

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

**Årsrapport 2021 for styrets revisjonsutvalg og
konsernrevisjonen**

Behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF, 27. april 2022

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 2021.



Innhold

1. Revisjonsutvalget	4
Formål	
Sammensetning	
Oppgaver	
Møter og saker	
2. Konsernrevisjonen	5
Om Konsernrevisjonen	
Oppdrag 2021	
Helseforetakenes forbedringsarbeid etter revisjoner	
Konsernrevisjonens oppfølging av tidligere revisjoner	
3. Revisjoner 2021	7
Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern	
Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil	
Risikostyring og kvalitet	
Samordning av IKT-anskaffelser og leverandørstyring	
Kompetansestyring	
Følgerevisjon program STIM	
4. Andre aktiviteter og oppgaver	18
Tillitsvern IIA	
Kompetanseutvikling	
Kontaktmøter	
Uavhengig bekreftelse av tildeling av FoU-midler	
Samarbeid og koordinering med andre revisjonsmiljøer	
Presentasjoner og bistand etter gjennomførte revisjoner	



1. Revisjonsutvalget

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.

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

Oppgaver

Styret i Helse Sør-Øst RHF har fastsatt en instruks for revisjonsutvalget som beskriver formål, ansvar, myndighet og oppgaver. Revisjonsutvalget har oppgaver knyttet til styrets tilsyns- og kontrollfunksjon og 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 ekstern revisors arbeid med hensyn til revisjon av regnskapet, herunder planer, gjennomføring og resultat av revisjonen.

Møter og saker

Revisjonsutvalget har avholdt 12 møter i 2021. Følgende saker er behandlet:

- Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022
- Godkjenning av endringer i revisjonsplan for 2021
- Godkjenning av konsernrevisjonens oppdragsplaner
- Resultater fra utførte revisjoner
- Resultater fra oppfølging av tidligere revisjoner
- Konsernrevisjonens årsrapport 2020 og halvårsrapport 2021
- Status for konsernrevisjonens revisjoner i perioden
- Konsernrevisjonens rolle i varslingsaker
- Administrasjonens risikovurderinger
- Orienteringer fra administrasjonen
- Eksternrevisors risikovurderinger og revisjonsplan for 2021
- Eksternrevisors resultater fra revisjonen av årsregnskapet for 2020
- Revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens instruks

Utvalget har i 2021 hatt en høy aktivitet. Det er gjennomført flere møter i forbindelse med planlegging og oppfølging av følgerevisjon av program STIM.

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

2. Konsernrevisjonen

Om Konsernrevisjonen

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. Konsernrevisjonen skal gjennom en systematisk, strukturert og risikobasert metode bidra til forbedring i prosessene for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Oppgavene utføres i samsvar med internasjonale 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 faglig 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 med dette at konsernrevisjonen i 2021 har vært uavhengig i vår rolle som internrevisor.

Ressurser

Konsernrevisjonen har ti fast ansatte medarbeidere. Avdelingen har en bredt sammensatt kompetanse hvor medarbeiderne hovedsakelig har utdanning på mastergradsnivå innenfor helse, økonomi, revisjon og samfunnsvitenskapelige fag. De fleste har i tillegg diplomering eller sertifisering som internrevisor.

Ved behov leier konsernrevisjonen inn ressurser med spesialistkompetanse fra helseforetak eller fra konsultentselskap. I 2021 har konsernrevisjonen leid inn eksterne ressurser innenfor tre ulike revisjonstemaer i revisjonsplanen.

Samlet er det benyttet 11 årsverk i revisjonsarbeidet, hvorav ett årsverk var kjøpt av eksterne tjenester.

Kvalitetsprogram

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

Oppdrag 2021

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 2021 har konsernrevisjonen gjennomført ni revisjoner fordelt på seks helseforetak. To av disse er fra revisjonsplanen for 2020. Fra planen for 2021 ble en revisjon avsluttet etter foranalysen, som viste et endret risikobilde. I tillegg ble tre revisjoner påbegynt i 2021 og vil bli ferdigstilt i 2022. Revisjonene fordeler seg på områdene pasientbehandling, virksomhetsstyring og IKT og personvern, inkludert følgerevisjon av program STIM.

Oppdrag utenfor helseforetaksgruppen

Konsernrevisjonen er engasjert som internrevisor for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Videre har konsernrevisjonen vært internrevisor for Pasientreiser HF. Fra og med 2022 har vi sagt fra oss oppdraget for å prioritere ressursene til revisjoner i Helse Sør-Øst.

Helseforetakenes forbedringsarbeid etter revisjoner

Helseforetakenes administrasjon legger fram revisjonsrapportene som sak til etterretning for sitt styre. Helseforetakene vurderer anbefalingene og hvordan disse skal ivaretas gjennom videre forbedringsarbeid. Administrasjonen utarbeider vanligvis en handlingsplan som legges fram for helseforetakets styre. Administrasjonen vil som hovedregel orientere styret periodisk om utviklingen og status for tiltakene i handlingsplanen. På forespørsel kan konsernrevisjonen bistå helseforetakene med rådgivning knyttet til resultatene fra de utførte revisjonene.

Konsernrevisjonens oppfølging av tidligere revisjoner

Konsernrevisjonen følger opp anbefalinger i revisjoner fra foregående år. 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. Formålet med oppfølgingen er å se om og hvordan anbefalte tiltak er ivaretatt.

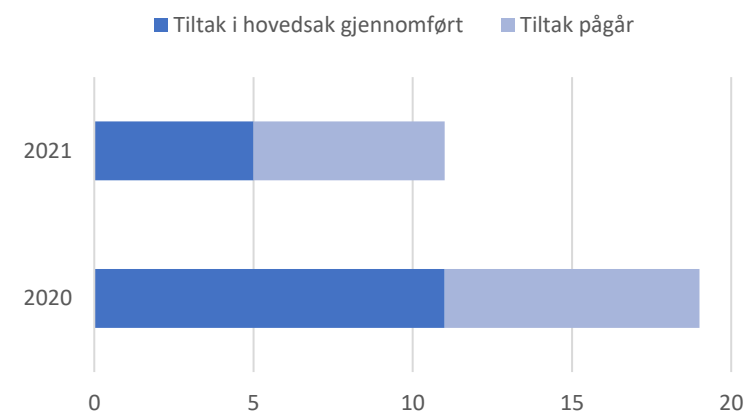
I 2021 fulgte konsernrevisjonen opp elleve tidligere revisjoner. Disse er knyttet til følgende områder:

- Pasientsikkerhet
- Virksomhetsstyring
- IKT og personvern, inkludert følgerevisjon av STIM

Konsernrevisjonen avslutter oppfølgingen av fem revisjoner etter årets gjennomgang da foretakenes forbedringsarbeid i hovedsak var ferdigstilt.

For de øvrige seks revisjonene viser konsernrevisjonens oppfølging at helseforetakene har igangsatt et forbedringsarbeid der revisjonens anbefalinger vil bli ivaretatt, men at innføringen av tiltakene ikke er ferdigstilt. Konsernrevisjonen vil derfor følge opp disse revisjonene videre i 2022 for å se om gjennomførte aktiviteter er innført og tiltak har gitt effekt.

Figuren under viser antall revisjoner der anbefalinger og tiltak er fulgt opp, og antall revisjoner som vil bli fulgt opp videre.



Figur 1: Gjennomføring av tiltak. Status ved utgangen av hhv. 2020 og 2021.

3. Revisjoner 2021

I 2021 gjennomførte konsernrevisjonen ni revisjoner fordelt på seks helseforetak. Tabellen under viser en oversikt over planlagte revisjoner for 2021. I de påfølgende sidene beskriver vi overordnet resultatene fra gjennomførte revisjoner.

Revisjonsrapportene er tilgjengelig på Helse Sør-Øst RHF's nettsider: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen#dette-er-konsernrevisjonen-i-helse-sor-ost-rhf>

Rapportnr.	Revisjon	Helseforetak	Status
9/2020	Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern	Oslo universitetssykehus HF	Behandlet i styret 30.04.2021
12/2020	Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern	Vestre Viken HF	Behandlet i styret 17.06.2021
1/2021	Følgerevisjon STIM – 3. tertial 2020 Rapporteringsprosess	Sykehuspartner HF	Styrebehandlet: Sykehuspartner HF 17.03.2021 Helse Sør-Øst RHF 11.03.2021
2/2021	Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil	Sykehuset Telemark HF	Behandlet i styret 15.12.2021
3/2021	Risikostyring og kvalitet	Oslo universitetssykehus HF	Behandlet i styret 17.12.2021
4/2021	Følgerevisjon STIM – 1. tertial 2021	Sykehuspartner HF	Styrebehandlet: Sykehuspartner HF 02.06.2021 Helse Sør-Øst RHF 19.08.2021
5/2021	IKT-anskaffelser og leverandørstyring	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF	Oversendt helseforetakene 18.01.2022
6/2021	Kompetansestyring	Sykehuset i Vestfold HF	Oversendt helseforetaket 28.01.2022
7/2021	Følgerevisjon STIM – 2. tertial 2021	Sykehuspartner HF	Styrebehandlet: Sykehuspartner HF 14.10.2021 Helse Sør-Øst RHF 21.10.2021
–	Radiologiske og patologiske undersøkelser - ventetid og svartid	Oslo universitetssykehus HF	Avsluttet etter foranalysen

	Kompetansestyring	Akershus universitetssykehus HF	Pågår, ferdigstilles i 2022
	Gevinstrealisering ved medikamentell kreftbehandling	Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner HF, Sykehusapotekene HF, Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Østfold HF	Pågår, ferdigstilles i 2022
	Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk	Alle helseforetak i HSØ, Diakonhjemmet Sykehus , Lovisenberg Diakonale sykehus	Pågår, ferdigstilles i 2022
	Styring og oppfølging av IKT-leveranser i tilknytning til byggeprosjekter	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Vestre Viken HF	Overført til revisjonsplan 2022

Bruk av tvangsmidler 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.

Det er gjennomført fire revisjoner med temaet *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern*. Målet med revisjonene har vært å undersøke om bruk av tvangsmidler i Helse Sør-Øst er i tråd med overordnede mål og krav og anbefalte tiltak i Helse Sør-Øst RHF's rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*.

Konsernrevisjonen gjennomførte i desember 2019 en spørreundersøkelse som omfattet alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Utdypende revisjoner er gjennomført ved Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF. De to første rapportene ble omtalt i årsrapporten for 2020. Under omtales rapportene for Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

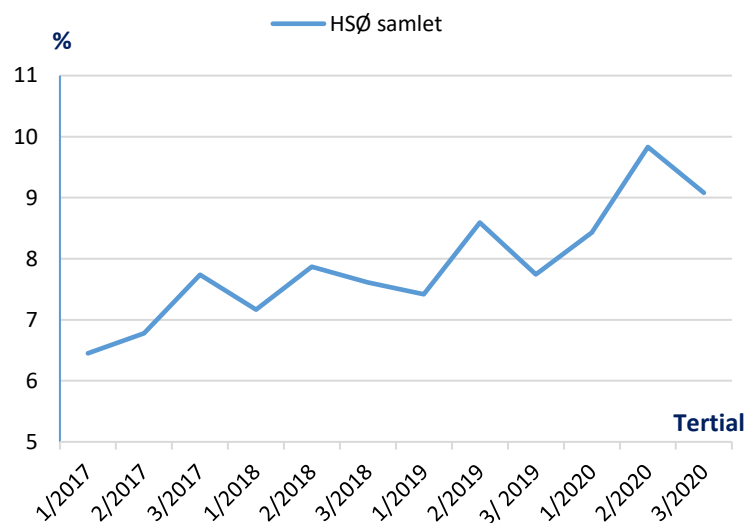
For at konsernrevisjonens arbeid skal bidra til læring og forbedring på tvers av helseforetakene, er det utarbeidet en samlet fremstilling basert på våre observasjoner og vurderinger fra revisjonene. Som en oppsummering av denne framstillingen er det identifisert noen forhold som er viktig i det videre arbeidet med å redusere bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Følgende læringspunkter er identifisert:

- Sikre tilstrekkelig lederinvolvering
- Etabler god systematikk og struktur i dokumentasjon av helsehjelp
- Sikre bruk av standardiserte kartleggingsskjema ved vurdering av voldsrisiko
- Innfør behandlingsplan for pasientforløpet
- Påse tilstrekkelig involvering av pasienten i egen behandling
- Reduser uønsket variasjon i registrering av tvangsmiddelvedtak

- Gjennomfør ettersamtaler med pasient der tvangsmidler er benyttet
- Innfør regelmessig oppfølging av personell der tvangsmidler er benyttet

Oppsummerende rapport er sendt alle reviderte helseforetak og sykehus i helseregionen med mål om at rapporten gjøres kjent og benyttes i videre forbedringsarbeid i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.

I oppdragsdokumentet for 2018-2019 ble det stilt krav om at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak skulle reduseres. Tabellen under viser utviklingen i andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 1. tertial 2017 til 3. tertial 2020.



Kilde: Helsedirektoratet.

Rapport 9/2020 Oslo universitetssykehus HF

Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at Oslo universitetssykehus HF over tid har arbeidet med å innføre anbefalingene i rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. Krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler er forankret i mål- og handlingsplaner på klinikk- og avdelingsnivå.

For å sikre varig effekt av innførte tiltak, og ferdigstille gjenstående tiltak, fordres det etter konsernrevisjonens syn en mer systematisk oppfølging av arbeidet i styringslinjen. Det er behov for økt brukermedvirkning og bedre oversikt i pasientforløpene.

Basert på undersøkelser i de reviderte seksjonene begrunnes konklusjonen med følgende forhold:

- Manglende involvering av pasienter i forebygging av utagerende og voldelig atferd
- Manglende helhetlig oversikt i dokumentasjonen av behandlingsforløpet
- Behov for å fortsette forbedringsarbeidet

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Oslo universitetssykehus HFs styre 30. april 2021. Styret tok revisjonsrapporten til etterretning, og vedtok at oppfølging av handlingsplanen skal legges inn i tertialrapporteringen.

Rapport 12/2020 Vestre Viken HF

Konklusjon

Konsernrevisjonen konkluderte med at Vestre Viken HF har god styring av arbeidet med reduksjon i bruk av tvangsmidler, men at det er behov for økt brukermedvirkning. Det er etablert et system for virksomhetsstyring som fremstår for konsernrevisjonen som godt forankret. Arbeidet med å redusere bruken av tvangsmidler inngår i virksomhetsstyringen på en systematisk måte.

Helseforetaket har iverksatt flere tiltak for å legge til rette for riktig og redusert bruk av tvangsmidler. Revisjonen viser samtidig at ikke alle tiltakene er fullt ut implementert, og at arbeidet med å redusere bruk av tvangsmidler bør forsterkes. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Behandlingsprotokollen bidrar til oversikt og kontroll. Oppfølging og rapportering i bruk av tvangsmidler er godt forankret gjennom styringslinjen
- Manglende involvering av pasientene i forebygging av utagerende og voldelig atferd
- Manglende aktiv bruk av behandlingsplan gjennom behandlingsforløpet
- Behov for en mer ensartet registreringspraksis

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Vestre Viken HFs styre 14. juni 2021. Styret tok revisjonsrapporten og helseforetakets handlingsplan til etterretning, og vedtok at gjennomføring av handlingsplanen og utviklingen i bruk av tvangsmidler skal legges inn i tertialrapporteringen.

Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil

I Oppdrags- og bestillingsdokument for 2021 er det satt krav til helseforetakene om å arbeide systematisk og målrettet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene. Regional delstrategi om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring peker på betydningen av å utvikle en mer sikkerhetsorientert ledelse.

Riktig bruk og håndtering av legemidler har vært et satsningsområde for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i flere år, blant annet gjennom pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7*. Feil som oppstår ved bruk og håndtering av legemidler er en betydelig utfordring i helseforetaksgruppen, og utgjør opp mot 30 prosent av meldte hendelser.

Nye verktøy er de senere år tatt i bruk for å bidra til faglig forsvarlig, sikker og trygg legemiddelhåndtering i helseforetakene. Et eksempel på dette er elektronisk legemiddelkurve.

Sykehuset Telemark HF hadde gjennomført en analyse av risikobildet på legemiddelområdet som viste et behov for målrettet forbedringsarbeid både internt i klinikkene og på tvers i sykehuset. Det ble også etablert en handlingsplan for å sikre systematisk forbedringsarbeid innen de risikoområdene som ble avdekket.

Målet med revisjonen var å vurdere om Sykehuset Telemark HF har etablert prosesser, rutiner og systemløsninger som i tilstrekkelig grad understøtter sikker legemiddelhåndtering og forebygger legemiddelfeil. I denne revisjonen har vi undersøkt legemiddelhåndteringen i to utvalgte seksjoner. Vi har gått igjennom prosessen for legemiddelhåndtering blant annet for å finne ut om nødvendige forutsetninger for å sikre god praksis er etablert. Videre har vi sett på styring og rapportering på legemiddelområdet, og om det er etablert en kultur for å melde fra om uønskede hendelser og å lære av feil på dette området.

Rapport 2/2021 Sykehuset Telemark HF

Konklusjon

Gjennomgangen viste at foretaket har etablert prosesser, rutiner og systemløsninger for å understøtte sikker legemiddelhåndtering og forebygge legemiddelfeil. Videre har foretaket etablert en overordnet plan for å styrke legemiddelområdet. Revisjonen viser likevel at det fortsatt er behov for å styrke oppmerksomheten om pasientsikkerhet på legemiddelområdet. Foretaket bør forankre handlingsplanen og satsningsområdene bedre i organisasjonen. Videre viste revisjonen at det er behov for å styrke lojaliteten til retningslinjene i enkelte enheter og øke oppmerksomheten rundt uønskede hendelser og nestenuhell.

Styrebehandling

Rapporten og handlingsplanen ble behandlet i styret for Sykehuset Telemark HF 15. desember 2021. Styret tok gjennomgangen til etterretning. Anbefalinger følges opp i tråd med helseforetakets *Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022* og videre i årlige rullinger av planen.

Risikostyring og kvalitet

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen både planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom strategiske og operative prosesser.

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Undersøkelser, analyser og statistikk fra kvalitetsregistre og Helseatlas, har imidlertid vist at det er betydelig variasjon i kvalitet og tilbud i pasientbehandlingen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger virksomhetene å etablere et hensiktsmessig styringssystem som skal bidra til at de når fastsatte mål og krav. Som del av dette arbeidet er vurdering, håndtering og oppfølging av risiko et sentralt hjelpemiddel.

Målet med revisjonen har vært å undersøke hvorvidt risikostyring benyttes i arbeidet med å oppnå god og likeverdig kvalitet innenfor pasientbehandlingen. I oppdragsdokumentene til helseforetakene er det et krav om at informasjon fra blant annet kvalitetsregistre skal brukes som en kilde i kvalitetsarbeidet.

I revisjonen har vi valgt ut pasientforløp med et visst volum og innen et fagområde hvor enkelte resultater fra nasjonale kvalitetsregistre har lavere score enn sammenlignbare enheter. I denne sammenheng har vi tatt utgangspunkt i forløpene tykk- og endetarmskreft som er organisert innunder Avdeling for gastro- og barnekirurgi ved Oslo universitetssykehus HF.

Rapport 3/2021 Oslo universitetssykehus HF

Konklusjon

Revisjonen viste at det er etablert et overordnet rammeverk i OUS som alle enheter skal benytte i arbeidet med kontinuerlig forbedring, herunder kvalitetsarbeid. Revisjonen viste videre at Avdeling for gastro- og barnekirurgi gjennom ulike prosesser iverksetter tiltak som skal bidra til at de imøtekommer kvalitetskrav innenfor tykk- og endetarmskreft.

Revisjonen viser imidlertid at det ikke er tydelig sammenheng mellom mål, risiko og de tiltakene som iverksettes i avdelingen. Vi vurderer at økt struktur på styringen vil bidra til et mer proaktivt, helhetlig og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring. Dette begrunnes med følgende:

- Avdelingen har et godt grunnlag for å kunne identifisere og vurdere risikoer i pasientforløpene
- Manglende systematikk i planarbeidet vanskeliggjør god risikostyring
- Lite målrettet oppfølging og rapportering

Ut ifra dette er det gitt flere anbefalinger til revidert avdeling. Ettersom det i tillegg er identifisert svakheter i styringssystemet på overordnet nivå, og som er viktige premisser for at linjeledelsen kan utføre dette på en god måte, er det også gitt anbefalinger på overordnet nivå.

Styrebehandling

Rapporten ble behandlet i Oslo universitetssykehus HFs styre 17. desember 2021. Styret tok rapporten til etterretning. Styret vedtok videre at oppfølging av handlingsplanen skal legges inn i den tertialvise rapporteringen.

Samordning av IKT-anskaffelser og leverandørstyring

Informasjonsteknologi er ikke lenger en støttefunksjon, men integreres i stadig større grad i helseforetakenes arbeidsprosesser og helsetjenester. Dette fordrer at de funksjonelle IKT-behovene blir koordinert og samordnet for felles anskaffelser, og at leverandørene blir fulgt opp for å nå mål og utnytte potensialet i inngåtte avtaler. IKT-anskaffelser gjelder kjøp av varer/tjenester som enten i hovedsak gjelder IKT, eller hvor slik teknologi inngår.

Revisjonen berører et stort og komplekst område. Tidligere ble IKT-anskaffelser gjennomført av det enkelte sykehus og helseforetak. Etablering av foretaksmodellen med Sykehuspartner HF som ansvarlig for sikker og stabil IKT-drift i hele foretaksgruppen, og et stadig økende behov for teknologistøttede prosesser og oppgaveløsning på tvers av virksomhetene, stiller nye krav til felles struktur og anskaffelse av teknologiske løsninger. I tillegg til Helse Sør-Øst, berører IKT-anskaffelser Sykehusinnkjøp HF. Sykehusinnkjøp HF leverer innkjøpstjenester til hele spesialisthelsetjenesten. Denne revisjonen har omfattet ansvarsområdene til Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF.

Målet med revisjonen var å undersøke hvordan IKT-anskaffelser styres og gjennomføres sett opp mot strategi, retningslinjer og prinsipper for IKT-anskaffelser og leverandørstyring. Konsernrevisjonen har vurdert om styringsmodellen bygger på en tydelig og hensiktsmessig oppgavefordeling mellom aktørene, om det er etablert en helhetlig og god samordning av behov for anskaffelser på IKT-området, og om det er etablert prosesser og aktiviteter som gir tilfredsstillende styring og oppfølging av leverandører.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i DFØs standard prosessmodell for å gjennomføre offentlige anskaffelser, fra et behov oppstår til gevinster er realisert, kontrakten er sluttført og evaluert. Konsernrevisjonen har undersøkt og vurdert utvalgte deler av prosessen, samt sentrale forutsetninger for å kunne styre og koordinere innenfor disse områdene. Gjennomføringen av konkurranser, og samarbeidet med leverandører som ledd i oppfølging av avtaler og delleveranser i gjennomføring av regionale IKT-prosjekter, har ikke vært en del av revisjonen.

Rapport 5/2021 Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF

Konklusjon

Helse Sør-Øst har etablert et IKT-styringssystem med prinsipper og struktur for de IKT-fagspesifikke delene av virksomhetsstyringen i foretaksgruppen. Leverandørstyring inngår her som et relativt nytt styringsområde. Konsernrevisjonen observerte samtidig at de reviderte områdene av mange oppfattes som separate arbeidsområder og ikke en del av en samlet anskaffelsesprosess.

Konsernrevisjonen konkluderte med at en bedre tilrettelegging med avklarte roller og ansvar, og klare forventninger til hvordan oppgavene skal utføres, vil bidra til felles tilnærming og samarbeid på tvers av organisatoriske enheter. Dette vil kunne gi bedre samordnede og tilpassede IKT-anskaffelser og en mer synkronisert og moden prosess for oppfølging av leverandørene. En forutsetning er at organisering og krav til oppgaveløsning er kjent for de ansatte.

Anbefalinger ble gitt knyttet til følgende forbedringsområder:

- Roller og ansvar på tvers av og internt i virksomhetene
- Forventninger og krav til felles rutiner og bruk av verktøy
- Deling og tilgang til informasjon
- Anvendelse av planer

Styrebehandling

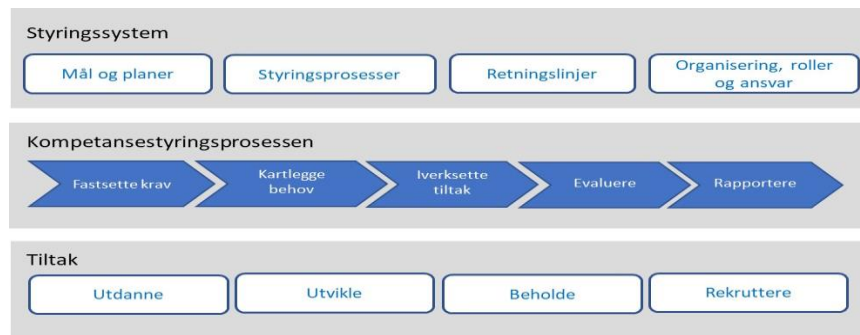
Rapporten er foreløpig ikke behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF eller Sykehuspartner HF.

Kompetansestyring

Kompetansebehovet i sykehusene er i endring. Oppgaver og ansvarsområder utvikles med endringer i befolkningens behov for helsetjenester, nye behandlingsformer og pasientforløp samt teknologisk og medisinsk utvikling. Dette er utviklingstrekk som forventes å fortsette i fremtiden. God praksis for kompetansestyring forutsetter at virksomheten planlegger, gjennomfører og evaluerer tiltak for å sikre at virksomheten og den enkelte medarbeider har nødvendig kompetanse for å utføre sine oppgaver og nå mål og krav.

Det har over flere år vært et økende behov for ressurser innenfor ulike grupper av helsepersonell. Helsetjenesten står overfor flere utfordringer knyttet til tilgangen til helsepersonell og hvordan helsetjenesten utnytter sine ressurser og sin kompetanse. Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) tydeliggjør i framskrivingene av de eksisterende utviklingslinjene at det er et stort og udekket behov for helsepersonell i dag og fremover. Endringer i oppgavedeling og personellsammensetning er et virkemiddel for å gjøre god bruk av tilgjengelige kapasitet og kompetanse.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetaket har etablert et hensiktsmessig system for å sikre nødvendig kompetanse vurdert opp mot dagens oppgaver og fremtidige behov. Dette er gjennomført ved å undersøke helseforetakets overordnede styring og kontroll på området og hvordan to utvalgte klinikker gjennomfører kompetansestyringen i praksis. Figuren under viser konsernrevisjonens tilnærming i revisjonen.



Rapport 6/2021 Sykehuset i Vestfold HF

Med unntak av intensivkapasitet og enkelte andre fagområder, rapporterer Sykehuset i Vestfold HF ikke om kritiske risikoer på kompetanseområdet. Likevel vil fremtidens kompetansebehov kreve oppmerksomhet og gode systemer for kompetansestyring.

Revisjonen har vist at styringssystemet i foretaket innbefatter oppfølging og rapportering på kompetanseområdet. Foretakets strategier og handlingsplaner er tydelige og gir retning for arbeidet på kompetanseområdet. Overordnede føringer synes å være kjent for lederne.

Foretaket har god oversikt over utdanningsområdet og har iverksatt en rekke tiltak for å imøtekomme dagens og fremtidens kompetansebehov. Foretaket har gjennom flere år arbeidet systematisk for i større grad å sikre effektiv oppgavefordeling mellom faggruppene. Arbeidet har resultert i forskyvninger av arbeidsoppgaver mellom faggrupper og bedre utnyttelse av kompetansen.

Revisjonen viser samtidig enkelte forhold som bør styrkes for i større grad å sikre en mer planmessig tilnærming knyttet til kompetansestyringen. Følgende forhold er av betydning:

- Øke systematikk i oppfølging og rapportering i styringslinjen
- Prioritere gjennomføring av nødvendige utviklingstiltak
- Styrke oppfølgingen av medarbeidere

Styrebehandling

Revisjonsrapporten ble sendt helseforetaket 28. januar 2022 og er ikke behandlet i styret i Sykehuset i Vestfold HF.

Følgerevisjon program 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) skal bygge en felles regional plattform for Helse Sør-Øst. Plattformen 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 har fra annet halvår 2020 gjennomført en følgerevisjon av program STIM med en ny tilnærming som ble besluttet i Helse Sør-Øst RHF's styresak 24. september. Konsernrevisjonen rapporterer tertialvis fra følgerevisjonen. I 2021 leverte konsernrevisjonen tre revisjonsrapporter:

- 1/2021 pr. 3. mars 2021 (3. tertial 2020)
- 4/2021 pr. 28. mai 2021 (1. tertial 2021)
- 7/2021 pr. 7. oktober 2021 (2. tertial 2021)

Programmets samsvarende rapportperiode er oppgitt i parentes.

Konsernrevisjonens rapporter omfatter revisjoner av utvalgte prosjekter eller temaer. Utvalget baseres på en vurdering av programmets risikobilde. Sentrale områder i 2021 har vært:

- Kvalitetssikring i programmets rapporteringsprosess
- Prosjektene for implementering av Windows 10 i foretaksgruppen
- Prosjekt Felles plattform

Videre rapportere konsernrevisjonen resultatene fra sin løpende monitorering av status og fremdrift for deler av programmets prosjektportefølje.

Kvalitetssikring i rapporteringsprosessen

Tidlig i 2021 gjennomførte konsernrevisjonen en temarevisjon av kvalitetssikring i rapporteringsprosessen. Revisjonens målsetting var å kartlegge og vurdere kvalitetssikringen av rapporteringen fra prosjektene sett opp mot styringsgruppens behov for informasjon, samt prosessene for å kvalitetssikre

programmets samlede rapportering til øvrige interessenter. Revisjonen har undersøkt hvordan prosjektlederne og programkontoret har etablert kontrollmekanismer som gir rimelig sikkerhet for enhetlig rapportering.

Konklusjonen var at program STIM har bygget opp et system for kvalitetssikring av informasjon i rapporteringsprosessen. Informasjon kvalitetssikres i flere ledd og i ulike sammenhenger som en integrert del av prosjekt- og programstyringen. Samlet sett er systemet uformet slik at det gir rimelig sikkerhet for at informasjonen blir tilstrekkelig kvalitetssikret som grunnlag for styring og oppfølging av STIM.

Videre er det konkludert med at rapporteringen i STIM er bygget opp for å ivareta krav som fremkommer i oppdragsdokumenter, i regionale rammeverk og i andre sammenhenger, samt gi informasjon til styret som grunnlag å føre tilsyn med foretakets virksomhet og drift. Rapporteringen er i tråd med kravene som er satt til programmet. Den fremstår etter konsernrevisjonens vurdering som grundig og utgjør et godt grunnlag for styring og oppfølging av STIM. Like fullt er det et behov for å utvikle rapporteringen slik at den kan gi større nytteverdi for interessentene.

Prosjektene for implementering av Windows 10 i foretaksgruppen

I første tertial 2021 hadde konsernrevisjonen en prosjektrevisjon av implementering av Windows 10 i foretaksgruppen. Målet for revisjonen var å kartlegge og vurdere tilstanden i Windows 10-prosjektene leveranser. Videre var det en målsetting å kartlegge og vurdere hvordan Windows 10-prosjektene følges opp som et prosjekt i linjen i Sykehuspartner HF og at aktivitetene gir adekvat fremdrift og måloppnåelse.

Det var konsernrevisjonens vurdering at Windows 10 fase 1 har fått god kontroll på omfanget, fremdriften og kostnadene i prosjektet på revisjonstidspunktet. Prosjektet hadde gjennomført en snuoperasjon, og konsernrevisjonen identifiserte flere positive læringspunkter fra måten prosjektet ble styrt og organisert på. Konsernrevisjonen så at det gjenstod krevende aktiviteter, blant annet oppgraderinger ved Oslo universitetssykehus HF.

Prosjektet vurderte selv at det har kontroll med fremdriften, og mente målene om totalt antall oppgraderte klienter vil nås.

Etter konsernrevisjonens vurdering var det størst risiko knyttet til Windows 10 fase 2-prosjektet. Fase 2 hadde også avhengigheter til standardiserings- og saneringsinitiativet. Etter konsernrevisjonens vurderinger var det identifisert forbedringsområder som ville styrket planleggingen og beslutningsunderlagene ved styrebehandling i Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF.

Konsernrevisjonen vurderte at det for begge prosjektene er viktig å vurdere forbedringer knyttet til kommunikasjon og samhandling med helseforetakene, prosjekt og linjeorganisasjonen i Sykehuspartner HF, for å bidra til en forutsigbar og effektiv prosjektgjennomføring fremover.

Denne revisjonen av Windows 10-prosjektene ble fulgt opp videre i annet tertial. Oppfølgingen viste at det var god fremdrift og at anbefalinger som konsernrevisjonen gav i første tertial 2021 er fulgt opp. Etter konsernrevisjonens vurdering er det viktig å synliggjøre og håndtere risiko og avhengigheter på tvers av de ulike Windows 10-prosjektene og standardiserings- og saneringsinitiativet (SMIL1) fremover.

Prosjekt Felles plattform

Konsernrevisjonen har gjennomført en revisjon av prosjekt *Felles plattform*. Prosjektets hovedleveranse er å gjennomføre en anskaffelse og implementere en felles regional plattform for å kunne tilby helseforetakene moderne, skalerbare og fleksible kjøremiljøer på en modernisert plattform. Revisjonen startet i andre tertial 2021 og ble avsluttet i tredje tertial 2021. Resultatene inngår i rapportene for andre og tredje tertial 2021. Revisjonen har i sin helhet hatt som mål å undersøke og vurdere:

- om Sykehuspartner HF har tilstrekkelig styring og kontroll på leveranseomfanget i prosjektet
- om omfangsstyringen innvirker på kostnader og fremdrift
- hvordan beslutningsprosesser knyttet til mål- og oppgavestyring fungerer.

I første delrapport ble prosjektets innhold og retning vurdert opp mot den styrende dokumentasjonen som ligger til grunn for prosjektet. I tillegg ble

tilgang på kompetanse på skyløsninger, parallellitet i investeringer og kravspesifikasjon vurdert.

Konsernrevisjonens oppfatning var at omfanget i prosjekt *Felles plattform* på det nåværende stadium i hovedsak styres i samsvar med den styrende dokumentasjonen. Like fullt vil konsernrevisjonen fremheve et behov for å innarbeide vurderinger og konsekvenser av tilleggsoppgaver og endringer som en del av prosjektets dokumentasjon.

Andre delrapport fra prosjekt *Felles plattform* vil inngå i revisjonsrapporten som omfatter tredje tertial 2021.

Monitorering

I løpet av første tertial ble konseptet *monitorering* i større grad konkretisert gjennom at konsernrevisjonen etablerte regelmessige oppfølgingsaktiviteter overfor programmet og utvalgte prosjekter.

I løpet av første tertial merket konsernrevisjonen seg noen positive endringer i programmets overordnede styring. En endring til det bedre er etableringen av et avhengighetsregister på programnivå. Videre hadde program STIM endret innretningen og etablert separate styringsgrupper for prosjektene innenfor moderniseringsområdet. Dette kan bidra til en tydeligere prosjekteierstyring og tettere oppfølging av de enkelte prosjektene. Det er samtidig en risiko for at avhengigheter og konsekvenser på tvers av prosjekter ikke fanges opp i samme grad som tidligere, dersom dette ikke blir synliggjort og håndtert på en god måte i programstyringsgruppen.

Selv om det var etablert et avhengighetsregister på programnivå, etterlyste konsernrevisjonen en tydeligere oppmerksomhet på avhengigheter og synliggjøring av konsekvenser på tvers av programmets ulike prosjekter i den overordnede oppfølgingen og rapporteringen.

I annet tertial 2021 vurderte Konsernrevisjonen at det over tid har vært flere positive utviklingstrekk i STIM. Kort oppsummert ble følgende trukket frem:

- Sentrale funksjoner som sjefsarkitekt og risikokoordinator er ansatt det siste året, og arbeidet med gevinster og avhengigheter er styrket.

- Programorganiseringen er forbedret, med en tydeliggjøring av programstyrets og styringsgruppens roller og mandat. Medlemmene i programstyret er aktive og virker å ha god rolleforståelse.

Konsernrevisjonen observerte risiko knyttet til omfanget i programmet. Det er et behov for å tydeliggjøre målbildet med tilhørende effektmål, samt prioriteringer om hva som organiseres som henholdsvis linjeaktiviteter og programaktiviteter.

Konsernrevisjonen merket seg at det er vesentlige risikoer i programmet. I tre tertialrapporter på rad er det rapportert stabilt høy risiko for at endringspress eller manglende kapasitet kan føre til at endringene STIM leverer, ikke blir absorbert i linjeorganisasjonen i Sykehuspartner HF. Dette er et eksempel på en risiko hvor eierskapet burde forankres i Sykehuspartner HFs ledergruppe.

Konsernrevisjonen observerte usikkerhet knyttet til progresjonen med standardisering og sanering av applikasjonsporteføljen i foretaksgruppen (SMIL1). Forsinkelser eller manglende måloppnåelse med dette arbeidet kan få uheldige konsekvenser for fremdriften for flere STIM-prosjekter, og for fremtidig drift og forvaltning av regionale IT-systemer.

Programmet har gjort flere forbedringer i rapporteringen. Det er imidlertid fortsatt behov for å tydeliggjøre hvilke aktiviteter og prosjekter som krever særskilt oppfølging og prioritering fremover. Konsernrevisjonen så også behov for at programmet forbedrer gevinst- og effektarbeidet. Det gjelder spesielt i prosjektenes tidligfaser og at effekter brukes som grunnlag for styring og prioritering i programmet.

Anbefalinger

Konsernrevisjonen gir anbefalinger til program STIM og Sykehuspartner HF. Programmet følger opp anbefalingene fortløpende, mens administrerende direktør legger anbefalingene, sammen med Sykehuspartner HFs planlagte tiltak, frem for helseforetakets styre.

Konsernrevisjonen følger opp tidligere anbefalinger og kommenterer utviklingen i påfølgende revisjonsrapporter.

Styrebehandling

Rapportene fra følgerevisjonen blir behandlet i styrene for Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF, der rapportene blir henholdsvis tatt til etterretning og til orientering. Revisjonsrapportene behandles i samme møter som og i sammenheng med programmets egne tertialrapporter.

4. Andre aktiviteter og oppgaver

Tillitsverv IIA

Helseforetaksloven setter krav til at internrevisjon utføres i henhold til anerkjente standarder. I Norge forvaltes de internasjonale internrevisjonsstandardene av IIA Norge. Foreningen har som formål å utvikle medlemmenes kompetanse og styrke kunnskapen i norske virksomheter om styring, kontroll og internrevisjon. I 2021 har medarbeidere i konsernrevisjonen bidratt til foreningens arbeid som medlem av styret og som medlem i arbeidsutvalgene for IT-revisjon og compliance.

Kompetanseutvikling

Konsernrevisjonen har utarbeidet en kompetanseplan som gir oversikt over kompetanse i avdelingen og planlagt kompetanseutvikling.

En av medarbeiderne i konsernrevisjonen deltar på deltidsstudiet *Governance: Risikostyring, compliance og internrevisjon* ved Handelshøyskolen BI.

Medarbeiderne i konsernrevisjonen deltar på kurs og konferanser for faglig oppdatering og utvikling, samt for å vedlikeholde sertifiseringer og diplomeringer innenfor internrevisjon, IT-revisjon og andre fagområder.

Konsernrevisjonen hadde syv interne fagdager i 2021. Temaene omfatter fagutvikling innenfor revisjonsmetodikk, erfaringsutveksling fra revisjoner og orienteringer om utviklingstrekk i helsesektoren og revisjonsfaget.

Kontaktmøter

Konsernrevisjonen arrangerer to ganger årlig et kontaktmøte med representanter fra internrevisjons- og kvalitetsmiljøene i helseforetakene og sykehusene i helseregionen. Tema for møtene er utveksling av erfaringer knyttet til revisjoner, revisjonsplaner, relevante fagtema, endringer i regelverk og strategier.

Det ble avholdt to møter i 2021 hvor hovedtemaene var *psykisk helsevern* og *varsling av kritikkverdige forhold*.

Uavhengig bekreftelse av tildelinger av FoU-midler

I forbindelse med den årlige tildelingen av forskningsmidler i Helse Sør-Øst deltar konsernrevisjonen som observatør i det avsluttende innstillingsmøte med lederne av vurderingskomiteene, samt i møte med *Strategisk komité for målretting av regionale forskningsmidler*. Dette er et ledd i arbeidet med kunne avgi en uavhengig bekreftelse knyttet til tildelingen av forskningsmidler. Konsernrevisjonens bekreftelse vedlegges styresak om fordeling av forskningsmidler som normalt finner sted i desember.

Samarbeid og koordinering med andre revisjonsmiljøer

Konsernrevisjonen har halvårslige samlinger med internrevisjonene i de andre regionale helseforetakene. På grunn av pandemien ble det kun avholdt et digitalt møte i 2021. Formålet med disse samlingene er å utveksle erfaringer med gjennomføring av revisjoner, diskutere felles problemstillinger og revisjonsmetodikk.

Det avholdes et årlig møte mellom Riksrevisjonen og lederne av internrevisjonsfunksjonene i de regionale helseforetakene.

Det avholdes også faste samarbeidsmøter med internrevisjonsfunksjonene i noen helseforetak. I disse møtene koordineres blant annet revisjonsoppdrag.

Presentasjoner og bistand etter gjennomførte revisjoner

Varslingsrutiner

Rapport om revisjon av *Varslingsordningen* har i tillegg til å bli presentert for reviderte enheter og i kontaktmøtet, blitt presentert for revisjonsutvalget i februar 2021. Videre har konsernrevisjonen bidratt i ulike fora med

anbefalinger til oppdateringer av varslingsrutiner. I forbindelse med oppdatering av varslingsrutinen i Helse Sør-Øst RHF har konsernrevisjonen presentert rapporten for HR-direktørene, og HMS-nettverket i Helse Sør-Øst og i dialog med juridisk avdeling. Det har også blitt sendt ut en case-samling og annet hjelpemateriell til interesserte foretak.

Bruk av tvangsmidler

Konsernrevisjonen har gjennomført flere revisjoner om *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern*. Dette er et område som har hatt stor oppmerksomhet gjennom flere år. Konsernrevisjonen har presentert observasjoner og erfaringer i ulike fora.