



Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Årsrapport 2019 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen

Behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF, 12. mars 2020

Konsernrevisjonen, 26. februar 2020



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 2019.



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	Utførte oppdrag i 2019	6
2.3	Oppfølging av gjennomførte revisjoner	20

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 2019:

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

Konsernrevisor er revisjonsutvalgets sekretær.

1.3 Oppgaver

Styret i Helse Sør-Øst RHF har en fastsatt instruks som utdypet formål, ansvar, myndighet og oppgaver for utvalget. Revisjonsutvalget 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 åtte møter i 2019. Følgende saker er behandlet:

- Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2020
- Godkjenning av endringer i revisjonsplan for 2019
- 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 2019
- Eksternrevisors resultater fra revisjonen av årsregnskapet for 2018

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 2019 har vært uavhengig i sin rolle.

Ressurser

Konsernrevisjonen har ved utgangen av 2019 ti fast ansatte i 100 % stilling, inkludert konsernrevisor. 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 internrevisorer.

Ved behov kan konsernrevisjonen leie inn ressurser med spesialistkompetanse fra helseforetak eller fra konsulentselskap. I 2019 har konsernrevisjonen leid inn eksterne ressurser innenfor fire ulike revisjonstemaer.

2.1.2 Kvalitetsprogram

Konsernrevisjonen har etablert et program for kvalitetssikring og forbedring. Dette skal bidra til at konsernrevisjonen utfører revisjonsaktivitetene i samsvar med instruks, revisjonsstandarder og etiske regler. Programmet omfatter preventive tiltak, løpende kvalitetssikring, intern evaluering og ekstern evaluering.

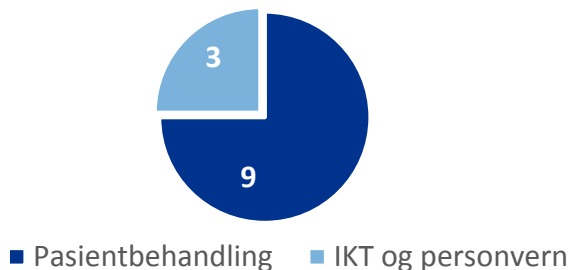
2.2 Utførte oppdrag i 2019

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 2019 har konsernrevisjonen totalt gjennomført 12 revisjoner. I tillegg ble tre revisjoner påbegynt i 2019 med ferdigstillelse i 2020.

Det er gjennomført 11 revisjoner fra revisjonsplanen for 2019. Etter anmodning har konsernrevisjonen i tillegg gjennomført en ad hoc-revisjon.

Revisjonene ble gjennomført innenfor områdene *Pasientbehandling* og *IKT og personvern*, jf. figur 1.



Figur 1: Antall planlagte revisjoner på ulike områder

Innenfor revisjonsområdet *Pasientbehandling* har vi med utgangspunkt i revisjonsplan 2019 blant annet gjennomført revisjoner innenfor temaene forbedringsarbeid av pasientforløp og pasientsikkerhet, rehabilitering og uønsket variasjon i helsehjelp.

Innenfor revisjonsområdet *IKT og personvern* har vi gjennomført revisjon av forvaltningen av regionale kliniske system, og følgerrevisjon av Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM).

To planlagte revisjonstemaer er overført til revisjonsplanen for 2020:

- Bruk av tvang i psykisk helsevern
- Varsling – system for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold

2.2.2 Nærmere beskrivelse av revisjonstemaer

Tabellen på neste side gir en samlet oversikt over alle gjennomførte revisjoner i 2020. Deretter beskriver vi de ulike revisjonstemaene og resultatene fra gjennomførte revisjoner innenfor hvert tema.

Tabell 1: Revisjonsplan 2019 og gjennomførte revisjoner

Område	Revisjonsplan 2019	Gjennomførte revisjoner 2019		
	Temaer	Rapport	Virksomhet	Konklusjon
Pasient-behandling	Bruk av avvik og hendelser i forbedringsarbeidet	10/2018	OUS	<i>Mer målrettet og systematisk arbeid med forbedringer vil kunne fremme pasientsikkerheten i helseforetaket</i>
	Likeverdige og forutsigbare helsetjenester - innføring av pakkeforløp BUP	1/2019	ST	<i>Arbeidet med likeverdige og forutsigbare helsetjenester krever bedre oversikt over pasientforløpene</i>
	Revisjon av Unilabs Norge AS (ad hoc)	2/2019	Unilabs Norge AS	<i>Unilabs' regranskning av undersøkelser har i hovedsak vært hensiktsmessig innrettet og gjennomført</i>
	Uønsket variasjon i helsehjelp	3/2019	SI	<i>Virksomhetsstyringen bør videreutvikles for å redusere risiko for uønsket variasjon</i>
	Revisjon av vurderingspraksis ved henvisning til rehabilitering	5/2019	Regional koordinerende enhet	<i>RKEs potensiale kan utnyttes i større grad</i>
	Bruk av avvik og hendelser i forbedringsarbeidet	6/2019	LDS	<i>Forbedringsarbeidet etter uønskede hendelser bør i større grad forankres i sykehusets planer og prosesser.</i>
	Pakkeforløp for kreft - forbedring av pasientflyt og samhandling (delrapport 1)	8/2019	OUS	<i>Godt grunnlag for forbedring av pakkeforløpene – svakheter i anvendelsen av styringssystemet kan redusere muligheten for varig forbedring</i>
	Revisjon av vurderingspraksis ved henvisning til rehabilitering	9/2019	SUN	<i>God praksis ved rettighetsvurderinger – behov for å tydeliggjøre begrunnelser ved avslag</i>
	Revisjon av vurderingspraksis ved henvisning til rehabilitering	10/2019	SiV	<i>God vurderingspraksis - behov for å bedre ivaretagelsen av pasienter SiV ikke har tilbud til</i>
	Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag	11/2019	SS	<i>(Pågått)</i>
	Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag	12/2019	VV	<i>(Pågått)</i>
	Bruk av tvang i psykisk helsevern			<i>Overført til revisjonsplan 2020</i>
Virksomhetsstyring	Varsling – system for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold			<i>Overført til revisjonsplan 2020</i>
IKT og personvern	Revisjon av forvaltning av regionale kliniske system	4/2019	HSØ RHF, VV, Ahus, SP	<i>Potensial for mer effektiv forvaltning – ny forvaltningsmodell under utarbeidelse</i>
	Følgerevisjon STIM 2. tertial 2019	7/2019	SP	<i>Programmet har arbeidet godt med å etablere et mål bilde, og har etablert en god struktur for programstyring</i>
	Følgerevisjon STIM 3. tertial 2019	13/2019	SP	<i>STIM har etablert et hensiktsmessig og tilstrekkelig risikostyringsrammeverk</i>
	Behandling av personopplysninger	14/2019	APO	<i>(Pågått)</i>

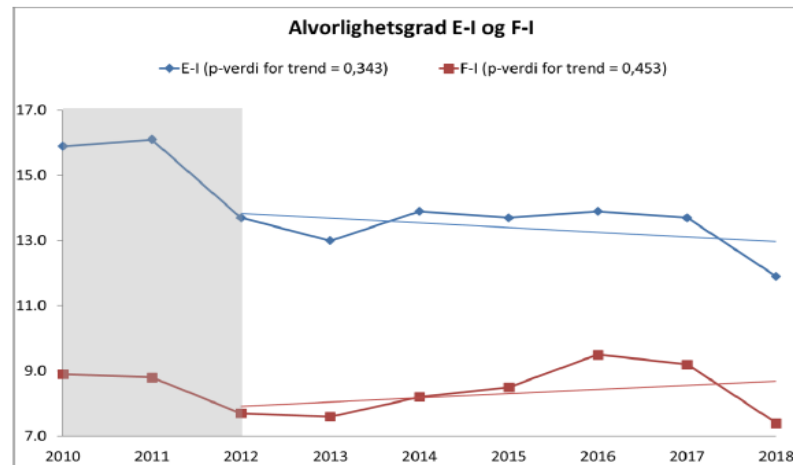
Bruk av uønskede hendelser i kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet

Kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet skal bidra til trygge og sikre helsetjenester ved å avdekke og forebygge uønskede hendelser. Helseforetaket skal ha etablert prosesser for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.

Pasientsikkerhet handler om å verne pasienter mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Det har de senere år fremkommet mye data og kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet. Helseforetakene har imidlertid utfordringer med å bruke denne kunnskapen for å planlegge, styre og forbedre tjenestene. Erfaringen er at det tar lang tid før ny kunnskap blir til en del av daglig praksis.

Metoden som brukes for å estimere omfanget av pasientskader i Norge kalles Global Trigger Tool (GTT). Alle helseforetak og fem private sykehus har kartlagt pasientskader ved hjelp av GTT-undersøkelser siden 2010. Metoden går ut på at journaler fra et tilfeldig utvalg somatiske sykehusopphold gjennomgås for å vurdere om det har vært en pasientskade eller ikke. Estimaten er beregnet for ulike alvorlighetsgrader. Tallene er ment brukt til målrettet forbedringsarbeid i det enkelte helseforetak. Figur 2 illustrerer utviklingen i antall sykehusopphold med minst én pasientskade.

Målet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere hvordan helseforetaket har etablert et system for kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet, herunder bruk av uønskede hendelser i forbedring og læring.



Figur 2: Andel sykehusopphold med minst én pasientskade angitt for samlekategoriene (E-I og F-I) med lineære tidstrender for perioden 2012-2018. Kategorien E-I utgjør sykehusopphold med minst én skade. I kategorien F-I medførte skaden et forlenget sykehusopphold eller alvorlige konsekvenser. Kilde: Pasientskader i Norge 2018.

Revisjonen ble gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS). Undersøkelsene har omfattet prosessen med å utvikle formålstjenlige forbedringstiltak basert på kunnskap om uønskede hendelser og konkrete forbedringsforslag. Revisjonen har vært rettet mot utvalgte sengeposter og deres daglige forbedringsarbeid. Ved LDS har revisjonen også belyst hvordan kunnskap om uønskede hendelser inngår i sykehusets styringssystem.

Rapport 10/2018 Oslo universitetssykehus HF

Revisjonen ble gjennomført ved deler av direktørens stab og to klinikker, henholdsvis Medisinsk klinikk og Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi.

Konklusjon

Mer målrettet og systematisk arbeid med forbedringer vil kunne fremme pasientsikkerheten i helseforetaket.

Ved OUS har det i flere år vært en forventning om at alle klinikker skal ha pågående forbedringsarbeid. Lean ledelsesfilosofi er førende. Gjennomgangen viser ulik modenhet i tilnærming og bruk av metoder og verktøy i de reviderte enhetene. Revisjonen viser samtidig at det er et potensiale for mer målrettet og systematisk arbeid med forbedringer i helseforetaket. Dette vil kunne fremme pasientsikkerheten. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Etablerte strukturer støtter til dels opp om systematisk forbedringsarbeid.
- Sterkere lederinvolvering kan styrke forbedringsarbeidet.
- Etablerte systemer legger ikke i tilstrekkelig grad til rette for at kunnskap om uønskede hendelser anvendes til læring på tvers.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i OUS sitt styre 01.11.2019 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.

Rapport 6/2019 Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Revisjonen ble gjennomført ved deler av direktørens stab og tre klinikker, henholdsvis Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk og Klinikk for psykisk helsevern.

Konklusjon

Forbedringsarbeidet etter uønskede hendelser bør i større grad forankres i sykehusets planer og prosesser.

LDS arbeider kontinuerlig med forbedringer. Sykehuset fremstår med en organisasjonskultur hvor det å dele og lære av hverandre står sterkt. I arbeidet med uønskede hendelser viser gjennomgangen at de ansatte blir involvert og medvirker på tvers av faggrupper. En kultur preget av åpenhet og tillit gir sykehuset et godt grunnlag for å stadig utvikle de etablerte arenaene for refleksjon og læring, samt vurdere behovet for nye arenaer. Revisjonen viser imidlertid at forbedringsarbeidet etter uønskede hendelser i større grad bør forankres i sykehusets planer og prosesser. Dette vil kunne fremme pasientsikkerheten. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid er ikke tilstrekkelig integrert i virksomhetsstyringen.
- Roller og ansvar i forbedringsarbeidet er kun delvis etablert.
- Systematisk forbedringsarbeid inngår i mindre grad i sykehusets kompetanseutvikling.
- Forbedringsarbeidet etter uønskede hendelser har i varierende grad en metodisk tilnærming.

Styrebehandling

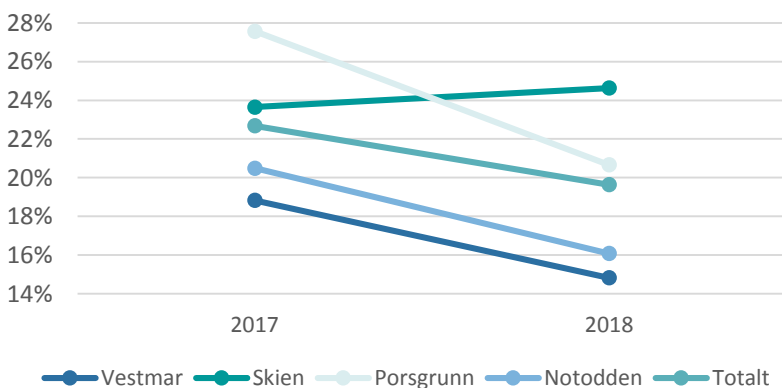
Ikke fastsatt.

Likeverdige og forutsigbare helsetjenester – innføring av pakkeforløp

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Det fordrer at ledelsen på alle nivåer, styrer og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser i helseforetakets interne styringssystem.

Flere undersøkelser og analyser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon planlagt, forventet og et kvalitetstegn. For andre er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsetjenesten ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Figuren nedenfor viser andel barn og unge som får avslag på sin henvisning ved ulike poliklinikker i Sykehuset Telemark HF i 2017 og 2018.



Figur 3: Avslagsprosent for 2017 og 2018. Kilde: STHF

Rapport 1/2019 Sykehuset Telemark HF

Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere hvordan barn og unge i Sykehuset Telemark HF gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Revisjonen ble gjennomført ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved de allmenne poliklinikkene i Skien, Porsgrunn, Vestmar og Notodden.

Konklusjon

Arbeidet med likeverdige og forutsigbare helsetjenester krever bedre oversikt over pasientforløpene.

ABUP har gode rutiner for at poliklinikkene skal gjennomføre rettighetsvurderinger i tråd med *Prioriteringsveilederen – psykisk helsevern for barn og unge*. For å imøtekomme kravene til innføring av pakkeforløp har avdelingen gjennomført flere gode forberedende tiltak. Samtidig viser revisjonen at flere områder bør styrkes for å nå målene om likeverdige og forutsigbare helsetjenester til barn og unge. Konklusjonen begrunnes med følgende:

- Rettighetsvurderinger dokumenteres i liten grad
- Journalene støtter i liten grad behandlernes arbeid
- Stor variasjon i forløpene - usikkerhet i styringsdataene

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i helseforetakets styret 20. juni 2019 med følgende vedtak:

- Styret tar konsernrevisjonens rapport 1/2019 og sykehusets handlingsplan til etterretning.

Revisjon av Unilabs Norge AS

Radiologi er et medisinsk fagområde som anvender ulike bildedannende metoder for å avdekke og behandle ulike sykdommer. Helse Sør-Øst RHF har rammeavtale med Unilabs Norge AS (Unilabs) om kjøp av polikliniske radiologitjenester.

Som følge av klager fra Sykehuset Innlandet HF ble det avdekket flere alvorlige avvik i form av mangelfull tolkning og rapportering av undersøkelser ved radiologiinstituttet til Unilabs på Hamar. Konsekvensen av avvikene var blant annet forsinket nødvendig helsehjelp ved alvorlig sykdom for enkelte pasienter. Helsetilsynet opprettet tilsynssak mot to radiologer ved Unilabs Hamar. Tilsynet omfattet også Unilabs som organisasjon.

Som følge av de inntrufne hendelsene iverksatte Unilabs regranskning av undersøkelser som var tolket av de to aktuelle radiologene. Unilabs iverksatte også tiltak for å forsterke internkontrollen. Som oppdragsgiver måtte Helse Sør-Øst RHF vurdere om de iverksatte tiltakene ved Unilabs var tilstrekkelige for å opprettholde tilliten til at leverandøren kunne levere forsvarlige tjenester. Administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF igangsatte egne undersøkelser av saken, og anmodet i tillegg konsernrevisjonen om å bistå gjennom en revisjon.

Rapport 2/2019 Unilabs Norge AS

Målet med revisjonen var å vurdere om Unilabs regranskning i etterkant av de aktuelle hendelsene var forsvarlig gjennomført. Videre å vurdere om Unilabs hadde etablert intern styring og kontroll som ga tilstrekkelig sikkerhet for fremtidig faglig forsvarlig praksis

Revisjonen omfattet Unilabs' ledelse og sentrale administrasjon samt Unilabs' radiologiinstitutt på Hamar.

Konklusjon

Unilabs' regranskning av undersøkelser har i hovedsak vært hensiktsmessig innrettet og gjennomført. Konsernrevisjonen anbefalte at regranskningen ble utvidet på enkelte områder.

Under forutsetning av at nye tiltak ble innført som planlagt, fant konsernrevisjonen at Unilabs' interne styring og kontroll kunne gi tilstrekkelig sikkerhet for god kvalitet i de radiologiske tjenestene fremover. Det framkom ingen vesentlige risikoer som ikke var håndtert av Unilabs i revisjonen.

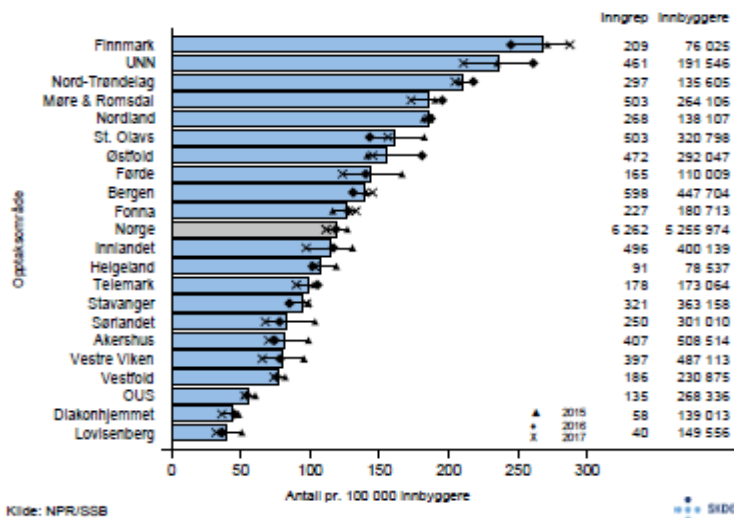
Styrebehandling

Rapporter etter revisjoner av private leverandører styrebehandles ikke, men oversendes administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF for oppfølging.

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 4.



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

Rapport 3/2019

Sykehuset Innlandet HF

Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket arbeider med å tilby pasientene riktig behandling med god kvalitet, og gjennom det redusere risiko for uønsket variasjon

Revisjonen belyste sykehusets styringssystem og hvordan kravene om å redusere risiko for 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

Virksomhetsstyringen bør videreutvikles for å redusere risiko for uønsket variasjon

Revisjonen viser at det er etablert et system for virksomhetsstyring som fremstår som godt forankret i ledelsen, og legger til rette for at sykehuset skal kunne imøtekomme samlede mål og krav. Videre har avdelingene iverksatt ulike tiltak for å tilby pasientene riktig behandling med god kvalitet. Revisjonen viser imidlertid at virksomhetsstyringen bør videreutvikles for å redusere risikoen for uønsket variasjon. Dette begrunnes med følgende:

- Helseforetaket har etablert et system for virksomhetsstyring - dette er ikke innført fullt ut
- Avdelingenes prosesser for virksomhetsstyring og kontinuerlig forbedring er i varierende grad satt i system
- Avdelingene har i varierende grad etablert tilstrekkelige tiltak for å redusere risiko for uønsket variasjon

Styrebehandling

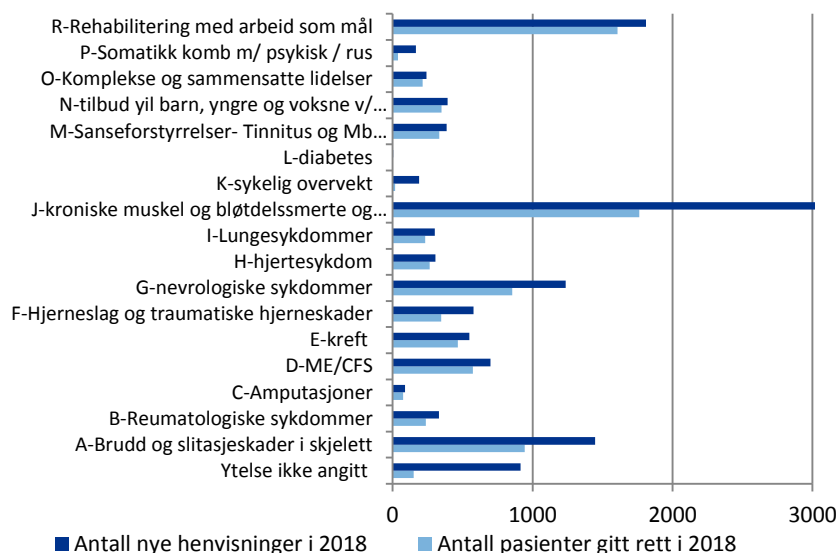
Rapporten ble behandlet i SI sitt styre 27.09.2019 med følgende vedtak:

- Styret tar sluttrapport etter revisjon om uønsket variasjon til etterretning, og ber om at rapporten følges opp og at det utarbeides en handlingsplan som forelegges styret innen desember 2019.

Revisjoner av vurderingspraksis ved henvisning til rehabilitering

Henvisninger til spesialisert rehabilitering fra primærhelsetjenesten skal rettighetsvurderes. Rettighetsvurderinger skal bidra til at helsetjenestene blir likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. Aktivitetstall indikerer uønsket variasjon i bruk av spesialisert rehabilitering.

Helseforetakene rettighetsvurderer selv henvisningene de mottar, mens henvisninger til private institusjoner vurderes av regional koordinerende enhet (RKE). Målet med revisjonene har vært å vurdere praksis for vurdering av henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientene som tildeles rett til kanaliseres til et egnet tilbud.



Figur 5: Mottatte henvisninger og antall gitt rett. RKE 2018 fordelt på ulike pasientgrupper. Kilde: RKE

Revisjon ble gjennomført ved Sykehuset i Vestfold HF, Sunnaas sykehus HF og RKE, og omhandlet henvisninger for pasienter med langvarige muskel- og bløtdelssmerter. Dette er den klart største pasientgruppen som henvises til spesialisert rehabilitering målt i antall henvisninger som vurderes ved RKE. I 2018 utgjorde pasientgruppen om lag en fjerdedel av totalt 12 667 nye henvisninger som ble behandlet ved RKE.

Oppsummering fra revisjonene

Revisjonene viste at rettighetsvurderingene ble gjennomført på en hensiktsmessig måte, og i tråd med formalkrav.

Pasientene som fikk tildelt rett ved helseforetakene ble kanalisert til en vurdering før eventuell videre rehabilitering. Pasientene som fikk tildelt rett til et privat tilbud gikk i større grad direkte til et behandlingstilbud. Det var også forskjeller i fristfastsettelse, der helseforetakene ga kortere juridisk frist enn RKE.

Enkelte pasienter, som etter konsernrevisjonens vurdering kunne hatt rett til spesialisthelsetjenester, fikk avslag med begrunnelse at instansen de var henvist til ikke hadde et egnet tilbud. Vi har anbefalt at det vurderes om disse pasientene kan ivaretas på en bedre måte.

Ved revisjonen av RKE fremstod det ikke tydelig for konsernrevisjonen hvilket mulighetsrom RKE har til å drive en aktiv kanalisering av rettighetspasientene for å utnytte tilbudet i regionen best mulig. Vi har anbefalt at mulighetsrommet avklares av Helse Sør-Øst RHF.

Rapport 5/2019 Regional koordinerende enhet

Målet med revisjonen var å vurdere praksis for vurdering av henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientene som tildeles rett til utredning eller behandling kanaliseres til et egnet tilbud.

Revisjonen ble gjennomført ved Regional koordinerende enhet (RKE), og omhandlet vurdering av henvisninger for pasienter med muskel- og bløtdelssmerter. RKE vurderer alle henvisninger fra primærhelsetjenesten og avtalespesialister som henvises til private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.

Konklusjon

RKEs potensiale kan utnyttes i større grad.

Som mottaker av alle henvisninger fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst er RKE viktig for god utnyttelse av regionens samlede rehabiliteringstilbud. Revisjonen har vist at RKE sørger for at rettighetsvurderingene gjennomføres på en hensiktsmessig måte, og i tråd med formalkrav. Samtidig bør det vurderes om RKEs kompetanse og kunnskap kan utnyttes i enda større grad. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Formalkrav etterleves i stor grad.
- Justeringer i vurderingspraksis bør vurderes.
- Mulighetsrommet for mer aktiv kanalisering av pasienter bør utforskes.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Sunnaas sykehus sitt styre 18. desember 2019. Endelig protokoll fra styremøtet er ikke godkjent.

Rapport 9/2019 Sunnaas sykehus HF

Målet med revisjonen var å vurdere praksis for vurdering av henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientene som tildeles rett til utredning eller behandling kanaliseres til et egnet tilbud.

Revisjonen ble gjennomført ved Sunnaas sykehus HF (Sunnaas) og omhandlet vurdering av henvisninger for pasienter med muskel- og bløtdelssmerter.

Konklusjon

God praksis ved rettighetsvurderinger – behov for å tydeliggjøre begrunnelser ved avslag.

Sunnaas sørger for at rettighetsvurderingene i hovedsak blir gjennomført på en hensiktsmessig måte, og i tråd med formalkrav. Rettighetspasientene får gjennomgående et vurderingstilbud i forkant av en eventuell videre behandling. Det er imidlertid behov for å vurdere endringer i praksis for håndtering av pasienter som trolig har behov for spesialisthelsetjenester, men der Sunnaas ikke opplever å være rett instans. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Formalkrav etterleves i stor grad.
- Praksis ved vurdering av rett til helsehjelp er god.
- Begrunnelser ved avslag er utydelige.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Sunnaas sykehus sitt styre 18. desember 2019. Endelig protokoll fra styremøtet er ikke godkjent.

Rapport 10/2019 Sykehuset i Vestfold HF

Målet med revisjonen var å vurdere praksis for vurdering av henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientene som tildeles rett til utredning eller behandling kanaliseres til et egnet tilbud.

Revisjonen ble gjennomført ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV) og omhandlet vurdering av henvisninger for pasienter med muskel- og bløtdelssmerter.

Konklusjon

God vurderingspraksis - behov for å bedre ivaretagelsen av pasienter SiV ikke har tilbud til.

SiV sørger for at rettighetsvurderingene i hovedsak blir gjennomført på en hensiktsmessig måte, og i tråd med formalkrav. Rettighetspasientene får gjennomgående et vurderingstilbud i forkant av en eventuell videre behandling. Det er imidlertid behov for å bedre ivaretagelsen av pasienter som kan ha behov i spesialisthelsetjenesten som SiV ikke kan dekke. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Formalkrav etterleves i stor grad.
- Praksis for vurdering av rett til helsehjelp er god.
- Pasienter som kan ha behov for døgnbasert rehabilitering får avslag uten tilstrekkelig veiledning.

Styrebehandling

Rapporten behandles i Sykehuset i Vestfold HF sitt styre 27.februar 2020.

Pakkeforløp for kreft – forbedring av pasientflyt og samhandling (delrapport 1)

Pakkeforløpene for kreft er normerende forløp som skal bidra til å sette god praksis i system, redusere variasjon og fremme likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Samlet skal de sikre at bestemte elementer inngår i helsetjenesten innenfor gitte frister, bidra til at pasienter opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i helsehjelpen.

Det er satt mål om at andel pakkeforløp innen nasjonal norm skal være på minimum 70 %. I tillegg skal andel pasienter som inngår i pakkeforløp være på minimum 70 %. OUS har hatt lav måloppnåelse i pakkeforløpene over lengre tid.

På grunn av manglende måloppnåelse knyttet til forløpstidene i pakkeforløpene for kreft, har OUS våren 2019 gjennomført kartlegginger, og identifisert mulige årsaker til manglende måloppnåelse. På bakgrunn av dette er det gitt anbefalinger til forbedringstiltak, både på overordnet nivå og til aktuelle avdelinger.

Tabellen under viser at utviklingen i perioden 2017 - 2019 i andel pasienter med eggstokk- og livmorkreft registrert i pakkeforløp i hovedsak har vært innenfor målkravet, men at andel pakkeforløp innen standard forløpstid har vært vedvarende lav.

		2019	2018	2017
Eggstokkreft	Andel registrerte i pakkeforløp	74 %	62 %	71 %
	Andel innen forløpstid	45 %	41 %	55 %
Livmorkreft	Andel registrerte i pakkeforløp	73 %	69 %	71 %
	Andel innen forløpstid	46 %	38 %	43 %

Tabell 2: Utviklingen over måltall fra 2017 til september 2019 for eggstokk- og livmorkreft. Kilde: NPR

Rapport 8/2019 Oslo universitetssykehus HF

Målet med revisjonen var å undersøke om helseforetakets forbedringsarbeid vil bidra til måloppnåelse for kreftforløpene eggstokk- og livmorkreft.

Revisjonen ble gjennomført i avdeling for gynekologisk kreft. Dette er den første av tre revisjoner som følger forbedringsarbeidet.

Konklusjon

Godt grunnlag for forbedring av pakkeforløpene – svakheter i anvendelsen av styringssystemet kan redusere muligheten for varig forbedring

Gjennom sine kartlegginger og undersøkelser våren 2019 har OUS et godt oversiktsbilde og god innsikt i utfordringene i arbeidet med pakkeforløpene. Konsernrevisjonen har samtidig identifisert svakheter i bruk av styringssystemet som reduserer muligheten for å oppnå varig forbedring. Konklusjonen begrunnes med følgende:

- Ressursgruppens analyser gir et godt grunnlag for å nå målene i pakkeforløpene
- Forbedringsarbeidet i avdeling for gynekologisk kreft fremstår som noe usystematisk
- Avdelingens arbeid med pakkeforløpene inngår i liten grad i helseforetakets plan- og oppfølgingsprosesser

Styrebehandling

Rapporten er ikke styrebehandlet. Konsernrevisjonen er gjort kjent med at styret informeres når alle tre revisjonene er gjennomført. Del tre gjennomføres mai 2020.

Revisjon av forvaltning av regionale kliniske systemer

Helse Sør-Øst har over flere år utviklet regionale kliniske systemer som et ledd i modernisering og standardisering av helseregionens systemportefølje. Fram til nå har to systemer vært i forvaltning i en regional forvaltningsmodell:

- *DIPS (elektronisk pasientjournal og pasientadministrasjon)*
- *CSAM Partus (svangerskaps-, fødsels- og barselsjournal).*

I løpet av 2019 er det planlagt at ytterligere to systemer skal overleveres fra prosjekt til regional forvaltning:

- *CMS (medikamentell kreftbehandling)*
- *MetaVision (kurve og medikasjon).*

De store investeringene i disse systemene er begrunnet i gevinster. Gevinstene skal realiseres gjennom mer effektive kliniske arbeidsprosesser kombinert med bedre kvalitet i prosessene. Dette gjelder arbeidsprosesser internt i og på tvers av helseforetakene, og mellom helseforetakene og eksterne helseaktører som fastleger, kommunale helsetjenester, private institusjoner og avtalespesialister.

Videre er løsningene integrert med nasjonale e-helseløsninger som e-resept, meldingsbaserte samhandlingsløsninger med videre. En viktig forutsetning for at gevinstene skal kunne realiseres, er at den funksjonelle utviklingen av systemene tilfredsstiller behovene som oppstår i de kliniske prosessene. Brukerne må også ha tilstrekkelig innsikt i systemenes funksjonalitet. Det er en forutsetning for at systemene skal kunne brukes optimalt. Videre er det etablert forvaltningsprosesser for å tilrettelegge for gevinstrealiseringen. Disse prosessene må også fungere effektivt. Koordinering mellom mange aktører i en sammensatt verdikjede forutsetter definerte prosesser med tydelig fordeling av ansvar og roller.

Rapport 4/2019

Helse Sør-Øst RHF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuspartner HF

Målet for revisjonen har vært å vurdere om det er etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for de regionale kliniske systemene i hele foretaksgruppen og om denne fungerer etter hensikten.

Konklusjon

Revisjonen viser at det er etablert en modell for forvaltning av de regionale kliniske systemene i Helse Sør-Øst som omfatter alle helseforetakene i foretaksgruppen. Ansvar og roller er plassert blant aktørene. Det er definerte prosesser for funksjonell videreutvikling og opplæring. Dette ligger som en forutsetning for at forventede gevinster fra innføringen av de nye regionale systemene skal kunne realiseres. Like fullt er det et vesentlig potensial for en mer effektiv forvaltning av regionale kliniske systemer. En forbedret forvaltning vil kunne legge til rette for at endringene i informasjonssystemene i større grad støtter klinisk arbeidsprosesser og beslutninger slik at pasientbehandlingen blir bedre og mer effektiv. Dette er den gevinsten man ønsker å oppnå når Helse Sør-Øst investerer i den regionale kliniske systemporteføljen.

Styrebehandling

- Styret i Helse Sør-Øst RHF, 19. desember 2019: Styret tar revisjonsrapporten fra konsernrevisjonen om forvaltning av regionale kliniske systemer til orientering og tilhørende tiltaksplan for oppfølging til etterretning.
- Styret i Vestre Viken HF, 28. oktober 2019: Styret tar konsernrevisjonsrapport 4/2019 og Vestre Vikens handlingsplan for oppfølging av denne til etterretning.
- Styret i Akershus universitetssykehus HF, 25. oktober 2019: Styret tar saken til etterretning.
- Styret i Sykehuspartner HF, 24. september 2019: Styret tar rapport fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst vedrørende "Forvaltning av regionale kliniske systemer" til etterretning.

Følgerevisjon STIM

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag «å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur».

Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) i Sykehuspartner HF skal bygge en felles regional plattform for Helse Sør-Øst som skal understøtte dagens løsninger og legge til rette for nye og innovative løsninger. Videre skal programmet etablere en moderne og sikker IKT-infrastruktur som møter helseforetakenes behov for digitalisering og innovasjon.

Under følger en oversikt av prosjektene som er i gjennomføringsfase i andre halvår 2019:

- Mobilitetsplattform som skal legge til rette for sikker bruk av kliniske applikasjoner på mobile enheter
- Regional Citrix-plattform som skal legge til rette for at helsepersonell forblir pålogget på tvers av arbeidsflater når de forflytter seg, og gi kortere påloggingstid og færre daglige pålogginger per bruker
- Regional telekomplattform som skal tilrettelegge for sikre og stabile telekomtjenester
- Trådløst nettverk som skal levere forbedret trådløst nettverkinfrastruktur
- Sikkerhetssone for privilegert tilgangsstyring som skal tilrettelegge for ny plattform for felles driftstjenester
- Utrulling av Microsoft Windows 10 i helseforetakene

Rapport 7/2019 Revisjon av Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) – 2. tertial 2019

Formålet med konsernrevisjonens følgerevisjon av programmet er å bidra til at programmet realiserer sitt overordnede mål bilde. Dette innebærer å vurdere kvaliteten i programmets styring og kontroll innen vesentlige områder gjennom programmets levetid frem til 2024. Konsernrevisjonen vil avgi en rapport hvert tertial, samordnet med programmets øvrige rapportering.

Tema for revisjonsrapport 2. tertial 2019 var styring og innretning av programmet innenfor følgende områder:

- Konkretisering av programmets mål bilde
- Programmets organisering
- Håndtering av usikkerheter

Konklusjon

Programmet har arbeidet godt med å etablere et mål bilde og har etablert en god struktur for programstyring. Det har ikke vært innenfor denne revisjonens målsetning å vurdere realismen i planverket. Like fullt er det vår vurdering at programmet har høy kompleksitet med mange prosjekter, stor aktivitet i 2019 og stramme tidsfrister. Dette stiller krav til god organisering med effektive beslutningsprosesser. Det er viktig at programmet arbeider videre med en mest mulig hensiktsmessige organisering for programmets gjennomføring.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Sykehuspartners styre den 24.09.2019 i samme sak som programmets øvrige rapportering med følgende vedtak:
Styret tar anbefalingene fra konsernrevisjonen i følgerevisjon for program STIM til etterretning og ber administrerende direktør iverksette relevante tiltak.

Rapport 13/2019 Revisjon av Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) – 3. tertial 2019

Formålet med konsernrevisjonens følgerevisjon av programmet er å bidra til at programmet realiserer sitt overordnede målbilde. Konsernrevisjonen avgir en rapport hvert tertial, samordnet med programmets øvrige rapportering.

Rapport for 3. tertial 2019 er i to deler, hvor del 1 undersøker oppfølgingspunkter fra rapport for 2. tertial 2019. I del 2 vurderte konsernrevisjonen følgende:

- Om det er etablert risikoleidelse i programmet
- Om risikostyring er integrert i programstyringen
- Om risikostyring benyttes som et styringsverktøy

Konklusjon

Programmet har fulgt opp konsernrevisjonens anbefalinger og har etablert nye roller som endringsansvarlig i Sykehuspartner og gevinstkoordinator i programmet. Videre er det etablert effektmål, og planer for gevinstrealisering er under utarbeidelse. Programmets definerte usikkerheter knyttet til forutsetninger for vellykket gjennomføring håndteres i prosessen for risikostyring.

STIM har etablert hensiktsmessig og tilstrekkelig risikostyringsrammeverk. Risikovurderinger benyttes aktivt på prosjekt- og programnivå. Programmet har i sin overordnede programstyring lagt til grunn et rammeverk for risikostyring som bygger på prosjektveiviseren og Sykehuspartners policy for risikostyring. Det er likevel et potensiale for å videreutvikle risikostyringsprosessene i STIM.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Sykehuspartners styre den 30.01.2020 i samme sak som programmets øvrige rapportering med følgende vedtak:
Styret tar anbefalingene fra konsernrevisjonen i følgerevisjon for program STIM til etterretning og ber administrerende direktør iverksette relevante tiltak.

2.3 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.

De internasjonale revisjonsstandardene krever 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.

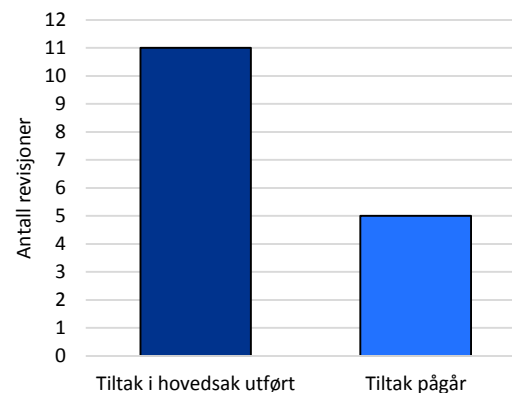
Revisjonene vil i enkelte tilfeller identifisere risikoer eller forbedringsbehov som krever langsiktig forbedringsarbeid. Vi har derfor et flerårig perspektiv i oppfølgingen. I tillegg til oppfølging av revisjoner som ble gjennomført i 2018, har vi derfor også fulgt opp enkelte revisjoner som ble utført i 2017.

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 2019. For hver enkelt revisjon er det uttrykt en samlet status på fremdrift i arbeidet med tiltakene.



Figur 6: Antall revisjoner etter status for gjennomføring av tiltak