

Styresak

Dato dok.:	07.02.2022	Administrerende direktør
Møtedato:	14.02.2022	
Vår ref.:	22/01642-1	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Revisjonsplan 2022 for Konsernrevisjonen	

Sak 12/22 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør ønsker å orientere om følgende saker:

1. Pilotstudie av screening for lungekreft med lavdose CT (Haseem Ashraf)
2. Responstid ved akutte keisersnitt – når minuttene teller (Eva Øverland)
3. Oppdatering av utviklingsplanen
4. Revisjonsplan 2022 for Konsernrevisjonen

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

1. Pilotstudie av screening for lungekreft med lavdose CT (Haseem Ashraf)

I 2017 var det 3214 nye tilfeller av lungekreft, og i 2016 var det 2334 som døde av sykdommen. I en nasjonal utprøving av screening for lungekreft i USA som ble avsluttet i 2011 (NLST), ble mer enn 50 000 deltakere undersøkt med lavdose computer tomografi (CT). Resultatene viste at dødeligheten knyttet til lungekreft ble redusert med så mye som 20 %, og at total dødelighet var på 6,7 %. På bakgrunn av denne studien ble det anbefalt å starte opp med screeningprogram for lungekreft, noe Medicare i USA også ga godkjenning til. I Europa har imidlertid mange land avventet resultater fra en stor nederlandsk-belgisk studie kalt NELSON.

I september 2018 ble resultatene presentert på verdenskonferansen for lungekreft. Disse bekrefter funnene i NLST. NELSON-studien viste en 26 % reduksjon i dødelighet hos menn og opp til 40 % hos kvinner. I etterkant av dette begynte mange land i Europa å planlegge igangsetting av screeningprogrammer for lungekreft. I Norge vurderer helsemyndighetene å etablere et slikt nasjonalt screeningprogram. I både NLST og NELSON ble eksponering for røyking brukt som kriterier for inklusjon i screeningprogrammene (>30 pakkeår, <15 år siden røykeslutt, alder 55-74 år).

Kreftforeningen har bidratt med midler til å igangsette en pilotstudie i liten skala i Norge. Ledende eksperter innen lungekreftscreening har gått sammen om å utarbeide en felles nordisk protokoll for utprøvingen. Det har vært vurdert ulike inklusjonsstrategier, intervall mellom undersøkelsene og rådgivning knyttet til røykeslutt, slik at nasjonale myndigheter skal få et best mulig beslutningsgrunnlag. Dersom et nasjonalt screeningprogram for lungekreft etableres i Norge vil det være mulig å inkludere tilleggselementer som røykesluttprogrammer og etablering av en biobank for ny molekylærbiologisk forskning. Dette vil kunne bidra til bedre helse i befolkningen og mer forskning.

2. Responstid ved akutte keisersnitt – når minuttene teller (Eva Øverland)

Akutte keisersnitt har varierende grad av hast, avhengig av hva som er indikasjonen for inngrepet. Noen må gjøres umiddelbart, mens for andre har man bedre tid. Kvinneklinikken erfarte at det går for lang tid fra beslutningen om keisersnitt blir tatt til barnet blir forløst i de tilfellene der relativt rask forløsning er påkrevd, det vil si innen 20 minutter. Dette kalles responstiden for keisersnitt. Er responstiden for lang kan det medføre alvorlige konsekvenser for barnet, som for eksempel hjerneskade eller i verste fall død.

Utføring av et keisersnitt involverer mange yrkesgrupper og flere avdelinger. Forbedringstiltak vil derfor også medføre at mange må involveres.

Det første tiltaket var å bli enige om en ny og tydelig terminologi, slik at de ulike faggruppene lett kunne kommunisere sammen. Akutte keisersnitt betegnes nå som «akutt sectio grad 1» (umiddelbar forløsning), «akutt sectio grad 2» (innen 20 min) og «akutt sectio grad 3» (varierende grad av hast, men > 30 min). Tanken var at en tydeligere kommunikasjon ville bedre responstid på de keisersnittene som var en utfordringen, dvs. akutt sectio grad 2.

Dessverre så man at ny og tydelig terminologi ikke var tilstrekkelig, og nye tiltak måtte til. Det neste tiltaket bestod i å opprette et alarmutkall i tilfellene der gynekologene finner at det må utføres et akutt keisersnitt grad 2. Slik får samtlige involverte beskjed umiddelbart og samtidig om at keisersnitt skal utføres. Det er etablert en tydelig prosedyre på hva den enkelte skal gjøre. I tillegg ble det gjort avtale med operasjonsavdelingen om at disse keisersnittene alltid skal utføres på den operasjonsstua som ligger nærmest fødeavdelingen, stue 14.

Etter siste opptelling har responstiden for akutte keisersnitt grad 2 blitt betydelig bedre. Nær 60 % av disse utføres nå innen 20 min, og nær 80 % innen 25 minutter. Et godt og tverrfaglig samarbeid har slik gitt gode resultater til beste for de absolutt yngste pasientene.

3. Oppdatering av utviklingsplanen

I arbeidet med oppdatering av utviklingsplanen er det igangsatt en tre måneder lang høringsperiode med frist 15. mars. Samtidig pågår en ytterligere konkretisering av tiltakene, med sikte på prioritering av handlingsplanene for de kommende årene.

I tillegg til en skriftlig høring inviteres det til dialog internt og med samarbeidspartnerne om hva som bør prioriteres i utviklingsarbeidet de neste årene, og hvordan helseforetaket kan få til godt samarbeid om konkrete tiltak for å skape en enda bedre helsetjeneste. Det er lagt opp til en prosess der det arrangeres møter og workshops om særskilte temaer.

4. Revisjonsplan 2022 for Konsernrevisjonen

Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022 ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF 16. desember 2021. Planen bygger bl.a. på styrebehandlete innspill fra helseforetakene. Fra Akershus universitetssykehus ble det spilt inn tre revisjonstemaer:

Likeverdige og tilgjengelige helsetjenester innen psykisk helsevern for voksne

Revisjonen er innarbeidet i planen og vil bli gjennomført ved Akershus universitetssykehus i annet eller tredje tertial.

Utskrivning og overflytting av pasienter

Konsernrevisjonen mottok flere innspill om revisjon rundt dette temaet. Etter innspill fra styret i Helse Sør-Øst ble revisjonsutvalget bedt om å se på forslaget fra Akershus universitetssykehus om håndtering av flytting av pasienter. Revisjonen vil bli gjennomført slik at den vil ivareta dette, og er planlagt i tredje tertial.

Gevinstrealisering, organisering og gjennomføring av digitaliseringsprosjekter

Konsernrevisjonen har allerede en pågående revisjon av gevinstrealisering knyttet til innføringen av systemet CMS, som anvendes ved medikamentell kreftbehandling. Revisjonen omfatter ikke Akershus universitetssykehus, men rapporten og resultatene vil bli delt i regionen.

Konsernrevisjonen har også satt opp en revisjon om «uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester» som vil omfatte alle helseforetakene i regionen. Målet med revisjonen er å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus i regionen anvender kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas i arbeidet med å redusere risiko for uønsket variasjon i forbruk og kvalitet.

Revisjonsplan 2022

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

**Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
16. desember 2021**

Innholdsfortegnelse

1. Konsernrevisjonens formål	3
2. Revisjonsplanens formål.....	3
3. Hovedaktiviteter 2022	3
4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring	3
5. Planlagte revisjoner 2022	4
5.1 REVISJONSOMRÅDE: PASIENTBEHANDLING	5
5.2 REVISJONSOMRÅDE: IKT OG PERSONVERN	7
5.3 REVISJONSOMRÅDE: VIRKSOMHETSSTYRING.....	8
6. Planlagte rådgivningsprosjekter i 2022.....	9
7. Oversikt over planlagte revisjoner i 2022	10

1. Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (konsernrevisjonen) er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Funksjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode, og avgivelse av bekreftelser, bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.

Konsernrevisjonens arbeid utføres i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

2. Revisjonsplanens formål

Formålet med revisjonsplanen er primært å gi styret i Helse Sør-Øst RHF et beslutningsgrunnlag for å vurdere om de planlagte revisjonsaktivitetene er hensiktsmessige og tilstrekkelige. Planens sekundære formål er å gi konsernrevisjonen et grunnlag for å styre og følge opp egne aktiviteter, samt for å koordinere revisjonsarbeidet med konsernledelse, helseforetak og andre revisjonsmiljøer.

Revisjonsplanen er utarbeidet med utgangspunkt i krav for internrevisjon i helseforetakslovens § 37a og i tråd med instruks for konsernrevisjonen godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret skal i henhold til § 21a i helseforetaksloven godkjenne konsernrevisjonens årsplan. Revisjonsplanen skal være basert på vurderinger av risiko knyttet opp mot overordnede strategier og mål for foretaksgruppen.

Revisjonsutvalget er i instruks fra styret gitt fullmakt til å foreta endringer i revisjonsplanen innenfor budsjett, herunder å godkjenne ad hoc-revisjoner og rådgivningsoppdrag. Det er også etablert rutiner for dialog med administrasjonen om innretningen av revisjonene og prioriteringer i revisjonsplanen.

Revisjonsutvalget kan godkjenne internrevisjonstjenester til hel- eller deleide selskaper forutsatt at disse er finansiert. Konsernrevisjonen er valgt som internrevisor av styrene i Pasientreiser HF og Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Revisjonsplanen inkluderer ikke våre revisjoner av disse selskapene.

3. Hovedaktiviteter 2022

Konsernrevisjonen har ved årsskiftet ni medarbeidere. I tillegg disponerer vi et budsjett til å engasjere helsefaglige spesialister og eksterne konsulenter ved behov for spesialkompetanse i prosjektene. Ressursene vil i 2022 bli anvendt på følgende hovedaktiviteter:

- Revisjons- og rådgivningsoppdrag i henhold til plan
- Eventuelle ad hoc-revisjoner som revisjonsutvalget beslutter gjennom året
- Oppfølging av anbefalinger i tidligere revisjonsprosjekter
- Dialog og erfaringsutveksling med Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og eksterne aktører
- Utvikling av konsernrevisjonens kompetanse, arbeidsprosesser og leveranser
- Aktiviteter for å opprettholde innsikt i foretaksgruppens virksomhet
- Årsplanlegging og rapportering

4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring

Det er et mål for konsernrevisjonen å bidra til læring og forbedring i helseforetakene og på tvers i foretaksgruppen. Konsernrevisjonen arbeider kontinuerlig med å utvikle revisjonsprosessen for å skape verdi gjennom revisjonene. Vi søker å bidra til et grunnlag for forbedring gjennom å tilpasse våre metoder og skape

innsikt fra den enkelte revisjon, samt ved å involvere det reviderte helseforetak med drøftinger av funn og resultater. Ved behov kan vi bidra med støtte til planlegging av videre forbedringsarbeid.

Læring på tvers i foretaksgruppen krever at revisjonene planlegges og innrettes med dette som formål. Her legger revisjonsplanen et viktig grunnlag. To tilnærminger er sentrale:

- Revisjon av foretaksovergripende styringsprosesser
- Gjennomgående revisjoner av samme tema i flere foretak, med identifisering av læringspunkter

Konsernrevisjonen vil oppsummere gjennomgående observasjoner og læringspunkter og dele disse med helseforetakene.

5. Planlagte revisjoner 2022

Revisjonsplanen skal være basert på risiko og vesentlighet i helseforetakenes virksomhet. Risikoene kan både være knyttet til trusler og muligheter. Det er samtidig en målsetting at revisjonsoppdragene understøtter mål og krav fra eier. Dette gjelder både styringsmålene for det angjeldende år, og et lengre perspektiv uttrykt i regional utviklingsplan. Ved utarbeidelse av revisjonsplanen er det tatt utgangspunkt i foretaksprotokoll, oppdragsdokument og risikovurderinger for Helse Sør-Øst RHF. Tabellen under viser hvilke av risikoområdene i Helse Sør-Øst RHF som er dekket av revisjonsplanen.

Risikoområde Helse Sør-Øst RHF	Revisjoner i plan for 2022
<i>Risikoområde 2:</i> Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider og at pasientavtaler ikke overholdes	• Bemanningsplanlegging
<i>Risikoområde 3:</i> Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, inkludert pasientsikkerhet og korridorpasienter	• Likeverdige og forutsigbare helsetjenester i psykisk helsevern • Utskrivning av pasienter • Gevinstrealisering ved medikamentell kreftbehandling
<i>Risikoområde 6:</i> Risiko for å ikke nå målet om reduksjon i uønsket variasjon i pasientbehandlingen	• Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
<i>Risikoområde 7:</i> Risiko forbundet med utdanning og rekruttering	• Kompetansestyring
<i>Risikoområde 10:</i> Risiko knyttet til IKT-infrastrukturen	• Følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM)
<i>Risikoområde 11:</i> Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern	• Informasjonssikkerhet
<i>Risikoområde 12:</i> Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt for nytt sykehus i Drammen	• Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter

Tabell 1. Risikoområder og planlagte revisjoner.

Planen bygger i hovedsak på styrebehandlete innspill fra helseforetakene. Videre benytter vi kunnskap fra utførte revisjoner og andre revisjonsmiljøer. Vi prioriterer i 2022 revisjoner innenfor tre områder:

- *Pasientbehandling*
- *IKT og personvern*

- *Virksomhetsstyring*

Revisjoner på området *pasientbehandling* omfatter vurderinger av helseforetakenes arbeid med reduksjon av uønsket variasjon, bemanningsplanlegging, utskrivning av pasienter samt likeverdige og forutsigbare helsetjenester i psykisk helsevern. Området *IKT og personvern* omfatter revisjoner av prosjekt- og programstyring i program STIM, gevinstrealisering ved ny systemløsning for medikamentell kreftbehandling samt informasjonssikkerhet. Innenfor området *virksomhetsstyring* er det revisjoner av kompetansestyring og vurderinger av styringsmodell og avhengigheter ved IKT-investeringer og byggeprosjekter.

5.1 Revisjonsområde: Pasientbehandling

Revisjonsområdet omhandler pasientforløp innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette omfatter prosessene fra det tidspunktet pasienten kommer inn til spesialisthelsetjenesten, enten som elektive eller øyeblikkelig hjelp, og til pasienten er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten.

Bemanningsplanlegging

Det er et nasjonalt og regionalt styringsmål å redusere variasjon i kapasitetsutnyttelsen. I den sammenheng vises det til at kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for bedre ressursutnyttelse og gjennom det gi flere pasienter behandling til riktig tid.

Flere forbedringsprosjekter i sykehusene har vist at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Også flere tidligere revisjoner om ressursstyring i helseforetakene har vist at dette skyldes svakheter ved bemanningsplanleggingen. Funnene herfra viser at bemanningsplanleggingen i mindre grad har som formål å sikre at pasientforløpene har rett personale til rett tid. I stedet er det tradisjoner for at bemanningsplanleggingen har til formål å få «personalkabalen» til at gå opp innenfor overenskomstens regler. Dette reduserer god kapasitetsutnyttelse. Samtidig er det viktig at planleggingen ivaretar et helsefremmende arbeidsmiljø.

Formålet med revisjonen vil være å undersøke om helseforetakene har hensiktsmessig styring og kontroll på bemanningsplanleggingen, slik at de sikrer en god sammenheng mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Revisjonen vil undersøke om helseforetakene har tilfredsstillende kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen, samt hvordan de arbeider med å optimalisere ressursbruken i klinikkene.

Likeverdige og forutsigbare helsetjenester i psykisk helsevern

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette skal blant annet gjøres ved å redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud på helsetjenestene. Uønsket variasjon i kvalitet og tilgang på helsetjenester kan skyldes ulik grad av etterlevelse av retningslinjer, faglige råd og anbefalinger. Videre kan variasjonen relateres til ulik tilgang på og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer.

Konsernrevisjonen gjennomførte i perioden 2017-2019 flere revisjoner innenfor dette temaet. Revisjonene ble gjennomført i flere helseforetak og innenfor ulike fagområder, deriblant innenfor voksenpsykiatri (VOP) og barn- og ungdomspsykiatri (BUP). Hovedkonklusjonen fra revisjonene innen psykisk helsevern var at «like» pasienter fikk ulike rettigheter og ulike behandlingsforløp. Begrunnelsen fremkom ut i fra følgende forhold:

- Like henvisninger blir vurdert ulikt innad i Helse Sør-Øst
- Manglende dokumentasjon ved rettighetsvurdering av henvisninger
- Svakheter ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp
- Svakheter ved fastsettelse av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten både før og etter start helsehjelp.

Noen av de samme svakhetene er også årsaken til at pakkeforløpene ble innført i psykisk helsevern og rus fra 2018. På grunn av funn fra tidligere revisjoner og innføring av pakkeforløpene, er det et ønske fra flere helseforetak at vi gjennomfører tilsvarende revisjoner innenfor psykisk helsevern. Formålet med revisjonen vil være å undersøke om helseforetakene i større grad når målet om å gi pasientene likeverdige og faglig forsvarlige helsetjenester.

Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Flere undersøkelser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk og kvalitet innenfor flere fagområder. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Internasjonale sammenligninger viser at kvaliteten på pasientbehandling i Norge generelt er god. Samtidig er det områder hvor det er rom for forbedring. *Helseatlas for kvalitet (2017-2019)* viste geografisk variasjon i kvalitet innen noen nødvendige helsetjenester ved alvorlig sykdom, og konkluderte med at kvaliteten i helsetjenesten ikke var likeverdig. Man pekte på at sørge-for ansvaret ikke ble tilstrekkelig ivarettatt for alle pasienter med alvorlig sykdom, og som hadde bruk for nødvendige helsetjenester.

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Krav om å redusere uønsket variasjon fremgår også av oppdragsdokumentene til helseforetakene. I den sammenheng har helseforetakene fått i oppgave å bruke medisinske kvalitetsregistre, helseatlas og annen type styringsinformasjon til å vurdere grad av uønsket variasjon. Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas er en sentral kilde til innsikt for å utvikle trygge og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Informasjonen fra disse kildene bør benyttes når sykehus skal planlegge drift, gjennomføre de endringer som kreves, samt evaluere og korrigere tiltak.

Målet med revisjonen er å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus i regionen anvender kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas i arbeidet med å redusere risiko for uønsket variasjon i forbruk og kvalitet. Revisjonen vil undersøke om helseforetakene og sykehusene har etablert et system som sikrer at de har oversikt over status innen ulike fagområder, for gjennom det kunne redusere risiko for uønsket variasjon.

Utskrivning av pasienter

Ved utskrivning av pasienter skal sykehuset sikre at pasienten får den nødvendige hjelpen etter avsluttet sykehusopphold. Dette innebærer ofte samhandling med kommune, eller annet sykehus hvis pasienten overflyttes fra et sykehus til et annet. Utskrivningsprosessen starter allerede ved innleggelsen, ved å vurdere pasientens behov etter utskrivelse, og varer frem til pasienten skrives ut fra sykehuset.

Trygg utskrivning er en del av pasientsikkerhetsprogrammet. En god utskrivningsprosess kjennetegnes ved at både pasient og pårørende opplever en sammenhengende behandlingsskjede, hvor de får informasjon og har mulighet til å medvirke. Helsetjenesten bør arbeide systematisk for å forbedre informasjonsflyt, samhandling og opplæring av helsepersonell.

Flere tilsyn og revisjoner har vist at pasienter får for lite informasjon om behandlingen på sykehus, hva som skal skje etter utskrivning, samt svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Det er blant annet mangelfull dokumentasjon i journal, kommunene mottar i ulik grad tilstrekkelige oppdateringer underveis i pasientforløpet, samt at meldinger og epikriser til kommunene i ulik grad inneholder det som er avtalt av informasjon.

Formålet med revisjonen vil være å bekrefte om helseforetakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, eventuelt til annet sykehus, utføres i tråd med gjeldende krav.

5.2 Revisjonsområde: IKT og personvern

Området dekker overordnet styring av IKT, prosesser ved anskaffelse og drift av informasjonssystemer, informasjonssikkerhet og personvern. Det er planlagt med tre revisjonstemaer på området i 2022.

Følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (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 (STIM). Konsernrevisjonen har siden 2. tertial 2019 gjennomført en følgerevisjon av programmet. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. I følgerevisjonen gjennomfører konsernrevisjonen ulike revisjonsaktiviteter for å vurdere tilstanden, risiko- og utfordringsbildet i program STIM og underliggende prosjekter.

Konsernrevisjonen gjennomfører prosjektrevisjoner av prioriterte prosjekter. Prosjektene er prioritert etter vurderinger av risiko, kompleksitet og betydning for programmets overordnede mål. Konsernrevisjonen har videre utviklet et konsept for å monitorere programmets aktiviteter. Monitoreringen innebærer at konsernrevisjonen har regelmessige oppfølgingsaktiviteter overfor programmet og underliggende prosjekter. Formålet er å gi styret i Helse Sør-Øst RHF en uavhengig og løpende vurdering av tilstanden i programmet.

Gevinstrealisering ved elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling

Gevinstrealisering omhandler prosesser der man planlegger, kartlegger, organiserer, gjennomfører, måler og evaluerer ulike gevinstrealiseringaktiviteter. Gevinstrealisering er en integrert del av prosjektmodellen i Helse Sør-Øst fra ide, planlegging til gjennomføring og overlevering.

Konsernrevisjonen vil ta utgangspunkt i prosjektet som innførte elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling, for å vurdere arbeidet med gevinstrealisering fra planlegging av gevinster til realisering av gevinster. Prosjektet ble avsluttet 20. desember 2019. Overlevering til helseforetakene er gjennomført etter hvert som de har tatt løsningen i bruk. Overlevering til regional forvaltning ble gjennomført i juni 2019. Løsningen forvaltes nå videre av tre aktører; Helse Sør-Øst RHF som regional applikasjonsforvalter, Sykehuspartner HF som teknisk systemforvalter og Oslo universitetssykehus HF som regional fagforvalter.

Den elektroniske løsningen CMS (Chemotherapy Management System) forutsetter at helseforetakene innfører nye arbeidsprosesser for medikamentell kreftbehandling. Løsningen skal støtte legenes forordning og rekvirering av kjemoterapi og kvalmemedisiner, sykehusapotekenes produksjon, og sykepleiernes administrasjon på sengepost og poliklinikk. Den skal også effektivisere deling av relevante pasientdata mellom helseforetak. Gjennom CMS oppnås også målet om en lukket legemiddelslyfe.

Formålet med revisjonen er å anvende erfaringene fra innføring av CMS for å identifisere læringspunkter til fremtidig arbeid med gevinst- og endringsledelse i regionen. Ettersom løsningen er overført til regional forvaltning, vil revisjonen også undersøke om den regionale forvaltningen legger til rette for at gevinstrealiseringarbeidet fungerer optimalt, herunder at det legger til rette for kontinuerlig forbedring.

Informasjonssikkerhet

Styring av informasjonssikkerhet er viktig for å ivareta sykehusenes virksomhet med hensyn til adekvat pasientsikkerhet og informasjonsbehandling. Mange av risikoene knyttet til manglende samsvar med regelverk, informasjonssikkerhetsstandarder og god praksis har gjennomgående effekt på hele foretaksgruppen og medfører potensielt negative omdømmekonsekvenser og finansielle tap.

Riksrevisjonen undersøkte i 2020 helseforetakenes forebygging av angrep mot egne IKT-systemer. Dokument 3:2 (2020–2021) omtaler flere vesentlige svakheter i informasjonssikkerhetsstyringen. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er avhengig av felles den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner HF for å sikre god informasjonssikkerhetsstyring. Sykehuspartner HF har ansvar for den tekniske sikringen av felles IKT-infrastruktur, regionale IKT-systemer samt av mange av helseforetakenes lokale systemer og utstyr.

Helseforetakene har på sin side ansvar for at systemer og utstyr brukes på en sikker måte og at det stilles sikkerhetskrav til tjenesteleverandøren og at leverandøren følges opp.

Innretningen vil bli utformet i dialog med informasjonssikkerhetsmiljøene i helseforetakene og i samråd med Regionalt sikkerhetsfaglig råd (RSR). Styret har tidligere besluttet at revisjonen skal gjennomføres i 2022, og planlegging er påbegynt i samarbeid med helseforetakene.

5.3 Revisjonsområde: Virksomhetsstyring

Området dekker risikostyring samt prosesser og systemer for å sikre god styring og kontroll.

Kompetansestyring

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppdraget. Tilgang på kvalifisert personell handler dels om kapasitet og innhold i utdanningene, men også om utvikling og bedre bruk av tilgjengelig personell. Det forventes mangel på flere grupper helsepersonell og endringer i kompetansebehov frem mot 2030. Dette skyldes blant annet stor naturlig avgang, utvikling i tjenestetilbudet og innsatsområder som er prioritert i helsepolitikken.

Det er stilt krav til de regionale helseforetakene om å følge utviklingen og sette inn tiltak på områder hvor det er misforhold mellom behov og forventet tilgang på spesialisert kompetanse. Det er videre gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentet gitt krav om at helseforetakene må arbeide systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging gjennom målrettet å arbeide med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere.

Formålet med revisjonen vil være å undersøke om helseforetakene har etablert et system for å sikre at foretakets enheter har den nødvendige kompetanse vurdert mot dagens og fremtidens mål og oppgaver. Dette omfatter arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. Revisjonen pågår ved Sykehuset i Vestfold HF og Akershus universitetssykehus HF, og vil også bli utført ved et tredje foretak.

Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter

Økonomisk bærekraft ved utbygging av nytt sykehus i Drammen forutsetter at Vestre Viken HF realiserer planlagte gevinster, blant annet gjennom nye teknologiske løsninger. Gevinstene er avhengig av flere ulike IKT-investeringer i regionen. Dette omfatter regionale kjernesystemer, IKT-infrastruktur, lokale investeringer i helseforetaket og ikke-byggnær IKT ved utbygging av nytt sykehus. Mange av leveransene er på konsept- eller planleggingsstadiet. Investeringene er organisert gjennom prosjekter og program i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Sykehusbygg HF og helseforetakene.

Det er store avhengigheter mellom utvikling av nye regionale systemløsninger og prosjekter som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, samt mellom disse og utbygging av nye sykehus. Manglende eller forsinkede IKT-leveranser representerer en risiko for nytt sykehus i Drammen, og kan medfører manglende gevinstrealisering. Formålet med en revisjon vil være å kartlegge om det samlet sett er etablert en styringsmodell som ivaretar avhengigheter mellom de ulike IKT-investeringene i regionen, sett opp planer for gevinstrealisering og fremdrift i forbindelse med byggeprosjekter.

6. Planlagte rådgivningsprosjekter i 2022

Konsernrevisjonen kan innenfor rammene av de anerkjente standardene for internrevisjon påta seg rådgivningsoppgaver innenfor sitt kompetanseområde, når dette er godkjent av revisjonsutvalget.

Bruk av tvang i psykisk helsevern

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.»

Det er et styringsmål i oppdragsdokumentene til helseforetakene om å forebygge bruk av tvang og redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern og rusbehandling. Ved Sykehuset Telemark HF har det vært en økning i antall tvangsmiddelvedtak (2017-2020). Styret ved Sykehuset Telemark HF ønsker en kartlegging av om sykehuset har tilstrekkelig styring og kontroll for å redusere tvangsbruk samtidig som pasientene ivaretas forsvarlig.

Konsernrevisjonen har i perioden 2019-2021 gjennomført fire revisjoner om bruk av tvangsmidler. Dette omfatter en spørreundersøkelse til alle helseforetak som er godkjent for bruk av tvang, samt tre kliniske fagrevisjoner. Det er utarbeidet en rapport som oppsummerer arbeidet, med et sett av læringspunkter.

Konsernrevisjonen vil i dialog med Sykehuset Telemark HF utforme et rådgivningsoppdrag om styring og kontroll knyttet til bruk av tvang. Formålet er å anvende læringspunkter fra tidligere kliniske fagrevisjoner samt gjennomføre avgrensede undersøkelser ved Sykehuset Telemark HF, for gjennom dette å gi innspill til helseforetakets styring og kontroll med bruk av tvang.

7. Oversikt over planlagte revisjoner i 2022

Tabellen under gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner for 2022. Ved behov kan konsernrevisjonen også gjennomføre ad hoc-revisjoner etter godkjenning av revisjonsutvalget, eksempelvis ved endringer i risikobildet. De angitte tidspunktene er konsernrevisjonens tentative tidsplan for revisjonene. Det kan oppstå endringer i året ved behov for ad hoc-revisjoner, etter koordinering med andre revisjonsmiljøer eller ved interne forhold hos helseforetakene.

Revisjonsområde	Revisjon	Foretak	Tidspunkt
Pasientbehandling	Likeverdige og forutsigbare helsetjenester i psykisk helsevern	Oslo universitetssykehus HF (BUP), Akershus universitetssykehus HF (VOP)	Vår/høst 2022
	Bemanningsplanlegging	Sykehuset Innlandet HF	Høst 2022
	Utskrivning av pasienter	Ikke fastsatt	Vår/høst 2022
	Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester	Alle helseforetak i HSØ, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus	Høst 2021/ Vinter 2022
	Bruk av tvang (rådgivningsprosjekt)	Sykehuset Telemark HF	Vinter 2022
IKT og personvern	Følgerevisjon av program STIM	Sykehuspartner HF	Tertialvis
	Gevinstrealisering ved elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling	Helse Sør-Øst RHF, 4-6 helseforetak	Høst 2021/ Vinter 2022
	Informasjonssikkerhet	Sykehuspartner HF	Høst 2022
Virksomhetsstyring	Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Vestre Viken HF	Vår 2022
	Kompetansestyring	Et helseforetak (ikke fastsatt).	Vinter 2022

Tabell 2. Planlagte revisjoner.