

Møtedato: 26. mars 2010
Arkivnr.: 134 2010/661

Saksbeh/tlf: Tor Solbjørg, 75 51 29 02

Dato: 12.3.2010

Styresak 40-2010 Internrevisjonsrapport 12/09: Forvaltning av inventar og utstyr i foretaksgruppen

Formål/sammendrag

I samsvar med vedtatt Plan for internrevisjon 2009-2010 har internrevisjonen i Helse Nord RHF gjennomført revisjonsprosjektet "Forvaltning av inventar og utstyr i foretaksgruppen".

Formålet med revisjonen er å kartlegge om helseforetakenes internkontroll gir tilstrekkelig sikkerhet for at inventar og utstyr forvaltes på en tilfredsstillende måte i foretaksgruppen, med sterkest fokus på forvaltningen av medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr. Revisjonen er gjennomført som fire delprosjekter, ved henholdsvis Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF.

Rapportene fra delprosjektene er behandlet i revisjonskomiteen, senest i sak 13/10, og komiteen merket seg særlig opplysningene om etterslep på forebyggende vedlikehold.

I denne saken legges den oppsummerende rapporten fra prosjektet, Internrevisjonsrapport 12/09, frem for styret, se vedlegg.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Internrevisjonsrapport 12/09 Forvaltning av inventar og utstyr i foretaksgruppen – oppsummering, tas til orientering.
2. Styret ber adm. direktør følge opp anbefalingene som er gitt i rapportens pkt 6, det vil si:
 - a) Påse at anbefalingene som er gitt i de enkelte delprosjekter blir fulgt opp i helseforetakene.
 - b) Vurdere om noen av de funn som fremgår av rapporten tilsier at det bør samarbeides om fellesløsninger for hele foretaksgruppen.
3. Styret ber om senest i løpet av våren 2011 å bli orientert om status i de problemstillinger som tas opp i rapporten.

Bodø, den 12. mars 2010

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykt vedlegg: Internrevisjonsrapport 12/09 Forvaltning av inventar og utstyr i foretaksgruppen

Forvaltning av inventar og utstyr i foretaksgruppen - oppsummering

Internrevisjonsrapport nr 12/09

05.03.10

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	4
2.1	Bakgrunn, formål.....	4
2.2	Avgrensing og tilnærming	4
3	FUNN.....	5
3.1	Registrering av inventar og utstyr.....	5
3.1.1	Medisinsk teknisk utstyr	5
3.1.2	Driftsteknisk utstyr	6
3.1.3	PC-er og annet IKT-utstyr	6
3.1.4	Kunst og utsmykning	6
3.1.5	Biler (ekskl. ambulanser).....	6
3.2	Vedlikehold.....	6
3.2.1	Medisinsk teknisk utstyr	7
3.2.2	Driftsteknisk utstyr	8
3.3	Sikring av utstyr.....	9
3.3.1	Generell sikring	9
3.3.2	Fysiske kontroller (tellekontroller).....	9
3.3.3	Merking og annen sikring	9
3.4	Utrangering, kassasjon og avhending	10
3.4.1	Rutiner	10
3.4.2	Regnskapsmessig utrangering	10
4	VURDERINGER OG OPPSUMMERING.....	10
4.1	Risikovurderinger	10
4.2	Registrering av inventar og utstyr	10
4.3	Vedlikehold.....	11
4.3.1	Kompetanse	11
4.3.2	Planlagt og utført vedlikehold	11
4.4	Sikring av inventar og utstyr	12
4.5	Utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr	12
5	ANBEFALINGER TIL HELSEFORETAKENE	13
6	ANBEFALINGER TIL HELSE NORD RHF	13
	VEDLEGG 1: SAMMENFATNING AV FUNN:.....	14

1 SAMMENDRAG

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjonsprosjektet "Forvaltning av inventar og utstyr" i foretaksgruppen, i form av fire delprosjekter som har omfattet: Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Helgelandssykehuset HF. I denne rapporten gis en sammenfattende oppsummering fra delprosjektene.

Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen var å kartlegge om helseforetakenes internkontroll gir tilstrekkelig sikkerhet for at inventar og utstyr forvaltes på en tilfredsstillende måte.

Avgrensning

I revisjonsprosjektet har medisinsk teknisk utstyr og driftsteknisk utstyr stått sentralt. Internkontroll og rutiner knyttet til registrering, vedlikehold og sikring av slikt utstyr er vurdert, i tillegg til utrangerings-, kassasjons- og avhendingsrutiner.

Også PC-er og annet IKT-utstyr, kunst/utsmykning og biler (ekskl. ambulanser) er omfattet av revisjonen. Her har internrevisjonen primært undersøkt om det foreligger register/kartotek som viser hva foretaket eier, og vi har sett på om eiendelene er tilfredsstillende sikret.

Oppsummering av funn og vurderinger

Forvaltningen av inventar og utstyr i foretaksgruppen fremstår på flere områder som hensiktsmessig og betryggende. Internrevisjonen konstaterer likevel at det er rom for betydelige forbedringer på flere områder:

- Foretakene har i liten grad gjennomført dokumenterte risikovurderinger knyttet til forvaltning av driftsteknisk utstyr, det samme gjelder til dels for medisinsk teknisk utstyr.
- Foretakene har lagt mye av sitt inventar og utstyr inn i registre/kartotek. Registreringen gjøres imidlertid ulikt ved de forskjellige sykehus, og er på flere områder mangelfull.
- Foretakene mangler opplæringsplaner for driftsteknisk personell, og har heller ikke kompetanseoversikter for personell med ansvar for vedlikehold av inventar og utstyr.
- Alle foretakene har restanser på preventivt vedlikehold av medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr, ressursene går i stor grad med til "brannslukking". Ved flere av sykehusene har man også mangelfull oversikt over så vel planlagt som utført vedlikehold.
- Det er etablert mange viktige tiltak for sikring av utstyr, men internrevisjonen har også konstatert svakheter, bl.a. fravær av fysiske kontroller og manglende merking.
- Flere foretak mangler skriftlige rutinebeskrivelser for utrangering, kassering og avhending av inventar/utstyr, og de rutiner/skjema som forutsettes benyttet er ikke alltid godt kjent.
- Ved flere av foretakene kan det være vanskelig å kontrollere om regnskapsført inventar/utstyr stemmer med det som faktisk foreligger og er i bruk.

Internrevisjonen er kjent med at alle foretakene for tiden arbeider med å få på plass bedre løsninger knyttet til flere av disse forholdene.

Anbefalinger

Internrevisjonen gir foretakene anbefalinger om:

- a. Gjennomføring av dokumenterte risikovurderinger.
- b. Utarbeiding av opplæringsplaner og oversikter over kompetansebehov og foreliggende kompetanse.

- c. Utarbeiding av retningslinjer for kassasjon, utrangering og avhending av inventar og utstyr, samt bedre tilrettelegging for avstemming av utstyr i bruk mot regnskapsført utstyr.

Videre anbefaler internrevisjonen at Helse Nord RHF

1. påser at anbefalingene som er gitt i delprosjektene blir fulgt opp i helseforetakene, og
2. vurderer om det er funn i rapporten som tilsier at det bør samarbeides om fellesløsninger for hele foretaksgruppen.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn, formål

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjonsprosjektet ”Forvaltning av inventar og utstyr”.

Revisjonsprosjektet inngår i revisjonsplanen for 2008-2009 som ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i sak 40-2008, og er gjennomført i form av fire delprosjekter, rapportert som følger:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Internrevisjonsrapport nr. 08/09
Nordlandssykehuset HF	Internrevisjonsrapport nr. 09/09
Helse Finnmark HF	Internrevisjonsrapport nr. 10/09
Helgelandssykehuset HF	Internrevisjonsrapport nr. 11/09

Hovedformålet med revisjonsprosjektet er å kartlegge om helseforetakenes internkontroll gir tilstrekkelig sikkerhet for at inventar og utstyr forvaltes på en tilfredsstillende måte.

2.2 Avgrensing og tilnærming

Følgende typer utstyr ble valgt ut for nærmere gjennomgang:

1. Medisinsk teknisk utstyr
2. Driftsteknisk utstyr
3. PC-er og annet IKT-utstyr
4. Kunst og utsmykning
5. Biler (ekskl. ambulanser)

Forvaltning av inventar og utstyr er et område som favner vidt, og internrevisjonen valgte ut følgende sentrale tema for gjennomgangen:

1. Registrering av inventaret/utstyret
2. Vedlikehold
3. Sikring
4. Utrangerings-, kassasjons- og avhendingsrutiner

Omfanget av gjennomgangen har variert noe for de ulike utstyrstypene. De mest inngående undersøkelsene er gjort i forhold til medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr. For det øvrige inventar og utstyr har vi i hovedsak undersøkt om det foreligger register/kartotek e.l. som viser hva foretaket eier, og vi har sett på om eiendelene er tilfredsstillende sikret.

Revisjonen er gjort ved dokumentgjennomgang, testing av registrerte opplysninger (for medisinsk teknisk utstyr), intervjuer og skriftlige og muntlige tilbakemeldinger.

Oppsummeringsmøte ble avholdt hos foretakene i april 2009. Fullføringen av delprosjektene, og rapporteringen av dem, ble deretter betydelig forsinket pga at medarbeideren som utførte det meste av arbeidet sluttet i Helse Nord RHF.

3 FUNN

I vedlegg 1 til rapporten er det tatt inn en sammenfattende oversikt over sentrale fakta/funn som er beskrevet nedenfor.

3.1 Registrering av inventar og utstyr

Inventarregister/kartotek e.l. er nødvendig for å holde oversikt over utstyret foretakene eier og for å kunne forvalte det på en forsvarlig måte. Vi har kartlagt hvilket verktøy foretakene har for registrering av de ulike utstyrstypene:

3.1.1 Medisinsk teknisk utstyr

I Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr av 20.08.99, veiledning til § 16, stilles det krav om ”*at helseinstitusjonen har en systematisk oversikt over elektromedisinsk utstyr hvor det for hver enkelt utstyrsenhet minst fremgår:*

- *Utstyrsguppe, utstyrstype (fabrikant og modell), leverandør*
- *Anskaffelsesår*
- *Tilbehør, eventuell programvareversjon og tilleggsutstyr,*
- *Endringer, reparasjoner og vedlikehold (hva, når, av hvem).*

Det er nødvendig at det er entydig overensstemmelse mellom kartoteket og de enkelte utstyrsenheter.”

De medisinske tekniske avdelingene ved alle foretakene benytter dataverktøy for å holde oversikt over utstyret og vedlikeholdet av det. Ni av sykehusene benytter systemet Merida. UNN Tromsø brukes KSS, som leverandøren sluttet å vedlikeholde i 1997 (siden da har UNN selv vedlikeholdt det), og Helgelandssykehuset Sandnessjøen bruker Maintenance Pro 2 (MP2).

UNN er med i et nasjonalt samarbeid med sykehus i andre regioner (de gamle regionsykehusene) hvor kravspesifikasjon til nytt system er under utarbeidelse.

Test av registrerte opplysninger om medisinsk teknisk utstyr

Det ble gjennomført kontroll med registrering knyttet til tre anskaffelser ved hvert av de fire foretakene (hhv. i Hammerfest, Tromsø, Bodø og Mo i Rana). Ved alle foretakene ble det konstatert mangler:

- Ett tilfelle av manglende registrering av anskaffet utstyr (Helse Finnmark)
- Flere tilfeller av manglende eller ikke ajourført registrering av utført vedlikehold (Helse Finnmark, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset)
- Ett tilfelle hvor neste planlagte kontroll ikke var registrert (UNN)
- Ett tilfelle av feil opplysning om garantiperiode (Helgelandssykehuset).

3.1.2 Driftsteknisk utstyr

Fem av sykehusene manglet overordnet system for registrering av driftsteknisk utstyr da revisjonen ble gjennomført (Kirkenes, Narvik, Lofoten, Mo og Sandnessjøen). For øvrig var fem ulike dataverktøy i bruk til slik registrering i foretaksgruppen.

Etter de opplysningene som ble gitt, har alle foretakene planer om, eller er i gang med, å ta i bruk felles FDV-verktøy¹ ved alle sine sykehus: Plania (som benyttes i Harstad) implementeres i Helse Finnmark og i UNN, Portico Estate i Nordlandssykehuset og Lydia i Helgelandssykehuset.

3.1.3 PC-er og annet IKT-utstyr

Det er store ulikheter i hvordan registrering av pc-er og annet ikt-utstyr foregår, både foretakene mellom og innenfor det enkelte foretak.

Alle sykehusene unntatt Hammerfest, Kirkenes og Narvik, benytter et dataverktøy for registrering av pc-er, men det er betydelige variasjoner i hvor lenge dette verktøyet har vært i bruk og hvilken informasjon som legges inn i registeret. Annet utstyr, som scannere, skrivere og skjermer, blir i mindre grad lagt inn i disse registrene, det fremkom at bare tre-fire av sykehusene har tilfredsstillende oversikt over slikt utstyr. Flere av sykehusene etterlyste et godt, felles verktøy til bruk for registrering av pc-er og annet ikt-utstyr.

3.1.4 Kunst og utsmykning

Også registrering av kunst foregår på svært ulikt vis. Ved noen av sykehusene opplyses det at man holder tilnærmet komplett oversikt ved hjelp av innbundne bøker, regneark eller datasystem, andre har oversikt over deler av beholdningen, mens enkelte sykehus bare i svært begrenset grad har registrert kunst og utsmykning.

3.1.5 Biler (ekskl. ambulanser)

Alle foretakene har oversikt over biler de eier eller leier/leaser.

3.2 Vedlikehold

Tilfredsstillende vedlikehold er nødvendig både med tanke på driftssikkerhet/pasientsikkerhet (at utstyret til enhver tid fungerer som forutsatt) og av økonomiske hensyn (for å oppnå maksimal leve-/brukstid uten kostbare reparasjoner).

I dette revisjonsprosjektet har vi sett på hvordan foretakene legger til rette for tilfredsstillende vedlikehold av hhv. medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr. Vi har undersøkt hvordan man sikrer at personalet som har ansvar for vedlikeholdet har den kompetanse som er nødvendig, hvordan man holder oversikt over planlagt (fremtidig) og utført vedlikehold, og i hvilken grad det gjennomføres risikovurderinger knyttet til bruken av utstyret.

¹ Verktøy for Forvaltning, Drift og Vedlikehold

3.2.1 Medisinsk teknisk utstyr

a) Kompetanse

For betryggende forvaltning/vedlikehold av utstyr må teknisk personell ha tilstrekkelig kompetanse. Forskrift om medisinsk teknisk utstyr inneholder bestemmelser om opplæring av brukerne av utstyret, men kravet gjelder ikke for teknisk personell. Internrevisjonen er imidlertid kjent med at Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) fordrer at avdelingene har plan for opplæring av nyansatte. Slike planer/prosedyrer foreligger ved alle sykehusene bortsett fra Mo i Rana og Sandnessjøen, som ikke har utarbeidet endelige, skriftlige planer.

”Samtykke” er en egen godkjenningsordning for medisinsk teknisk personell, som administreres av DSB. Foretakene opplyser at de aller fleste i denne personellgruppen har slik godkjenning, bare en del relativt nyansatte (og én ansatt i en liten stillingsprosent) har ikke oppfylt kravene.

Oversikter over hvilken kompetanse den enkelte medarbeider besitter og hvilken samlet kompetanse som er tilgjengelig for avdelingen med ansvar for vedlikeholdet, vil være viktig som grunnlag for å opprettholde og videreutvikle nødvendig kompetanse. Da revisjonen ble gjennomført hadde ingen av sykehusene slik oversikt over medarbeidernes kompetanse.

b) Planlagt og utført vedlikehold

Alle sykehusene med unntak av Kirkenes har opplegg for registrering av planlagt, fremtidig vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr. (Kirkenes utarbeider imidlertid en årsoversikt med avdelingsvise planer og tidspunkt for ekstern service på kritisk utstyr.) For Mosjøen er dette begrenset til å gjelde vedlikehold som skal utføres av egne ansatte, ved de øvrige sykehusene omfatter registreringer også vedlikehold/service ved ekstern leverandør.

Alle sykehusene har rutine for registrering av faktisk utført vedlikehold, både det man utfører selv og det som gjøres av ekstern leverandør.

I pkt 3.1.1 foran er det gjort rede for testen vi gjennomførte knyttet til tre anskaffelser ved hvert av de fire foretakene. Testen viste manglende registrering av planlagt vedlikehold både i Tromsø og Bodø, og at det synes å ha forekommet svikt i rutinene for registrering av utført vedlikehold både i Hammerfest, Bodø og Mo.

Ved samtlige foretak/sykehus er det pekt på at mye tid går med til reparasjoner (”brannslukking”), og at det som er mest kritisk må prioriteres. Situasjonen er ikke lik over alt, men noen av sykehusene gir uttrykk for at det foreligger betydelige etterslep i forebyggende vedlikehold. I minst ett tilfelle er dette også slått fast i rapport fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Flere foretak understreker at de har stor oppmerksomhet rettet mot problemet, og noen gir uttrykk for at situasjonen er i ferd med å bedre seg.

c) Risikovurderinger

I henhold til Veiledning til § 15 i forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr av 20.08.99, skal ”Vedlikeholdet av medisinsk teknisk utstyr baseres på vurdering av risiko og produsentens anbefaling”.

Ved UNN og NLSH utarbeides det risikovurderinger på gruppenivå (f.eks. respiratorer, dialysemaskiner), men disse opplyses å være av forholdsvis generell karakter. Ved UNN vises

det til at frekvens for periodisk vedlikehold i økende grad baseres på produsentens anbefalinger. Testen vi gjennomførte, jf. pkt 3.1.1 foran, viste at NLSH Bodø ikke kunne dokumentere utført risikovurdering vedr. CT-apparater (slik vurdering er senere utarbeidet).

Ved Helgelandssykehuset gjennomføres det risikovurderinger i noe varierende omfang fra sykehus til sykehus, men disse er i liten grad dokumentert skriftlig. Også her legges ofte produsentens anbefalinger til grunn.

Det foreligger ikke oppdaterte, skriftlige risikovurderinger for medisinsk teknisk utstyr ved Helse Finnmark. Det vises imidlertid til at periodisk vedlikehold utføres i tråd med (eller hyppigere enn) produsentens anbefalinger, noe man mener innebærer at det ikke er nødvendig med egne risikovurderinger. Dette standpunktet skal være akseptert av DSB.

3.2.2 Driftsteknisk utstyr

a) Kompetanse

Ingen av sykehusene har utarbeidet konkrete opplæringsplaner for nyansatte knyttet til vedlikehold av driftsteknisk utstyr. Det opplyses at opplæring skjer ved at man gjør seg kjent med bygget og ved gjennomgang av rutiner og prosedyrer.

Forskrift av 28.04.06 om sikkerhet ved arbeid og drift ved elektriske anlegg pålegger foretaket å sørge for at det gis nødvendig opplæring, øvelse og instruksjon til ansatte det er aktuelt for. Opplæringen skal skje minst én gang i året, eller oftere dersom forholdene tilsier det. Dokumentasjon for slik årlig opplæring foreligger i varierende grad i systematisert form i foretakene, men ingen av dem har noen samlet oversikt som viser kompetansen til den enkelte.

b) Planlagt og utført vedlikehold

NLSH Bodø og Helgelandssykehuset Mosjøen opplyser at de har etablert opplegg for å holde oversikt over alt planlagt vedlikehold av driftsteknisk utstyr. De andre sykehusene mangler slik oversikt, eller har oversikter/planer som er mangelfulle.

I Bodø og Vesterålen registreres alt utført vedlikehold, uavhengig av om det er utført ved egne ansatte eller av andre. Ved de andre sykehusene blir vedlikeholdet enten ikke registrert, eller registreringen er mangelfull/ufullstendig.

Ved samtlige sykehus ble det overfor internrevisjonen påpekt at svært mye tid går med til reparasjoner av driftsteknisk utstyr ("brannslukking"), på bekostning av planlagt, preventivt vedlikehold. En årsak oppgis å være at utstyret brukes svært lenge (til det er nedslitt).

c) Risikovurderinger

Ved flere av foretakene er det i årenes løp gjort risikovurderinger og ROS-analyser knyttet til strøm- og vannforsyning, brannsikkerhet, ombyggings- og moderniseringsprosjekter o.l.

Ut over dette foreligger det i svært liten grad oppdaterte, dokumenterte risikovurderinger knyttet til forvaltning av driftsteknisk utstyr ved sykehusene i foretaksgruppen.

3.3 Sikring av utstyr

3.3.1 Generell sikring

For å hindre tyveri eller uautorisert bruk av utstyr er det viktig at det er iverksatt generelle sikringstiltak. Ett eksempel er etablering av adgangskontroll ("skallsikring"). Adgangskontroll er etablert ved alle sykehusene, men på noe ulikt vis. Det typiske mønsteret er at adgang via forskjellige innganger (ekskl. resepsjon) krever tildelt adgangskort eller utdelt nøkkel, og at det trengs særskilt tillatelse (autorisasjon) for å ha adgang til enkelte soner i bygget.

3.3.2 Fysiske kontroller (tellekontroller)

I Kirkenes er det startet en gjennomgang for å sikre at alt registrert medisinsk teknisk utstyr er tilstede, noe lignende gjøres i Mosjøen. I Vesterålen foretas det jevnlig kontroll med mindre utstyr som ikke er fastmontert (verktøy, tv osv). Ut over dette gjøres det ikke rutinemessige kontroller med tilstedeværelse av utstyret i foretakene.

Alle foretakene opplyser for øvrig at det er sjelden at noe utstyr blir borte.

3.3.3 Merking og annen sikring

a) Medisinsk teknisk utstyr

I forskriften for elektromedisinsk utstyr, Veiledning til § 16, fremgår det at det skal være en *"entydig overensstemmelse mellom kartoteket og de enkelte utstyrsenheter"*. Alle sykehusene merker nå medisinsk teknisk utstyr på en måte som gir slik overensstemmelse med registeret/kartoteket.

b) Driftsteknisk utstyr

Det fremgår av pkt 3.1.2 foran at sykehusene i Kirkenes, Narvik, Lofoten, Mo og Sandnessjøen mangler verktøy for registrering av driftsteknisk utstyr. Her blir utstyret heller ikke merket. Alle sykehusene som har tatt i bruk verktøy for registrering, merker sitt driftstekniske utstyr.

c) Kunst og utsmykning

Internrevisjonen har bare i begrenset omfang kartlagt eventuelle sikringstiltak rundt kunst og utsmykning ved sykehusene. Funnene er dermed ikke fullt ut sammenlignbare.

Vi har konstatert at UNN Tromsø har etablert sikring i form av låsing av kunstverk til vegg og plassering av museale gjenstander i montere, og at NLSH Vesterålen merker bilder med unikt nummer fra Merida. Ved NLSH Bodø er kunsten verken merket eller sikret på annet vis, det samme gjelder ved Helgelandforetaket Mo og Sandnessjøen. (NLSH Lofoten har merket kunst som er utplassert etter februar 2009, mens Helgelandssykehuset Mosjøen merker utsatt utstyr.)

d) PC-er

Opplysninger fra Helse Nord IKT og fra foretakene selv viser at det er etablert en form for merking av pc-er ved alle sykehusene. Merkingen skjer imidlertid på svært ulike måter, også innenfor det enkelte foretak.

3.4 Utrangering, kassasjon og avhending

3.4.1 Rutiner

Nordlandssykehuset har utarbeidet ”Reglement for utrangering, kassasjon og avhending av materiell som tilhører NLSH HF”.

Ved de andre foretakene foreligger ikke eget reglement eller rutinebeskrivelse for utrangering, kassasjon og avhending av utstyr. En del rutiner er likevel etablert også ved disse foretakene, og utrangering mm. blir i noen grad omtalt i rutiner for anleggsregister (Helse Finnmark) og rutiner for utstyrsanskaffelser (UNN). Det er også utarbeidet skjema som f.eks. Skjema for utrangering av anlegg (Helse Finnmark) og Kassasjonskjema (Helgelandssykehuset), men disse synes dårlig kjent og opplyses å være lite benyttet.

3.4.2 Regnskapsmessig utrangering

For at regnskap og noteopplysninger skal vise et riktig bilde av foretakenes anleggsmidler, er det viktig med rutinemessig gjennomgang og kontroll av opplysningene i anleggsregisteret (i regnskapssystemet Agresso). Internrevisjonen konstaterer at alle foretakene har etablert en rutine hvor avdelingene får utskrift/oversikt over utstyr registrert i anleggsregisteret, som de skal kontrollere mot hva som faktisk foreligger og er i bruk ved avdelingen. Ved NLSH og Helse Finnmark gjøres dette nå tertialvis, ved UNN og Helgelandssykehuset en gang i året. Fra noen av foretakene meldes det at kontrollen av ulike årsaker er vanskelig å gjennomføre, og at man ikke får svar fra alle avdelinger. Helse Finnmark og UNN opplyser at det pågår arbeid med å finne bedre løsninger på avstemmingsarbeidet.

4 VURDERINGER OG OPPSUMMERING

4.1 Risikovurderinger

Systematiske risikovurderinger er viktige for å sikre at alle vesentlige risikoforhold i en virksomhet blir identifisert, analysert og håndtert, samtidig som de kan bidra til at unødvendige kontrolltiltak avvikles eller unnlates etablert. Risikovurderinger har ikke vært et sentralt tema i dette revisjonsprosjektet, men det fremgår bl.a. av pkt. 3.2.2 c foran at alle foretakene i liten grad har gjennomført/dokumentert risikovurderinger knyttet til forvaltning av driftsteknisk utstyr. Internrevisjonen mener dette burde vært gjort i større grad.

Som det fremgår av punktene nedenfor mener vi at risikovurderinger bør gjennomføres også for andre tema som har vært vurdert i dette revisjonsprosjektet.

4.2 Registrering av inventar og utstyr

Som nevnt under punkt 3.1 er inventarregistre/kartotek nødvendig for å holde oversikt over utstyret foretakene eier og for å kunne forvalte det på en forsvarlig måte. Et slikt register over anskaffet utstyr, inngåtte serviceavtaler, utført vedlikehold, reparasjoner m.m. vil inneholde verdifull informasjon til bruk bl.a. i risikovurderinger, ved prioritering av vedlikehold og ved

kvalitetsvurderinger i forbindelse med fremtidige kjøp. Informasjonen blir tilgjengelig også i fremtiden, for nye ansatte.

Vår gjennomgang viste at ikke alt inventar/utstyr er lagt inn i slike registre:

- Alle sykehusene har oversikt over medisinsk teknisk utstyr. (En begrenset stikkprøvekontroll viste imidlertid ett tilfelle av manglende registrering av slikt utstyr.)
- Fem sykehus mangler verktøy for registrering av driftsteknisk utstyr. Det er opplyst at alle foretakene har planer om, eller er i gang med, å ta i bruk felles verktøy for sine sykehus. (Ett system til bruk i Helse Finnmark og UNN, ett i NLSH og ett i Helgelandssykehuset.)
- Tre av sykehusene mangler dataverktøy for registrering av pc-er. Blant de øvrige er det betydelige variasjoner i hvor lenge verktøyet har vært i bruk og hvilken informasjon som legges inn i registeret. Annet ikt-utstyr, som scannere, skrivere og skjermer, blir i mindre grad lagt inn i disse registrene.
- Det er store variasjoner i hvilken oversikt sykehusene har over kunst og utsmykning de eier.
- Alle foretakene har oversikt over eide/leide/leasede biler.

Internrevisjonen mener det er behov for bedre og mer ensartede opplegg for registrering av foretakenes inventar og utstyr og vedlikeholdet av dette (se pkt 4.3), men det er ikke nødvendigvis slik at alt utstyr må kartotekføres. Det vil bl.a. avhenge av antall og verdi av de ulike typer utstyr, og muligheten for på en enkel måte å hente ut tilfredsstillende oversikter fra andre kilder, f.eks. fra regnskapet. Vi vil derfor ikke gi konkrete forslag til registreringsopplegg for ulike typer inventar/utstyr, men mener foretakene bør basere sine beslutninger om dette på konkrete risikovurderinger.

4.3 Vedlikehold

4.3.1 Kompetanse

Det er viktig at ansatte med ansvar for utstyrets vedlikehold har den kompetanse som kreves for å forvalte det på en forsvarlig måte. For å sikre at nyansatte får nødvendig opplæring vil en opplæringsplan være nyttig. Videre vil oversikter over hvilken kompetanse den enkelte besitter og hvilken samlet kompetanse som er tilgjengelig for avdelingen, gi foretaket viktig informasjon for å kunne vedlikeholde og videreutvikle nødvendig kompetanse.

Internrevisjonen konstaterer at alle sykehusene med unntak av to har konkrete, skriftlige planer/prosedyrer for opplæring av medisinsk teknisk personell, men at ingen av dem har slike planer for driftsteknisk personell. Ingen sykehus har heller samlet oversikt over kompetansen til personalet som har ansvar for vedlikehold av medisinsk teknisk eller driftsteknisk utstyr.

Internrevisjonen mener alle sykehusene bør ha opplæringsplaner og kompetanseoversikter, i alle fall for visse kategorier ansatte.

4.3.2 Planlagt og utført vedlikehold

Mye medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr vedlikeholdes av eksterne leverandører i henhold til inngåtte serviceavtaler. Gjennom våre undersøkelser har det imidlertid fremkommet flere utfordringer knyttet til øvrig forebyggende vedlikehold, som foretakene selv skal ivareta:

Alle foretakene melder om restanser på det forebyggende vedlikeholdet av så vel medisinsk teknisk som driftsteknisk utstyr. Omfanget varierer fra sykehus til sykehus, men etter internrevisjonens vurdering er dette samlet sett alvorlig. Alle foretakene opplyser at tiden i stor grad går med til "brannslukking", mindre til forebyggende vedlikehold, særlig synes dette å være tilfelle for driftsteknisk utstyr. Ved flere av sykehusene er det opplyst at det ikke foreligger noen plan for systematisk utskifting av dette utstyret.

I denne forbindelse er det svært uheldig at flere av sykehusene verken har fullgod oversikt over det vedlikeholdsarbeidet som skulle vært gjort, eller det som faktisk er utført.

Internrevisjonen legger til grunn at den pågående utvikling og implementering av nye verktøy for registrering, planlegging og oppfølging av utstyr vil bidra til betydelig forbedring på dette området. Foretakene bør imidlertid gjennomføre dokumenterte risikovurderinger for å avklare eventuelt behov for ytterligere tiltak for å bringe risikoen ved dagens vedlikeholdsetterslep ned på et akseptabelt nivå.

4.4 Sikring av inventar og utstyr

Utstyr kan sikres gjennom mange forskjellige tiltak, som begrensning av fysisk tilgang, fysiske kontroller/tellekontroller (inkl. oppfølging av avvik), forsikringsavtaler, alarmer, merking osv.

Internrevisjonen har i dette prosjektet gjort en svært begrenset kartlegging av etablerte sikringstiltak. Vi konstaterer at mange kontrolltiltak er på plass, men som det fremgår av pkt 3.3 foran blir det bare i svært beskjedent omfang foretatt fysiske kontroller med utstyrets tilstedeværelse ved sykehusene. Videre er det flere sykehus som ikke har merket sitt driftstekniske utstyr, og det er avdekket klare mangler i merking og sikring av kunst/utsmykning.

En risikovurdering av foretakenes forvaltning av inventar og utstyr bør etter internrevisjonens oppfatning inkludere en vurdering av om etablerte sikringstiltak er hensiktsmessige og tilstrekkelige.

4.5 Utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr

Tre av foretakene mangler skriftlig reglement/rutinebeskrivelse for utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr. En del av de rutiner som er etablert og skjemaer som skal benyttes opplyses videre å være lite kjent og lite brukt i organisasjonen.

Det fremgår videre av pkt 3.4.2 foran at det ved noen av foretakene kan være vanskelig å kontrollere om bokført inventar/utstyr i regnskapet stemmer med det som faktisk foreligger og er i bruk på sykehusene.

Internrevisjonen ser det som viktig at det utarbeides hensiktsmessige retningslinjer for utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr i de foretakene som ikke har det, og at alle foretakene legger godt til rette for å avstemme bokført inventar/utstyr mot det som faktisk er til stede og i bruk ved sykehusene.

5 ANBEFALINGER TIL HELSEFORETAKENE

Forvaltningen av inventar og utstyr i foretaksgruppen fremstår på flere områder som hensiktsmessig og betryggende.

Internrevisjonen konstaterer likevel at det er rom for betydelige forbedringer på flere områder, samtidig som vi er kjent med at foretakene arbeider med å få på plass bedre løsninger.

I internrevisjonsrapport 08/09, 09/09, 10/09 og 11/09 har vi gitt anbefalinger til hvert enkelt foretak. Disse anbefalingene er tilnærmet likelydende, og går ut på følgende:

a. Risikovurderinger:

Helseforetaket bør sørge for at det foretas dokumenterte risikovurderinger knyttet til flere av de tema som er omhandlet i revisjonsrapporten, først og fremst:

- registrering av foretakets inventar og utstyr,
- forebyggende vedlikehold av (medisinsk teknisk og) driftsteknisk utstyr, og
- etablerte sikringstiltak ved sykehusene.

Risikovurderingene legges til grunn for beslutning om etablering/ending/harmonisering av prosedyrer og andre kontrolltiltak i foretaket.

b. Opplæringsplaner og kompetanseoversikter:

Det bør utarbeides opplæringsplaner samt oversikter over kompetansebehov og foreliggende kompetanse for personell med sentrale oppgaver knyttet til vedlikehold av inventar og utstyr.

c. Utrangering, kassasjon og avhending av inventar/utstyr:

Det bør utarbeides retningslinjer for utrangering/kassasjon og avhending av inventar og utstyr i foretaket. (Gjelder ikke NLSH, hvor det i stedet er formulert et par konkrete anbefalinger knyttet opp til foretakets etablerte rutiner.)

Det påbegynte arbeidet med å legge bedre til rette for å avstemme utstyr i bruk mot regnskapsført utstyr, er viktig og bør videreføres/fullføres. Dette gjelder både for medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr. (Gjelder Helse Finnmark og UNN.)

6 ANBEFALINGER TIL HELSE NORD RHF

Helse Nord RHF er ikke omfattet av dette revisjonsprosjektet. På bakgrunn av det regionale foretakets påse-ansvar i forhold til de underliggende helseforetakene vil internrevisjonen anbefale følgende:

1. Helse Nord RHF bør påse at anbefalingene som er gitt i de enkelte delprosjekter blir fulgt opp i helseforetakene.
2. Det bør vurderes om noen av de funn som fremgår av rapporten tilsier at det bør samarbeides om fellesløsninger for hele foretaksgruppen.

Vedlegg 1: Sammenfatning av funn:

	Helse Finnmark HF		Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)			Nordlandssykehuset HF (NLSH)			Helgelandssykehuset HF		
	<u>Hammerfest</u>	<u>Kirkenes</u>	<u>Tromsø</u>	<u>Harstad</u>	<u>Narvik</u>	<u>Bodø</u>	<u>Vesterålen</u>	<u>Lofoten</u>	<u>Mo</u>	<u>Mosjøen</u>	<u>Sandnessjøen</u>
Verktøy for registrering av medisinsk teknisk utstyr (MTU)	Merida (Test viste manglende reg. av en anskaff.)	Merida	KSS	Merida	Merida	Merida	Merida	Merida	Merida	Merida	MP2
Verktøy for registrering av driftsteknisk utstyr (DTU)	Egenutv. verktøy. Implementerer Plania	Mangler. Skal implementere Plania	Lydia + bok. Implementerer Plania.	Plania	Mangler. Implementerer Plania	Merida. Implementerer Portico Estate.	Merida. Implementerer Portico Estate.	Mangler. Implementerer Portico Estate.	Mangler. Lydia skal tas i bruk.	MP2. Lydia skal tas i bruk.	Mangler. Lydia skal tas i bruk.
Registrering av pc og annet ikt-utstyr	Mangler	Mangler	Verktøy Snow + Excelfil	Excel-fil	Mangler	Merida	Nettv.progr. Spice Works	Egenutviklet verktøy	Altiris + web-basert applikasj.	Altiris + manuell registr.	Altiris + perm
Registrering av kunst og utsmykning	Mangler	Mangler	Bok	Bok	Mangler	Diverse, komplett oversikt mangler	I Merida	Mangler	Mangler (ikke oppdatert)	Mangler (ikke oppdat.)	Bok og regneark
Registrering av øvrig inventar/utstyr (kunst, ikt-utstyr, biler)	Mangelfullt for PC/IKT Mangler for kunst.		Mangelfullt for pc/ikt.	Ok	Mangler for pc/ikt og for kunst.	Mangelfullt for kunst.	Ok	Mangelfullt for kunst.	Mangelfullt for pc/ikt og for kunst.	Mangelfullt for pc/ikt og for kunst.	Mangelfullt for pc/ikt.

<u>Vedlegg 1, side 2</u>	Helse Finnmark		Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)			Nordlandssykehuset (NLSH)			Helgelandssykehuset		
	<u>Hammerfest</u>	<u>Kirkenes</u>	<u>Tromsø</u>	<u>Harstad</u>	<u>Narvik</u>	<u>Bodø</u>	<u>Vesterålen</u>	<u>Lofoten</u>	<u>Mo</u>	<u>Mosjøen</u>	<u>Sandnessjøen</u>
Registrering av planlagt og utført vedl.hold av MTU	Gjøres. Test viste at utført vedl.hold ikke var registrert.	Mangelfullt for planlagt vedl.hold.	Gjøres. Test: neste planlagte kontroll var ikke registrert.	Gjøres	Gjøres	Gjøres. Test viste at utført vedl.hold ikke var registrert.	Gjøres	Gjøres	Gjøres. Test viste at utført vedl.hold ikke var registrert.	Mangler oversikt over pl.lagt v/eksterne (andre).	Gjøres
Registrering av planlagt og utført vedl.hold av DTU	Mangelfullt	Mangelfullt	Mangelfullt	Mangelfullt	Mangelfullt	Gjøres	Gjøres for utført	Mangelfullt	Mangelfullt	Gjøres for planl.	Mangelfullt
Registrering av øvrig inventar/utstyr (kunst, ikt-utstyr, biler)	Mangelfullt for PC/IKT Mangler for kunst.		Mangelfullt for pc/ikt.	Ok	Mangler for pc/ikt og for kunst.	Mangelfullt for kunst.	Ok	Mangelfullt for kunst.	Mangelfullt for pc/ikt og for kunst.	Mangelfullt for pc/ikt og for kunst.	Mangelfullt for pc/ikt.
Risikovurderinger	Mangelfullt, bl.a. for MTU og DTU		Mangelfullt, bl.a. for DTU			Mangelfullt, bl.a. for DTU			Mangelfullt, bl.a. for MTU og DTU		
Kompetanseoversikter for vedl.holdspersonell	Nei		Nei			Nei			Nei		
Opplæringsplaner for vedlikeholdspersonale	Kun for medisinsk teknisk		Kun for medisinsk teknisk			Kun for medisinsk teknisk			Nei	Kun for med.tekn	Nei
Merking av MTU og DTU	Ok	Ikke DTU	Ok	Ok	Ikke DTU	Ok	Ok	Ikke DTU	Ikke DTU	Ok	Ikke DTU
Rutinebeskrivelse for utrangering mm	Nei		Nei			Ja			Nei		