



**Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst**

**Årsrapport 2020 for styrets  
revisjonsutvalg og konsernrevisjonen**

Behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF, 11. mars 2021



# 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 samt private leverandører og avtalespesialister som har 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 2020.



# Innhold

|           |                          |          |
|-----------|--------------------------|----------|
| <b>1.</b> | <b>Revisjonsutvalget</b> | <b>4</b> |
| 1.1       | Formål                   | 4        |
| 1.2       | Sammensetning            | 4        |
| 1.3       | Oppgaver                 | 4        |
| 1.4       | Møter og saker           | 4        |

|           |  |          |
|-----------|--|----------|
| <b>2.</b> | <b>Konsernrevisjonen</b>   | <b>5</b> |
| 2.1       | Om konsernrevisjonen   | 5        |
| 2.2       | Utførte oppdrag i 2020   | 6        |
| 2.3       | Oppfølging av utførte revisjoner   | 6        |
| 2.4       | Nærmere beskrivelse av revisjoner utført i 2020                          | 7        |
|           | Rehabilitering etter hjerneslag  | 9        |
|           | Pakkeforløp for kreft – forbedring av pasientflyt og samhandling (del 2) | 11       |
|           | Bruk av tvang i psykisk helsevern – del 1                                | 12       |
|           | Bruk av tvang i psykisk helsevern – del 2                                | 13       |
|           | Revisjon etter uønskede hendelser  | 14       |
|           | Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold       | 16       |
|           | Revisjon av ventetid psykisk helsevern barn og unge                      | 19       |
|           | Intern styring og kontroll hos avtalespesialister                        | 20       |
|           | Protokoll for behandling av personopplysninger                           | 21       |
|           | Følgerevisjon STIM   | 23       |

# 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. Revisjonsutvalget har fra februar 2020 følgende medlemmer:

- Anne Cathrine Frøstrup (leder)
- Kirsten Brubakk
- Einar Lunde
- Vibeke Limi (for revisjon 6/2020 Revisjon av uønskede hendelser)

Einar Lunde meldte seg inhabil ved revisjon 6/2020 av Sørlandet sykehus HF. Vibeke Limi fungerte i utvalget ved oppfølgingen av denne revisjonen.

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 13 møter i 2020. Følgende saker er behandlet:

- Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2021
- Godkjenning av endringer i revisjonsplan for 2020
- 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 2020
- Eksternrevisors resultater fra revisjonen av årsregnskapet for 2019
- Revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens instruks

Utvalget har i 2020 hatt en høy aktivitet. Det er gjennomført flere møter i forbindelse med planlegging og oppfølging av revisjon om uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF (6/2020).

Protokoll fra møtene i utvalget 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 i utøvelsen av 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 for internrevisjon skal konsernrevisjonens leder minst årlig bekrefte overfor styret at konsernrevisjonen er uavhengig. Konsernrevisor bekrefter at konsernrevisjonen i 2020 har vært uavhengig i sin rolle.

#### *Ressurser*

Ved inngangen til 2020 hadde konsernrevisjonen ti fast ansatte, og var gjennom annet halvår åtte ansatte. 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 leier konsernrevisjonen inn ressurser med spesialistkompetanse fra helseforetak eller fra konsulentselskap. I 2020 har konsernrevisjonen leid inn eksterne ressurser innenfor fem ulike revisjonstemaer.

Samlet er det benyttet 9 årsverk i revisjonsarbeidet, hvorav 0,5 var kjøp av eksterne tjenester.

#### 2.1.2 Kvalitetsprogram

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

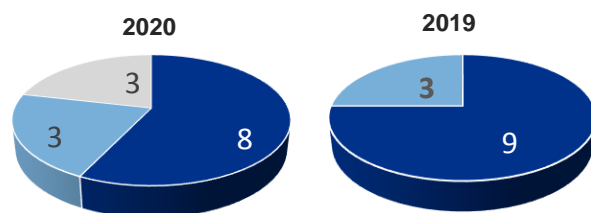
## 2.2 Utførte oppdrag i 2020

### 2.2.1 Revisjoner og rådgivningsoppdrag

Konsernrevisjonen gjennomfører revisjoner i henhold til en årlig revisjonsplan som er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Planen bygger hovedsakelig på innspill fra styrene i helseforetakene. Konsernrevisjonen vurderer risikobildet, utarbeider forslag til plan og forankrer prioriterte temaer i foretaksgruppen. Revisjonsutvalget fremlegger forslag til plan for styret. Ved behov kan konsernrevisjonen bistå med ad hoc-revisjoner.

I 2020 har konsernrevisjonen totalt gjennomført 14 revisjoner. Det er gjennomført åtte revisjoner fra revisjonsplanen for 2020. Etter anmodning har konsernrevisjonen i tillegg gjennomført to ad hoc-revisjoner. Videre ble fire revisjoner fra revisjonsplan for 2019 ferdigstilt i 2020.

Revisjonene ble gjennomført innenfor områdene *pasientbehandling*, *IKT og personvern* samt *virksomhetsstyring* jf. figur 1.



■ Pasientbehandling ■ IKT og personvern ■ Virksomhetsstyring

Figur 1. Antall utførte revisjoner på ulike områder

Innenfor området virksomhetsstyring er det i 2020 gjennomført tre

revisjoner av systemer for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold.

Innenfor revisjonsområdet pasientbehandling har vi med utgangspunkt i revisjonsplan 2020 blant annet gjennomført revisjoner innenfor temaene bruk av tvang i psykisk helsevern og ventetider i BUP. Videre er det gjennomført en omfattende ad hoc-revisjon av uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF.

Innenfor revisjonsområdet *IKT og personvern* har vi gjennomført revisjoner av behandling av personopplysninger og følgerrevisjon av Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM).

### 2.2.2 Andre oppgaver – anskaffelser av smittevernutstyr

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2020 i oppdrag å koordinere anskaffelsene av smittevernutstyr i den nasjonale ordningen i forbindelse med Covid-19. Konsernrevisjonen har bidratt med ressurser til kvalitetssikring ved distribusjon av smittevernutstyr fra Nasjonalt felleslager.

## 2.3 Oppfølging av utførte revisjoner

### 2.3.1 Helseforetakenes oppfølging av revisjoner

Alle revisjonsrapporter legges frem av administrasjonen som sak for helseforetakenes styre, og konsernrevisjonen orienterer om resultatene av revisjonen. Administrasjon utformer en handlingsplan for å gjennomføre nødvendige forbedringstiltak, og fremlegger denne i foretakets styre. Etter behandlingen tar styret revisjonsrapporten og handlingsplanen til etterretning i sitt vedtak. Som hovedregel vil administrasjonen orientere styret periodisk om status for videre oppfølging av tidligere revisjoner. Ved behov bistår konsernrevisjonen med rådgivning knyttet til utførte revisjoner.

### 2.3.2 Konsernrevisjonens oppfølging av tidligere 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

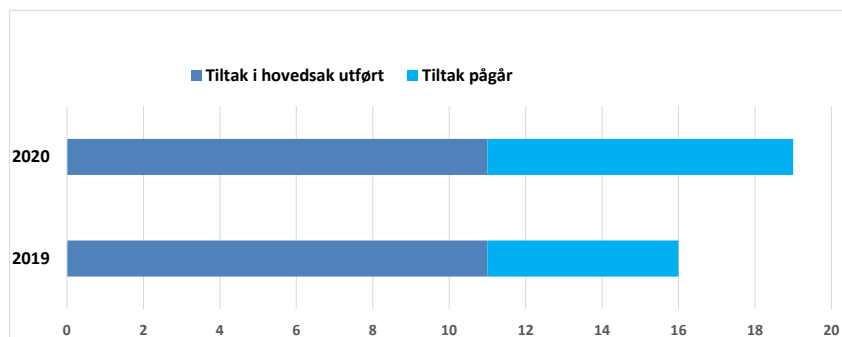
Konsernrevisjonen følger hvert år opp utførte revisjoner fra foregående år. Revisjonene vil i enkelte tilfeller identifisere risikoer eller forbedringsbehov som krever langsiktig forbedringsarbeid. Vi har derfor et flerårig perspektiv i oppfølgingen, og følger også opp revisjoner fra tidligere år ved behov.

Oppfølgingen utføres ved møter med de som har vært ansvarlig for handlingsplaner og tiltak etter revisjonene. I tillegg innhentes tilhørende dokumentasjon på tiltaksarbeidet.

#### Resultater fra oppfølging av tidligere revisjoner

Vår oppfølging i 2020 viste at helseforetakene har fulgt opp resultater og anbefalinger gjennom hensiktsmessige tiltak. Samtidig var det en del tiltak som ikke var ferdigstilt, og som konsernrevisjonen vil følge opp videre.

Figuren under viser resultatet fra oppfølgingen av revisjoner i 2020, med overordnet status for forbedringsarbeidet etter de enkelte revisjonene. Tiltakene var i hovedsak utført for 11 av 19 revisjoner som ble fulgt opp.



Figur 2. Antall revisjoner etter status for gjennomføring av tiltak

### 2.4 Nærmere beskrivelse av revisjoner utført i 2020

Konsernrevisjonen har i 2020 utført 14 revisjoner fordelt på ni helseforetak og to avtalespesialister. Tabellen på neste side gir en samlet oversikt over alle gjennomførte revisjoner i 2020.

I de påfølgende sidene beskriver vi overordnet de ulike revisjonstemaene og resultatene fra gjennomførte revisjoner innenfor hvert tema. Revisjonsrapportene er tilgjengelig i sin helhet på Helse Sør-Øst RHF sine nettsider:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen#dette-er-konsernrevisjonen-i-helse-sor-ost-rhf>

Tabell 1: Revisjonsplan 2020 og gjennomførte revisjoner

| Område              | Revisjonsplan 2020  | Gjennomførte revisjoner 2020 |                              |
|---------------------|---|------------------------------|------------------------------|
|                     | Revisjoner  | Rapport                      | Virksomhet                   |
| Pasient-behandling  | Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag (fra plan 2019)                             | 11/2019                      | SS                           |
|                     | Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag (fra plan 2019)                             | 12/2019                      | VV                           |
|                     | Pakkeforløp for kreft – forbedring av pasientflyt og samhandling (del 2, fra plan 2019) | 15/2019                      | OUS                          |
|                     | Bruk av tvang i psykisk helsevern - del 1   | 1/2020                       | Alle helseforetak med PHV    |
|                     | Ventetider i psykisk helsevern barn og unge   | 2/2020                       | SI                           |
|                     | Bruk av tvang i psykisk helsevern – del 2   | 3/2020                       | SØ                           |
|                     | Revisjon av uønskede hendelser (ad hoc-revisjon)  | 6/2020                       | SS                           |
|                     | Intern styring og kontroll (ad hoc-revisjon)  | 10/2020                      | Smertemedisinsk Institutt AS |
|                     | Radiologiske og patologiske undersøkelser – ventetid og svartid                         | Rullert til plan 2021        | OUS                          |
|                     | Faglig revisjon av praksis hos avtalespesialist   | Utgår                        | Avtalespesialist             |
|                     | Tildeling av kontaktlege/kontaktpsykolog ved behov for oppfølging av varighet           | Utgår                        | SØ                           |
|                     | Pakkeforløp for kreft – forbedring av pasientflyt og samhandling (del 3)                | Utgår                        | OUS                          |
| Virksomhets-styring | Varsling - systemer for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold                 | 4/2020                       | ST                           |
|                     | Varsling - systemer for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold                 | 8/2020                       | VV                           |
|                     | Varsling - systemer for håndtering av varsler om kritikkverdige forhold                 | 11/2020                      | SI                           |
|                     | Risikostyring og kvalitet   | Rullert til plan 2021        | OUS                          |
|                     | Gevinstrealisering  | Rullert til plan 2021        | HSØ RHF, Ahus, SiV, SS       |
| IKT og personvern   | Behandling av personopplysninger (fra plan 2019)  | 14/2019                      | APO                          |
|                     | Følgerevisjon STIM 1. tertial 2020  | 5/2020                       | SP                           |
|                     | Behandling av personopplysninger  | 7/2020                       | Ahus                         |
|                     | IKT-anskaffelser og leverandørstyring   | Rullert til plan 2021        | VV                           |



# Rehabilitering etter hjerneslag

*Hjerneslag er en hyppig årsak til akutt innleggelse i sykehus med ca. 12 000 tilfeller hvert år på landsbasis. Det har vært stor oppmerksomhet om hjerneslag de senere årene, med etableringen av Nasjonalt hjerneslagregister, innføring av flere nasjonale kvalitetsindikatorer for hjerneslagbehandling, ny nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, nasjonal opplysningskampanje om hjerneslag og senest pakkeforløp for hjerneslag.*

Hjerneslag er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Blodpropp i blodårer i hjernen (trombose) er årsaken i 80-85 prosent av tilfellene, mens hjerneblødning er årsak i 10-15 prosent av tilfellene.

Ifølge nasjonale faglige retningslinjer for hjerneslag, bør alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i slagenhet. En slagenhet blir definert som en organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering.

Ved hjerneslag er det viktig med rask oppstart av rehabilitering for å gjenvinne funksjoner som er blitt redusert som følge av slaget. Slagenheter uten fokus på rehabilitering har ifølge de nasjonale faglige retningslinjene ikke dokumentert sikker positiv effekt. De slagenhetsstudier som har vist best effekt, har hatt sterkt fokus på tidlig mobilisering. For de fleste pasienter er det anbefalt tidlig mobilisering opp fra seng innen 12-48 timer, og videre hyppig mobilisering under

sykehusinnleggelsen. Behovet for mer spesifikke rehabiliteringstiltak skal vurderes, og tiltak igangsettes.

Mange pasienter vil også ha behov for videre rehabilitering etter akuttfasen, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at behovet for videre rehabilitering kartlegges under innleggelse og at sykehuset sørger for god overføring til neste instans. Ved eventuell ventetid før overføring må rehabiliteringsbehovet ivaretas i ventetiden for å unngå unødig opphold i rehabiliteringen.

Pakkeforløp for hjerneslag beskriver det anbefalte forløpet for pasienter som rammes av akutt hjerneslag, inkludert koder og forløpstider så langt det er mulig.

Revisjonen er gjennomført ved Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF. Målet for revisjonene har vært å undersøke om helseforetakene har gode rutiner for å vurdere rehabiliteringsbehovet hos pasienter som innlegges akutt med hjerneslag, og om det gis tilstrekkelig rehabilitering i tidlig fase. Videre har vi vurdert om det sørges for gode overføringer til videre rehabilitering dersom pasienten har behov for det.

## Rapport 11/2019 Sørlandet sykehus HF

### Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at Sørlandet sykehus HF sørger for tidlig mobilisering og videre rehabilitering på rett nivå etter hjerneslag . Det er identifisert noen forbedringsmuligheter. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Slagenhetene iverksetter tidlig mobilisering og mer spesifikke rehabiliteringstiltak
- Pasienten blir overført til videre rehabilitering på riktig nivå
- Det er forbedringspotensial i deler av prosessen

Helseforetaket har organisert arbeidet slik at pasientene som legges inn med hjerneslag får tidlig mobilisering i tråd med behovet og innen rimelig tid. Aktuelle pasienter blir vurdert av ergo- og fysioterapeut. Underveis i innleggelsen, blir behovet for rehabilitering etter utskrivelse vurdert.

Ansvar for å følge opp kvaliteten i behandlingen og beslutte endringer i faglig praksis kan gjøres tydeligere. Ansvar for å identifisere pasienter som skal ha oppfølging etter utskrivning, fremstår ikke som helt klart. Det er forbedringsmuligheter knyttet til informasjonsoverføring ved utskrivning.

### Styrebehandling

Styret behandlet rapporten 13. mai 2020 med følgende vedtak:

1. *Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.*
2. *Styret ber administrerende direktør følge opp resultatene fra revisjonen, og bruke rapporten til læring og kvalitetsforbedring i foretaket.*
3. *Styret understreker betydningen av utviklingen av likeverdige tilbud på tvers av foretakene, fagrådene og standardisering av felles prosedyrer.*

## Rapport 12/2019 Vestre Viken HF

### Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at Vestre Viken HF jobber systematisk med rehabilitering etter hjerneslag, men at praksis kan forbedres. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Enhetene iverksetter tidlig mobilisering og rehabiliteringstiltak
- Pasienten blir overført til videre rehabilitering på riktig nivå
- Det er variasjon i oppfølgingstilbudet etter utskrivning
- Det er forbedringspotensial i deler av prosessen

Helseforetaket har organisert arbeidet slik at pasientene som legges inn med hjerneslag får tidlig mobilisering i tråd med behovet. Faggruppene starter raskt opp rehabiliteringstiltak dersom det er behov for det. Behovet for rehabilitering etter utskrivelse blir vurdert underveis i innleggelsen, og pasienten overføres til riktig nivå. Det er variasjon i oppfølgingstilbudet etter utskrivning mellom helseforetakets lokasjoner.

Det er identifisert forbedringsmuligheter knyttet til informasjonsoverføringen ved utskrivning.

### Styrebehandling

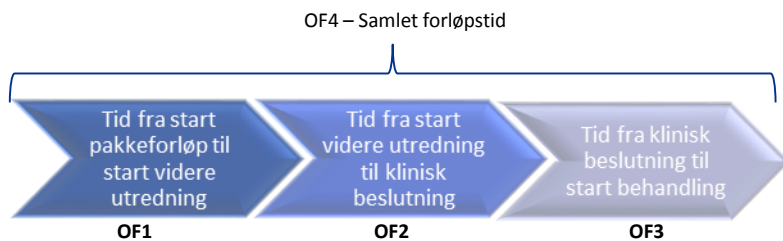
Styret behandlet rapporten 31. august 2020 med følgende vedtak:  
*Styret tar konsernrevisjonens rapport om rehabilitering etter hjerneslag ved Vestre Viken HF og foretakets handlingsplan for anbefalte forbedringer til etterretning.*

## Pakkeforløp for kreft – forbedring av pasientflyt og samhandling (del 2)

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

I Helse Sør-Øst (HSØ) er det Avdeling for gynekologisk kreft ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) som har regionsfunksjon for eggstokk- og livmorkreft. I tillegg har OUS en lokalfunksjon for pasienter i eget område.

Innenfor kreftområdet er det innført pakkeforløp for kreft. Pakkeforløp innebærer en standardisering av frister for utførelse av administrative og kliniske oppgaver. Pakkeforløpet består av tre ulike faser med hver sin forløpstid (OF1, OF2 og OF3). Summen av disse tre forløpstidene omtales som samlet forløpstid (OF4). Figuren under viser målepunktene som legges til grunn for delfasene og som igjen danner grunnlag for samlet forløpstid.



Figur 3. Målepunkter i pakkeforløp for kreft

På bakgrunn av manglende måloppnåelse over tid i pakkeforløpene ved eggstokk- og livmorkreft, har helseforetaket igangsatt flere tiltak hvor målet har vært å redusere forløpstidene. Konsernrevisjonen har fulgt forbedringsarbeidet og foretatt revisjoner på to ulike tidspunkt.

### Rapport 15/2019 Oslo universitetssykehus HF

Første del av denne revisjonen (rapport 8/2019) tok utgangspunkt i helseforetakets eget forbedringsarbeid, og undersøkte om mandat og forankring av arbeidet har vært tilstrekkelig, og om grunnlaget for anbefalte tiltak var basert på hensiktsmessige og dekkende analyser.

I del 2 har konsernrevisjonen undersøkt hvordan OUS sikrer god styring og kontroll på forbedringsarbeidet. Dette er gjort ved å belyse hvordan Avdeling for gynekologisk kreft i perioden oktober-desember 2019 har fulgt opp sin tiltaksplan. Videre har vi analysert måloppnåelsen og undersøkt hvordan forbedringsarbeidet er rapportert og fulgt opp i helseforetaket.

### Konklusjon

Avdelingens forbedringsarbeid er gitt stor oppmerksomhet, og enkelte tiltak har nå gitt resultater. Samtidig er det enkelte svakheter i informasjonsgrunnlaget for styringen av forbedringsarbeidet. Avdelingen har manglende sporbarhet og oversikt over fremdriften i arbeidet, og hvordan de ulike tiltakene som er iverksatt skal innvirke på forløpstidene gjennom delfasene i pakkeforløpene. Svakheter i styringen av forbedringsarbeidet kan redusere muligheten for å oppnå varig forbedring. Dette er knyttet til følgende tre områder:

- Manglende oversikt over status på forbedringsarbeidet
- Svakheter i grunnlaget for rapportering av forløpstider
- Behov for ytterligere avklaringer i oppgavefordelingen

### Styrebehandling

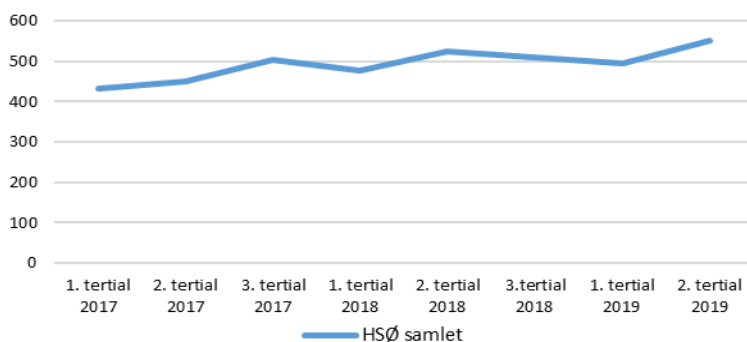
Revisjonsrapporten ble styrebehandlet 25. juni 2020. Styret tok revisjonsrapporten til etterretning.

# Bruk av tvang i psykisk helsevern – del 1

*Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.*

I henhold til § 4.8 a-d i Psykisk helsevernloven «skal tvangsmidler bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.»

I oppdragsdokumentene til helseforetakene er det gjennom flere år stilt krav om reduksjon i bruken av tvang. For 2018 og 2019 var kravet at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern skulle reduseres, og at foretakene skulle innføre tiltak som er anbefalt av *Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*.



Figur 4. Antall pasienter i HSØ med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019

## Rapport 1/2020

Revisjonen er gjennomført i samarbeid med avdeling Psykisk helsevern og rusbehandling HSØ RHF. Målet for revisjonen har vært å undersøke om helseforetakenes og sykehusenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstruksjoner, og status på arbeidet i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Revisjonen er utført gjennom en spørreundersøkelse til alle enheter i regionen som er godkjent for bruk av tvang. Alle de 118 enhetene har besvart undersøkelsen. Rapporten presenterer de samlede resultatene fra spørreundersøkelsen, og gir derfor ikke anbefalinger til det enkelte helseforetak. Det enkelte helseforetak og sykehus har, i tillegg til denne rapporten, fått tilsendt sine egne besvarelser.

## Konklusjon

Spørreundersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene kjenner til anbefalingene i rapporten om redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Anbefalingene dekker både forebygging, gjennomføring og oppfølging etter bruk av tvangsmidler. Samtidig oppgir et flertall av enhetene at de ikke har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler for 2019.

For å sikre kontinuerlig oppmerksomhet om bruk av tvangsmidler bør dette i større grad synliggjøres og inngå i ledelsesoppfølgingen gjennom styringslinjen.

## Styrebehandling

Selv om det ikke er gitt anbefalinger i denne rapporten er det anmodet om at rapporten legges frem for styrene, slik at det blir tatt stilling til hvordan rapporten og foretakenes egne besvarelser skal følges opp.

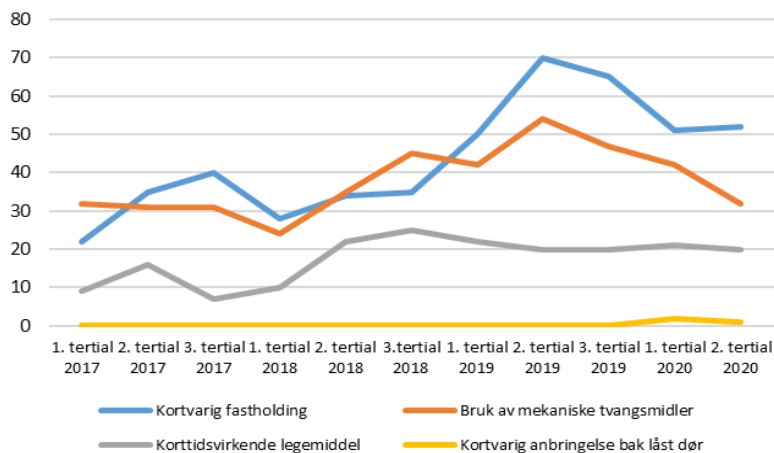
## Bruk av tvang i psykisk helsevern – del 2

### Rapport 3/2020 Sykehuset Østfold HF

Konsernrevisjonen gjennomførte i desember 2019 en spørreundersøkelse (del 1) som omfattet alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Formålet var å kartlegge hvor langt helseforetakene og sykehusene hadde kommet i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Del 2 av denne revisjonen er gjennomført i tre utvalgte helseforetak høsten 2020. Sykehuset Østfold HF (SØ) er ett av disse. Formålet har vært å undersøke hvor langt helseforetaket har kommet i å imøtekomme mål og krav gitt i oppdragsdokumentet for 2019.

I tillegg til dokumentgjennomgang og samtaler med ledere på alle nivåer i styringslinjen, er tre psykoseenheter valgt ut for undersøkelser i pasientjournaler, tvangsmiddelvedtak og i tvangsmiddelprotokoller.



Figur 5. Antall pasienter med vedtak om bruk av ulike typer tvangsmidler ved SØ i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020

### Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at Sykehuset Østfold HF har et tydelig fokus på reduksjon av tvangsmiddelbruk, men at det er behov for økt brukerinvolvering og bedre oversikt i pasientforløpene.

Helseforetaket er godt i gang med å implementere føringer og anbefalinger gitt i rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*.

Overordnede mål og krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler er konkretisert i handlingsplaner for både Klinikk psykisk helsevern og rusbehandling og Psykiatrisk avdeling. Forbedringsarbeidet er forankret i - og følges opp - gjennom styringslinjen.

Revisjonen viser likevel at det gjenstår områder for forbedring. Basert på undersøkelser i de reviderte enhetene, begrunnes konklusjonen med følgende forhold:

- Manglende involvering av pasient i forebygging av utagerende og voldelig atferd
- Manglende helhetlig oversikt i dokumentasjon av behandlingsforløpet
- Behov for å komme videre i forbedringsarbeidet

### Styrebehandling

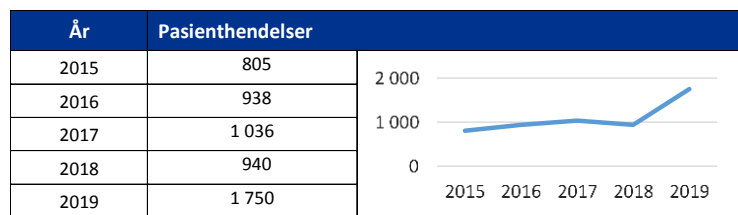
Rapporten ble sendt helseforetaket 15. januar 2021. Styrebehandling er foreløpig ikke avklart.

## Revisjon etter uønskede hendelser

Et grunnleggende krav i helseovngivningen er at helsetjenestene skal være forsvarlige. Dette innebærer en plikt for helseforetakene til å tilrettelegge tjenestene, slik at ansatte som utfører tjenestene blir satt i stand til å overholde sine plikter og den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og godt tjenestetilbud. For å oppnå dette har styret og administrerende direktør et ansvar for å sørge for at det etableres et hensiktsmessig styringssystem. Styringssystemet skal bidra til at det arbeides systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Det hadde over tid fremkommet informasjon om uønskede hendelser knyttet til operasjoner utført ved sykehuset i Flekkefjord (SSF) i perioden 2016-2018. Flere av sakene var knyttet til en enkelt overlege, som i februar 2019 ble overflyttet fra kirurgisk avdeling ved SSF til en utdanningsstilling som lege i spesialisering (LIS) ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand (SSK). Etter overføringen til SSK fremkom det nye uønskede hendelser knyttet til samme lege i perioden 2019-2020.

På bakgrunn av hendelsene forespurte Helse Sør-Øst RHF, etter dialog med ledelsen ved SSHF, konsernrevisjonen om å foreta en revisjon.



Figur 6. Pasienthendelser med pasientskade/fare for skade SSHF. Kilde: Årlig melding 2019 SSHF

### Rapport 06/2020 Sørlandet sykehus HF

Revisjonen har hatt to mål. Et mål har vært å vurdere om SSHF har gjennomført nødvendige tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord. Det andre målet har vært å undersøke hvilket system SSHF har etablert for å sørge for tilstrekkelig veiledning og oppfølging av leger i spesialisering (LIS) generelt, og om overlegen fra SSF, som i 2019 startet i en utdanningsstilling (LIS3) ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand, ble underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime.

Revisjonen har med utgangspunkt i målene også belyst SSHF sin håndtering av uønskede hendelser generelt, og hvordan uønskede hendelser relatert til vedkommende lege er meldt inn og håndtert ved SSF og SSK.

#### Konklusjon

Revisjonen viste at det i perioden 2018-2020 er gjennomført flere tiltak for å sikre en god kvalitet på pasientbehandlingen ved SSF. Omfanget av operasjonstyper som kan utføres er redusert, det er innført ruiner for konferering og gjennomgang av planlagte og gjennomførte operasjoner samt ledelsesoppfølging av iverksatte tiltak. Konsernrevisjonen vurderte at tiltakene som så langt er innført vil legge til rette for god kvalitet ved operasjonsaktivitetene, under forutsetning av at de utføres i tråd med interne føringer. Samtidig er det behov for enkelte tiltak som vil kunne bidra til å høyne kvaliteten ytterligere. Undersøkelser av utførte operasjoner viste at det er behov for tiltak for å sikre etterlevelse av nasjonale retningslinjer for fastsettelse av indikasjon for operasjon for enkelte tilstander.

Videre vurderte konsernrevisjonen at systemet for å gjennomføre LIS-utdanning i ortopedi i SSK er tilfredsstillende. Når det gjelder den aktuelle

legen, ble det imidlertid ikke utarbeidet en individuell opplæringsplan. Med bakgrunn i de uvanlige omstendighetene ved overføringen til SSK, vurderte konsernrevisjonen at oppfølgingen av legen ikke hadde vært tilstrekkelig.

Konsernrevisjonens vurderte at SSHF har etablert hensiktsmessige retningslinjer og strukturer for registrering og oppfølging av uønskede hendelser. Uønskede hendelser og tilsynssaker som er registrert i melde- og avvikkssystemet angående legens pasientbehandling i SSF og SSK ble håndtert i tråd med føringene. Konsernrevisjonen vurderte likevel at enkelte av de pasientrelaterte hendelsene burde blitt meldt som interne avvik på det tidspunktet da de ble kjent i avdelingene, i forbindelse med reoperasjoner eller postoperativ oppfølging av pasientene. Avvikene ble først meldt etter tilsyn eller klage fra pasienter.

Konsernrevisjonen vurderte at det er iverksatt hensiktsmessige tiltak i SSHF for å fange opp eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp. Det var imidlertid noe ulik grad av systematikk i oppfølgingsarbeidet mellom SSF og SSK.

På bakgrunn av funnene utarbeidet konsernrevisjonen et sett med anbefalinger innenfor følgende åtte områder:

- Faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF
- Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi
- Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF
- Rutiner ved ansettelse av kirurger i SSF
- Faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF
- Dokumentasjon ved LIS-utdanning
- Håndtering av uønskede hendelser
- Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

### **Styrebehandling**

Styret i Helse Sør-Øst RHF ble orientert om resultatene fra revisjonen i møte 24. september 2020. Styret fattet følgende vedtak:

- Styret tar revisjonsrapporten til foreløpig orientering, og ber om at revisjonsutvalget kommer tilbake med en sak som orienterer om hvordan rapporten er fulgt opp av Sørlandet sykehus HF.

Styret ved Sørlandet sykehus HF ble deretter orientert om resultatene fra revisjonen i møte 25. september 2020. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret tar revisjonsrapporten til foreløpig orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør utarbeide tiltak for oppfølging av rapporten og legge plan for oppfølging frem for styret i møtet 29. oktober 2020.*

Den 29. oktober 2020 behandlet styret ved Sørlandet sykehus HF ledelsens plan for oppfølging av rapport. Styret fattet følgende vedtak:

- *Styret stiller seg bak oppfølgingsplan for rapport 6/2020.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF ble i møte 26. november 2020 orientert om helseforetakets oppfølging av revisjonen og styrets behandling. Styret fattet følgende vedtak:

- *Styret tar informasjonen om oppfølgingen av revisjonsrapport 6-2020 ved Sørlandet sykehus HF til orientering.*

# Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold

*Varslingsordningen skal bidra til å skape trygghet slik at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Ved å se på varsling som en verdi skal helseforetaket legge til rette for et godt ytringsklima på arbeidsplassen, utarbeide rutiner for varsling og undersøke og følge opp varselet innen rimelig tid. Helseforetaket har også ansvar for å verne varslernes identitet, og sørge for at den som varsler og den/de det varsles om har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Den som varsler skal ikke bli utsatt for gjengjeldelse.*

Varsling i arbeidslivet er at en arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdig forhold på egen arbeidsplass. Hva en kaller det eller hvordan det kategoriseres er uten betydning. Det er innholdet i ytringen som avgjør om det er et varsel. Undersøkelser indikerer at halvparten av alle arbeidstakere som opplever kritikkverdige forhold velger å ikke varsle. En av fire som varsler opplever negative reaksjoner etter å ha varslet.

Målet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

Revisjon ble gjennomført ved Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Innlandet HF. Gjennomgangen har omfattet styret, linjeledelsen, varslingsutvalget/-mottaket, ulike støtte- og rådgivningsfunksjoner samt vernetjenesten og tillitsvalgte.

## **Oppsummering fra tre revisjoner**

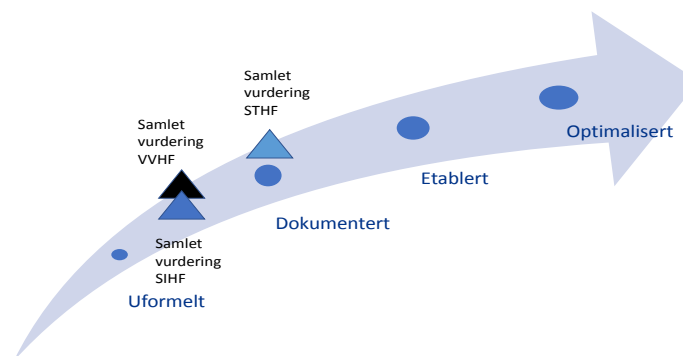
Revisjonene viser at de reviderte helseforetakene har etablert en varslingsordning og utarbeidet skriftlig rutine for varsling. Alle helseforetakene synes å ta tak i ytringer om påståtte kritikkverdige forhold innen rimelig tid, og håndtere sakene på lavest mulig nivå.

Felles for helseforetakene er at omfanget av varslingssaker er relativt lavt, tatt i betraktning antall ansatte i helseforetakene. Revisjonene viser at mange er usikre på «hva det skal varsles om» og «hva er et varsel». Varslingsordningen er ikke godt nok kjent blant de ansatte.

De interne varslingsrutinene er i ulik grad oppdatert og i tråd med minimumskrav i arbeidsmiljøloven og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Et tydelig uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker samt opplæring og bevisstgjøring vil gi mer forutsigbarhet og gjøre det tryggere å varsle.

Varslingsrutinen skal utarbeides som del av det systematiske HMS-arbeidet. Sterkere forankring og tydeligere integrering i styringssystemet vil være et signal om at ledelsen ønsker at de ansatte varsler om kritikkverdige forhold.

Konsernrevisjonen har vurdert modenheten av ordningen i de tre helseforetakene, på en skala fra 1 (uformelt) til 4 (optimalisert). Vi vurderer at modenheten ligger mellom nivå 1 og 2, og på nivå 2. Helseforetakene bør tilfredsstillende en modenhet på nivå 3 eller 4.



Figur 7. Modenhet i utforming av varslingsordningen



## Rapport 4/2020 Sykehuset Telemark HF

### Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at en bedre kjent varslingsordning med forenklete rutiner vil øke verdien for helseforetaket.

Styrende dokumenter i Sykehuset Telemark HF beskriver på en god måte viktigheten av åpenhet og et godt ytringsklima. Revisjonen viser at helseforetaket har god bevissthet om kompleksiteten knyttet til undersøkelser av varslings saker. Verdien av varslingsordningen vil imidlertid øke dersom helseforetaket forenkler varslingsrutinen og sørger for at arbeidstakerne er gjort kjent med rutinen. En forutsetning er sterkere forankring av ordningen. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Varslingsordningen er ikke godt nok forankret og integrert i det samlede styringssystemet.
- Skriftlig varslingsrutine gir god støtte til varslingsprosessen, men rutinen bør forenkles med avklarte roller.
- Tekniske løsninger legger ikke godt nok til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.
- Økt bevissthet og kompetanse vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold.

### Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Sykehuset Telemark HF sitt styre 16. september 2020 med følgende vedtak:

- *Styret tar saken til etterretning.*

## Rapport 8/2020 Vestre Viken HF

### Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at en styrket og helhetlig varslingsordning vil øke verdien for helseforetaket.

Ledelsen ved Vestre Viken HF har de senere årene arbeidet aktivt med å kommunisere betydningen av en god ytringskultur og det å «si i fra». Informasjon om varslings er lett synlig på intranett med egen «varslingsknapp». Helseforetaket har etablert elektronisk kanal til eksternt varslingsmottak for å sikre muligheten til å varsle anonymt. Revisjonen viser imidlertid at verdien av varslingsordningen vil øke dersom helseforetaket utformer en varslingsrutine som omfatter hele prosessen med alle relevante aktører og aktiviteter. En forutsetning er at arbeidstakerne er gjort kjent med ordningen. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- En styrking av varslingsutvalgets rolle og kompetanse vil tilføre verdi for helseforetaket.
- Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres med gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling.
- Økt kompetanse og bevissthet vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold.

### Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Vestre Viken HF sitt styre 16. november 2020 med følgende vedtak:

- *Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.*
- *Administrerende direktør vil reddegjøre for iverksatte tiltak og videre planer for utbedring av varslings systemet i styremøtet i april 2021.*

## **Rapport 11/2020 Sykehuset Innlandet HF**

### **Konklusjon**

Konsernrevisjonen konkluderte med at mer forutsigbarhet og åpenhet om varslingsordningen vil øke verdien for helseforetaket.

I Sykehuset Innlandet HF er informasjon om varsling lett synlig på intranett med egen «varslingsmeny». Opplæringen gir en god innføring i varsling og helseforetakets interne varslingsrutine. Revisjonen viser at verdien av varslingsordningen vil øke dersom helseforetaket utformer en varslingsrutine basert på definerte roller og ansvar, som omfatter hele prosessen med alle relevante aktører og aktiviteter. En forutsetning er åpenhet om ordningen og anerkjennelse av varsling som en verdi for helseforetaket. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Sterkere forankring og kommunikasjon av varsling som verdi vil bidra til felles forståelse og trygghet for å varsle.
- Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres med tydelige roller og ansvar, gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling.
- Utvikling av varslingsmottaket til et uavhengig varslingsutvalg med utvidet rolle og kompetanse vil styrke varslingsordningen i helseforetaket.

### **Styrebehandling**

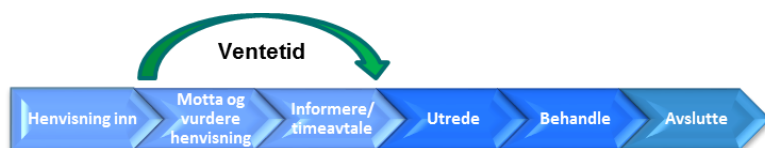
Rapporten vil bli behandlet i Sykehuset Innlandet HF sitt styre 25. februar 2021.



# Ventetid psykisk helsevern barn og unge

*Rask tilgang til helsetjenester er en kritisk faktor for pasienter med ulike lidelser. Forskning har vist at lange ventetider på oppstart diagnostikk og behandling for pasienter innen psykisk helsevern, kan føre til stress for pasienten og forverre arbeidsmessig og sosial dysfunksjon, som igjen fører til tap for både pasienten og samfunnet.*

På denne bakgrunn har det innenfor psykisk helsevern barn og unge (BUP) gjennom flere år blitt arbeidet med å redusere gjennomsnittlig ventetid, blant annet gjennom å sette strengere målkrav til helseforetakene. Måloppnåelsen har imidlertid vært lav i flere helseforetak av ulike årsaker. Det har blant annet vært ulik oppfatning om viktigheten av kort ventetid, så lenge ventetiden er innenfor faglig fastsatt frist som er gitt på bakgrunn av føringene i prioriteringsveilederne.



Figur 8. Ventetid måles fra dato mottak henvisning til dato start helsehjelp

Sykehuset Innlandet HF (SI) er et av helseforetakene som har hatt utfordringer med å nå målene som er fastsatt knyttet til ventetider i BUP. På denne bakgrunn ønsket SI at konsernrevisjonen reviderte et utvalg BUP-poliklinikker i helseforetaket. Revisjonen ble gjennomført ved BUP Oppland poliklinikk Gjøvik og Lillehammer, samt ved BUP Hedmark poliklinikk Hamar.

## Rapport 2/2020 Sykehuset Innlandet HF

Målet med revisjonen var å vurdere om Sykehuset Innlandet HF har etablert prosesser og systemer som legger til rette for å kunne nå fastsatte mål for ventetid innenfor BUP. Revisjonen undersøkte hvilke årsaker som ligger til grunn for at målet ikke nås. I den sammenheng er mulige utfordringer og flaskehals i pasientforløpet undersøkt. Det er videre sett på om det er svakheter ved forutsetningene for å lykkes i dette arbeidet.

### Konklusjon

Kortere ventetid for pasientene forutsetter en mer helhetlig tilnærming i utvikling av tilbudet. Utfordringsbildet med ventetid er sammensatt, og må ses i lys av utfordringer poliklinikkene har gjennom hele pasientforløpet med utredning, behandling og avslutning. I tillegg til risiko for unødvendig venting, innebærer disse også risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet.

Utfordringene skyldes svakheter i ressurs- og kompetansestyringen, samt plan- og oppfølgingsprosessen. Forventet aktivitet gjennom året var i varierende grad analysert og sett opp mot eksisterende kapasitet og behov for bemanning og kompetanse. Dette innebærer manglende grunnlag for å vurdere om bemanningen er tilstrekkelig for å ivareta forventet aktivitet. Videre viste revisjonen manglende organisering og systematikk i plan- og oppfølgingsprosessen. Dette innebærer risiko for at lederne ikke iverksetter tilstrekkelige tiltak for å nå sentrale mål og krav for divisjonen og den enkelte avdeling.

### Styrebehandling

Styret ved Sykehuset Innlandet HF behandlet rapporten 26. januar 2021 med følgende vedtak (foreløpig protokoll):

- Styret tar Konsernrevisjonens rapport 2/2020 til etterretning.
- Styret ber om at tiltakene i saken følges opp og at styret orienteres om resultatene. |

## Intern styring og kontroll hos avtalespesialister

*Daglig leder skal styre og følge opp pasientbehandlingen gjennom virksomhetens interne styringssystem. Smertebehandling gis til en stor og uensartet pasientgruppe, og det er viktig at virksomheten har gode retningslinjer for det tilbudet som gis.*

Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) har rammeavtale med Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister. Avtalespesialistene skal innenfor denne avtalen utføre oppgaver som defineres som spesialisthelsetjeneste.

Smertemedisinsk Institutt A/S (SMI), ble etablert i 1994. Instituttet drives av to anestesileger som utfører utredninger og behandling av alle typer smerter.

NRK Brennpunkt hadde en reportasje i november 2019 der det ble fremholdt påstander om at instituttet har en praksis ved kronisk smertebehandling som ikke er i tråd med anerkjent praksis.

Styret i HSØ RHF ved revisjonsutvalget ga 24. juni 2020 konsernrevisjonen i oppdrag å undersøke internkontrollen ved SMI. Revisjonen har omfattet de to avtalespesialistene ved SMI og deres felles styringssystem.

### **Rapport 10/2020 Avtalespesialistene ved Smertemedisinsk Institutt A/S**

Målet med revisjonen har vært å vurdere om instituttet har etablert intern styring og kontroll som gir tilstrekkelig sikkerhet for at instituttet har en faglig forsvarlig praksis.

#### **Konklusjon**

Smertemedisinsk klinikk A/S (SMI) er i gang med å innføre styrings- og kvalitetssystemet TrinnVis. Systemet vil være en hjelp til å dokumentere utformingen av egen praksis, og å styre den i samsvar med lover og forskrifter.

Samtidig viser revisjonen at instituttet bør utvikles gjennom kvalitetssikring av egen praksis og faglig samarbeid for å kunne ha tilstrekkelig sikkerhet for en faglig forsvarlig praksis. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Manglende systematisk oppfølging og kvalitetssikring av faglig praksis
- Manglende samarbeidsavtale med relevant helseforetak
- Svakheter i tilretteleggingen av tverrfaglig drift

#### **Oppfølging**

Konsernrevisjonen har fremlagt rapporten for administrasjonen i HSØ RHF. HSØ RHF vil, som del av oppfølgingen av avtalespesialistene, følge opp at anbefalinger gitt i revisjonsrapporten tas til etterretning, og at instituttet gjennomfører de forbedringstiltak som må til for videre forsvarlig drift av instituttet.

# Protokoll for behandling av personopplysninger

*Den nye loven om behandling av personopplysninger trådte i kraft i juli 2018. EUs personvernforordning er dermed norsk lov. Loven gjelder automatisert og ikke-automatisert behandling av personopplysninger.*

*Det fremgår av personopplysningsloven at den behandlingsansvarlige skal føre en protokoll over behandlingsaktivitetene som utføres under deres ansvar, og dermed er dette både et krav og en plikt for foretaket. Denne protokollen skal inneholde vesentlig informasjon om behandlingen og er å anse som støttedokumentasjon for omkringliggende prosesser som risikovurderinger, avvikshåndtering og ved behov informere de registrerte om behandlingsaktiviteter og behandlingsgrunnlag.*

Konsernrevisjonen kartla i 2018 status for arbeidet med å tilpasse prosessene for behandling av personopplysninger i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Kartleggingen viste at helseforetakene var i ferd med å kartlegge og oppgradere systemer og rutiner i tråd med kravene som fremkommer av loven. Helseforetakene hadde ulik fremdrift i tilpasningsarbeidet, og prosesser og organisasjon hadde ikke funnet sin varige form på området.

Oppdrags- og bestillingsdokumentene til helseforetakene for 2019 viser til at helseforetakene har et selvstendig ansvar for at det føres protokoll over behandlingsaktivitetene knyttet til personopplysninger. Konsernrevisjonen har i den sammenheng undersøkt om helseforetakene har etablert protokoll over behandlingsaktivitetene. Revisjonen er gjennomført på to helseforetak. Målet var å vurdere om helseforetakene har utarbeidet en samlet oversikt over sin behandling av personopplysninger, og om de har etablert prosesser for å holde oversikten oppdatert. I dette inngikk at organisering og ansvarsdeling er tydelig definert, og at helseforetakene har en behandlingsoversikt som er i samsvar med kravene i personopplysningsloven.

## **Rapport 14/2019 Sykehusapotekene HF**

### **Konklusjon**

Konsernrevisjonen konkluderte med at Sykehusapotekene HF har etablert god oversikt over behandlingen av personopplysninger. Revisjonen viste at Sykehusapotekene HF har etablert et system som etter konsernrevisjonens vurdering gir helseforetaket tilstrekkelig oversikt over behandling av personopplysninger. Helseforetakets behandlingsprotokoll er oversiktlig og gir relevant informasjon. Protokollen holdes oppdatert og har et tydelig eierskap.

Konsernrevisjonen la følgende til grunn for vurderingen:

- En målrettet innsats med ny lov har vært forankret i helseforetakets ledelse
- Oppgraderte prosesser med definerte roller inngår i en helhetlig styring
- Behandlingsprotokollen bidrar til oversikt og kontroll.

### **Styrebehandling**

Rapporten ble behandlet i Sykehusapotekenes styre 22. juni 2020. Styret tok gjennomgangen til orientering.

## ***Rapport 7/2020 Akershus universitetssykehus HF***

### **Konklusjon**

Akershus universitetssykehus HF har utarbeidet en protokoll som ivaretar personopplysningslovens grunnleggende krav til oversikt over behandlingsaktiviteter. De underliggende strukturene for forvaltning er etablert gjennom definerte roller med ansvars- og oppgavefordeling som er styrt gjennom et rammeverk bestående av styrende, gjennomførende og kontrollerende dokumentasjon.

Den samlede vurderingen var at protokollen legger til rette for å ivareta lovens krav til informasjon. For at protokollen som helhet skal gi et enda bedre grunnlag for styring og kontroll med behandlingen av personopplysninger, og for å redusere risiko for mangelfull informasjon, var det et behov for å styrke den systematiske forvaltningen noe.

Den samlede vurderingen var begrunnet med følgende:

- Det er etablert en protokoll som ivaretar grunnleggende krav
- Tydeligere formål vil gi et bedre grunnlag for styring og kontroll med behandlingen av personopplysninger
- Rutine for regelmessig oppdatering av protokollen må ferdigstilles
- Ansvar for forvaltning av protokollen bør operasjonaliseres.

### **Styrebehandling**

Rapporten er foreløpig ikke behandlet i helseforetakets styre.

## 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.*

Konsernrevisjonen gjennomførte revisjon av prosjektet Felles plattform som en del av revisjonene av programmet STIM i første tertial 2020.

Prosjektet planlegger et konsept med en hybrid plattform med en skybasert leveransemodell. Modellen skal muliggjøre plassering av kliniske og administrative applikasjoner på sentrale og lokale kjøremiljøer eller på eksterne ressurser (sky) med samme kontrollmekanismer. På overordnet nivå deles plattformen inn i tre deler:

- Dataplan - kjøremiljø for kliniske og administrative applikasjoner
- Kontrollplan - ansvar for at kjøremiljøene fungerer og leverer med hensyn til kvalitet og informasjonssikkerhet
- Administrasjonsplan - ansvar for etablering av kjøremiljø på bestilling fra kontrollplanet

### **Rapport 5/2030 Følgerevisjon STIM - 1. tertial 2020**

Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere styringen av prosjektets leveranser sett opp mot prosjektets og programmets målsettinger og interessentenes forventninger. Revisjonen undersøkte hvordan prosjektleder har organisert prosjektet innenfor ulike områder for å sikre god leveransestyring i den fasen prosjektet befinner seg i.

#### **Konklusjon**

Konsernrevisjonen konkluderte med at det er kritisk med avklaring av omfang og overordnede føringer, samt forankring av leveranse-, tids- og gjennomføringsplaner for å sikre fremdrift i tråd med planer, målsettinger og interessentenes forventninger.

På revisjonstidspunktet hadde prosjektet utarbeidet flere grunnlagsdokumenter og ledelsesprodukter siden oppstarten høsten 2018. Det har siden oppstart skjedd store endringer i prosjektorganisasjonen. Det har også skjedd endringer i rammebetingelsene til prosjektet underveis i planleggingen. Prosjektet var på revisjonstidspunktet vesentlig forsinket i forhold til opprinnelig plan og senest replanlagt i BP2 for å få en formell beslutning.

Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Prosjektet har etablert en hensiktsmessig styringsmodell og tydelige roller og ansvar for nåværende fase (planleggingsfasen). Prosjektet har videre etablert en hensiktsmessig operasjonell styring av prosjektet, men det er avgjørende for prosjektet å planlegge, styre og levere i henhold til mål og forventninger (spesielt tidsdimensjonen). Videre må behandlingsgrunnlag i styringsgruppen være forankret på forhånd slik at prosjektet unngår nye runder med avklaringer.
- Oppstart og igangsettelse av planleggingsfasen sammen med prosjektgruppen er utsatt inntil videre som følge av behov for avklaringer. Prosjektet er på kritisk linje i planleggingsfasen uten at omfang av hva som skal anskaffes i markedet er tydelig avklart på revisjonstidspunktet. Det er høy sannsynlighet for ytterligere forsinkelser som igjen vil forsinke oppstart av BP3 da planleggingsfasen hadde en kort planlagt tidshorisont.
- Det er kritisk med forankring og kommunikasjon om valgt konsept, design og gjennomføringsmodell hos beslutningstakere (programstyret, styret i SP og styret i HSØ) for å øke sannsynligheten for å levere i tråd med planer, mål og forventninger. Det er kritisk på kort sikt å beslutte hva man ønsker å bruke markedet til og hvilke krav det stilles til gjenbruk av eksisterende teknologi i Sykehuspartner HF.

#### **Styrebehandling**

Rapporten ble behandlet av styret i Sykehuspartner HF 17. juni 2020 med følgende vedtak:

*Styret tar anbefalingene fra Konsernrevisjonen i følgerevisjon for program STIM til etterretning og ber administrerende direktør iverksette relevante tiltak og orientere styret om disse på egnet måte.*

## **Revisjonsaktiviteter i 2. og 3. tertial 2020**

### **Ny tilnærming i følgerevisjonen**

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 24. september 2020 sak fra revisjonsutvalget om ny innretning for følgerevisjonen av program STIM. Konsernrevisjonen har operasjonalisert tilnærmingen videre.

Programmets prosjekter er kategorisert med grunnlag i vurderinger av risiko, kompleksitet og strategisk betydning for å oppnå programmets overordnede mål. Det er definert fem prioriterte prosjekter, der konsernrevisjonen over tid vil foreta prosjektrevisjoner:

- Modernisering av nett
- Innføring av kryptert stamnett
- Felles plattform
- Fremtidig driftsmodell
- Windows 10

Det er i 2020 påbegynt en revisjon som undersøker kvalitetssikringen i programmets rapporteringsprosess.

I tillegg til revisjonene foretar konsernrevisjonen aktiviteter for å monitorere status og fremdrift på enkelte av prosjektene. Formålet her er å etablere en oppdatert forståelse av risikobildet.