene som gjøres i DIPS er korrekte, slik at data blir pålitelige og valide i forhold til det man ønsker å kartlegge.

Konsernrevisjonen har i revisjonen ikke lyktes å innhente dokumentasjon på de spørringene og uttrekkene som er utført. Det har derfor ikke vært mulig å vurdere fullstendigheten av disse. Definering av korrekte spørringer for uttrekk av data fra DIPS er komplisert og krever spesialkompetanse i forhold til den underliggende strukturen og datamodellen i DIPS databasen. Dette gjelder spesielt i forhold til å hente ut data fra perioden før 2008. Årsaken til det er endringer som ledd i utviklingen av databasemodellen til DIPS. Revisjonen har videre vist at de som fra foretaket har vært involvert i arbeidet med å hente ut data fra DIPS, ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse for å sikre korrekte spørringer og uttrekk, samt hvordan man skal forstå og analysere uttrekkene. Basert på disse observasjonene vurderer konsernrevisjonen at det ikke foreligger en tilstrekkelig kvalitetssikring av at de uttrekkene som er foretatt for 2008 og 2009.

Gjennomgang av ventelister og journaler
Hensikten med foretakets gjennomgang av ventelister og journaler har vært å benytte det som grunnlag for å identifisere berørte pasienter. Konsernrevisjonen har med utgangspunkt i forespørsler til de ulike ledernivåene ikke lyktes å innhente dokumentasjon på hvordan foretakets gjennomgang av ventelister og pasientjournaler metodisk er gjennomført og hvilke konkrete avvik som er identifisert, registrert og rapportert. Ut i fra dette har det ikke vært mulig for konsernrevisjonen å vurdere fullstendigheten av foretakets gjennomgang av ventelister og journaler.

Dokumentasjon og kvalitetssikring
I revisjonen har det vært en betydelig utfordring å få fremlagt underlagsdokumentasjon på arbeidet som er gjennomført utover det som er dokumentert gjennom rapportering til Helsetilsynet, Helse Sør-Øst RHF, styret i Vestre Viken HF og informasjon på foretakets hjemmesider. Ettersom det ikke har vært mulig å fremskaffe tilstrekkelig grunnlagsdokumentasjon for de resultatene som er rapportert, har det ikke vært mulig for konsernrevisjonen å kvalitetssikre fullstendigheten i resultatene som er fremkommet i forhold til omfang.

2.4 Konklusjoner og anbefalinger

Basert på observasjonene og vurderingene som er beskrevet over, har konsernrevisjonen konkludert at det pr ultimo juni ikke forelå et tilstrekkelig grunnlag for å fastslå at alle potensielt berørte pasienter ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum var identifisert.

Etter dette ga konsernrevisjonen, gjennom dialogen som har funnet sted med konstituert administrerende direktør for Vestre Viken HF, disse anbefalingene for det videre arbeidet i saken:

- Det videre arbeidet bør organiseres som et prosjekt med en prosjektgruppe/arbeidsgruppe som får ansvar med å kartlegge omfanget av berørte pasienter og sikre fullstendighet i kartleggingen med utgangspunkt i det arbeidet som er gjennomført. I dette arbeidet bør følgende bli vurdert:
  - Det bør utarbeides et tydelig mål og en plan for arbeidet med å kartlegge omfanget hvor det operasjonaliseres hvordan målet skal nås.
    - Dette innebærer en tydelig definisjon av hvilke konkrete avvik som skal kartlegges. Beslutning om hvilke avvik som skal inkluderes i omfangskartleggingen bør i første rekke utledes fra en vurdering av hvilke avvik som forventes å kunne ha risiko for at pasienter ikke har fått en adekvat behandling.
    - Målsettingen for arbeidet og operasjonalisering av målet bør dokumenteres i et mandat, prosjektbeskrivelse eller lignende. Videre er det viktig at dette kan kommuniseres på en god måte til de som skal være involvert i arbeidet.
  - Det bør gjennomføres en behovskartlegging for å sikre tilstrekkelig med ressurser og kompetanse i prosjektet.
    - Det anbefales at det tydelig defineres en ansvarlig for å planlegge, organisere og styre arbeidet (prosjektleder) og at vedkommende får støtte i form av en sekretærfunksjon (prosjektsekretær) som blant annet bør ha ansvar for utarbeidelse av maler og sjekklister, samt sikre en enhetlig og tilstrekkelig dokumentasjon på arbeidet. Både prosjektleder og prosjektsekretær bør ha tilnærmet 100 % av sin tid avsatt til dette i perioden arbeidet pågår.
    - Prosjektet bør videre bestå av personer med medisinskfaglig kompetanse, teknisk kompetanse, herunder spesialkompetanse på DIPS databasen for å definere korrekte spørringer og dokumentere disse. Her bør det vurderes å innhente ressurser fra leverandøren av DIPS.
    - Det bør også vurderes å inkludere en person med god Excel kompetanse som kan bistå med analyse av dataene, samt å utarbeide en strukturert og pedagogisk fremstilling av resultatene overfor foretaksledelsen eventuelt også foretakets styre.
    - Det anbefales at ressursene som skal delta i arbeidet fristilles i perioden kartleggingsarbeidet skal foregå.
  - Det bør defineres en metodisk tilnærming for hvordan arbeidet skal gjennomføres
    - Det bør utarbeides en definisjon på hvilke spørringer som skal legges til grunn for uttrekk av data fra DIPS, samt hvilke analyser som skal gjennomføres.
    - I tillegg bør det utarbeides en tydelig beskrivelse av hvordan gjennomgangen av ventelistene og journalene metodisk skal gjennomføres. Dette vurderes som spesielt relevant i forhold til å identifisere pasienter som ikke har blitt innkalt til kontroll, da det kan være flere måter å identifisere disse pasientene basert på informasjon som fremkommer av ventelistene og i journalene.
    - Den metodiske beskrivelsen bør inneholde en sjekkliste hvor det tydelig defineres hva man skal se etter (hvilke avvik i DIPS registrering), hvor man skal lete (hvilke skjermbilder i DIPS) og hvordan man skal dokumentere resultatene. Det anbefales at det utarbeides et eget registreringsskjema hvor identifiserte avvik dokumenteres.

- Det bør utarbeides et sett med felles dokumentasjons- og rapportmaler for hvordan det videre arbeidet med å kartlegge omfanget skal dokumenteres og rapporteres.
    - Felles dokumentasjons- og rapportmaler med tydelige definisjoner av hva som har vært grunnlaget for resultatet av arbeidet, vil danne et godt grunnlag for kvalitetssikring av arbeidet.
- I forbindelse med det videre arbeidet med å kartlegge omfanget ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum, bør det også utarbeides en spørring for de øvrige avdelingene ved Sykehuset Asker og Bærum som har benyttet DIPS.

3 Årsaker til avvikene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum og foretakets tiltak for å lukke avvik

3.1 Vurderingskriterier

For å kunne vurdere om tiltaksarbeidet har vært utført på en hensiktmessig måte er det sett nærmere på:

- Styrings- og kontrollmiljø – underliggende utfordringer i kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum må finne sin løsning.
- Planlegging av arbeidet – det bør være en helhetlig tilnærming som materialiseres i en samlet plan for å styrke den interne styring og kontroll på området, herunder tydelig beskrivelser av hvordan avvikene skal lukkes, hvem som er ansvarlig for å gjøre dette og når det skal være gjennomført.
- Dokumentasjon av arbeidet – planer, tiltak og effekter av disse må kunne dokumenteres og etterprøves.

3.2 Observasjoner

3.2.1 Årsakene til avvikene ved kirurgisk avdeling Sykehuset Asker og Bærum og foretakets tiltak for å lukke avvikene

Underliggende utfordringer i styrings- og kontrollmiljøet
Gjennom revisjonen har konsernrevisjonen fått kunnskap om at det ved kirurgisk avdeling Sykehuset Asker og Bærum, over en periode på flere år har vært utfordringer med å etablere og opprettholde en kultur og holdninger som understøtter kvalitet og sikring av de pasient-administrative forløpene. Utfordringene er bl.a. knyttet til graden av etterlevelse av prosedyrer, rutiner og tiltak som besluttes og gjøres gjeldende for sykehuset og foretaket forøvrig. Gjennom revisjonen er det fremkommet at disse forholdene anses å ha være en vesentlig årsak til de konkrete svakhetene det vises til nedenfor, samt til diskontinuitet i styring og ledelse av avdelingen.

Verken dokumentgjennomgangen eller intervjuene som konsernrevisjonen har gjennomført som ledd i revisjonen har gitt noen indikasjoner på at det eksisterer tilsvarende utfordringer ved de øvrige avdelingene ved Sykehuset Asker og Bærum eller ved de øvrige sykehusene i foretaket.

Forhold avdekket av foretaket gjennom systemrevisjon fra januar 2010
Den 23. november 2009 ble det igangsatt et internt arbeid på kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum på bakgrunn av de avvikene som var meldt fra om internt i avdelingen. Som ledd i dette arbeidet ble kvalitetsseksjonen ved Sykehuset Asker og Bærum bedt om å igangsette en intern-revisjon. Revisjonen ble planlagt og gjennomført som en systemrevisjon med hensikt å avdekke områder som har bidratt til manglende styring og kontroll av ventelister. Den interne revisjonen hadde ikke til hensikt å kartlegge omfang av avvikene, rydde opp i, begrense skade eller igangsette pasientrelaterte tiltak. Systemrevisjonen ble gjennomført i januar 2010. Resultatet av revisjonen skulle bidra til at tiltak ble etablert for å sikre kontroll med ventelister, kontrolltimer og prøvesvar.

Det ble i den interne revisjonsrapporten påpekt en rekke årsaksforhold som ligger til grunn for avvikene som er avdekket ved kirurgisk avdeling. De mest sentrale årsaksforholdene som fremkom var:

- Det har vært etablert en praksis for endring av datoer slik at fristen for oppstart av behandling ikke samsvarer med den opprinnelige fristen som følger av legenes medisinskfaglige vurdering

- Avdelingsledelsen har ikke sikret en overordnet oppfølging, rapportering og kontroll
- Det har vært en manglende oppfølging og kontroll av ventelistene
- Det har ikke vært etablert gode nok prosesser og rutiner for håndtering av henvisninger, oppfølging av kontrollpasienter og håndtering av prøvesvar
- Det har vært uklare ansvars- og myndighetsforhold
- Det har vært en manglende kompetanse i forhold til bruk av DIPS – både i forhold til registrering og styring av ventelister
- Det har vært en manglende kunnskap om lover og forskrifter som regulerer henvisningsområdet
- Det har vært manglende oversikt og kontroll med dokumentflyten i DIPS – det har ikke vært etablert prosedyrer som beskriver hvordan dette bør være i kirurgisk avdeling
- Det har vært gjort endringer i informasjonsbrevene til pasienten slik at det har vært mangelfull informasjon om rettighetsvurdering, frist for oppstart av behandling samt informasjon om rettigheter ved fristbrudd

Konsernrevisjonen har på grunn av at politietterforskningen av foretaket har pågått i samme periode som revisjonen, ikke gjennomført konkrete revisjonshandlinger for mer inngående å etterprøve forklaringene. Det er istedenfor bygd på resultatene og underlaget fra foretakets eget arbeid. Konsernrevisjonens revisjon gir grunnlag for å støtte de årsaksforholdene som foretakets egen internrevisjonsrapport peker på.

3.2.2 Foretakets tiltak for å lukke avvikene

Konsernrevisjonen har i tillegg til den intern revisjonsrapporten gjennomgått en rekke dokumenter fra perioden november 2009 til mai 2010. Dette er interne dokumenter i form av intern korrespondanse, flere svarbrev både til Helsetilsynet og Helse Sør-Øst RHF, presentasjoner ovenfor styret i Vestre Viken HF, samt informasjon fra Vestre Viken HF sine hjemmesider. I flere av disse dokumentene beskrives en rekke tiltak som er igangsatt eller planlagt igangsatt ved kirurgisk avdeling i løpet av denne perioden for å hindre at uønskede hendelser oppstår i tiden fremover. Tiltakene er etter konsernrevisjonens oppfatning i hovedsak utarbeidet med utgangspunkt i resultatene som har fremkommet av det interne arbeidet i kirurgisk avdeling som ble gjennomført i november/desember 2009 og internrevisjonsrapporten i januar 2010. Eksempler på sentrale styrings- og kontrolltiltak som fremkommer i de ulike dokumentene er:

- Innføring av standard informasjonsbrev som er i tråd med lovkrav er utarbeidet og tatt i bruk
- Innføring av kontrollskjema ved utskriving av pasienter fra sengepostene
- Det tilstrebes at pasientene skal få poliklinisk kontrolltime direkte ved utskrivning
- Sikre nødvendig tilgang til legenes timebøker
- Jevnlige kontroller pr seksjon i forhold til om legers signering av prøver og undersøkelser på pasienter er gjennomgått og fulgt opp
- Prosjekt knyttet til henvisningsområdet – innsatsteam
- Det er foretatt en gjennomgang av dokumentflyt, og arbeidet med dette fortsetter
- Det er foretatt en gjennomgang av legenes arbeidslister for å sikre at henvisninger, prøvesvar og undersøkelser blir vurdert slik de skal
- Det er startet opplæring som inkluderer en gjennomgang av hvilke data som skal registreres i DIPS for å få korrekt oversikt over ventelistene
- Leger med høye restanselister blir fulgt opp
- Nye rutiner for håndtering av ventelister tatt i bruk
- Sjekkliste for kvalitetssikring av ventelister
- Seksjonslederne rapporterer hver måned til avdelingssjef vedrørende ventelistene
- Utvikling av rapportering og kontrollverktøy i forhold til ventelistene per seksjon

- Det skal utvikles felles prosedyrer for å sikre lik praksis for håndtering og oppfølging av ventelister
- Gjennomgang av alle arbeidsprosesser

Tiltakene omfatter både spesifikke tiltak som gjelder for kirurgisk avdeling og mer generiske tiltak som er aktuelle for alle avdelingene ved Sykehuset Asker og Bærum og for de øvrige sykehusene i Vestre Viken HF, da flere av tiltakene er relatert til bruk av DIPS som de andre sykehusene i foretaket innførte 10. mai 2010.

3.3 Vurderinger

3.3.1 Har tiltaksarbeidet for å lukke avvik vært utført på en hensiktmessig måte?

Konsernrevisjonen vil aller først vise til det forhold at det ved kirurgisk avdeling Sykehuset Asker og Bærum har vært kultur- og holdningsmessige utfordringer som har vedvart over en periode over flere år. Ut fra det konsernrevisjon kan se, har dette hatt en klar negativ innvirkning på avdelingens samlede evne til å ta i bruk systemer og rutiner som er gjort sykehusomgripende, følge opp etterlevelsen av dette, samt ha en tilstrekkelige ledelsesmessig oppfølging av bl.a. henvisningsflyt, logistikk i pasientbehandlingen, ventelisteoppfølging m.v. Konsernrevisjonen vil understreke at en avgjørende forutsetning for at de konkrete tiltakene med å lukke avvik som er avdekket i systemer og rutiner, er at foretaket lykkes med å skape varige forbedringer i de kultur- og holdningsmessige utfordringene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum.

Konsernrevisjonen er av den oppfatning at det har vært utført et omfattende tiltaksarbeid ved kirurgisk avdeling for å sikre at tilsvarende avvik ikke skjer i tiden fremover. Det har imidlertid vært vanskelig for konsernrevisjonen å verifisere hvordan dette arbeidet faktisk har foregått. Tiltakene blir nevnt i ulike dokumenter, men det er lite dokumentasjon i forhold til hvordan arbeidet har vært planlagt og organisert, herunder hvem som skal ha ansvar for hva, innenfor hvilket tidspunkt tiltakene skal gjennomføres og lukkes, samt hvordan skal man sikre seg at tiltaket er gjennomført og fungerer over tid. Det er først nylig (april/mai 2010) at kirurgisk avdeling har kunnet fremlegge skriftlige handlingsplaner med tiltaksbeskrivelser hvor det også fremkommer hvem som er ansvarlig, tidsfrist for arbeidet og om dette er utført/sjekket. Konsernrevisjonen ser positivt på at det er igangsatt et arbeid med å lage detaljerte handlingsplaner med utgangspunkt i avvik som er avdekket.

Mottatt dokumentasjon og samtaler med sentrale personer viser at det ikke har vært utarbeidet en samlet og helhetlig oversikt over hvordan arbeidet med å lukke avvikene har vært planlagt og organisert.

Konsernrevisjonen vurderer at tiltaksarbeidet i større grad bør dokumenteres på en sammenhengende, oversiktlig og forståelig måte slik at medarbeidere og ledere raskt og enkelt kan få en oversikt og kontroll på arbeidet. Dette er også avgjørende for at det skal være mulig å kvalitetssikre arbeidet. God dokumentasjon på arbeidet som utføres vil også være sentralt i forhold til å kunne sette eventuelle nye personer inn i arbeidet. Ved kirurgisk avdeling har denne type personalmessige endringer vært en stor utfordring for tiltaksarbeidet. Det har vært relativt store utskiftninger i forhold til ansvarsforhold og oppgaver i ulike lederposisjoner. Revisjonen har vist at manglende dokumentasjon/informasjon mht det arbeidet som er gjennomført, er en stor utfordring for å videreføre arbeidet.

3.3.2 Er tiltaksarbeidet tilstrekkelig for å sikre en helhetlig intern kontroll av den pasientadministrative saksbehandlingen[8]?

Ved sammenstilling av det arbeidet som er gjort i forbindelse med å avdekke og lukke avvik ved kirurgisk avdeling, har konsernrevisjonen vurdert om tiltakene som er gjennomført eller planlagt sikrer en helhetlig intern styring og kontroll av den pasientadministrative saksbehandlingen.

Som vist innledningsvis i kapittelet, er det gjennomført et omfattende tiltaksarbeid ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Konsernrevisjonen vurderer at lukking av avvik (systemsvakheter) som er identifisert fra den interne gjennomgangen og internrevisjonsrapporten, er et viktig steg i forhold til å sikre en bedre intern styring og kontroll. Mange av årsaksforklaringene som internrevisjonsrapporten viser til har etter konsernrevisjonens vurdering oppstått som følge av svakheter i den interne styringen og kontrollen.

Ved siden av å lukke ulike avvik fra interne/eksterne revisjoner, er det etter konsernrevisjonens vurdering et sentralt element at virksomheten også har strukturerte prosesser hvor man selv vurderer risiko opp mot de målsettingene som er satt for den pasientadministrative saksbehandlingen og igangsetter eventuelle tiltak ut i fra dette. På den måten vil man i større grad sikre etablering av en helhetlig og god intern kontroll for den pasientadministrative saksbehandlingen. En annen viktig side ved slike strukturerte prosesser er at man i større grad er proaktiv, det vil si at man iverksetter tiltak før avvik inntreffer.

Konsernrevisjonen er kjent med at det er igangsatt et arbeid på kirurgisk avdeling hvor det er gjennomført en detaljert kartlegging av risiko i forhold til henvisningsprosessen. Etter konsernrevisjonens vurdering er det viktig at foretaket gjennomfører tilsvarende detaljerte kartlegginger vedrørende prosessene for håndtering av kontroller og prøvesvar. Dette skyldes at disse prosessene er sentrale og inneholder flere iboende risikofaktorer. Dette kan også underbygges ved at flere av avvikene som er identifisert i kirurgisk avdeling er tilknyttet disse prosessene. Her bør det også vurderes om det eksisterer spesielle risikoer innenfor ulike pasientforløp, eksempelvis innenfor andre somatiske avdelinger/klinikker eller innenfor området psykiatri.

I forbindelse med kartlegging av risikoer relatert til den pasientadministrative saksbehandlingen, bør det vurderes hvilke interne kontrolltiltak som kan håndtere de identifiserte risikoene. Her bør både programmerte systemkontroller i DIPS og manuelle kontroller vurderes nærmere. Eksempel på programmerte kontroller kan være sperringer av mulighet for endring av kritiske felter, krav om godkjenning før kritiske felter endres, samt en tydeligere veiledning i forhold som må registreres gjennom en arbeidsflyt i DIPS. Eksempel på manuelle kontroller kan være arbeidsdeling i registreringsprosessen, dvs. at to personer må kontrollere for hverandre registreringer i DIPS ("4-øyners" prinsipp).

Gjennomgangen har vist at det i liten grad finnes dokumentasjon som viser hvordan man systematisk ønsker å følge opp og overvåke risikoer i den pasientadministrative saksbehandlingen, slik at man er sikker på at tiltakene som er iverksatt fungerer som forutsatt. Konsernrevisjonen er av den oppfatning at foretaket bør arbeide med å utvikle og forbedre sine rutiner som sikrer en hensiktsmessig oppfølging og rapportering på ulike nivåer i organisasjonen. Dette innebærer blant annet å følge opp gjennomføring av tiltak og vurdere om de har hatt ønsket effekt. Det kan også være nyttig å gjøre en vurdering av om igangsatte tiltak fortsatt har sin aktualitet, eller om innsatsen for å håndtere risiko bør endres.

På bakgrunn av at den pasientadministrative saksbehandlingen i hovedsak er en generisk prosess hvor det overordnede målet er det samme for de aller fleste pasientforløp, mener konsernrevisjonen

[8] Den pasientadministrative saksbehandlingen omfatter i denne sammenheng håndtering av henvisninger, kontrolltimer og prøvesvar.

at tilnærmingen for å sikre en god intern styring og kontroll på den pasientadministrative saksbehandlingen bør ses i et foretaksperspektiv. Eventuelle spesifikke variasjoner i lovkrav/ føringer/delmål kan videre håndteres gjennom lokale tilpasninger på den enkelte klinikk/ avdeling/seksjon. Men det er viktig at det tydelig fremgår hva som er foretaksgjennomgripende krav i forhold til god intern styring og kontroll og hva som kan tilpasses lokalt. En mer helhetlig tilnærming ville eksempelvis kunne medføre en tettere koordinering mellom det arbeidet som blir gjort ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum og det arbeidet som gjøres i forhold til å utvikle funksjonalitet og rutiner i DIPS for å sikre en god og hensiktsmessig systemunderstøttelse av de pasientadministrative prosessene. Ettersom riktig bruk av DIPS er sentralt i forhold til å ha god styring og kontroll med den pasientadministrative saksbehandlingen, er dette et viktig element for å sikre helhetlig intern styring og kontroll.

Basert på gjennomgangen mener konsernrevisjonen at det er forhold som er avdekket gjennom tiltaksarbeidet ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum som også kan ha betydning for andre helseforetak. Dette vil derfor bli kommunisert til Helse Sør-Øst RHF med sikte på å vurdere eventuelle tiltak i regional regi. Dette gjelder eksempelvis risikoer vedrørende systemunderstøttelsen fra DIPS ettersom flere av foretakene i Helse Sør-Øst benytter DIPS.

3.4 Konklusjoner og anbefalinger

Konsernrevisjonen understreker at en avgjørende forutsetning for å oppnå effekter av tiltak for å lukke avvik etter ventelistesaken, er at foretaket lykkes med å skape varige forbedringer i de kultur- og holdningsmessige utfordringene ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Konsernrevisjonen anbefaler at dette gjenspeiles tydelig i tiltaksplanene som utarbeides av foretaket.

Basert på observasjonene og vurderingene som er beskrevet over, har konsernrevisjonen konkludert at det er gjennomført flere aktiviteter for å lukke avvik som er identifisert i kirurgisk avdeling, men arbeidet har vært mangelfullt i forhold til å etablere en samlet plan som kan bidra til å sikre en helhetlig og koordinert tilnærming. Det har også vært manglende dokumentasjon av arbeidet som er gjennomført. Dette gjelder spesielt i forhold til hvordan man sikrer seg at tiltakene er gjennomført og at de fungerer over tid.

Gjennomgangen har samtidig vist at det ikke har vært strukturerte prosesser som sikrer at det etableres en helhetlig intern styring og kontroll i forhold til den pasientadministrative saksbehandlingen.

Etter dette ga konsernrevisjonen, gjennom dialogen som har funnet sted med konstituert administrerende direktør for Vestre Viken HF, disse anbefalingene for det videre arbeidet i saken:

- Det bør etableres en mer helhetlig tilnærming og en samlet plan for arbeidet med å sikre en god intern styring og kontroll på den pasientadministrative saksbehandlingen. I den sammenheng vil risikostyring være et godt verktøy for å sikre en systematisk og strukturert prosess.
  - Oppsummert innebærer dette:
    - Identifisere de sentrale målene som er satt for den pasientadministrative saksbehandlingen
    - Identifisere, vurdere, prioritere risikoer med utgangspunkt i målene som er satt for den pasientadministrative saksbehandlingen
    - Iverksette tiltak ut i fra risikoene som er identifisert og som kan hindre måloppnåelse
    - Følge opp gjennomføring av tiltak og om de har hatt ønsket effekt
- Det bør være utarbeidet detaljert plan for hvordan avvikene skal lukkes.
  - En slik plan bør blant annet inneholde:

    - Hvilket tiltak skal prioriteres igangsettes?
    - Hvem er ansvarlig for at tiltaket iverksettes?
    - Når skal avviket være lukket?
    - Hvem skal kontrollere at tiltaket faktisk er iverksatt?
    - Hvordan skal man følge opp at tiltaket fungerer over tid?
- Arbeidet med intern styring og kontroll bør dokumenteres gjennom en sammenhengende, oversiktlig og lettfattelig fremstilling.

4 Forbedringer i intern styring og kontroll

4.1 Omfang og avgrensning

Konsernrevisjonen skal i målsetting 3 "*Bidra til å forbedre intern styring og kontroll knyttet til avvikshåndtering for foretaket generelt, herunder hjelpe styret til å etablere gode rutiner for å ivareta sin tilsyns- og kontrollrolle overfor foretaket. I dette inngår å finne gode kriterier og metoder for styrets oppfølging av interne revisjoner og eksterne tilsyn, herunder hvordan foretaket sikrer at avvik fra tidligere interne revisjoner og eksterne tilsyn blir forsvarlig lukket.*"

Revisjonen har omfattet melde- og avvikssystemet i Sykehuset Asker og Bærum, prosesser knyttet til behandling av saker i kvalitetsutvalg m.fl. og linjeledelse, samt hvordan styret gjennom prosessene for tertialrapportering og ledelsens gjennomgåelse sikres informasjon om foretakets interne styring og kontroll. Herunder hvilket alvorlighets-/vesentlighetsnivå som er lagt til grunn ved vurdering av og kategorisering av de avvik som registreres. Revisjonen omfatter også vurdering av kriterier og metoder for styrets oppfølging av interne revisjoner og eksterne tilsyn, samt definisjon og håndtering av alvorlige hendelser som styret skal gjøres kjent med og se til at blir håndtert på en tilfredsstillende måte.

Konsernrevisjonen har som ledd i revisjonen sett på det nye melde- og avvikssystemet som skal etableres for foretaket som helhet, herunder hvordan saksflyt er forutsatt å være fra en hendelse oppstår, til den meldes, behandles og rapporteres videre opp i linjen.

Anbefalinger til kriterier og metoder for å sikre god styreoppfølging av foretakets system for intern styring og kontroll er gitt med utgangspunkt i kunnskap fra andre helseforetak og kriterier avledet fra lovgivningen og prinsipper for god eier- og virksomhetsstyring. Disse anbefalingene vil bli gjennomgått særskilt med styret og skal ikke svares opp av administrerende direktør i foretaket som mottar revisjonsrapporten.

4.2 Melde- og avvikssystemet sett i relasjon til ventelistesaken i Sykehuset Asker og Bærum og praksis som har vært gjeldende[9]

4.2.1 Særskilte krav og føringer for melde- og avvikssystemet

Med melde- og avvikssystem menes her systemer som foretaket etablerer for å registrere, behandle, korrigere, følge opp og rapportere uønskede hendelser som avviker fra definerte krav og føringer som følger av lover, forskrifter, retningslinjer, foretaksprotokoller, styrevedtak, prosedyrer, rutiner m.v. I dette kapitlet omhandles kun den delen av melde- og avvikssystemet som er relatert til pasientbehandlingen. Målet er å sikre at årsakene til uønskede hendelser blir avklart og at erfaringene blir brukt til kvalitetsforbedring.

Melde- og avvikssystem er et tiltak som bidrar til at foretaket kan ha styring og kontroll med at uønskede hendelser som er meldepliktige til tilsynsmyndighetene i medhold av lov eller forskrift følges opp og meldes, samt at forhold som i henhold til internt fastsatte krav skal meldes og følges opp internt i foretaket.

Melde- og avvikssystemet må ses i lys av spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 som gir foretaket en plikt til snarest mulig[10] å gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskader voldt i

[9] Kap 4.2 omhandler kun situasjonen ved Sykehuset Asker og Bærum slik den var på tidspunktet da ventelistesaken ble kjent i foretaket (dvs. høsten 2009).

[10] Meldefrist: Institusjonen skal ha tid til vurdering, korrigering, forebygging og avgivelse av uttalelse, Meldingene må avgis senest innen to måneder, selv om institusjonens behandling av hendelsen ikke er avsluttet, jf rundskriv I-54/2000

forbindelse med ytelse av helsetjeneste eller mangel på ytelse av helsetjeneste. En meldepliktig hendelse defineres som hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig personskade på pasient. Meldeplikten innbefatter også unaturlig dødsfall og skader forvoldt av medpasient. Det er ikke avgjørende for meldeplikten om hendelsen har fått konsekvenser for pasienten. Meldeplikten om "forhold som kunne ført til betydelig skade", inntrer dersom betydelig skade som følge av en helsetjeneste ville oppstått uten særskilt korrigerende tiltak. For at meldeplikten skal kunne overholdes, forutsettes det at helseforetaket, som ledd i sine systemer for intern styring og kontroll, gjør meldeplikten kjent for alle medarbeidere og gir klare instrukser om *hva* som skal meldes, *hvordan* og til *hvem*, samt hvordan meldinger skal behandles i foretaket.

Meldeplikten er oppfylt når melding faktisk er sendt, samtidig som det fremgår av meldingen hva som skjedde, hvorfor det skjedde, hvilken følge det har hatt for pasienten, hva som ble gjort for å begrense skaden og hvilke tiltak som er iverksatt for å hindre at liknende skjer igjen. Alvorlige hendelser, mindre alvorlige hendelser og nestenuhell må gjennomgås og analyseres for å avklare årsaker.

En god meldekultur blant helsepersonell er en forutsetning for at både alvorlige hendelser, men også mindre alvorlige hendelser og nesten uhell, meldes slik at man kan lære av dem. En ledelse som fokuserer på og etterspør informasjon fra dette arbeidet er en av de avgjørende forutsetningene for å bygge opp en god meldekultur.

Den 1. juni 2010 innførte Statens Helsetilsyn en utvidet meldeordning for alvorlige hendelser som dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er *særlig uventet* i forhold til påregnelig risiko. Statens Helsetilsyn har videre etablert en utrykningsgruppe i en prøveperiode på to år for å håndtere dette. I henhold til denne innskjerpede meldeplikten skal tilsynet varsles snarest og senest påfølgende dag. Vestre Viken HF har etablert prosedyre for denne varslingsrutinen.

4.2.2 Observasjoner

Kontrollstruktur

Kontrollstrukturen ved Sykehuset Asker og Bærum har vært svak og ikke i tilstrekkelig grad vært innrettet for å kunne fange opp den typen feil, svakheter og mangler som ventelistesaken avdekket.

Revisjonen har bekreftet at rutiner, etterlevelse av disse og ledelsesoppfølging ved kirurgisk avdeling og inntakskontoret i tilknytning til ventelistesaken har ikke vært tilstrekkelige for å sikre riktig praksis (svakheter i 1. linje forsvar[11] i kontrollstrukturen).

Det har ikke vært en tilstrekkelig organisering av kontroll- og oppfølgingsoppgaver i stab (svakheter i 2. linje forsvar i kontrollstrukturen). Pasientskadeutvalgets oppgaver i henhold til fastsatt mandat, har ikke omfattet ansvar for systematisk overvåkning av meldinger. Det har med andre ord ikke hatt et definert ansvar for å utøve kontroll med praksis. Heller ikke kvalitetsseksjonen ved sykehuset, har hatt dette som del av sine ansvarsoppgaver.

Meldekultur

Melde- og avvikssystemet ved Sykehuset Asker og Bærum var organisert med egne pasientskadeutvalg for hhv somatikk og psykiatri, i tillegg ett overordnet kvalitetsutvalg. Hendelser som var meldt internt[12] ble registrert i Synergi. Deretter ble de vurdert av avdelingsledelsen for den

[11] 1. linje forsvar er den delen av organisasjonen som utfører pasientbehandling (linjepersonellet i avdelingene). 2. linje forsvar er først og fremst stabsavdelinger som for eksempel Kvalitetsavdelingen.

[12] Den vesentligste delen av meldinger om hendelser som kan være meldepliktige og/eller viktige for foretaket å analysere/korrigere, kommer imidlertid direkte fra pasientene, pårørende, Helsetilsynet og Pasientskadeerstatningen.

avdeling som meldingen vedrørte. Meldepliktige hendelser ble i tillegg gjennomgått og vurdert av pasientskadeutvalget hver 14. dag for somatikken og månedlig innenfor psykiatrien.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus gjennomførte i perioden 22.10.08 – 17.03.09 tilsyn[13] (systemrevisjon) med håndtering av meldeordningen i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ved Kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Formålet med systemrevisjonen var å vurdere om virksomheten ivaretok ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll, og revisjonen omfattet undersøkelse om:

- Hvilke tiltak virksomheten hadde for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfattet
- Tiltakene ble fulgt opp i praksis og om nødvendig korrigert
- Tiltakene var tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen ble overholdt

Det ble ikke påvist avvik[14] under tilsynet, men det ble gitt en merknad:

"Sykehuset Asker og Bærum, kirurgisk avdeling, har et forbedringspotensiale når det gjelder å sørge for at opplæring og informasjon om meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 blir mer systematisk og fokusert. Merknaden bygger på følgende observasjoner:

- *Det er relativt mye oppmerksomhet rettet mot det generelle meldesystemet (SYNERGI), men relativt lite oppmerksomhet rettet spesifikt mot meldeordningen etter § 3-3.*
- *Det er mangelfull og usikker kunnskap blant medarbeidere om meldeordningen etter § 3-3.*
- *Det er relativt få § 3-3 meldinger fra avdelingen til tross for at det beskrives et risikobilde som skulle tilsi noe annet.*
- *Det fortelles om underrapportering av hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade."*

4.2.3 Vurderinger

Det er gjennom en god intern styring og kontroll at foretaket kan styrke sin evne til både å fange opp feil, svakheter og styringsvikt som har skjedd, samt forebygge at de ikke skjer igjen. Videre er det gjennom rapportering av disse forhold at foretaket setter styret i bedre stand til å ivareta det ansvar det har for å påse at intern styring og kontroll er etablert og at den fungerer som forutsatt.

Ansvaret for å sikre riktig registrering og oppfølging av henvisninger, prøvesvar og kontrolltimer i DIPS ligger i linjen. Revisjonen har vist at kontrollstrukturen i Sykehuset Asker og Bærum ikke har vært tilstrekkelig verken for å sikre riktig registrering og pålitelig oppfølging i linjen, og heller ikke for å sikre at eventuell uriktig registreringspraksis eller manglende linjeoppfølging ble identifisert, analysert og korrigert raskt nok. Etter konsernrevisjonens vurdering ville både pasientskadeutvalget og kvalitetsseksjonen ved Sykehuset Asker og Bærum kunne utgjøre et sterkere 2. linje forsvar i kontrollstrukturen, og som kunne ha bidratt til å fange opp den uriktige praksisen i ventelistesaken på et tidligere tidspunkt.

Revisjonen har også bekreftet allerede kjente observasjoner fra sykehusets interne revisjon utført i januar i år, at meldekulturen ved sykehuset kan forbedres. Basert på kunnskap om hva som har feilet i "ventelistesaken" og kunnskap fra interne styrings- og kontrollsystemer i andre virksomheter, er det etter konsernrevisjonens syn liten grunn til å anta at bedre melde- og avvikssystemer eller en mer robust meldekultur alene hadde kunnet forhindre at "ventelistesaken" oppsto. Dette fordi meldekultur og melde- og avvikssystem kun er to av flere viktige faktorer som, basert på kunnskap

[13] Rapport fra tilsyn med virksomhetens meldeordning i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ved Sykehuset Asker og Bærum, Kirurgisk avdeling (Helsetilsynet i Oslo og Akershus, 2008)

[14] Avvik er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Merknad er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

og erfaring om intern styring og kontroll, bør være etablert og gjennomført for å gi rimelig sikkerhet for at feil eller styringssvikt ikke oppstår og/eller ikke oppdages og korrigeres dersom de oppstår.

4.2.4 Konklusjoner og anbefalinger

Basert på observasjonene og vurderingene fra revisjonen konkluderer konsernrevisjonen at foretakets kontrollstruktur ikke har vært tilstrekkelig for å fange opp de feil, svakheter og mangler som ventelistesaken har vist. Det er heller ingen vesentlige endringer i kontrollstrukturen i foretakets nåværende organisering. Videre konkluderer konsernrevisjonen at meldekulturen bør forbedres ytterligere i foretaket.

Konsernrevisjonen anbefaler at det iverksettes nødvendige tiltak for å styrke kontrollstrukturen gjennom å styrke 1. linjens forståelse av betydningen av å melde avvik for å kunne skape læring og forbedringer. Videre anbefales det at 2. linjen styrkes ved at kvalitetsavdelingen i Vestre Viken HF gis ansvar for "controlling" innenfor foretaket kjerneoppgaver (pasientbehandling m.v.). I dette ligger oppgaver med å planlegge og iverksette konkrete kontrollaktiviteter basert på risiko og vesentlighet for å fange opp, behandle og sørge for at feil, mangler og styringssvikt i 1. linjen, både meldes og korrigeres. Videre at det sørges for en rapporteringslinje som gir adm direktør løpende informasjon om vesentlige feil, mangler, svakheter innenfor kjerneoppgavene til foretaket.

4.3 Planlagt utvikling av melde- og avvikssystemet i Vestre Viken HF[15]

4.3.1 Særskilte krav og føringer

Det vises til pkt 4.2.1.

4.3.2 Observasjoner

Vestre Viken HF er i en prosess hvor melde- og avvikssystemet og prosessene for å behandle og følge opp avviksmeldinger skal samles i ett nytt foretaksomgripende system. Frem til utgangen av 2010 vil de fire sykehusene som utgjør Vestre Viken HF beholde lokale systemer for melde- og avviksregistrering. Det er to ulike elektroniske systemer i bruk i dag. Sykehuset Asker og Bærum anvender Synergi, mens Sykehuset Buskerud, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus anvender TQM-Helse. Den nyetablerte Kvalitetsavdelingen har systemansvar og er systemeier for de elektroniske avvikssystemene. Det er satt i gang en prosess for å velge et felles system. Dette planlegges implementert 1. januar 2011.

Rutinene for å melde avvik følger stort sett lokale prosedyrer inntil felles prosedyre er godkjent og implementert. I mai og juni 2010 er det blitt implementert enkelte nye midlertidige virksomhetsomfattende prosedyrer/rutiner, for eksempel "Varslingsrutiner til Statens Helsetilsyn ved alvorlige hendelser som dødsfall og betydelig skade på pasient". Ellers følges avvik opp på det enkelte sykehus og her ligger også ansvaret for å lukke avviket. Dersom hendelsen involverer flere avdelinger ansees det i enkelte tilfeller hensiktsmessig å lukke avviket på høyere ledelsesmessig nivå. Avviket meldes inn til det kvalitetsutvalget som er nærmest i linjen, enten lokalt kvalitetsutvalg eller pasientskadeutvalg. Det synes å ha vært noe ulik praksis mellom sykehusene og avdelingene/ klinikkene for hvilke typer hendelser som har blitt meldt i systemet. Pasientrelaterte hendelser utgjør det største volumet, men det er også meldinger knyttet til skade på ansatte (HMS-relatert), og alvorlige forhold knyttet til arbeidsmiljø eller drift.

Det arbeides p.t. med å etablere ensartet praksis for håndtering av uønskede hendelser for kvalitetsforbedring og kontinuerlig forbedring i foretaket som helhet. Hensikten er å begrense skade, hindre gjentagelser, iverksette korrigerende og forebyggende forbedringstiltak på alle nivåer i

[15] Kapittel 4.3 omhandler melde- og avvikssystemet for foretaket som helhet, slik dette er/planlegges utformet og implementert.

foretaket. Avviksbehandlingen skal bidra til å oppfylle myndighets- og eierkrav, samt gi brukerne en bedre tjeneste og de ansatte et bedre arbeidsmiljø. Dokumentet " Håndtering av avvik og uønskede hendelser", versjon 1, gjelder fra 20. mai 2010 og skisserer at ledere på alle nivå i helseforetaket skal sørge for at ansatte:

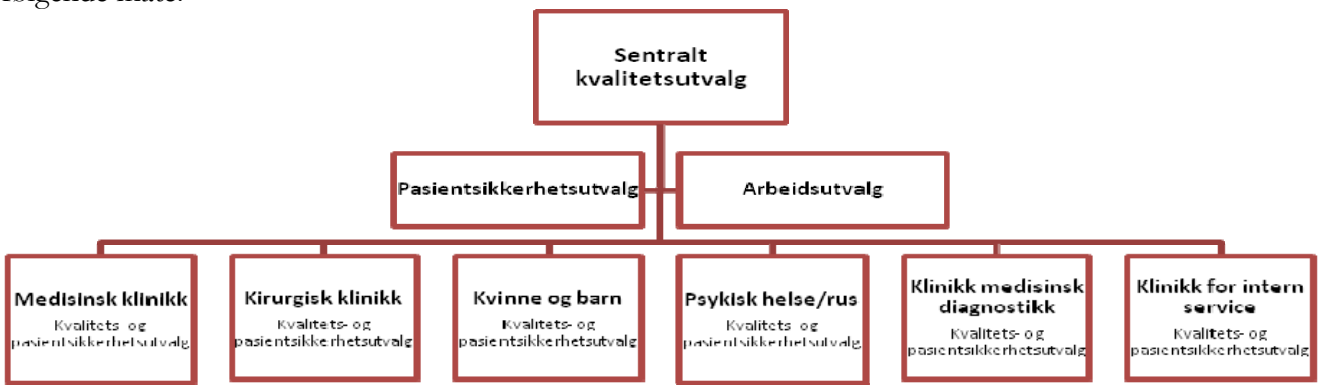
- Opplever at det er akseptert og menneskelig å feile og trygt å melde.
- Forstår at enhver tilbakemelding fra pasient, pårørende eller offentlig instans er verdifull informasjon til bruk i forbedringsarbeid.
- Vet hvor og hvordan slike hendelser registreres.
- Sørge for at meldte avvik medfører forbedringstiltak og etterprøve om tiltak har effekt.

I henhold til de retningslinjene som foretaket er i ferd med å utarbeide for nytt felles system, skal avviks- og meldeprosessen legges opp som følger:

Figur 3 Avviks- og meldeprosessen

Helsepersonell som avdekker en hendelse som faller inn under meldeplikten skal, etter å ha vurdert hendelsen og iverksatt eventuelle strakstiltak for å begrense skaden, registrere hendelsen i det elektroniske meldesystemet. Nærmeste leder gjennomgår ukentlig meldinger på sin avdeling og avgjør om avviket kan lukkes på avdelingsnivå, vurderer årsaker, evt sender meldingen videre til avdelingsvis evt klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Kvalitetsutvalget påfører sin vurdering og gir avdelingsledelsen tilbakemelding på om tiltak og oppfølging er tilfredsstillende. Deretter sendes meldingen pr brev til Helsetilsynet i det aktuelle fylket. Alvorlige hendelser eller hendelser med særlig læringsverdi meldes videre til Sentralt kvalitetsutvalg via et saksforberedende arbeidsutvalg.

Vestre Viken HF organiserer fra oktober 2010 kvalitetsutvalgene og pasientsikkerhetsutvalgene på følgende måte:



Figur 4 Organisering kvalitetsutvalg

Sentralt kvalitetsutvalg ledes av administrerende direktør, utvalget har blant annet ansvaret for å utvikle kvalitetsstrategi. Et saksforberedende arbeidsutvalg er knyttet til det sentrale kvalitetsutvalget.

Arbeidsoppgaver som ligger til sentralt kvalitetsutvalg er blant annet knyttet til:

- pådriverrolle for implementering av overordnet dokumentasjon knyttet til kvalitetsarbeidet,
- bidra til implementering av kvalitetsstrategi,
- tiltak for samhandling,
- rådgivende organ for direktøren,
- oppfølging av avvikshåndtering,

- ansvarlig for LGG m.m.

Sentralt pasientsikkerhetsutvalg er organisert som et underutvalg av Sentralt kvalitetsutvalg. Utvalget skal tilse at det føres nødvendig oversikt over hendelser innen pasientsikkerhet i Vestre Viken HF og tilse at læringseffekten inngår i det løpende virksomhetsovergripende kvalitetsarbeidet. Videre skal det ha oversikt over avviksmeldinger, innkomne saker fordelt på type etc., håndtere saker som ikke kan løses på lavere nivå, initiere revisjoner av avvikshåndteringen i klinikkene m.m. Alle klinikkene skal etablere Klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Inntil dette er gjennomført fungerer tidligere ordninger. Det er på enkelte områder implementert foreløpige prosedyrer som skal sikre dette. Informasjonskjeden sikres ved at Klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg ledes av klinikkdirektør som igjen er medlem av Sentralt kvalitetsutvalg. Sentralt kvalitetsutvalg skal se til at kvalitetssikrings- og kvalitetsutviklingsarbeidet ved Vestre Viken HF fungerer i tråd med gjeldende lover, forskrifter og regelverk fastsatt av myndighetene. (Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten, og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og § 3-4).

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg får informasjon fra melde- og avvikssystemene innenfor sitt respektive område (kvalitetsrådgiverne legger til rette informasjonen som skal behandles i utvalgene) og rapporterer gjennom sin representant i Sentralt pasientsikkerhetsutvalg. Rapportering skjer via referater og systematiske oversikter over klage-/skadesaker og spesielt § 3-3 meldinger.

4.3.3 Vurderinger

Revisjonen har vist at foretaket har en bevisst og sterk satsing på utvikling og etablering av kvalitetsstyringssystemer. Dette vurderes som ett av flere tiltak for å etablere intern styring og kontroll. Dette gir etter konsernrevisjonens vurdering et godt utgangspunkt for å oppnå overordnede kvalitetsmål for foretaket.

Revisjonen har videre vist at den eksisterende løsningen skal være i drift også i 2. halvår 2010, med de svakheter som er avdekket både av foretaket og i revisjonen. Revisjonen har også vist at det er sannsynlig at flere meldepliktige hendelser etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 (hendelser som har eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient), og meldinger om andre hendelser som etter foretakets egne retningslinjer skal meldes inn i systemet, ikke blir registrert/meldt eller ikke blir registrert med tilstrekkelig informasjon.

Etter konsernrevisjonens vurdering viser revisjonen samtidig at prosedyrene for å melde og behandle avvik i systemet som skal settes i drift 2. halvår 2010, oppfyller formkravene i lov- og forskrift. I fortsettelsen er det etter konsernrevisjonens vurdering viktig at foretaket har særlig fokus på de svakhetene som er til stede i eksisterende prosesser for avviksbehandling, samtidig som det legges opp en helhetlig plan for hvordan nye prosedyrer og rutiner skal implementeres i den samlede virksomheten til foretaket, herunder hvordan det skal følges opp at prosedyrene og rutinene over tid faktisk etterleves.

Selv om det etableres nytt melde- og avvikssystem som ivaretar de krav som stilles til foretaket, vil konsernrevisjonen understreke den avgjørende betydningen holdninger har for å kunne lykkes med dette viktige tiltaket i foretaket.

Når det gjelder oppgavene som er definert for sentralt kvalitetsutvalg, er det etter konsernrevisjonens vurdering en klar svakhet at disse ikke omfatter ansvar for systematisk oppfølging og rapportering til ledelsen av meldinger som viser eller indikerer alvorlige eller potensielt alvorlige hendelser. Det vises her til kap 4.2, hvor kvalitetsutvalgenes rolle som del av en 2. linje forsvar i kontrollstrukturen i foretaket er drøftet.

4.3.4 Konklusjoner og anbefalinger

Basert på observasjonene og vurderingene fra revisjonen konkluderer konsernrevisjonen at foretaket synes å ha en klar satsing på utvikling og etablering av kvalitetssystemer i foretaket. Prosedyrer som er planlagte synes å oppfylle formkravene gitt i lov- og regelverk. Konsernrevisjonen konkluderer videre at sentralt kvalitetsutvalg og pasientsikkerhetsutvalget som er etablert i foretaket som helhet, ikke har definerte oppgaver for systematisk oppfølging av vesentlige hendelser.

Konsernrevisjonen anbefaler at det settes i verk tiltak for å styrke oppfølgingen av meldesystemet i foretaket. I praksis betyr det at foretaket bør arbeide målrettet i to parallelle spor. For det første bør det settes inn tiltak for å styrke 1. linje forsvaret gjennom å utvikle meldekulturen og lære opp helsepersonellet til å bruke melde- og avvikssystemet som forutsatt. Det er gjennom disse tiltakene de vesentligste av feil, mangler og svakheter bør fanges opp, vurderes og korrigeres. Videre må kunnskap om årsaker til uønskede hendelser i større grad nyttes til kvalitetsforbedring, både lokalt på avdelingen det hendelsen oppsto, og generelt i virksomheten. For det andre bør det settes inn tiltak for å styrke 2. linje forsvar i kontrollstrukturen (jf. konklusjoner og anbefalinger i kap 4.2).

Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket setter i verk tiltak for å styrke den ledelsesmessige holdningen til og oppfølgingen av meldinger internt i foretaket, gjennom opplæring, informasjon, kommunikasjon og bruk av systemet slik at effekt av forbedringer synliggjøres.

4.4 Rapportering og oppfølging i Vestre Viken HF

4.4.1 Særskilte krav og føringer til rapportering og oppfølging

I henhold til styrende dokumenter skal rapportering og oppfølging skje:
- Ad hoc (særskilte forhold som fordrer at informasjon fra styringslinjen bringes frem til styret raskt og uavhengig av planlagte styremøter)
- Månedlig (månedsrapportering og evt. saker av "særskilt betydning")
- Tertialvis (tertialrapportering evt. m/LGG)[16]
- Halvårlig
- Årlig melding

Som ledd i revisjonen har konsernrevisjonen sett nærmere på den månedlige og tertialvise rapporteringen til styret.

Kravene fra eier til månedlig rapportering til eget foretaksstyre ved særskilte forhold skal omfatte:
- meldepliktige avvik
- avvik etter internt tilsyn/revisjon innen særskilte risikoområder
- avvik eller tilsyn som ikke blir lukket innen pålagt tid av økonomiske eller andre grunner
- avvik som krever tiltak eller koordinering på regionalt nivå
- der det foreligger spesielt alvorlige avvik i forhold til pasientsikkerhet, økonomiske eller omdømmemessige konsekvenser

Tertialrapporteringen nedfeller konkrete forhold som skal opp til styret og videre til eier:
- brudd på lovverk eller andre krav
- meldepliktige hendelser
- resultater etter eksterne tilsyn
- tilbakemeldinger fra pasienter
- pasient- og brukerombud og NPE

[16] Kvalitetsavdelingen ved VVHF omtaler LGG på følgende måte: "*LGG er et ledelsesverktøy og et arbeidsdokument for å sikre at kvalitetssystemet fungerer og etterleves i organisasjonen. LGG benyttes til å bekrefte status i kvalitetsarbeidet og identifisere satsningsområder og forbedringstiltak. Direktøren skal benytte resultater fra LGG ved dialogmøter, ledermøter, styremøter og årlige rapporteringer*"

- tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere
- resultat av revisjoner

Målet med å rapportere dette er å få god oversikt over det totale omfang/status for pasientrelaterte forhold i foretaket, slik at styret settes i stand til å beslutte forbedringstiltak ut fra en helhetlig vurdering av risiko knyttet til pasientsikkerhet og ivaretakelse av pasientrettigheter.

4.4.2 Observasjoner

Vesentlighetsnivået for hva som skal rapporteres til styret er uklart. Det er generelt gode beskrivelser i styrerapporteringen av hva avvikene faktisk består av, men samtidig generelt svake beskrivelser av årsakene til at avvikene har oppstått, hvilke konsekvenser de vurderes å ha fått/kunne ha fått for de ulike målene som gjelder for foretakets virksomhet (herunder for pasientbehandlingen).

Tiltaksplanene som legges frem for styret varierer i kvalitet når det gjelder angivelse av hvem som har fått ansvar for de ulike tiltakene, når det skal være satt i verk m.v.

4.4.3 Vurderinger

Revisjonen har vist at ulike rapporter til styret (både månedsrapporter og tertialrapporter) viser at disse ikke godt nok gjenspeiler hvilken alvorlighetsgrad avvik, svakheter og mangler har. Uklar kategorisering og gradering av avvik, kan føre til at styret får informasjon om avvik som ikke er av så vesentlig betydning at de bør få styrets fokus.

Når det gjelder spørsmålet om hvilket vesentlighetsnivå en bør legge rapporteringen til styret på, er det etter konsernrevisjonens vurdering naturlig å se hen til definisjonen av "betydelig personskade" slik dette er nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-54/2000: Skaden anses betydelig dersom den er av en slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt. Det er viktig å merke seg at også hendelser som kunne ha medført betydelig skade dersom korrigerende tiltak ikke hadde blitt iverksatt også er meldepliktige. Det er først og fremst på omfangsnivå dette bør inntas i månedsrapporteringen til styret (statustall og utvikling over tid), samtidig som de ledsages med redegjørelser i styremøte.

Etter konsernrevisjonens syn er det ikke tilstrekkelig tydelig hvilket system som er etablert for å sikre at avvik fanges opp. Revisjonen viser at det kan fremkomme tydeligere hva som er kildene for avvikene. Når det for eksempel gjelder meldepliktige hendelser etter lov- og forskriftskrav, bør det i fremstillingen gå frem hva som er interne meldinger (gjennom systemet Synergi) og hva som er meldinger innkommet fra hhv. pasienter, pårørende, Helsetilsynet m.fl. Dette for å gi et klart bilde av hvor effektive de interne meldingssystemene i foretaket er over tid, samt for å kunne målrette tiltak for å forbedre meldekulturen.

Revisjonen viser videre at det generelt er gode beskrivelser av hva som er avvik fra plan/mål/krav. Det er imidlertid i varierende grad vurderinger av årsakene til at avvikene har oppstått, hvilke konsekvenser de har fått/kan få for pasientbehandling, ansatte, økonomi etc. Det er også i liten grad beskrevet hvilke tiltak som skal iverksettes for å korrigere avvikene, dvs. hvem som har ansvar, hvordan det skal skje og innen hvilke tidsfrister. Uten disse vurderingene vil det etter konsernrevisjonens vurdering være vanskeligere for styret å kunne ta stilling til hvilke tiltak som bør settes i verk for å korrigere avvikene. Etter konsernrevisjonens vurdering bør styret aktivt etterspøre årsaks-/konsekvensvurderinger og risikovurderinger.

4.4.4 Konklusjoner og anbefalinger

Basert på observasjonene og vurderingene fra revisjonen konkluderer konsernrevisjonen at vesentlighetsnivået for hva som skal rapporteres av avvik til styret er uklart. Det er generelt god

beskrivelse av hva avvikene faktiske består av, mens årsaks-/konsekvensvurderinger av avvikene ikke er tilstrekkelig beskrevet i styrerapporteringen.

Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket setter i verk tiltak for å utarbeide måneds- og tertialrapporteringer med et klarere skille mellom vesentlige forhold som styret må eller bør få seg forelagt, og forhold som åpenbart ikke er nødvendig å bringe opp til styret for at dette skal kunne ivareta sin tilsyns- og kontrollrolle. Konsernrevisjonen anbefaler videre at foretaket styrker vurderingsdelen i rapporteringen, slik at det sikres tilstrekkelige vurderinger av årsaker til at ulike avvik oppstår, hvilke konsekvenser de har hatt, samt gis et sterkere grunnlag for styret å vurdere om tiltak for å korrigere avvik anses tilstrekkelige og hensiktsmessige.

4.5 Styrets tilsyns- og kontrollrolle og de krav som er stilt til oppfølging og korrigering gjennom rapportering til styret

4.5.1 Særskilte krav og føringer knyttet til styrets oppfølging av tilsyn/revisjoner m.m.

Styret har i henhold til helseforetaksloven kap. 7 et klart definert tilsyns- og kontrollansvar overfor foretaket. Videre skal styret etter helseforetakslovens §§ 28 og 29:

- Sikre en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet
- Fastsette planer for foretakets virksomhet
- Holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling
- Føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter
- Føre tilsyn med daglig leder og fastsette instruks for denne

Disse punktene er nærmere konkretisert i instruks for styret for Vestre Viken HF. Styrets ansvar og oppgaver er omfattende.

For å ivareta dette må styrets *påse* at det etableres god intern styring og kontroll som bidrar til god virksomhetsstyring. *Påse*-ansvaret innebærer både å fastsette prinsipper for den interne styring og kontroll i foretaket og forsikre seg om at tiltak dokumenteres og gjennomføres. I dette ligger at styret må sikre seg tilstrekkelig innsyn som grunnlag for å kunne konstatere om intern styring og kontroll er ivaretatt som forutsatt.

Eiers krav til styrene og deres ansvar for intern styring og kontroll, herunder risikostyring, er nedfelt i foretaksprotokollene i 2005, 2008, 2009 og 2010. Ordlyden er omtrent likelydende, men med en "tendens" til sterkere formuleringer av intern kontroll og risikostyring som forutsetninger for god virksomhetsstyring.

Styret skal i henhold til krav nedfelt i foretaksprotokoll følge opp Helsetilsynets rapporter. Kravet er nedfelt i foretaksmøter hele tre ganger i 2007 og 2008.

I foretaksprotokoll (2010) er det stilt krav om at *"Styret i Vestre Viken HF har ansvar for at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring skal inngå i tertialrapporteringen i 2010. Det skal redegjøres for arbeidet med intern kontroll og risikostyring i årlig melding. Det er fortsatt behov for større systematikk i oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Vestre Viken HF skal delta aktivt i dette arbeidet."*

Foretakene skal også i henhold til føringer fra eier følge opp konsernrevisjonens rapporter når de mottas. De skal fortløpende legges frem for styret, sammen med administrerende direktørs forslag til tiltak som sak til etterretning.

Resultater fra foretakets egne revisjoner (i regi av kvalitetsavdelingen) legges ikke frem for styret, men utgjør, sammen med flere andre kilder, en del av informasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for tertialrapporteringen og ved referat til styret fra Ledelsens gjennomgåelse. Det ligger til administrerende direktørs rolle å fortløpende vurdere hvilke saker som må fremlegges for styret både som en del av den månedlige eller tertialsvise rapporteringen eller som ad hoc saker.

I henhold til arbeidsmiljølovens § 2-4 har arbeidstakere rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten. Dette innebærer at foretaket må ha rutiner for hvordan eventuelle varslingssaker skal håndteres. Det foreligger ingen nærmere retningslinjer som avklarer om styret skal ha seg forelagt informasjon om eventuelle varslingssaker, herunder i så fall når og i hvilken form.

4.5.2 Observasjoner

Resultater fra eksterne tilsyn inntas i tiltaksbaserte handlingsplaner for lukking av avvik, resultater og status for arbeidet rapporteres til styret og eier gjennom tertialrapporteringen og Ledelsens gjennomgåelse. Når det gjelder praksis for behandling av konsernrevisjonens rapporter, sendes disse etter fastsatt prosedyre til administrerende direktør i foretaket. I henhold til føringer fra eier skal administrerende direktør saksforberede og legge frem handlingsplan sammen med rapporten for styret som sak til etterretning. Regimet rundt behandlingen av konsernrevisjonens rapporter er således sterkere forankret i styret enn regimet for oppfølging av rapporter fra eksterne tilsyn.

Det er ikke tilsvarende krav til at styret skal følge opp interne revisjoner utført av foretaket selv. Disse revisjonene gjennomføres på oppdrag fra administrerende direktør og inngår som en del av dennes apparat for å etablere og gjennomføre god internkontroll (dvs. som en del av 2. linje forsvaret i kontrollstrukturen).

Det forelå prosedyrer for varsling i Sykehuset Asker og Bærum. Det var ikke fastsatt foretaks-omgripende retningslinjer og rutiner for håndtering av varslingssaker.

4.5.3 Vurderinger

Etter konsernrevisjonens vurdering innebærer *påse*-ansvaret at styret ser etter at det utarbeides og settes i verk tiltak dersom den interne styring og kontroll ikke i tilstrekkelig grad forhindrer feil, mangler eller styringssvikt. Styret må etter konsernrevisjonens syn også overvåke og følge opp at tiltak som det besluttes at administrerende direktør skal sette i verk, faktisk blir gjennomført og at de virker etter sin hensikt.

For å kunne ivareta sitt påseansvar for intern styring og kontroll, er det etter konsernrevisjonens vurdering nødvendig at resultater både fra eksterne tilsyn og konsernrevisjonens gjennomganger bør legges frem for styret for behandling. Etter konsernrevisjonens vurdering er det i utgangspunktet lite som tilsier at rapporter fra eksterne tilsyn generelt og fra Helsetilsynet spesielt, bør være gjenstand for annen behandling og oppfølging fra styrets side enn tilfellet er for konsernrevisjonens rapporter. Når det gjelder interne revisjoner initiert av foretaket selv bør det legges opp til nøyere vurdering av om det er vesentlige funn som bør bringes opp til styret hyppigere enn gjennom tertial-rapporteringen og Ledelsens gjennomgåelse.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det nødvendig å sette i verk tiltak for å utarbeide og implementere varslingsrutiner straks. Det anbefales et system hvor dette inntas som fast punkt under administrerende direktørs orienteringer til styret.

Styret må som en konsekvens av dette, også ivareta en "se etter"-rolle. Fordi det i de regionale helseforetakene er stilt krav til gjennomgående internrevisjon som ledd i styrets overvåking av internkontrollen, er det relevant å peke på konsernrevisjonens rolle i dette. Konsernrevisjonen skal se etter om det er etablert god intern styring og kontroll og bekrefte om denne fungerer som forutsatt. Den skal i tråd med god internrevisjonsskikk også bidra til å skape forbedringer gjennom å dele kunnskap om årsaker og konsekvenser av feil, mangler og svakheter i styringen

4.5.4 Konklusjoner og anbefalinger

Basert på observasjonene og vurderingene fra revisjonen konkluderer konsernrevisjonen at foretakets prosedyrer for behandling av konsernrevisjonens rapporter er i henhold til eiers krav. Prosedyrene for behandling av rapporter fra eksterne tilsyn er ikke underlagt samme behandling som konsernrevisjonens behandling. Det er ingen klar prosedyre for å vurdere om det er forhold i interne revisjoner i foretakets egenregi som bør opp til styret. Det var på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen ikke etablert system og rutiner for varslingssaker etter Arbeidsmiljøloven.

Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket endrer praksis for behandling av rapporter for eksterne tilsyn, og da først og fremst eksterne tilsyn av særlig betydning for foretakets pasientbehandling (dvs. rapporter fra Helsetilsynet). Rapportene bør underlegges samme prosedyre som for behandling av konsernrevisjonens rapporter.

Konsernrevisjonen anbefaler også at foretaket utarbeider prosedyrer for løpende å vurdere om det er forhold i rapporter fra interne revisjoner i foretakets egenregi (i praksis vil dette si rapporter fra Kvalitetsavdelingen) som bør inntas i adm direktørs orienteringer til styret, evt. legges frem som egen sak for styrets behandling.

Note: Styret vedtok nye retningslinjer for håndtering av varslingssaker i styremøte 1. juli 2010. I fortsettelsen må det settes fokus på at rutinene for varslinger faktisk blir implementert.

5 Dialog med foretaket - respons på konsernrevisjonens foreløpige vurderinger og anbefalinger

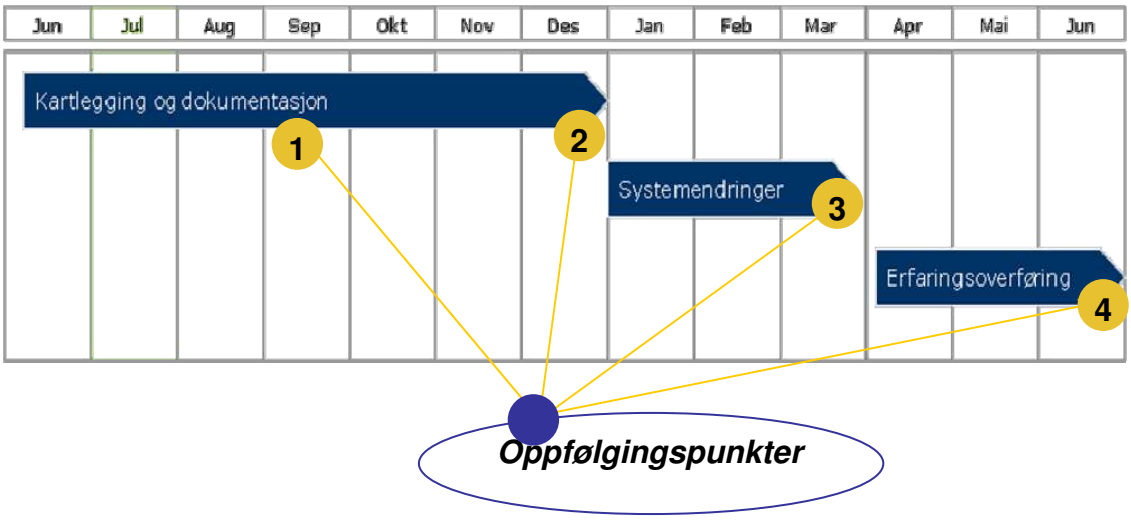
Konsernrevisjonen har hatt dialog med styreleder for Vestre Viken HF gjennom hele revisjonen, og med konstituert direktør for Vestre Viken HF i perioden fra denne tiltrådte.

Gjennom dialogen er det utvekslet informasjon om saken, drøftet tilnærminger og løsninger for det videre arbeidet knyttet til ventelistesaken. Foreløpige funn og forbedringsområder som er identifisert gjennom revisjonsprosessen er muntlig kommunisert til konstituert administrerende direktør i møter i perioden og i løypemeldinger til styret (oversikt over konkrete møter hvor dette har skjedd følger av tabellen i kap 6.3 Saksgang og rapportbehandling).

Etter konsernrevisjonens oppfatning har dialog om foreløpige funn og forbedringsområder ledet frem til snarlige tiltak fra konstituert administrerende direktørs side, og konsernrevisjonen har konstatert at dette gjenspeiles i konstituert administrerende direktørs orienteringer og fremlegg som løpende er gitt styret. Tilsvarende gjelder for rapporteringen fra foretaket til eier.

Konsernrevisjonen vil utover 2010 følge opp med ytterligere revisjonshandlinger for å kunne gi foretakets styre og eier en vurdering av om de tiltak som er besluttet satt i verk, faktisk gjennomføres og om de virker som forutsatt.

De aktuelle oppfølgingsaktivitetene i 2010-2011 er som følger:



1. **Bekrefte om planarbeidet er i prosess.**

2. **Bekrefte om kunnskap fra kartleggingen omsettes til konkret plan for hvilke systemendringer som skal foretas, når dette skal gjøres og av hvem**

3. **Bekrefte om systemendringene faktisk er gjennomført ihht til plan**

4. **Gi rimelig bekreftelse av om tiltakene har gitt effekt som forutsatt**

Konsernrevisjonen vil i tillegg videreføre dialogen og samhandlingen med ny administrerende direktør og gjennom dette bidra i det videre arbeidet med forbedringstiltak.

6 Informasjonsgrunnlag, saksgang og rapportbehandling

6.1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Helseforetaksloven
Spesialisthelsetjenesten
Pasientrettighetsloven
Forskrift om intern kontroll for sosial- og helsetjenesten
Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-54/2000
Håndtering av avvik og uønskede hendelser, versjon 1 (2009)
Oppdragsdokument fra HOD for 2010
Protokoller fra foretaksmøter i Helse Sør-Øst RHF for årene 2007-2010
Protokoller fra foretaksmøter i Vestre Viken for 2009 og 2010
Styreprotokoller og dokumenter fra styremøter i Vestre Viken HF for 2009-d.d.
Retningslinjer for fullmakter i Helse Sør-Øst (2007)
Veileder i risikostyring Helse Sør-Øst (2008)
RHF-styresak 016-2010 Helhetlig virksomhetsstyring (2010)
Revisjonsrapport, Kontroll med ventelister, innkalling til kontrolltimer og oppfølging av prøvesvar (Vestre Viken HF 2010)
Rapport fra tilsyn med virksomhetens meldeordning i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ved Sykehuset Asker og Bærum, Kirurgisk avdeling (Helsetilsynet 2008)
Årsrapport fra Meldesentralen 2007-2009, (Helsetilsynet 2010)
Revisjonsrapport, Sertifiseringsrevisjon i henhold til ISO 9001:2000 Sykehuset Asker og Bærum, kirurgisk avdeling (NEMKO 2008)
Revisjonsrapport, Etterrevisjon etter oppfølging i henhold til NS-EN ISO 9001:2008, Sykehuset Asker og Bærum, kirurgisk avdeling (NEMKO 2009)
Synergi-revisjon i Sykehuset Asker og Bærum (Logika Norge 2009)
Utvalg av dokumenter fra foretakets dokumentstyringssystem (Vestre Viken HF 2010)
Brevkorrespondanse mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF, samt Vestre Viken HF og Helsetilsynet vedr. ventelistesaken

6.2 Gjennomførte samtaler

Navn		Stilling
Runar	Nygård	Konst administrerende direktør Vestre Viken HF
Martin Frank	Olsen	Tidl konst avdelingssjef kirurgisk avdeling Sykehuset Asker og Bærum
Halvor	Gude	Leder av pasientskadeutvalget somatikk Vestre Viken HF
Tom Erik	Ruud	Overlege kirurgisk avdeling Vestre Viken HF
Elisabeth	Kaasa	Tidl klinikkdirektør Kirurgisk klinikk Vestre Viken HF
Anne K	Muller	Spesialrådgiver kirurgisk avdeling Vestre Viken HF
John Colin	Pole	Avdelingssjef kirurgisk avdeling Vestre Viken HF
Marianne	Palm	Spesialrådgiver kirurgisk avdeling Vestre Viken HF
Hilde Skredtveit	Moen	Kvalitetssjef Vestre Viken HF
Kjersti	Hertzenberg	Kvalitetsrådgiver Vestre Viken HF
Else	Breines	Kvalitetsrådgiver Vestre Viken HF
Britt	Eidsvoll	Klinikkdirektør Vestre Viken HF
Mette	Ryan	Kvalitetsrådgiver Vestre Viken HF
Nina	Wangestad	Kvalitetsrådgiver Vestre Viken HF
Tommy	Due-Løvaas	IKT-sjef Vestre Viken HF
Ole	Tjomsland	Viseadministrerende direktør Vestre Viken HF
Harald	Noddeland	Medisinsk fagsjef Vestre Viken HF
Marit Lund	Hamkoll	Klinikkdirektør Vestre Viken HF
Bjørn Rishovd	Rund	Forskningsdirektør Vestre Viken HF
Tone	Jensen	Systemansvarlig DIPS Vestre Viken HF

Ole Johan	Kvan	Viseadministrerende direktør Vestre Viken HF
Henning	Bakken	Utviklingssjef Vestre Viken HF
Cato	Rindal	Direktør IKT-tjenester, Sykehuspartner
Eli Stokke	Rondeel	Avdelingsleder applikasjonstjenester, Sykehuspartner
Pål Hansen	Belgau	Enhetsleder IKT Sykehuset Asker og Bærum, Sykehuspartner
Jan	Bærland	Seniorrådgiver/applikasjon, Sykehuspartner
Nina Tveten	Eriksrud	Seksjonsleder Applikasjon Buskerud, Sykehuspartner
Toril	Myhre	Spesialkonsulent, Sykehuspartner
Arne Ileby	Uleberg	Spesialkonsulent, Sykehuspartner
Lars-Ove	Kvalstein	Spesialkonsulent, Sykehuspartner
Tor	Håland	Senior Analyst, Tieto

6.3 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Deltaker/Mottaker	Dato
Anmodning fra Vestre Viken HF om revisjon	• Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	25.1.2010
Fastsettelse av mandat for revisjon	• Styret for Vestre Viken HF Kopi til: Adm direktør Vestre Viken HF Adm direktør for Helse Sør-Øst RHF	4,3.2010 21.4.2010 (oppdatert mandat)
Orientering om status for revisjonsarbeidet	• Styret for Vestre Viken HF	24.3.2010 8.4.2010 29.4.2010 27.5.2010
Utsendelse av rapportutkast	• Adm direktør Vestre Viken HF • Styret for Vestre Viken HF	19.6.2010
Gjennomgang av utkast i styremøte	• Adm direktør Vestre Viken HF • Styret for Vestre Viken HF	23.6.2010
Oversendelse av utkast til rapport for verifikasjon	• Adm direktør Vestre Viken HF	14.7.2010 30.7.2010
Svar på utkast	• Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	12.8.2010 13.8.2010
Utsendelse av endelig revisjonsrapport til besvarelse og styrebehandling	• Adm direktør Vestre Viken HF Kopi til: Styret for Vestre Viken HF Adm direktør for Helse Sør-Øst RHF	18.8.2010
Behandling i styret for Vestre Viken HF	• Styret for Vestre Viken HF	25.8.2010
Orientering til revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF	• Revisjonskomiteens medlemmer	18.8.2010
Orientering til styret for Helse Sør-Øst RHF	• Styret for Helse Sør-Øst RHF	Ikke fastsatt