



Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

**Årsrapport 2018 for styrets revisjonsutvalg og
konsernrevisjonen**

Behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF, 25. april 2019



Introduksjon

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

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styret ved revisjonsutvalget og administrativt til administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF.

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

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2018.



Innhold

1. Revisjonsutvalget	4
1.1 Formål	4
1.2 Sammensetning	4
1.3 Oppgaver	4
1.4 Møter og saker	4
2. Konsernrevisjonen	5
2.1 Om konsernrevisjonen	5
2.2 Gjennomført arbeid i 2018	7
Vedlegg - Beskrivelse av revisjoner i 2018	10



1. Revisjonsutvalget

1.1 Formål

Styrets revisjonsutvalg er et underutvalg av styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. § 21a i Helseforetaksloven. Revisjonsutvalget har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrollfunksjon. Revisjonsutvalget skal støtte styret i arbeidet med å ha oversikt og kontroll med foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll.

1.2 Sammensetning

Utvalget har tre medlemmer som velges av og blant styrets medlemmer. Et av medlemmene velges blant de ansattes valgte styremedlemmer. Styret oppnevner leder av revisjonsutvalget. Revisjonsutvalgets medlemmer var i 2018:

- Geir Nilsen (leder)
- Kirsten Brubakk
- Vibeke Limi

Konsernrevisor er revisjonsutvalgets sekretær.

1.3 Oppgaver

Styret i Helse Sør-Øst RHF har fastsatt en instruks som utdypet formål, ansvar, myndighet og oppgaver for revisjonsutvalget. Utvalget har oppgaver knyttet til styrets tilsyns- og kontrollfunksjon, oppfølging av konsernrevisjonen samt oppfølging av ekstern revisors arbeid.

Revisjonsutvalget skal:

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

1.4 Møter og saker

Revisjonsutvalget har avholdt syv møter i 2018. Følgende saker er behandlet:

- Instrukser for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen
- Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2019
- Godkjenning av endringer i revisjonsplan for 2018
- Godkjenning av konsernrevisjonens oppdragsplaner
- Resultater fra utførte revisjoner
- Resultater fra oppfølging av tidligere revisjoner
- Status for konsernrevisjonens revisjoner i perioden
- Administrasjonens risikovurderinger
- Orienteringer fra administrasjonen
- Eksternrevisors risikovurderinger og revisjonsplan for 2018
- Eksternrevisors resultater fra revisjonen av årsregnskapet for 2017

Protokoll fra møtene i revisjonsutvalget fremlegges for styret i Helse Sør-Øst RHF.

2. Konsernrevisjonen

2.1 Om konsernrevisjonen

2.1.1 Konsernrevisjonen skal bidra til forbedring

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

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

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

Konsernrevisjonens visjon

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

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

Uavhengighet

Konsernrevisjonen er faglig uavhengig av linjeorganisasjonen og rapporterer funksjonelt til revisjonsutvalget og styret i Helse Sør-Øst RHF. Administrativt rapporterer konsernrevisjonen til administrerende direktør. I tråd med internasjonale standarder skal konsernrevisjonens leder minst årlig bekrefte overfor styret at konsernrevisjonen er uavhengig. Konsernrevisor bekrefter at konsernrevisjonen i 2018 har vært uavhengig i sin rolle.

Ressurser

Konsernrevisjonen har ved utgangen av 2018 hatt ti fast ansatte i 100 % stilling, inkludert konsernrevisor. En medarbeider har sluttet i løpet av året, og stillingen skal utlyses.

Avdelingen har bredt sammensatt kompetanse. De ansatte har hovedsakelig utdanning på mastergradsnivå innenfor helse, økonomi, revisjon og samfunnsvitenskapelige fag. De fleste har i tillegg diplomering eller sertifisering som interne revisorer.

Ved behov kan konsernrevisjonen leie inn ressurser med spesialistkompetanse fra helseforetak eller fra konsulentselskap. I 2018 har konsernrevisjonen leid inn ekstern konsulent i tre revisjoner og et rådgivningsoppdrag. Videre er det innhentet faglig støtte fra spesialist i helseforetak til en revisjon.

2.1.2 Utvikling av konsernrevisjonen

Ekstern evaluering

Våren 2017 gjennomførte IIA Norge en ekstern evaluering av konsernrevisjonen. Det ble gitt enkelte anbefalinger knyttet til kvalitetsprogrammet og til rutiner for oppfølging av tidligere revisjoner. Konsernrevisjonen startet oppfølgingen av anbefalingene i 2017, og har i hovedsak ferdigstilt dette arbeidet i 2018.

Kvalitetsprogram

Konsernrevisjonen har etablert et kvalitetsprogram. Dette skal bidra til at konsernrevisjonen utfører revisjonsaktivitetene i samsvar med instruks, revisjonsstandarder og etiske regler. Programmet er delt inn i preventive tiltak, løpende kvalitetssikring og intern evaluering.

Læring og forbedring

Konsernrevisjonen har et pågående arbeid for å videreutvikle vårt bidrag til å omskape resultater fra revisjoner til læring og forbedring. Arbeidet omfatter strukturer for samhandling med helseforetakene og det regionale helseforetaket for å kommunisere og følge opp læringspunkter på foretaksnivå og regional nivå. Videre omfatter arbeidet utvikling av revisjonsprosessen. Dette vil bli videreført i 2019.

Videre har vi i 2018 tatt i bruk systematisk tilbakemelding på våre revisjoner, gjennom en elektronisk spørreundersøkelse. Resultatene vil bli benyttet til å forbedre vår revisjonsprosess.

Konsernrevisjonen har i 2018 prioritert kompetanseutvikling med regelmessige fagsamlinger for å understøtte utviklingsarbeidet. Temaer har blant vært kommunikasjon og rapportering, bruk av årsaksanalyser og dataanalyser, intervjueteknikk, samt aktuelle temaer i foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen har i forbindelse med revisjonene hatt faglig dialog og erfaringsutveksling med regionale og nasjonale aktører. Dette gjelder blant annet Helsedirektoratet, Helseatlas, Nasjonalt kompetansesenter for MS, samt MS-forbundet.

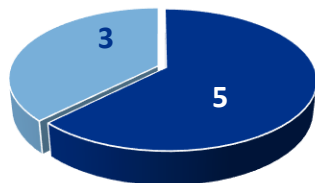
2.2 Gjennomført arbeid i 2018

2.2.1 Revisjoner og rådgivningsoppdrag

Konsernrevisjonen skal gjennomføre revisjoner i henhold til årlig revisjonsplan. Ved særskilte behov i foretaksgruppen kan konsernrevisjonen bistå med ad hoc-revisjoner. I 2018 har konsernrevisjonen totalt gjennomført åtte revisjoner.

Fem av revisjonene er gjennomført i henhold til revisjonsplan for 2018. Etter anmodning har konsernrevisjonen i 2018 gjennomført tre ad hoc-revisjoner, hvorav en har vært særlig omfattende. Det er derfor gjennomført noen færre revisjoner enn planlagt fra revisjonsplanen for 2018. Enkelte revisjoner er overført til revisjonsplan for 2019.

Revisjonene ble gjennomført innenfor områdene *Pasientbehandling* og *Informasjonssystemer, økonomi og HR*, jf. figur 1.



■ Pasientbehandling ■ Informasjonssystemer, økonomi og HR

Figur 1: Antall revisjoner på ulike områder

Innenfor revisjonsområdet *Pasientbehandling* har vi med utgangspunkt i revisjonsplan 2018 gjennomført revisjoner innenfor temaene *Likeverdig og forutsigbar helsehjelp* og *Uønsket variasjon*. Disse har omhandlet fagområdene ortopedi, nevrologi og BUP. Som forberedelse innenfor ortopedi, er det gjort en regional vignettundersøkelse. De tre ad hoc-revisjonene er også innenfor pasientbehandling. To av disse omhandlet avtalespesialister innenfor øyefaget, mens en revisjon omfattet en enkeltstående sak som involverte en pasient.

Innenfor revisjonsområde *Informasjonssystemer, økonomi og HR* har vi gjennomført to revisjoner med tema *Vold og trusler mot helsepersonell* samt en revisjon av *Forvaltning av programvarelisenser*.

I tillegg til revisjonene er det gjennomført et rådgivningsoppdrag knyttet til ny personvernforordning. Konsernrevisjonen har sett det som mest hensiktsmessig å støtte innføringen av ny forordning ved å kartlegge status i foretaksgruppen som et rådgivningsoppdrag. Formålet har vært å gi en samlet status i foretaksgruppen som grunnlag for videre lokal og regional oppfølging av forordningen, samt å synliggjøre områder der det kan være aktuelt med regionalt samarbeid.

Tabellene på neste side gir en samlet oversikt over gjennomførte revisjoner, fordelt på planlagte revisjoner og ad hoc-revisjoner.

Tabell 1: Revisjonsplan 2018 og gjennomførte revisjoner

Område	Revisjonsplan 2018	Gjennomførte revisjoner 2018		
	Temaer	Rapport	Helseforetak	Konklusjon
Pasient-behandling	Uønsket variasjon i helsehjelp		Alle helseforetak	(Vignettundersøkelse ortopedi – regional kartlegging av praksis for vurdering, utredning og behandling)
	Uønsket variasjon i helsehjelp	4/2018	SØ	<i>Sykehusets styringssystem gir svake incentiver for å identifisere og redusere uønsket variasjon</i>
	Likeverdige og forutsigbare helsetjenester - BUP	6/2018	Ahus	<i>Divisjon psykisk helse bør styrke arbeidet med å sikre likeverdige og forutsigbare pasientforløp</i>
	Bruk av tvang i psykisk helsevern	-	-	(Overført til revisjonsplan 2019)
	Bruk av avvik og hendelser i forbedringsarbeidet	-	OUS	(Revisjon pågår)
IKT, økonomi og HR	Vold og trusler mot helsepersonell	5/2018	SS	<i>Sørlandet sykehus HF bør styrke arbeidet etter uønskede hendelser</i>
		9/2018	SiV	<i>Alvorlige hendelser anvendes i liten grad i forbedringsarbeidet</i>
	Forvaltning av programvarelisenser	3/2018	SP	<i>Arbeidet med å etablere en helhetlig lisensforvaltning bør styrkes</i>
	Forvaltning av regionale kliniske systemer	-	-	(Overført til 2019)
	Informasjonssikkerhet	8/2018	Alle helseforetak	(Revisjon av ny personvernforordning planlagt i 2019. Kartlegging av status på helseforetakenes tilpasning er gjennomført som et rådgivningsprosjekt i 2018)

Tabell 2: Ad hoc-revisjoner gjennomført i 2018

Område	Ad hoc-revisjoner	Gjennomførte revisjoner 2018		
	Temaer	Rapport	Helseforetak	Konklusjon
Pasient-behandling	Revisjon av enkeltstående sak	1/2018	SUN	(Unntatt offentlighet – inneholder pasientinformasjon)
	Bruk av vikar ved øyeoperasjoner	2/2018	Avtalespesialist	<i>Konsernrevisjonen kan ut fra våre undersøkelser ikke se at det foreligger brudd på avtalene knyttet til bruken av vikarer</i>
	Bruk av vikar ved øyeoperasjoner	7/2018	Avtalespesialister	<i>Vi har ikke tilstrekkelig grunnlag til å vurdere om bruken av vikar er i strid med gjeldende avtale</i>

2.2.2 Oppfølging av gjennomførte revisjoner

Formålet med oppfølging av tidligere revisjoner

Det er en målsetting at revisjonene skal bidra til læring og forbedring. Derfor er det viktig å undersøke hvordan helseforetakene følger opp resultatene fra revisjonene. Oppfølgingen skal gi svar på om relevante tiltak er implementert.

Videre krever de internasjonale revisjonsstandardene at internrevisjonen har et system for å følge opp at ledelsens tiltak etter revisjoner blir tilfredsstillende implementert, eller at ledelsen eventuelt har akseptert risikoen med å unnlate å iverksette tiltak.

Gjennomføring av konsernrevisjonens oppfølging

Oppfølgingen er utført ved møter med de som har vært ansvarlig for handlingsplaner og tiltak etter revisjonene. I tillegg er det innhentet tilhørende dokumentasjon på tiltaksarbeidet.

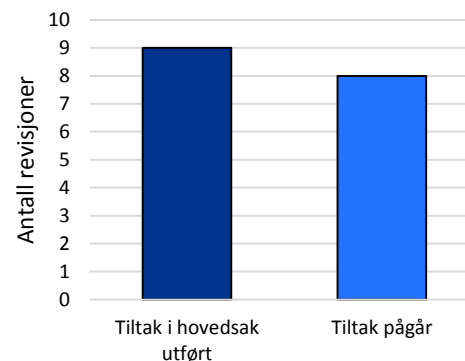
Revisjonene vil i enkelte tilfeller identifisere risikoer eller forbedringsbehov som krever langsiktig forbedringsarbeid. Vi har derfor et flerårig perspektiv i oppfølgingen. I tillegg til oppfølging av revisjoner som ble gjennomført i 2017, har vi også fulgt opp enkelte revisjoner som ble utført i 2016.

Resultater fra oppfølging av tidligere revisjoner

Vår oppfølging viser at helseforetakene i de fleste tilfeller har fulgt opp resultater og anbefalinger gjennom handlingsplaner eller på annet vis.

Konsernrevisjonen har ikke identifisert kritiske risikoer som ikke er håndtert av helseforetakene etter revisjonene.

Figuren under viser samlet status på helseforetakenes forbedringsarbeid ved de revisjonene som konsernrevisjonen har fulgt opp i 2018. For hver enkelt revisjon er det uttrykt en samlet status på fremdrift i arbeidet med tiltakene.



Figur 2: Antall revisjoner etter status for gjennomføring av tiltak

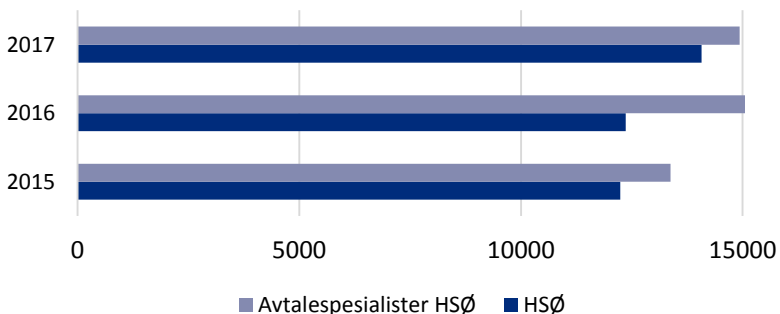
Vedlegg – beskrivelse av revisjoner i 2018

Revisjonsområde	Revisjoner	Rapport nr.	Revidert virksomhet	Side
Pasientbehandling	Bruk av vikar ved øyeoperasjoner	2/2018	Avtalespesialist	11
	Bruk av vikar ved øyeoperasjoner	7/2018	Avtalespesialister	11
	Uønsket variasjon i helsehjelp	4/2018	Sykehuset Østfold HF	12
	Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – BUP	6/2018	Akershus universitetssykehus HF	13
	Vignettundersøkelse ortopedi - kartlegging av praksis i regionen		Alle helseforetak	14
IKT, økonomi og HR	Vold og trusler mot helsepersonell	5/2018	Sørlandet sykehus HF	15
		9/2018	Sykehuset i Vestfold HF	16
	Forvaltning av programvarelisenser	3/2018	Sykehuspartner HF	17

Bruk av vikarer ved øyeoperasjoner

Lange ventetider ved kataraktoperasjoner i helseforetakene medførte at det for noen år siden ble etablert avtaler om driftstilskudd med avtalespesialister innenfor øyefaget for å øke kapasiteten.

Katarakt (grå stær) er en sykdom som forårsaker at linsen i øyet mister sin klarhet. Sykdommen behandles ved at linsen opereres ut og blir erstattet med en kunstig linse. Avtalespesialistene har de senere år gjennomført flere kataraktoperasjoner enn helseforetakene i Helse Sør-Øst, se figur 4.



Figur 3: Utviklingen i antall kataraktoperasjoner fordelt på avtalespesialistene og helseforetakene. Kilde: Norsk pasientregister.

Helse Sør-Øst RHF har over tid mottatt informasjon som indikerer uberettiget vikarbruk blant avtalespesialister innenfor øyefaget. Dette er knyttet til at spesialister overlater utførelsen av kirurgiske inngrep til vikarer på permanent basis, og samtidig krever refusjon i sitt navn.

Rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening inneholder ikke bestemmelser som gir rett til å utføre revisjoner av avtalespesialistenes praksis. Konsernrevisjonen har i revisjon 7/2018 ikke fått anledning til å gjennomføre alle planlagte revisjonshandlinger.

Rapport 2/2018 og 7/2018

Avtalespesialister

Revisjonen ble gjennomført ved to øyelegesenter. Målet var å undersøke om bruken av vikarer ved avtalespesialistene har vært i strid med gjeldende avtaler og hvorvidt det har blitt fremmet krav om refusjoner fra avtalespesialistene i strid med gjeldende regelverk.

Konklusjon rapport 2/2018

Konsernrevisjonen kan ikke se at det foreligger brudd på avtalene knyttet til bruken av vikarer. Videre tilfredsstiller avtalespesialisten de formelle kravene til å kunne sende refusjonskrav til HELFO.

Det har ikke vært innenfor rammene av denne revisjonen å vurdere de faglige kvalifikasjoner for å utføre kataraktoperasjoner. Samlet indikerer imidlertid forklaringene at avtalespesialisten har vært avhengig av støtte for å utføre operasjonene. Slik konsernrevisjonen ser det, bør Helse Sør-Øst RHF vurdere nærmere om forutsetningene for en avtale om er tilstede.

Konklusjon rapport 7/2018

Konsernrevisjonen har ikke et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag til å uttale oss om vikarbruk og gyldigheten av innsendte refusjonskrav er i strid med gjeldende regelverk.

Gjennom revisjonen har det fremkommet avvikende opplysninger om praksis for intern fordeling av kataraktoperasjoner. Konsernrevisjonen har ikke fått anledning til å undersøke dette gjennom planlagte revisjonshandlinger, og kan derfor ikke uttale oss om praksis ved øyelegesenteret er i tråd med regelverket.

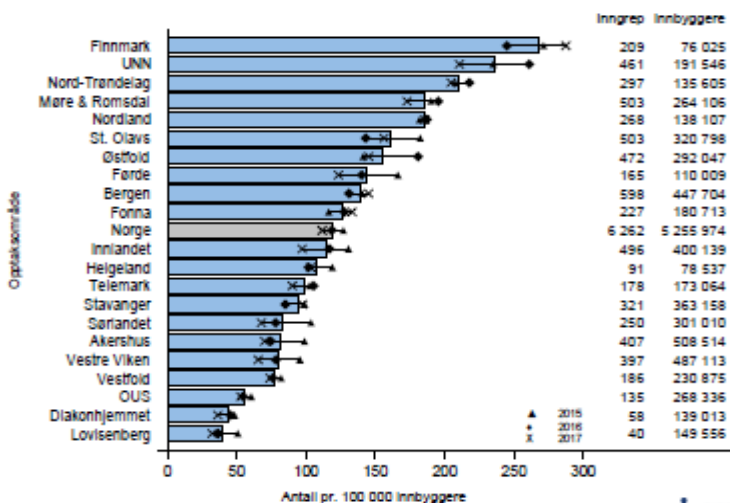
Styrebehandling

Ikke aktuelt.

Uønsket variasjon i helsehjelp

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Undersøkelser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre er variasjonen uforklarlig og uønsket.

Helseatlasene illustrerer variasjon i forbruk av helsetjenester og behandlingspreferanser for flere fagområder. Helseatlas for dagkirurgi viser blant annet variasjon i bruk av skulderkirurgi i Norge. I perioden 2015-2017 fikk befolkningen i Finnmark 6,7 ganger så mange inngrep pr. 100 000 innbyggere som befolkningen som tilhører Lovisenberg, se figur 6.



Figur 4: Antall skulderoperasjoner (acromionreseksjoner) pr. 100 000 innbyggere. Justert for kjønn og alder. Helseatlas Dagkirurgi 2013-2017.

Rapport 4/2018

Sykehuset Østfold HF

Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket arbeider med å redusere uønsket variasjon og gjennom det heve kvaliteten på helsetjenesten.

Revisjonen belyste sykehusets styringssystem og hvordan mål og krav om å redusere uønsket variasjon blir operasjonalisert og formidlet. Videre undersøkte vi hvordan fagområdene nevrologi (MS) og ortopedi (hofteartrose og skulderkirurgi) arbeider med å redusere risiko for uønsket variasjon.

Konklusjon

Sykehusets styringssystem gir svake incentiver for å identifisere og redusere uønsket variasjon

Revisjonen viste at det pågår et arbeid med å etablere et mer helhetlig styringssystem. Videre har avdelingene etablert ulike tiltak som legger til rette for å gi pasienter kunnskapsbasert behandling og et likeverdig tilbud. Revisjonen viste imidlertid at tiltakene ikke er tilstrekkelige for å fange opp eventuell uønsket variasjon. Konsernrevisjonen vurderer at dette har flere årsaker:

- Sykehusets styringssystem har vesentlige svakheter
- Avdelingenes arbeid med kontinuerlig forbedring er ikke satt i system
- Manglende tiltak for å møte risiko for uønsket variasjon i avdelingene

Styrebehandling

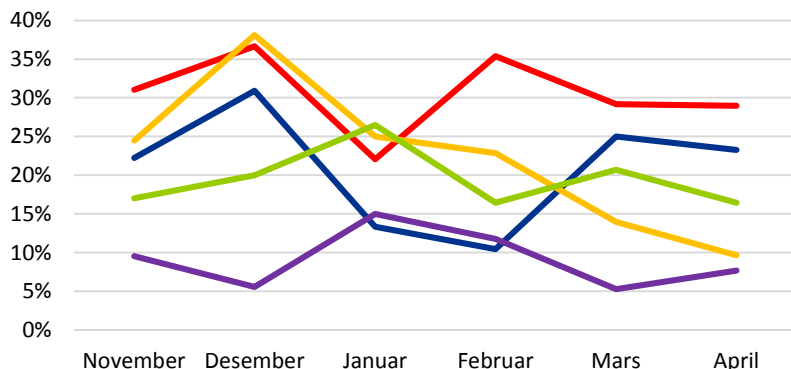
Ikke fastsatt.

Likeverdig og forutsigbar helsehjelp, psykisk helsevern for barn og unge

For at pasienter skal gis likeverdig helsehjelp, er det viktig at rettighetsvurderinger gjøres i tråd med nasjonale føringer. Videre vil god struktur i arbeidet med pasientforløp bidra til økt involvering av pasient og pårørende samt økt forutsigbarhet og kvalitet.

Det er et overordnet mål at befolkningen skal ha likeverdig og forutsigbar helsehjelp av god kvalitet på tvers av geografi og sosiale grupper. Pasient- og brukerrettighetsloven ble i 2015 endret for å i større grad understøtte dette målet. I tillegg har oppdragsdokumentene fra Helse Sør-Øst i de senere årene hatt økende oppmerksomhet på uønsket variasjon på helsehjelpen som gis.

Figuren nedenfor viser eksempelvis variasjon mellom poliklinikker i andelen barn og unge som får avslag på sin henvisning. Nærmere undersøkelser kan belyse om variasjonen er ønsket eller uønsket.



Figur 5: Utvikling andel avslag innenfor ulike poliklinikker psykisk helse barn og unge 2017-2018, Akershus universitetssykehus HF.

Rapport 6/2018

Akershus universitetssykehus HF

Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere hvordan Akershus Universitetssykehus HF (Ahus) sikrer etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven og at pasientene gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Revisjonen ble gjennomført ved to poliklinikker henholdsvis BUP Øvre Romerike og BUP Follo.

Konklusjon

Divisjon psykisk helse bør styrke arbeidet med å sikre likeverdige og forutsigbare pasientforløp

Helseforetaket har etablert føringer for rettighetsvurderinger. Pasientene får riktig informasjon til riktig tid, og helsehjelpen starter innen planlagt tid. Revisjonen viser samtidig områder som bør styrkes for i større grad å sikre likeverdig og forutsigbar helsehjelp. Dette gjelder særlig arbeidet med vurdering av hvem som får rett til helsehjelp. Konklusjonen begrunnes med følgende:

- Hvem som kan utføre rettighetsvurderinger bør avklares
- Dokumentasjon av rettighetsvurderingene bør styrkes
- Opplæring og oppfølging vil kunne styrke prioriteringspraksisen
- Systematisk oppfølging av pasientforløpene kan gi mer forutsigbar og likeverdig helsehjelp

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Ahus sitt styre 24.10.2018 med følgende vedtak:

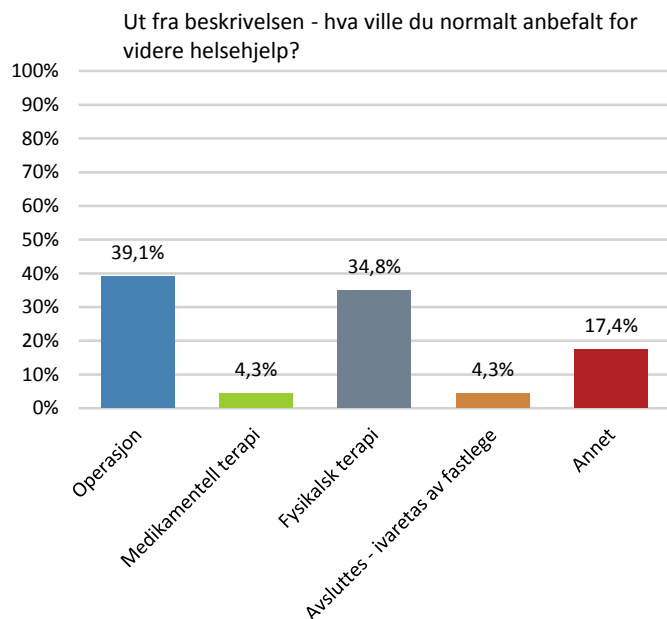
- Styret tar konsernrevisjonens rapport og fremlagte handlingsplaner for oppfølging av anbefalingene fra konsernrevisjonen til orientering.

Vignettundersøkelse ortopedi

Som en del av arbeidet med uønsket variasjon har konsernrevisjonen undersøkt hvordan ortopediske pasienter blir vurdert og behandlet i regionen. Undersøkelsen har ikke omfattet faglige vurderinger av resultatene, men er avgrenset til kartlegging av praksis på disse områdene:

- Nyhenviste – vurdering av rett versus avslag
- Etter start helsehjelp – vurdering av videre helsehjelp
- Kontroll – vurdering av kontrollforløp

Figuren under viser et eksempel på variasjon i hva man vil tilrå av videre helsehjelp etter utredning for en enkelt pasient med fotproblematikk.



Figur 6: Vignettundersøkelse - eksempel på variasjon ved fotproblematikk.

Oppsummering undersøkelse ortopedi

Undersøkelsen tar utgangspunkt i totalt 28 kasuistikker som ble sendt til 89 ortopeder ved alle ortopediske avdelinger i HSØ. 58 ortopeder besvarte undersøkelsen.

Kartleggingen viser følgende:

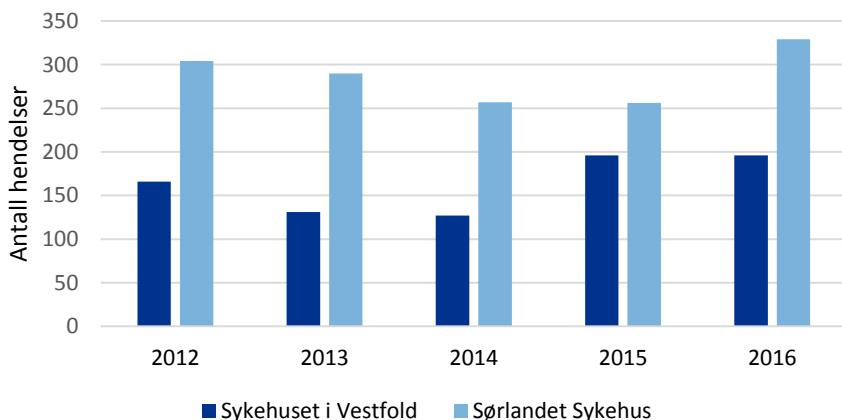
- De fleste pasienter får rett til helsehjelp. Samtidig er det stor variasjon i fristfastsettelse.
- For halvparten av kasuistikkene er det relativt store variasjoner i hva man vil tilrå av videre helsehjelp etter utredningen – også innad i samme helseforetak.
- Det er i hovedsak enighet om hvorvidt pasienter skal til kontroll eller ikke. Det er samtidig noe variasjon i hvilke kontroller de skal til, samt hvilket helsepersonell som utfører kontrollene.

Det fremkommer også mulige årsaksforklaringer til variasjonen. Undersøkelsen viser at sykehusene i varierende grad har rutiner/prosedyrer og sjekklister, samt i liten grad følger opp praksis gjennom løpende kvalitetssikring og ledelsesoppfølging.

Vold og trusler mot helsepersonell (1:2)

Et økende antall alvorlige hendelser viser at helsepersonell ikke har tilstrekkelig beskyttelse fra pasienter som er til fare for andre. Helsepersonell i psykisk helsevern har forhøyet risiko for å bli utsatt for vold og trusler i løpet av arbeidskarrieren.

Helsedirektoratets rapport «Vold og trusler mot helsepersonell», viser en økning i antall rapporterte hendelser i perioden 2012-2016 i Helse Sør-Øst. Rapporten angir usikkerhet om den gradvise økningen i antall rapporterte hendelser skyldes en reell økning, eller om større oppmerksomhet på området kan ha medvirket til økt rapportering. Figuren under viser tall for Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.



Figur 7: Utviklingen i rapporterte hendelser av vold og trusler ved Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

Målet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å forebygge og følge opp, samt tilrettelegge for læring etter alvorlige hendelser.

Revisjonen er gjennomført ved Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF.

Oppsummering fra revisjonene

I revisjonene ble det konkludert med at helseforetakene har føringer som gir retning for hvordan ledere og ansatte skal arbeide for å forebygge, håndtere og følge opp vold og trusler mot helsepersonell. Føringene er dekkende i forhold til gjeldende lovverk og veiledere på området.

Den videre oppfølgingen er imidlertid mindre strukturert. Testing av meldte avvik i avvikssystemene ved begge helseforetak viste at enhetene i liten grad analyserer og beskriver årsaken til hendelser. Det var i liten grad iverksatt tiltak. Svakheterne i oppfølgingen av avviksmeldingene gir et lite pålitelig informasjonsgrunnlag for videre forbedringsarbeid i helseforetakene .

Arbeidet med årsaksanalyser, for å endre arbeidsmetoder, er ikke systematisert i helseforetakene. Dette gir risiko for gjentakelse av lignende alvorlige hendelser.

Helseforetakene har oversikt over utviklingen i antall meldte alvorlige hendelser som involverer ansatte. Likevel ser vi ikke at denne informasjonen anvendes systematisk i lærings- og forbedringsarbeid.

Vold og trusler mot helsepersonell (2:2)

Rapport 5/2018 Sørlandet Sykehus HF

Revisjonen ble gjennomført ved klinikk for psykisk helse og rus (KPH), i følgende enheter: Enhet 6.2 Kristiansand, akutttenhet B Arendal og helseforetakets tre FACT-team ved Solvang DPS, Lister DPS og Aust-Agder DPS.

Konklusjon:

Sørlandet sykehus HF bør styrke arbeidet etter uønskede hendelser

Sørlandet sykehus HF har iverksatt hensiktsmessige rutiner for å forebygge alvorlige hendelser. Videre har helseforetaket god oversikt over risikobildet. Ansatte som blir utsatt for vold og trusler blir ivaretatt av ledere. Det er likevel et behov for å styrke arbeidet med oppfølging etter alvorlige hendelser, og det bør etableres et system som sikrer læring og forbedring etter hendelser som oppstår. Konklusjonen begrunnes med følgende:

- Helseforetaket har etablert god oversikt over risikobildet
- Oppfølgingen etter uønskede hendelser i KPH er lite systematisk
- Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system

Styrebehandling:

Rapporten ble behandlet av styret ved Sørlandet sykehus HF den 8. november 2018 med følgende vedtak: Styret tar konsernrevisjonens rapport og KPH sin plan for oppfølging til etterretning.

Rapport 9/2018 Sykehuset i Vestfold HF

Revisjonen ble gjennomført ved medisinsk klinikk og klinikk psykisk helse og rusbehandling. Følgende enheter ble revidert; Medisin 5 C overvåkning, Medisin 2 C Gastro-nyre-hormon, Akuttsenter sykepleie, Døgn akutt psykose og poliklinikk for LAR (fire utdelingslokasjoner).

Konklusjon:

Alvorlige hendelser anvendes i liten grad i forbedringsarbeidet

Sykehuset i Vestfold HF har føringer som er dekkende i henhold til lovens krav til et forsvarlig arbeidsmiljø. Helseforetaket har styrket opplæringen på området det siste året. De ansatte opplever å bli ivaretatt etter en alvorlig hendelse. Likevel er det behov for å styrke arbeidet med oppfølging, og det bør etableres et system som sikrer læring og forbedring etter alvorlige hendelser. Basert på undersøkelser i de reviderte enhetene, begrunnes konklusjonen med følgende:

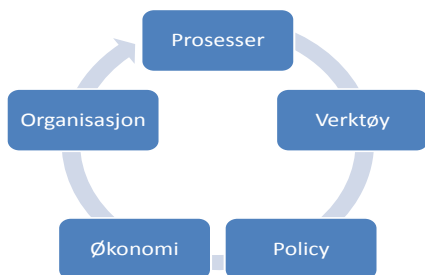
- Forebygging bygger i liten grad på risikobildet i enhetene
- Oppfølging av avvik er lite systematisk
- Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system
- En utvidet gjennomgang av LAR-tilbudet viser svak håndtering av vold- og trusselbildet

Styrebehandling:

Ikke fastsatt.

Forvaltning av programvarelisenser

Foretaksgruppen har store kostnader knyttet til lisensiert programvare. Lisensiert programvare brukes i infrastrukturen, på arbeidsstasjoner og i kliniske og administrative fagsystemer. På vegne av foretaksgruppen har Sykehuspartner HF et regionalt ansvar for forvaltning av lisenser.



Figur 8: Oversikt over planlagte tiltak i Sykehuspartner HF

Det har over tid blitt klart at internkontrollen på lisensområdet ikke har vært tilfredsstillende. Sykehuspartner HF har fått i oppdrag å optimalisere lisensieringen i foretaksgruppen, og har derfor iverksatt tiltak for å videreutvikle og forbedre kontrollen på området.

Denne revisjonen er en videreføring av rapport 6/2017 – revisjon av forvaltning av programvarelisenser.

Rapport 3/2018 Sykehuspartner HF

Målet med revisjonen var å vurdere om planlagte tiltak i Sykehuspartner HF vil gi et helhetlig system for forvaltning av lisenser som vil sikre forutsigbarhet i lisensvolum og -kostnader og som vil bidra til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen.

Konklusjon

Arbeidet med å etablere en helhetlig lisensforvaltning bør styrkes.

Revisjonen viste at Sykehuspartner HF var i gang med å gjennomføre planlagte tiltak for økt styring og kontroll på lisensområdet. Noen tiltak var realisert, mens andre gjenstod. Et prioritert tiltak var lisensregnskap som har resultert i bedre kontroll over kostnadene til programvare på infrastrukturen, og redusert risikoen vesentlig for uforutsette utbetalinger.

Det gjenstående arbeidet med systemet for lisensforvaltning burde styrkes på følgende områder:

- Definere et helhetlig mål bilde for Sykehuspartner HFs lisensforvaltning der ambisjonsnivå, omfang og tidsplan for realisering inngår.
- Forsterke styring og rapportering av status for utviklingen mot et mål bilde for optimalisert lisensiering.
- Ferdigstille og integrere prosesser der lisenser inngår med øvrige prosesser, slik at Sykehuspartner HF kan nå målet om optimal lisensbruk.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Sykehuspartner HFs styre 5. september 2018 med følgende vedtak:

1. Styret tar rapport 3/2018 til etterretning.
2. Styret understreker viktigheten av å sikre nødvendig kontroll, og ber administrerende direktør sørge for at tiltak beskrevet i saken gjennomføres.