



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
15/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	8.2.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

Skriftlige orienteringer

1. Etablering av sikkerhetsorganisasjon ved UNN HF - egenerklæring - *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. Sil. § 12*
2. Kontrollspenn ved UNN – veien videre
3. Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg – Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggingsombyggingsprosjekt
4. Oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport fra 2016
5. Revisjonsrapport andre tertial 2016

Muntlige orienteringer

6. Åpenhet og dialog i UNN – orientering om status i arbeidet i partssammensatt arbeidsgruppe
7. Nasjonal helse- og sykehusplan – Mandat for oppfølging, og status i arbeidet med mandatets punkt 1 Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
8. Medarbeiderundersøkelsen 2016 – foreløpig orientering om resultatene
9. Trombektomi ved hjerneslag – foreløpig orientering om utvikling av tilbudet
10. Plan for gradvis endring av ambulansetjenesten. Orientering om status i arbeidet.
11. Forbedring av parkeringstilbudet ved UNN Breivika – status i planarbeid
12. Markering av 100-års jubileum for UNN Longyearbyen
13. Oppsigelse i arbeidsforhold – *unntatt fra offentlighet off § 13 jf. fvl § 13, 1.ledd nr 1)*
14. Varsel om alvorlige hendelser – *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*

Tromsø, 27.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: Kontrollspenn ved UNN – veien videre
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen/ Mai-Liss Larsen
Møtedato: 8.2.2017

Bakgrunn og saksframstilling

En av målsettingene i Langsiktig utvikling og omstilling ved UNN (LUO) var å utvikle og etablere en ny overordnet organisasjonsmodell ved UNN, med en organisasjons- og ledelsesstruktur som tydeliggjorde den ledelsesmessige linjen i organisasjonen (styresak 84/2007). Det ble vedtatt tre ledernivå under direktøren med tilhørende profesjonsnøytrale titler (klinikksjef, avdelingsleder og seksjonsleder).

I 2009 fikk administrerende direktør en henvendelse fra NSF om å redegjøre for hvilke ledelsesteorier som lå til grunn for at sykehuset var organisert med enheter der kontrollspennet lå over 50 ansatte. Henvendelsen resulterte i en intern undersøkelse av kontrollspenn i UNN samt en gjennomgang av litteratur og forskning (ledermøtesak 264/09 *Kontrollspenn ved UNN HF*). I ledermøtesaken ble det foreslått følgende føringer på et eventuelt videre arbeid med kontrollspenn i UNN:

1. *Kontrollspenn over 40 ansatte anbefales i utgangspunktet ikke, og bør risikovurderes og begrunnes for hvert enkelt tilfelle.*
2. *Kontrollspenn på mellom 40-26 ansatte er i største laget og bør vurderes fra situasjon til situasjon.*
3. *Kontrollspenn på mellom 25 og 10 ansatte er ofte en håndterlig størrelse og bør tilstrebes.*
4. *Enheter med under 10 ansatte er ressurskrevende og ofte ineffektive og bør begrunnes ut fra situasjon.*

Den interne kartleggingen viste at UNN hadde flere enheter der leder hadde et stort eller svært stort kontrollspenn. Sykepleieleidere hadde gjennomgående høyere kontrollspenn enn andre ledere. Kartleggingen ga også grunn til å anta at ledere la ulik forståelse av kontrollspenn til grunn for sin rapportering. Det var ikke åpenbart for respondentene hvilke ledere som hadde personalansvar for hvem. Direktørens ledergruppe besluttet at videre arbeid med kontrollspenn i foretaket krevde at man gikk mer i dybden på hva som lå i de innrapporterte tallene.

Sak 264/09 ble videreført i sak 251/10 *Lederstruktur i UNN – i hvilken grad kart og terreng skal overlappe hverandre*. Hensikten var å finne hvilke kriterier som lå bak rapporteringen som ble presentert i tidligere ledermøtesak. Blant annet var man interessert i å undersøke om de med stort kontrollspenn hadde et støtteapparat rundt seg, hadde delegert lederansvar til andre osv. Tanken var at før UNN eventuelt skulle iverksette tiltak for å redusere kontrollspenn, måtte direktørens ledergruppe få innsyn i hvordan praksis så ut.

I ledermøtesaken ble det presentert data fra forberedelsen til medarbeiderundersøkelsen (oversikt over hvilke ledere som har personalansvar for hvem) og intervjuer med en rekke ledere i Operasjons- og intensivklinikken. Arbeidet viste at det eksisterte et fjerde ledernivå som ikke fantes i det formelle organisasjonskartet, at samme leder var leder for flere nivåer i samme linje, todelt



ledelse, uformelle ledere, gammel stillingsstruktur, "uatskillelig teamledelse" hvor alle lederne i teamet delte på alt og at det i praksis var umulig å tilbakeføre personalansvar til en person.

Kartleggingene viste også at samme sett med spørsmål stilt til ulike ledere på ulike nivåer og klinikker, ga helt ulike svar basert på forståelse av formell struktur, ens egen plassering i den formelle strukturen, oppgaver knyttet til lederrollen, oppfatninger om hvem som er de faktiske lederne, oppfatninger om hvem man er leder for, osv. Ledermøtesaken konkluderte med at ambisjonen om en nærmere kartlegging av kontrollspenn hverken var hensiktsmessig eller metodisk mulig. De metodiske begrensningene lå i uklarhet i struktur-, begreps- og rolleforståelse, samt ulik forståelse, fortolkning og praktisering av føringene i den formelle strukturen. Dette ga data som ikke var sammenlignbar. Vurderingen av at det ikke var hensiktsmessig å gå videre på kartlegging av kontrollspenn tok utgangspunkt i at et målrettet arbeid med kontrollspenn, forutsetter sammenfall mellom formell struktur og praksis (kart og terreng). Tiltak for å redusere kontrollspenn handler om å endre den formelle strukturen. Hvis den formelle strukturen er dekoblet praksis, vil slike grep ikke ha ønsket virkning. Det var derfor et poeng å skape samsvar først, så kunne man lage retningslinjer og tiltak med utgangspunkt i et rammeverk og begrepsapparat som kunne gjenkjennes og anerkjennes på tvers av klinikker og nivåer.

For å møte de metodiske begrensningene i tidligere kartlegginger ble prosjekt *Kartlegging av organisasjons- og lederstruktur ved UNN* etablert. Prosjektleder beskrev faktisk organisasjons- og ledelsesstruktur på de laveste nivåene i UNN. Prosjektet munnet ut i et notat høsten 2012. Prosjektnotatet og forarbeid med implementering av felles administrative IKT systemer avdekket forskjellig og til dels uklar praksis med hensyn til operasjonalisering av leder- og organisasjonsstruktur. Det mest fremtredende var et ledelsesnivå under seksjon, et såkalt fjerde ledernivå under administrerende direktør. Flere steder inngikk ikke økonomi som en del av lederansvaret. Fag- og personalansvaret var delt eller uklart definert. Enkelte ledere på laveste nivå hadde kun personalansvar. Videre ble det avdekket eksempler der medarbeidere hadde roller (funksjoner eller stillinger) som formelt sett ikke var definert som leder, men som i praksis ga dem et betydelig ansvar for å utføre et bredt spekter av lederoppgaver. Dette dannet grunnlag for ledermøtesak 176/13 *Formelle ledernivå i UNN*. Direktørens ledergruppe besluttet at den formelle organisasjonsstrukturen kunne telle inntil fire nivå under administrerende direktør og at denne formaliseringen skulle dokumenteres i foretakets mal for organisasjonskart. Det ble også vedtatt at det skulle utarbeides egne ledermøtesaker for stillingstitler, lederkartotek og kontrollspenn for ledere.

I sak 114/14 *Profesjonsnøytrale ledertitler i UNN med tilhørende stillings- og funksjonsbeskrivelse* sluttet ledergruppen seg til anbefalingene om gjennomgående bruk av profesjonsnøytrale titler til formelle lederstillinger i UNN. Ledergruppen vedtok en felles stillings- og funksjonsbeskrivelse for ledere i UNN som samsvarte med lovkravet om "enhetlig ledelse". Det ble også vedtatt at det skulle foretas en klinikkvis gjennomgang av dagens formelle organisering. Dersom gjennomgangen avdekket avvik av betydning skulle det gjennomføres en organisasjonsgjennomgang med mål om å harmonisere "kart og terreng". Dette arbeidet har vært gjennomført i enkelte klinikker, eksempelvis Operasjons- og intensivklinikken og Diagnostisk klinikk. Ingen klinikker har gjennomgående harmonisert organisasjonsstruktur opp mot lønn- og personalsystemene.

I sak 32/2016 *Lederkartotek* fastsetter direktørens ledergruppe at den formelle lederen i enheten skal tildeles «den normale lederrollen i personalportalen. Dette vil avklare hvem som er ledere og



hvor. I forberedelse til medarbeiderundersøkelsen 2016 ble lederstrukturen gjennomgått for å få oversikt over hvilke ledere som har personalansvar for hvem. Forberedelsen avdekket at det fortsatt er til dels store avvik mellom formell organisering, faktisk organisasjonsstruktur og de personaladministrative systemene.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om hvordan arbeidet med kontrollspenn skal tas videre i organisasjonen.

Vurdering

Saksfremlegget viser at kontrollspennsaken har vært behandlet i direktørens ledergruppe en rekke ganger. Et målrettet arbeid med kontrollspenn forutsetter en entydig og konsistent formell struktur i foretaket med sammenfall mellom formell struktur og praksis, fordi tiltak for å redusere kontrollspenn handler om å endre den formelle strukturen. Direktørens ledergruppe har truffet en rekke vedtak for å sikre bedre sammenfall. Til tross for dette viser nye kartlegginger forskjellige og til dels uklar praksis med hensyn til samsvar mellom formell organisering, faktisk organisasjonsstruktur og de personaladministrative systemene.

UNN er en kompleks organisasjon. Det er sjeldent at kart og terreng overlapper hverandre fullstendig, og det må være rom for lokale tilpasninger til overordnede føringer og retningslinjer. Likevel vurderer stabssjefen at det er nødvendig å iverksette tiltak. Det er flere grunner til at tiltak er nødvendig:

I følge Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 Ledelse i sykehus skal sykehus organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I dag bryter flere avdelinger/seksjoner/enheter i UNN med lovens intensjon om enhetlig ledelse.

- a) Det bør være samsvar mellom målgruppen for UNNs lederutviklingsprogram og de som faktisk deltar
- b) For å drive planmessig og målrettet OU arbeid er det nødvendig med et relativt stort samsvar mellom det formelle organisasjonskartet og praksis
- c) Medarbeiderundersøkelsens oppbygging forutsetter at det er mulig å identifisere ledere med personalansvar som skal følge opp undersøkelsen
- d) En tilfredsstillende implementering av dialogavtalen er ikke mulig med en uklar/mangelfull lederstruktur
- e) For å kunne kartlegge kontrollspenn og utarbeide tiltak, er det nødvendig at klinikkene har noenlunde felles utgangspunkt det kan hentes informasjon fra.

I disse dager starter en gjennomgang av organisasjons- og lederstrukturen i Hjerter- lungeklinikken. Klinikksjefen er ansvarlig for gjennomføringen av arbeidet og Stabssenteret bidrar med lederstøtte. Hensikten med gjennomgangen er å sikre samsvar mellom formell organisasjons- og lederstruktur og faktisk struktur i klinikken. Stabssjefen mener at dette arbeidet kan danne grunnlag for et større arbeid i hele foretaket. Organisering av det videre arbeid avgjøres når erfaringene fra Hjerter- lungeklinikken foreligger.

Et arbeid på foretaksnivå må:

- Ha tydelig HF-forankring
- Være helhetlig og koordinert



- Bygge på kvalitetssikrede løsninger som involverer organisasjons- og lederstruktur i våre IKT systemer
- Ta høyde for at arbeidet også kan kreve organisasjonsutvikling i deler av organisasjonen.

Verdi for pasienten

En forutsigbar og klar lederstruktur er en nødvendig betingelse for at foretaket skal nå sine mål om gode og trygge tjenester til pasientene.

Økonomi

Ingen økonomiske utgifter knyttet til selve gjennomgangen av organisasjons- og lederstruktur i foretaket.

Medvirkning

Tillitsvalgte og vernetjeneste vil bli orientert om saken på det månedlige møtet som personalsjefen har med foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud.

Konklusjon

Direktøren har truffet en rekke vedtak for å sikre bedre sammenfall. Til tross for dette viser nye kartlegginger forskjellige og til dels uklar praksis med hensyn til samsvar mellom formell organisering, faktisk organisasjonsstruktur og de personaladministrative systemene.

Det er startet en gjennomgang av organisasjons- og lederstrukturen i Hjerte- lungeklinikken. Klinikksjefen er ansvarlig for gjennomføringen av arbeidet og Stabssenteret bidrar med lederstøtte. Hensikten med gjennomgangen er å sikre samsvar mellom formell organisasjons- og lederstruktur og faktisk struktur i klinikken. Stabssjefen mener at dette arbeidet kan danne grunnlag for et større arbeid i hele foretaket.



Sak: Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg –
**Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggings-
 /ombyggingsprosjekt i UNN**

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Gina M Johansen/ Tor-Arne Hanssen

Møte: 8.2.2017

Sammendrag

Saken viser til Helse Nord RHF's rapport *Samordning grensesnitt Sykehusbygg HF og Utbyggingsprosjekter i Helse Nord* og det oppdraget direktørmøtet i Helse Nord har gitt arbeidsgruppen og RHFet/HFene for det videre arbeidet med å sikre en god samordning av nåværende og fremtidige store byggeprosjekter.

Det har vært to hovedretninger i strategi for samarbeidsform med Sykehusbygg og arbeidsgruppa har dissens omkring anbefalt løsning der UNN går inn for etablering av et distriktskontor av Sykehusbygg, men der Nordlandssykehuset og Helse Nord RHF ønsker innplassering av ansatte i eksisterende struktur i Sykehusbygg. Denne prosessen er nå i sin avslutningsfase og Helse Nord RHF vil fremlegge sak for direktørmøtet for beslutning. Det har vært avholdt møter om eventuell overføring av medarbeidere, lokalisering, samspillsavtale og prosess for gjennomføring av en eventuell virksomhetsoverdragelse og/eller overtagelse av UNNs prosjektportefølje for storebyggeprosjekt (P50>500 mill kr) både på lokalt og regionalt nivå. For å sikre UNNs eierinteresser, byggherrefunksjon og bestillerkompetanse er det nødvendig å se på hvilke ansvar, myndighet og funksjoner som må være igjen i helseforetaket.

Drifts- og eiendomssjefen har parallelt med «Sykehusbygg prosessen» iverksatt et organisasjonsutviklingsarbeid i Teknisk drift som er gitt i oppdrag å utvikle en effektiv og kompetent organisasjon som skal møte dagens og fremtidens behov for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av våre eiendommer og tjenester

Denne saken redegjør for hvordan en slik samordning kan gjennomføres der grensesnittene for hvilket ansvar og myndighet, samt hvilke oppgaver og ressurser som tenkes overført fra UNN til Sykehusbygg HF beskrives, vurderes og fremmes for direktørbeslutning.

Direktørens ledergruppe behandlet saken 20.12.2016, og fattet følgende beslutning:

1. *Direktørens ledergruppe slutter seg til den anbefalte løsningen om organisering av store byggeprosjekter i UNN slik det fremkommer av saksfremlegget.*
2. *Direktørens ledergruppe støtter drifts- og eiendomssjefens vurdering om at utbyggingsprosjekter med en P50 ramme over 500 mill kr, og som er i oppstartsfasen, gjennomføres i samarbeid med Sykehusbygg gjennom etablering av egne SLA for prosjektene.*
3. *Drifts- og eiendomssjefen bes sikre gjennomføring og oppfølging av en samordning av grensesnittet mellom UNN og Sykehusbygg, i samarbeid med stabssenteret, tillitsvalgte, vernetjenesten og Helse Nord RHF.*

Bakgrunn og saksfremstilling

Helse Nord RHF har utarbeidet rapport *Samordning grensesnitt Sykehusbygg HF og Utbyggingsprosjekter i Helse Nord* av 24. februar 2016, behandlet i Direktørmøtet 16. mars. Rapporten redegjør for ulike alternativer for organisering av arbeidet med utbyggingsprosjekter fra utviklingsplan, gjennom tidligfasen og byggefasen, der arbeidsfordelingen mellom helseforetaket, RHF-et, Sykehusbygg HF (Sykehusbygg) og bruk av eksterne konsulenter også



drøftes. Rapporten er utarbeidet av Helse Nords Eiendomsforum bestående av drifts- og eiendomssjefene m/teknisk ledelse fra helseforetakene og direktør forretningsutvikling, samt en regionalt tillitsvalgt og et regionalt hovedverneombud.

Rapporten beskriver 2 strategier for tilknytning til Sykehusbygg der arbeidsgruppen er delt i sin anbefaling. Deltagere fra UNN (og Finnmarksykehuset) anbefaler at Sykehusbygg etablerer en regional avdeling for hele Helse Nord sitt område for å sikre en bærekraftig og attraktiv struktur som styrker samhandlingen mellom oppdragsgiver/byggherre (helseforetakene, RHF'et), Sykehusbygg og leverandørmarkedet. Helse Nord, Nordlandssykehuset, foretaksverneombud og foretakstillitsvalgte anbefaler en prosess der ansatte i utbyggingsorganisasjonene i Helse Nord gruppen overføres til eksisterende avdelinger i Sykehusbygg.

Det er ventet at saken på nytt legges frem til endelig beslutning for direktørmøtet i november/desember 2016 og forut for en eventuell styrebehandling i Helse Nord RHF.

Denne saken redegjør for hvordan en slik samordning kan gjennomføres der grensesnittene for hvilket ansvar og myndighet, samt hvilke oppgaver og ressurser som tenkes overført fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til Sykehusbygg HF beskrives, vurderes og fremmes for direktørbeslutning i UNN. Saken redegjør ikke for generelt eierskap og drift- og forvaltning av bygningsmassen. Et eget utvalg (Kvinnslandsutvalget) er av Helse og omsorgsdepartementet (HOD) bedt om å legge frem en vurdering av forbedringsområder når det gjelder kostnadseffektiv og verdibevarende forvaltning av, og videreutvikling av sykehusbygg. Rapporten ventes ikke foreligge før ved årsskiftet 2016/2017.

Formål

Formålet med denne saken er å redegjøre for ulike problemstillinger ved, og fremme begrunnet forslag om arbeidsfordelingen mellom UNN (som eier konkrete utrednings- og byggeprosjekter), Helse Nord og Sykehusbygg kan være for nye bygg og større ombygginger.

Vurdering

Arbeidet med to sammenfallende og overlappende prosesser, samordning med Sykehusbygg og OU teknisk avdeling, har pågått siste år. Dette arbeidet er nå ferdig og drifts- og eiendomssjefen mener det er hensiktsmessig å se disse to prosessene i sammenheng når det gjelder prosjektbaserte investerings- og vedlikeholdsoppgaver. Arbeidsgruppen og OU-rapporten for Teknisk drift konkluderer med at det er formålstjenlig å organisatorisk skille prosjektoppgaver fra driftsoppgaver i en egen enhet. Drifts- og eiendomssjefen støtter dette, men vurderer og begrunner i tillegg at de prosjektbaserte oppgavene bør slå sammen med dagens utbyggingsstab og organiseres som en egen avdeling i linje til drifts- og eiendomssjefen. Dette notatet redegjør ikke for begrunnelsen for en slik beslutning. Nærmere begrunnelse for dette finnes i drifts- og eiendomssjefens beslutningsnotat *OU-prosess Teknisk drift – Beslutningsnotat* av 15. november 2017.

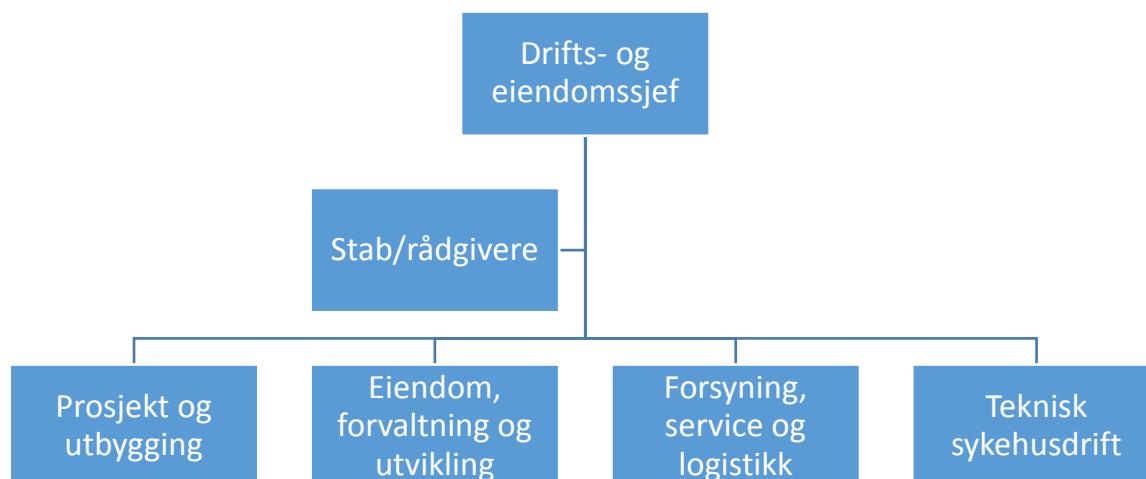
Det stilles klare kompetansekrav til UNN som byggeier og hvilken bestillerkompetanse som må være tilstede i UNN også innenfor et fremtidig grensesnitt mellom UNN og Sykehusbygg. Det er drifts- og eiendomssjefens anbefaling at det etableres en sentral rådgivningskompetanse organisert i en egen prosjekt- og utbyggingsavdeling i UNN som skal sikre at større bygg- og eiendomsanskaffelser skjer i tråd med eiers overordnede interesser. Rådgiverenheten skal



støtte eier ved å tilføre kompetanse om særlige krav (helsefaglige og bygningsmessige) og forhold ved eiers bygningsbruk, fungere som bindeledd mellom eier og andre rådgivningsmiljøer og bistå eier i vurdering av løsningsforslag.

Bemanning og omfang av en slik sentral rådgivningskompetanse vil til enhver tid være avhengig av prosjektporteføljen. Det er samtidig viktig å sikre et attraktivt fagmiljø for å tiltrekke seg og beholde dyktige medarbeidere. Det er nødvendig å etablere et arbeidsmiljø som er robust nok og medvirker til at fagrådgiverne har høy grad av tilhørighet til eiers virksomhet. Utvikling og etablering av en tradisjonell prosjektorganisering der fagressurser hentes ut av linjen og tas inn i prosjekter på engasjement er etter drifts- og eiendomssjefens vurdering formålstjenlig for de stillingene som har sin fagkompetanse utenfor drifts- og eiendomssenteret (OU-prosess, kommunikasjon, innkjøp, økonomi). Fagmiljøene i linjen vil være store nok til å sikre faglig gode og stabile prosjektrressurser. For fagmiljøene innenfor bygg og prosjektledelse vil det derimot være nødvendig å sikre denne i Drifts- og eiendomssenteret (DES), både som linje- og matriseorganisasjon. Dette er utfordrende og stiller krav om tydelig skille mellom når DES opptrer som bestiller og byggherre på vegne av prosjekteier og når DES opptrer som leverandør/utførende.

For å sikre et robust fagmiljø, oppnå synergieffekter mot teknisk drift og unngå uklarheter om ansvar og myndighet i prosjektarbeidet er det nødvendig å skille ut en prosjektorganisasjon i DES som foreslås lagt i linje til drifts- og eiendomssjefen. Denne prosjektorganisasjonen skal ha byggherre, bestiller- og gjennomføringskompetanse innenfor større bygge/ombyggingsprosjekt og vedlikeholdsprosjekt. Klinisk rådgiver og arealplanlegger skal være et koordinerende ledd som skal arbeide tett opp mot de kliniske avdelingene, utbyggingsenheten, teknisk drift, stabssenterets ulike rådgivere og Sykehusbygg/eksterne rådgivere. Dette gjelder områder klinisk rådgivning, arealplanlegging, dimensjoneringsgrunnlag, standardisering, ulike konsepter, tekniske løsninger, ombygginger, innflytting og ibruktaking.



Flere av de øvrige rådgivningsfunksjonene tilligger i dag UNNs Stabssenter, og bør av faglige grunner fortsatt kunne hentes herfra, men det er drifts- og eiendomssjefens anbefaling at



Stabssjefen dedikerer rådgivere som har dette ansvaret for å sikre god stabil faglig kompetanse, slik man har valgt å gjøre det for OU-bygg rådgiverne.

Det er nødvendig å beholde kompetanse på alle områdene, dog noe nedskalert i forhold til i dag. Funksjoner som prosjektansvarlig (PA) og leder for avdelingen (i dag utbyggingssjef) og Klinisk rådgiver, anses å være 100 % stillinger i overskuelig fremtid. De øvrige stillingene vil kunne variere ut fra hvilken prosjektportefølje som til enhver tid finnes. Utbyggingsprosjektene går over flere år og prosjektporteføljen innenfor øvrige bygge- og ombyggingsprosjekt 10-100 mill kr er relativt stabil. Det må derfor forutsettes at det til enhver tid vil kunne planlegges minimum 2-5 år frem i tid, noe som bør skape tilstrekkelig stabilitet for å kunne beholde en fast stabil bemanning.

Det er vurdert ulike former for hvordan og hvor raskt Sykehusbygg kan overta prosjektlederansvaret for de store byggeprosjektene helt eller delvis. Dette er avhengig av flere faktorer, der de viktigste er i hvor stort omfang UNN velger å beholde eier-, byggherre- og bestillerfunksjonen fremover. Drifts- og eiendomssjefen anbefaler at prosjekter i oppstartsfase med P50 ramme over 500 mill kr gjennomføres i samarbeid med Sykehusbygg HF i tråd med oppdragsdokumentet, men med en tydelig byggherre og bestillerfunksjon i UNN. Dette *gjelder ldefaseutredning nytt/renovert bygg for Psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt Nye UNN Narvik*. For *A-fløy* og *PET-senter* foreslås det, ut fra en risikovurdering, at prosjektene ferdigstilles i egen organisasjon som planlagt. For øvrige pågående planlagte investeringsprosjekter < 500 mill kr anbefaler drifts- og eiendomssjefen at det vurderes i hvert enkelt tilfelle hvilken tilknytning Sykehusbygg skal ha til prosjektene.

Dersom drifts- og eiendomssjefens anbefaling om fremtidig ansvarsfordeling og organisering tilsluttes, vil det være naturlig at UNN i stor grad beholder den organiseringen vi i dag har, men tydeliggjør byggherre- og bestillerfunksjonen gjennom etablering av tjenesteavtaler (SLA) med Sykehusbygg.

Vedlegg: Saksfremlegg



Sak: Orienteringssak om oppfølgingen av sivilombudsmannens besøksrapport

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Siren Hoven

Møtedato: 8.2.2017

Bakgrunn

Styret har tidligere behandlet saken på ekstraordinært styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 23.8.16 samt i styremøtene 15.9.16 og 05.10.16. Det vises til saksfremlegg fra disse møtene for utfyllende informasjon. Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling gjennomførte varslet besøk ved UNN 26-28.4.2016. Innholdet i besøksrapporten fra Sivilombudsmannen var blitt kjent gjennom media og andre kanaler allerede noen uker før den ble offisielt oversendt/ publisert 29.8.2016.

Formål

Hensikten med saken er å orientere styret om status for arbeidet med handlingsplanen i forhold til oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport.

Saksutredning

Besøksrapporten gir til sammen 32 anbefalinger på 7 områder. Anbefalingene er todelt og har som målsetting å sikre at lovkrav og kravene i FNs konvensjon etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler ulike sider av lovmessige forhold, mens de resterende tar for seg fysiske forhold, aktivisering og institusjonskultur.

Utover anbefalingene omtaler besøksrapporten forhold som Psykisk Helse- og rusklinikken selv vil følge opp. Innholdet i rapporten er alvorlig og forstås blant annet også som uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer med i utforming og utvikling av denne.

Psykisk Helse- og rusklinikken har siden innholdet i besøksrapporten ble kjent jobbet intensivt med utvikling og oppfølging av handlingsplanen som svarer på anbefalingene. Betydelige ressurser er lagt ned i dette arbeidet. Arbeidet er imidlertid omfattende og krevende ettersom det omhandler en rekke dimensjoner ved tilbudet. Institusjonskultur, samt større vektlegging av opplevelses-/erfarperspektivet for pasientene er svært grunnleggende i dette henseende. Arbeidet involverer store deler av virksomheten og de ansatte.

Gjennom handlingsplanen knyttes konkrete tiltak til anbefalingene. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring med tidsfrister. I forhold til oppfølging av tiltak er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering. Ansvarlig for koordinering av handlingsplanen rapporterer fortløpende til klinikkledelsen om status. Det vises til selve besøksrapporten, diverse saksfremlegg, referater fra ekstraordinært styremøte 23.8.16 samt fra styremøtene 15.9.16 og 5.10.16. Det vises i dag også særlig til vedlagte status for handlingsplanen.

Medvirkning

Under selve utformingen av handlingsplanen ble den av tidsmessige årsaker ikke formelt drøftet med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten i henhold til vanlig prosedyre. Ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken har i etterkant gjennomført flere informasjons- og innspills møter med ansatte etter at innholdet i rapporten ble kjent. Besøksrapporten er gjennomgått i KVAM-utvalget flere ganger og på dialogmøte med de tillitsvalgte.

Vurdering

Arbeidet med tiltakene som ligger i handlingsplanen involverer store deler av Psykisk helse- og rusklinikken. Dette gjelder ledere, ansatte, erfaringskonsulent, bruker/interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Det vurderes å ha vært jevn og god fremdrift i arbeidet.

Konklusjon

Psykisk Helse- og rusklinikken har prioritert og vil fortsette å prioritere oppfølgingen av rapportens anbefalinger høyt. Fremdriften i arbeidet vurderes tilfredsstillende. Direktøren foreslår at styret tar status for *arbeidet med handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport til orientering*.

Vedlegg: Handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport, oppdatert status

Status for handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

Pr. 25/1-17

3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk (Innsatsområde 1)

Anbefalinger: 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 og 28

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt situasjoner hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder å vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklings-enhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.6.17	Utsatt oppstart inntil videre pga. svært mange pågående tiltak. Ingvild Dahl leder arbeidsgruppen. Representasjon er avklart og noen medlemmer på plass. Skal innhente erfaringer fra andre steder.
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2a). Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	Gruppen konstituert 28/10-16 og tre møter er avholdt. Neste møte 2/2-17 Avdeling Nord invitert med i gruppen.
	2b) Ressursgruppen skal sørge for at opplæringen skal skje med hjelp av interne og eksterne ressurser.	Ressursgruppe	Løpende	Skal vurdere innhold samt organisering av opplæringen. Det er enighet omkring innhold i opplæringen, men ikke hvordan opplæring av instruktører skal skje.
	2c) Anbefale hva slags instruktør-opplæring klinikken skal ha.	Ressursgruppe	1.3-17	FMA kurs gjennomført for alt personell på Akuttpost Tromsø. Terma kurs er gjennomført for fast miljøpersonell på Akuttpost Nord pluss deltagere fra andre enheter. Trening i gymsal hver 14. dag. Deltagelse på ESPA kurs 16-19/1-17.
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3a) Gjennomgå på vedtaksansvarlig-møtene høsten 2016.	FUE	1.9.16- 1.12.16	Gjennomgått som planlagt.
	3b) Utforming av instruks og oppfølging i forhold til etterlevelse.	Klinikksjef	31.12.16	Instruks gitt 1.1-17. Vurdere og beslutte hvordan etterlevelse skal kontrolleres.

4. Systematisk opplæring av miljø-personalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften (sett i lys av SOM rapport).	4. Internundervisning ved alle enheter i akuttpsykiatrisk seksjon.	FUE	1.1.17	Gjennomført to runder på akuttpost Nord samt 1 runde hver på de andre akuttpostene. Planlagt gjennomført på PRE, sikkerhet, døgn 2 samt alderspsykiatri.
5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.	5. Etablering av arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient. Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbareheten skal være best mulig. Forskningsmessig evaluering. Internkontroll/revisjon.	FUE	1.10.16 - 1.10.17 2017-18 30/6-2017	5. Rutine, journalnotat og brosjyre til pasienter med informasjon sendt ut 28.12-16. Journalnotat sendt til journalkomiteen 20.12-16. Psykisk helsevernloven er vedtatt endret og det innføres krav om ettersamtale ved kapittel 4 vedtak (Lovvedtak 50 (2016-2017)). Rolf Wynn veileder 5. års medisiner - student skal å skrive masteroppgave om dette. Intern revisjon 3 måneder etter oppstart. Kontroll av antall notater i forhold til antall vedtak samt innhold i notatene. Dette kan trolig skje 1/5 eller 1/6-17.

3.2 Tiltak i forhold til lovgivning (Innsatsområde 2)

Anbefalinger: 13, 15, 26, 27, 29 og 30

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgivning tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Alle punkter er gjennomgått på vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.
	Vedtaksansvarlig møtet skal se nærmere på punktene som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding og uttale seg om dette.	FUE	1.12.16	Dette er ikke gjort i tilstrekkelig grad.
	Vurdere behovet for egen instruks med presiseringer av lovverket og evt. gi slik instruks.	Klinikkssjef	1.12.16	Slik instruks ble gitt 1/1-17.
			1.1-17	Presiseringer fra Hdir er sendt ut. Gjennomgås bl.a. på legeres litteraturmøte. Vurdere om det er behov for ytterligere tydeliggjøringer.
	Seminar/kurs med Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til juridiske problemstillinger.	FUE	19.1.17	Grunnkurs i helserett for helsepersonell ble gjennomført med ca. 55 deltagere.
	Pasient- og brukerombudet skal gjennomføre fagdager/kurs om pasienter og pårørende rettigheter for ansatte i psykisk helse og ruskliniken.	FUE	9.3.17	Seminar om psykisk helsevernloven
		FUE	30.11.17	Halvdagskurs planlagt i Narvik medio 24/3-17 og i Tromsø ila. mai 2017. Resterende SPHR høsten 2017.

3.3 Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt (Innsatsområde 3)

Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag. Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.	Etablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.	Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal- og organisasjon	1.11.16 Vår 2017	Rapport avlevert 30. september. 3 drøftingsmøter med tillitsvalgte samt ekstraordinært møte i KVAM utvalget er gjennomført. Klinikkledelsen besluttet 19.10 å gå for alternativ 1 med innslag av 10% dag/aften i natt stillingene ved psykiatrisk avdeling. Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN. Det er opplyst om misnøye blant nattpersonell. Oppfølging med deltagelse på nattevaktsmøter. Avklaring av hvem som følger opp i tillegg til de respektive enhetslederne.

3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord (Innsatsområde 4)

Anbefaling: 2, 3, 4, 5, 28 og 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikkisjef	1.1.17	Fortløpende vurdering.
	Etablere arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd. leder Psyk. avdeling	15.11.16	Konstituert 23/1-17. 4 deltagere fra dag og to fra natt + overlege. Avtalt møter 16/2, 9/3 og 23/3.
	Arrangere postseminar 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling samt arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/seksjonsleder	1.6.17	Økonomien rundt seminaret må avklares. Søke om KVAM midler.
	Terma kurs for Akuttpost Nord. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og akuttpostene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog.	FUE	1.1.17	Gjennomført som planlagt fra 12/12 til 15/12-16 for fast miljøpersonale. Opplæring av ekstravakter må gjennomføres.
	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16-01.6-18	Dag Erik Hagerup veileder. Evaluering og konsolidering av erfaringer hver 3. måned.
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	2 runder er gjennomført.
	Undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	1 runde er gjennomført.

3.5 Tiltak i forhold til ledelse (Innsatsområde 5)

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	1. Samtaler med aktuelle ledere i akutt - psykiatrisk seksjon. Viktige tema er behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal og organisasjon	1.11.16	Samtalene er gjennomført. Det er tilsatt ny seksjonsleder mens enhetslederstillingen ved akuttpost Nord er uavklart.
Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå	2. Utarbeide sjekkliste for nødvendig kompetanse for ledere i Psykisk helse- og rusklinikken. Sjekklisten bygger på UNN sitt reviderte lederutviklingsprogram og interne definerte kompetansebehov	Personal og organisasjon	1.2.17?	Se notat fra personalsjef. Rådgivere fra Stabssenteret og/eller KVALUT kan bistå i dette arbeidet.
	3. Nærmeste leder foretar kartlegging av kompetansebehov ut fra samtaler med sine ledere ¹ .	Aktuelle ledere	1.3 -17?	
	4. Når kartleggingen av kompetansebehov er gjennomført kan klinikkledelsen prioritere hva som skal gis av kompetanse-tilbud, hvem som skal ha tilbud og rekkefølge i opplærings- og utviklingstilbudene.	Klinikksjef	1.4-17?	

¹ Det vil si klinikksjef kartlegger kompetansebehovene hos avdelingslederne, avdelingslederne kartlegger kompetansebehovet hos seksjonslederne osv. I dette møtet kan leder og overordnet leder sammen kunne definere hva som er nødvendig å fylle på av kompetanse og læring for å utføre lederjobben på en tilfredsstillende måte.

	5. Gruppeveiledning med enhetslederne i akuttpsykiatrisk seksjon hver 14. dag.	Avdelings/seksjonsleder	1.12-16	Veiledningen er igangsatt.
	Ledersamling for avdelings og seksjonsledelse ved psykiatrisk avdeling 27.1-16.	Avdelingsleder	27.1-17	Programmet er planlagt sammen med kvalitet-avdelingen og Personal- og organisasjonsavdelingen.

3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser (Innsatsområde 6)

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Utarbeide delplan i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging: 1. Melding av pasienthendelser 2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser. Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.	Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser. Herunder systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	Delplan utarbeidet innen fristen. Opplæringstiltak planlagt og første kurs gjennomført 30.11. Det må avklares rammer for hvordan personalet kan gjennomføre opplæringen.
	Utarbeide retningslinje for uønskede hendelser. Denne skal tydeliggjøre og eksemplifisere hva som skal meldes hvor.	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	Forslag til retningslinjen behandles av klinikkledelsen 26.1-17.
	Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.	Klinikksjef	1.11.16	Gjennomført møte 9.11-16. Avtalt fast årlig møte fremover.
	Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema.	Klinikksjef	1.11.16	Gjennomført møte 24/10-16. Oppfølgingsmøte høsten 2017.
	Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema.	Klinikksjef	1.11.16	Gjennomført møte 21/10-16. Avtalt å ha videre dialog omkring samarbeid.

3.7 Institusjonskultur som grunnlag for ivaretagelse av pasientperspektivet (Innsatsområde 7)

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmaterieell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.
Prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes.	Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt på UNN's internett.	Stab	1.10-17	Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikksjef	1.1.17	Brukermedvirkningsforum er etablert i psykiatrisk avdeling. Skal det inviteres til et dialogmøte med Bikuben og bruker/interesseorganisasjonene?
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling.	Klinikksjef	1.12.16	Astrid Weber er ansatt i stillingen fra 1.1.17.
	Vurdere videre tilførsel.	Klinikksjef	1.4-17	Vurdere ytterligere behov.
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE	1.4.17	Løsninger og teknologi må avklares. Vemund Myrbakk følger opp.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.9.16	Påbegynt. Inkluderer KEK og prestetjenesten. Innen 1.3 skal alle enheter i psykiatrisk avdeling være i gang. Statusevaluering 1.10-17
Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av egen behandlingsplan.	Klinikksjef	30.1.17?	Avklare rammer og forutsetninger.

3.8 Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering (Innsatsområde 8)

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	DES/klinikkjef	1.12.16	Notat til direktør med beskrivelse av kostnader ferdigstilt 12.12. Møte 3/1-17 med konkretisering av remdrift. Det er tatt beslutning i f.h.t. rokade.
Forbedring og bredde i miljøterapeutiske tiltak.	Aktivitet skal sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet. Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	FUE	01.6.17	Skal sees i relasjon til underliggende tiltak som arbeidsgruppen.
	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	01.6.17	Legge plan for undervisning i miljøterapi (omfang og tematikk).
Gjennomgang av muligheter for aktiviteter og aktivitetstilbudet.	Etablere arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet og har økt fokus på aktivitet.	Klinikkjef/ Kulturavdelingen	1.12.16	Bredt sammensatt arbeidsgruppe hvor 2 møter er gjennomført. Møter med pasienter/brukere, bruker - og interesse org., legegruppen, ergo- og fysioterapeuter samt fagutviklerne er planlagt. Astrid Weber leder gruppen.
	Forskningsprosjekt om implementering av psykoseveilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjekt- periode 2016-18	Medlemmer fra arbeidsgruppe aktivitet deltar på samlingen 27.1-17.

3.9 Indikator for monitorering av tvungen psykisk helsevern (Innsatsområde 9)

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
§ 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.	Klinikksjef	1.12.16	Se eget notat om indikatorer.
Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov				
Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungen psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort	Klinikksjef	1.12.16	Forslag til indikatorark/system vedrørende utvalgte variabler er under utarbeidelse. Avklare hva som er status med tanke på indikatorsystem.



Sak: Revisjonsrapport 2. tertial 2016
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Grethe Andersen
Møtedato: 8. januar.2017

Bakgrunn

Revisjonen har foretatt en interim revisjon for alle foretakene i Helse Nord. Revisjonen ble gjennomført i UNN i oktober/november 2016. Formål med saken er å orientere om revisjonen, samt iverksette og planlagte forbedringstiltak i tråd med anbefalingene fra revisor.

Saksutredning

Interim revisjonen har denne gang vært rettet mot områdene inntekter, innkjøp, investeringer og lønn. Revisor (BDO) har i tillegg benyttet IT-revisorer for å kartlegge og teste applikasjonskontroller og informasjonsflyt mellom systemene. Revisor presiserer at punktene som omtales i revisjonsbrevet er ment som konstruktive innspill til ...”selskapets ledelse og styre i dets arbeid med å påse at selskapets virksomhets, regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.”

Inntektsområdet

Revisor har fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for underområdene basisramme, ISF-inntekter og Helfo-inntekter, og ber om tilbakemelding på om avvik i behandlerkravmeldinger følges opp med betryggende kontrollhandlinger.

Tiltak:

Avdelingene har ansvar for at feillistene blir korrigert. Økonomi- og analyseavdelingen har bestilt en rapport i DIPs som viser samlede feillister, og vil kontrollere at avdelingene retter opp. Revisor vil få detaljert tilbakemelding på rutinene for kontroll oversendt.

Øvrige områder på inntektsiden som er revidert er konkludert som tilfredsstillende.

Innkjøpsområdet

Revisor har sett på systemene og interaksjonen mellom disse, hvordan systemene er satt opp med hensyn på tilgang og rettigheter, samt opparbeidet forståelse av attestasjons- og anvisningsrutiner i det etablerte fullmakthierarkiet.

Anvisning

En feil i anvisning er avdekket som en ren saksbehandlingsfeil. Det er i tillegg avdekket tilfeller der anvisning ikke har vært utført av primæranviser. Anvisning har likevel vært utført av personer med anvisningsfullmakt.

**Tiltak:**

For å sikre at anvisning ikke stopper ved fravær er det besluttet at andre med anvisningsfullmakt i ØAA kan utføre oppgaven. Dette vil bli skrevet inn i fullmaktsrutinene.

Innkjøpssystemet clockwork (CLW)

Det er avdekket at systemet er bygd opp slik at en person kan foreta både bestilling, varemottak og godkjenning i systemet. Kontroller har avdekket at 290 innkjøp har vært utført av kun en person. Disse innkjøpene er utført av 20 personer.

Midlertidige tiltak:

UNN har valgt å sette opp CWL slik at det er mulig for en og samme person å både rekvirere og godkjenne egen rekvisisjon. Dette medfører også at hele bestillings- inkludert faktureringsprosessen kan utføres av en og samme person. Begrunnelsen for at vi har valgt å sette opp systemet slik at en og samme person kan godkjenne egen rekvisisjon er knyttet til pasientsikkerhet og da nødvendigheten for å få bestilt varer fort. På kort sikt er det etablert rutiner som fastslår at minst to personer skal være involvert i bestillingsprosessen for varer og tjenester. Det vil bli tettere oppfølging og kontroll av at rutinene følges.

Permanente tiltak:

CLW gir UNN mulighet til å velge om det skal være mulig for en og samme å rekvirere og godkjenne egen rekvisisjon (bestille). Denne funksjonaliteten, systemstyrt fullmaktstilgang, må gjelde for enten alle eller ingen. Systemet settes opp slik at rekvirenter ikke får tilgang til å godkjenne egen rekvisisjon. Dette sikrer at to personer involveres i den enkelte bestilling. I forhold til krav om arbeidsdeling får det ingen betydning hvem som tar varemottak eller hvem som behandler eventuelle fakturaavvik. Slik arbeidsdeling er også sikret ved fakturamatch hvor kjøpet automatisk går til utbetaling. Det medfører at ingen som rekvirerer kan godkjenne egen rekvisisjon. Alle bestillinger vil måtte foregå på denne måten. I forhold til bestillinger som må utføres raskt kan dette gi utfordringer. (Det samme gjelder for mindre enheter hvor få personer har tilgang til CWL.) I slike tilfeller blir det viktig å finne løsninger som sikrer at rekvisisjoner raskt blir godkjent. Økonomi- og analyseavdelingen jobber sammen med enheter i foretaket for å finne gode rutiner som minimerer risikoen for stopp i vareflyten.

Fullmaktshierarki i CLW

Revisor har fastslått avvik mellom fullmakthierarkiet i CLW og Agresso. I tillegg er det manglende rutiner og oppfølging for oppdatering av fullmakter i CLW.

Tiltak:

Det er igangsatt, og nesten fullført, et arbeid med å etablere ett felles fullmaktshierarki for CLW og Agresso. Ulike personer kan ha ulike rettigheter i systemene, men alle fullmakter samles i ett felles oppsett og vedlikehold etter samme rutiner. Dokumentasjon på fullmakter håndteres i samme skjema og samles. Rutiner for oppdatering av fullmaktshierarkiet er utarbeidet og oppdateringsrutiner beskrevet.

Det er igangsatt en opprydningsjobb i CLW med å oppdatere alle tilganger i tråd med oppdatert fullmakthierarki. Arbeidet forventes å være sluttført innen utgangen av februar 2017.

Lønnsområdet



Revisor har fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for områdene inn- og utmelding av ansatte, lønnskjøring og reiseregninger.

Rutinene for inn- og utmelding av Personalportalen er tilfredsstillende, men det mangler kontrollrutiner. Det er ikke avdekket avvik i godkjenning av timelister, utbetalinger eller bokføring i Agresso. Prøvelønnskjøring med tilhørende kontroller er gode for å avdekke eventuelle feil. Revisor ber om at det etableres rutiner for å dokumentere de kontrollene som utføres. Det er ikke avdekket avvik på reiseregninger eller dokumentasjon av disse.

Tiltak:

Arbeid for å utarbeide systematiske kontrollrutiner for ut- og innmelding i Personalportalen er igangsatt og forventes ferdigstilt ved utgangen av februar 2017. Kontrollene som er etablert for lønnsområdet vil bli dokumentert fremover.

Investeringer/byggeprosjekter

Revisor vil teste at UNNs interne kontrollrutiner fungerer som foreskrevet ifm årsoppgjøret.

IT revisjon

Revisor har gjennomgått generelle IT-kontroller, herunder tilgangskontroller og endringshåndtering for de sentrale systemene Agresso, Paga, GAT og CLW.

Tilgangskontroller

Revisor vurderer omfanget av brukere med privilegerte rettigheter i spesielt Agresso og CLW som høyt, og at det høye antall brukere strider mot prinsipper og god arbeidsdeling i systemene. Revisor anbefaler at det etableres en arbeidsflyt i Personalportalen. En mer automatisert rutine knyttet til administrasjon av brukere vil redusere risikoen for at brukere har feile tilganger.

Tiltak:

Vi avventer rutiner fra regional forvaltning og vil med bakgrunn i disse eventuelt korrigere interne rutiner.

Endringshåndtering

Revisor har gjennomgått rutinene for implementering eller oppgradering av systemer, og anbefaler at Helse Nord etablerer en standardisert prosess for håndtering av programendringer.

Medvirkning

Vurdering og konklusjon

Revisjonen har avdekket mangelfulle rutiner på enkelte områder, samt tilfeller der etablerte rutiner ikke er fulgt. UNN har satt i verk en rekke tiltak for å lukke avvikene og implementere forbedringsforslagene fra revisjonen.

Vedlegg: Brev fra BDO



Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Att: styrets leder Jorhill Berthe Andreassen
Postboks 100
9038 Tromsø

Tromsø, 02.12.2016

J.nr 1/2016

BREV TIL LEDELSEN

Vår oppgave som revisor er primært å uttale oss om årsregnskapet, opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til disponering av resultatet. I tillegg er det ekstern revisors oppgave innenfor god revisjonsskikk å gjennomgå selskapets formuesforvaltning og regnskaps- og interne kontrollsystemer. Våre konklusjoner presenteres i vår revisjonsberetning.

I høst har vi som tidligere kommunisert rettet vår oppmerksomhet mot områdene inntekter, innkjøp, investeringer og lønn. Videre har vi benyttet IT revisorer til å kartlegge og teste applikasjonskontroller og informasjonsflyt mellom systemene.

De utvalgte områdene medfører betydelige transaksjoner og påvirker den finansielle rapporteringen i stor grad.

Vi vil nedenfor gi en kort oppsummering av de funn vi har gjort.

Inntektsområdet

I forbindelse med vår gjennomgang av inntektsområdet har vi fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for underområdene basisramme, ISF-inntekter og Helfo-inntekter.

Vi har gjennomført vår informasjonsinnhenting og vurderinger gjennom møter, rutinekartlegging og walkthroughs av rutiner, og detaljkontroller. I dette arbeidet har vi involvert personer gjennom hele organisasjonen fra økonomisjef, via regnskapsavdelingen og kontrollere, til DRG rådgivere og kodeansvarlige leger ute på klinikk.

Basisramme

Vi har innhentet tildelingsbrev, samt alle mottatte endringsbrev for basisbevilgningen. Etter vår vurdering inntektsføres basisrammen i henhold til budsjettert kostpådrag. Etter



vår mening fremstår den regnskapsmessige håndteringen av basisrammen å være underlagt betryggende kontroll.

ISF-inntekter

For underområdet ISF-inntekter har vi gjennomgått den overordnede prosessflyten fra DRG koding ute på klinikk til bokføring av inntekter. I denne forbindelse har vi sett på kontrollrutiner for DRG-fastsetting ute på klinikk og den overordnede oppfølging og kvalitetssikring som gjøres av DRG fastsettingen. Vi har også foretatt stikkprøver på rutiner for oppfølging, avstemming, rapportering og bokføring av ISF inntekter, samt at vi har fulgt opp oppfølging av avviksmeldinger for å sikre at helseforetaket får de inntekter det har krav på.

DRG-kodingen er et tillitsbasert komplekst område der gyldighet, nøyaktighet og tidsriktig koding er en nødvendig for å sikre helseforetakets inntekter. Graden av kompleksitet medfører at det alltid vil foreligge en iboende risiko for medføre feil i helseforetakets inntekter.

Ved vår gjennomgang ble vi gjort kjent med spenningene som foreligger mellom de ulike funksjonene ved kodefaste oppfølging og kontroll av denne. I et slikt tillitsbasert og komplekst system er det avgjørende at det er etablert et godt og fungerende internt kontrollmiljø hvor avvik fra rutineene varsles.

Etter vår oppfatning synes etablerte kontroller å fungere tilfredsstillende.

Helfo-inntekter

Vi har gjennomgått inntekter fra Helfo fra koding ute på klinikk til bokføring av inntekter. Vi har sett nærmere på de etablerte kontrollrutinene for kodefaste oppfølging, samt den oppfølging som gjøres av kodefaste oppfølgingen. Vi har videre sett nærmere på oppfølging, avstemming, rapportering og bokføringer av Helfo-inntektene.

Vår oppfatning er at det i det aller vesentligste er etablert et fungerende system for kontroll, avstemming og bokføring av Helfo-inntekter.

Behandlerkravmeldingene sendes til Helfo i utgangspunktet hver uke. Helseforetaket mottar et vedtak dagen etter. I dette vedtaket er det en spesifisering av avviste krav som sendes ut på avdelingsnivå for gjennomgang. Våre revisjonshandlinger gir ikke et klart bilde av om disse avvikene er gjenstand for betryggende kontrollhandlinger.

Vi ber om en tilbakemelding på hvordan helseforetaket på overordnet nivå følger opp at alle avvik i behandlerkravmeldingene gjennomgås og kvitteres ut. I denne sammenheng ønsker vi følgende punkter spesielt svart ut:

- Kan avvik slettes/kvitteres ut uten at det foretas korrigering?
- Finnes det rapporter som viser akkumulerte uavklarte avvik?
- Hvilke kontroller er etablert for å følge opp at korreksjoner som gjøres er riktig?
- Hvilke kontroller er etablert for å følge opp at alle avvik er gjenstand for gjennomgang og korrigering?



Gjennom vårt arbeid er vi informert om at det har forekommet tilfeller der helseforetaket ikke er tilskrevet rettmessige inntekter. Dette er tilfeller hvor egenandeler for materialgebyrer ikke belastes pasienten, personopplysninger mangler før behandling foretas (typisk for utenlandske pasienter) etc.

Vi ber om tilbakemelding på hvilke kontroller som er etablert for å sikre at deres rutiner følges.

Innkjøpsområdet

Ved vår gjennomgang av innkjøpsområdet har vi sett på systemene og interaksjonen mellom disse, hvordan systemene er satt opp med hensyn på tilgang og rettigheter, samt opparbeidet forståelse av attestasjons- og anvisningsrutiner og det etablerte fullmaktshierarkiet. For å kartlegge og teste dette har vi hatt kontakt med ledelse og medarbeidere ved avdelinger for økonomi, regnskap, innkjøp og lager.

Attestasjons- og anvisningsrutiner

Vi har kontrollert at attestasjons- og anvisningsrutiner i Agresso blir fulgt. Enhver anskaffelse til virksomheten skal attesteres og godkjennes av to forskjellige personer.

Ved våre kontroller fant vi ett avvik på et kjøp på kr 1.716.665 med feil anviser. Fakturabeløp over kr 500.000 skulle i henhold til deres rutiner vært innom leder for økonomi og analyseavdelingen. Vi har ingen indikasjoner på at kostnaden ikke er reell og avviket fremstår som en ren behandlingsfeil.

Gjennom våre kontroller fant vi også fire tilfeller der primæranviser ikke har foretatt anvisning av faktura. I samtlige av disse tilfellene har faktura blitt anvist av noen med anvisningsfullmakt. Vi har fulgt opp med ledelsen og fått avklart at dette er i henhold til rutinene, da de som har foretatt anvisningen har hatt riktig anvisningsfullmakt.

Ved kontroll av attestasjons- og anvisningsrutinene i Clockwork skal det i henhold til rutinene være to ulike personer registrert som rekvirent og godkjenner. Våre kontroller fant avvik på samtlige ordrer vi kontrollerte da det var samme rekvirent som godkjenner. Vi har fått opplyst om at man har fraveket denne rutinen da det gikk ut over pasientsikkerheten dersom ikke godkjenner var til stede. Det er også opplyst om at man jobber med nye rutiner der man ser på muligheten til måtte kreve minst to personer involvert i ordreplassen, for eksempel gjennom å innføre krav om en annen person som utfører varemottaket.

Clockwork er i dag bygd opp slik at samme person kan foreta bestilling, godkjenne faktura og foreta varemottak. Dersom en faktura ikke avviker med mer enn kr 4,99 fra bestilling, går også varekjøpet automatisk til utbetaling. Dette medfører risiko for at et kjøp går gjennom systemet med kun én person involvert. Gjennom våre kontroller fant vi fire ordrer der en og samme person hadde gjort bestilling, godkjenning og varemottak. I tre av disse tilfellene er det snakk om personer som ikke har noen naturlig rekvirent under seg. Vi har diskutert forholdet med ledelsen, som mener at det er innenfor rutinene at personer både bestiller, godkjenner og foretar varemottak i tilfeller hvor arbeidsdeling ikke kan oppnås. Vi gjør oppmerksom på at manglende arbeidsdeling medfører betydelig risiko for at det kan foretas uautoriserte innkjøp. Denne risikoen bør søkes redusert til et minimum. Dette kan



gjøres ved å innføre beløpsmessige begrensninger på hvor store fakturaer som kan gå gjennom systemet med bare en person involvert, eller ved å innføre krav om at varemottaket må gjennomføres av noen andre i tilfeller der rekvirent og godkjenner er samme person.

Det siste avviket må derimot sees på som et reelt avvik da hele ordreprosessen er gjennomført av én person der det burde vært mulig å få til arbeidsdeling. For alle andre kontrollerte ordrer er det sikret noe arbeidsdeling da en annen person har foretatt varemottaket.

Fullmakts-hierarki i Clockwork

Vår gjennomgang viste at det var avvik mellom fullmakts-hierarkiet i Clockwork og fullmakts-hierarkiet i Agresso.

Det legges inn personer med tilgang til å rekvirere og godkjenne i Clockwork, som ikke har tilgang i Agresso. Det ble i møte med ledelsen opplyst om at det er akseptert at det er avvik på bestillertilgang, men at tilgang for godkjenning skal følge samme fullmaktshierarki som Agresso. Det er heller ikke etablert en fast rutine for vedlikehold av tilgangsrettigheter i Clockwork. Dette medfører risiko for at personer ligger inne i systemet med gale rettigheter.

Disse manglene medfører at vi ikke kan bygge på foretakets internkontroll og at vi må utføre utvidede handlinger. Som kompenserende handlinger har vi bestilt dataanalyser for gjennomgang av våre IT-revisorer med det formål å vurdere omfang av ordre-/fakturabehandling som kun involverer en person. Vi har analysert alle inngående fakturaer som er behandlet gjennom Clockwork i tidsperioden 01.01 - 08.11.2016 hvor beløpet er over kr 5000. Av i alt 1676 inngående fakturaer over kr 5000 har vi avdekket at 290 av fakturaene kun er behandlet av 1 person, dvs. 17%. Det er mer enn 20 individer som har vært ene-behandler av disse fakturaene.

Etter vår oppfatning er etablerte kontrollrutiner inn mot Clockwork ufullstendig både med tanke på oppdatering og vedlikehold av systemrettigheter. Det foreligger videre muligheter for at en og samme person kan stå for hele ordreprosessen (rekvirent, godkjenner, varemottakskontroll). Etter vår vurdering er dette en vesentlig mangel i foretakets interne kontroll.

Vi er orientert om at det pågår en forbedringsprosess med sikte på å få på plass nye rutiner knyttet til Clockwork.

Lønnsområdet

I forbindelse med vår revisjon av lønnsområdet har vi fokusert på kartlegging og etterprøving av rutiner og internkontroll for områdene inn- og utmelding av ansatte, lønnskjøringer og reiseregninger.

Vi har involvert avdelingsleder lønn, lønnsavdelingen og HR avdelingen for å kunne kartlegge rutinene på lønnsområdet og derav etterprøve disse ved testing av internkontroll og detaljkontroller.



Personalportalen

Vi har sett på rutiner for inn- og utmelding av ansatte i personalportalen. Systemet fungerer bra så lenge rutinene for inn- og utmelding overholdes.

Det fremkom ved gjennomgangen at det forekommer ca 10-20 tilfeller årlig der ansatte mottar lønn etter sluttdato på grunn av manglende utmelding i personalportalen. Dette oppdages på forskjellige måter, blant annet ved at den tidligere ansatte melder fra selv, avdelingsledere oppdager forholdet eller at lønnsavdelingen fanger dette opp. Det er dermed en iboende risiko for at manglende utmelding ikke blir oppdaget.

Utmelding av ansatte bygger på en manuell kontroll utført av avdelingslederne. Vår oppfatning er at det er risiko for at de etablerte manuelle kontrollrutinene ikke fungerer som forutsatt. Vi anbefaler at rutinene gjennomgås for å sikre en betryggende intern kontroll på dette området.

I de tilfellene slike forhold avdekkes er det etablert gode rutiner for å få tilbakebetalt den urettmessige lønnen.

Timeregistrering

Vi har gjennomgått den overordnede prosessflyten fra timeregistrering til registrering i lønssystem, utbetaling og bokføring i regnskapet. Det er etter vår mening etablert tilfredsstillende kontroller med godkjenning av overordnet samt godkjenning fra lønnsavdelingen. Det er ikke funnet avvik i form av godkjenning av timelister, utbetalinger eller bokføring i regnskap.

Lønnskjøring

Det gjennomføres en prøvelønnskjøring én uke før ordinær lønn. Vi har gjennomgått kontrollene som gjøres mot denne lønskjøringen. Det er etablert en rekke kontroller av lønnsgrunnlaget som er egnet til å fange opp eventuelle store enkeltutbetalinger, unormale timeantall, negative beløp etc. Mange av disse kontrollene er imidlertid ikke etterprøvbare da det ikke foreligger en tilfredsstillende dokumentasjon på at kontrollen er gjennomført.

Vi mener kontrollene som er opprettet på området er gode for å sikre korrekt utbetaling av lønn. Vi anbefaler imidlertid at disse kontrollene formaliseres med krav om dokumentasjon for gjennomført kontroll og hvem kontrollen er utført av.

Reiseregninger

Ved gjennomgang av reiseregninger har vi ved stikkprøver kontrollert hvorvidt dokumentasjon av reisen var tilfredsstillende og at reisekostnadene var godkjent av en overordnet. Det ble ikke funnet noen avvik på området.

Rutiner for dokumentasjon, godkjenning, utbetaling og bokføring synes å fungere tilfredsstillende. Imidlertid vil vi bemerke at det kun er de ansatte på reisekontoret som får sett dokumentasjonen på kostnadene. Overordnede som godkjenner reiseregningen har kun tilgang til selve forsiden av oppsettet. De må dermed godkjenne reiseregningen basert på en beskrivelse av kostnaden og ikke faktiske bilag. Dette er etter vår vurdering en svakhet i rutinen at ikke overordnet godkjenner har mulighet til å se den faktiske



dokumentasjonen. Vi forstår at dette vil endres når foretaket går over på en hel-elektronisk løsning.

Investeringer/byggeprosjekter

I oppdragsdokumentet for 2016 fra Helse Nord RHF til de ulike helseforetakene følger det av punkt 2.4. at det skal foretas en årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter.

Vi har foretatt en overordnet gjennomgang av system for prosjektoppfølgning sammen med prosjektleder, samt at vi har gjennomgått på overordnet nivå rutiner for inngåelse av kontrakter, endringshåndtering og sakshåndtering generelt. Vi har også dannet oss et bilde av etablerte attestasjons- og anvisningsrutiner for byggeprosjektene.

Vi har imidlertid behov for å gjennomgå byggeprosjektene nærmere for å teste at etablerte kontrollrutiner fungerer som foreskrevet. Vi har avtalt en gjennomgang i desember 2016, og vi vil i hovedsak se på de to største prosjektene som er A-fløya og PET senteret.

I forbindelse med vår rapportering etter endt årsoppgjørrevisjon vil vi kommentere investeringer og byggeprosjekter nærmere. Dersom vi mot formodning skulle avdekke vesentlige brudd på interne rutiner, vil vi utarbeide særskilt rapportering til styret så raskt som mulig.

IT revisjon

Vi har gjennomgått generelle IT-kontroller, herunder tilgangskontroller og endringshåndtering, for de sentrale systemene Agresso, Paga, GAT og Clockwork.

Tilgangskontroller

Når nyansatte starter i Helse Nord blir de opprettet i Personalportalen. Det er imidlertid ingen god arbeidsflyt på godkjennelse og opprettelse av brukere, og det er ulike prosedyrer for hvert helseforetak. Dette innebærer at tilganger og rettigheter i det enkelte system forvaltes lokalt. Det er heller ikke etablert noen felles rutine for behandling av brukere som slutter. Det har vært planer om å innføre automatisk deaktivering av brukere ved sluttdato i Personalportalen, men dette er ikke innført ennå.

Det er utarbeidet instruks for hvilke rettigheter i systemene som ikke skal kombineres, men det er ingen sentral oppfølging av dette slik at rutinene kan variere i det enkelte helseforetak.

Ved gjennomgang av brukere og rettigheter i Agresso har vi avdekket at omfanget av brukere med privilegerte rettigheter, slik som rollene SYSTEM og SUPER, er høyt. Eksempelvis er det 15 brukere som har tilgang som SYSTEM, mens 31 brukere har tilgang som SUPER. I Clockwork er det i alt 54 superbrukere, hvorav 28 brukere har rettighet til å opprette eller endre andre brukere. Tilgangene i GAT og Paga styres fra Personalportalen, og brukerne må ha et aktivt ansattforhold for at de skal ha rettigheter i GAT eller Paga. Rolle som godkjenner styres av lederrolle, og superbrukerroller synes å være begrenset til et fåtall individer per helseforetak.



BDO vurderer at det er en risiko for at brukere i RHFet kan ha rettigheter i systemene som går utover de behovene de har for å utføre sine arbeidsoppgaver. Vi vurderer også at det er en risiko for at brukere som forlater virksomheten fremdeles har aktive rettigheter i systemene. Videre vurderer vi at omfanget av brukere med privilegerte rettigheter i spesielt Agresso og Clockwork er høyt, og at det høye antall brukere strider mot prinsipper og god arbeidsdeling i systemene.

Vi vil derfor anbefale at det etableres en arbeidsflyt med utgangspunkt i Personalportalen både ved opprettelse, endring og deaktivering av brukere. En mer automatisert rutine knyttet til administrasjon av brukere vil redusere risikoen for at brukere aggregerer opp vide rettigheter når de skifter stilling internt, eller at de beholder tilganger når de forlater virksomheten. Det første steget som bør innføres er å automatisere deaktivering av brukere i nettverket, Windows Active Directory, med basis i sluttdato i Personalportalen.

Endringshåndtering

Vi har også gjennomgått rutine for implementering av programendringer eller oppgradering av systemene med utgangspunkt i oppgraderingen av Agresso til milestone 5.5.5. Oppgraderingen er gjort i nært samarbeid med systemimplementøren Evry og systemleverandøren, Unit4. Det er gjennomført test av de ulike modulene og prosessene i systemet. Det har også vært utført en del testing av integrasjonene mot andre systemer. Per kontrolltidspunktet var det identifisert enkelte feil, men ingen av disse ble vurdert å være alvorlige eller kritiske i forhold til produksjonssetting.

Det er ingen standardisert prosess for håndtering av programendringer i Helse Nord, hvor endringer, test og kriterier for godkjenning dokumenteres. Rutinene varierer per system, men det gjøres risikovurderinger, test og evaluering i forhold til kompleksitet og omfang av den enkelte programendring.

Vi vil anbefale at Helse Nord etablerer en standardisert prosess for håndtering av programendringer, og at programendringene dokumenteres i et felles verktøy. Dette også for å planlegge og styre driftssetting av endringer på tvers av helseforetakene.

Forberedelser til årsoppgjøret

Som et ledd i vår interimsrevisjon vil i samarbeid med administrasjonen hos UNN legge en plan for årsoppgjøret og den revisjonen som skal gjennomføres i denne forbindelse. Vi vil i løpet av desember komme tilbake med en PBC-liste (prepared by client) over forhold og regnskapsposter vi ønsker dokumentert i denne forbindelse.



Avslutning

Vi ønsker å presisere at de punkter som omtales ovenfor er ment som konstruktive innspill til selskapets ledelse og styre i dets arbeid med å påse at selskapets virksomhet, regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

BDO vil kunne være behjelpelig med å bistå i gjennomføringen av de ovennevnte anbefalinger.

Dersom det er spørsmål eller uklarheter i forbindelse med brevet eller andre forhold, ber vi dere vennligst ta kontakt.

Vi ber om at dette brevet styrebehandles.

Med vennlig hilsen
BDO AS



Frode Kristian Danielsen
Statsautorisert revisor