



Riksrevisjonen

Dokument 3-serien



3 719 601 2 802 761 804

HF RHF AS ASA SF

Innhold

Del I Riksrevisjonens beretning om kontrollen med statlige selskaper	7
<hr/>	
Del II Resultater av forvaltningsrevisjoner	17
Sak 1: Mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet	19
Sak 2: Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten	25
Sak 3: Effektivitet i sykehus	31
Sak 4: Helseforetakenes håndtering av bierverv	37
Sak 5: Tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet	42
<hr/>	
Del III Resultater av den årlige kontrollen	49
Sak 1: Tilgangskontroll med helseopplysninger i helseforetakene	51
Sak 2: Eierstyring i AS Vinmonopolet	54
<hr/>	
Del IV Oppfølging av tidligere rapporterte saker	57
Styringen av selskaper der universiteter og høyskoler forvalter eierinteressene – Dokument 3:2 (2014–2015)	59
<hr/>	
Vedlegg	63
Vedlegg 1: Brev og rapport til sak 1 om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet	65
Vedlegg 2: Brev og rapport til sak 2 om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten	143
Vedlegg 3: Brev og rapport til sak 3 om effektivitet i sykehus	181
Vedlegg 4: Brev og rapport til sak 4 om helseforetakenes håndtering av bierverv	231
Vedlegg 5: Brev og rapport til sak 5 om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet	265
Vedlegg 6: Selskaper som omfattes av Riksrevisjonens kontroll for regnskapsåret 2016	307

Oppsummering av sentrale funn fra undersøkelser om spesialisthelsetjenesten i 2017

I 2017 har Riksrevisjonen overlevert fem forvaltningsrevisjoner om helsetjenesten til Stortinget. I tillegg til de tre revisjonene som rapporteres i Dokument 3:2 (2017–2018), ble *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene* (Dokument 3:5 (2016–2017)) og *Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk* (Administrativ rapport 1 2017 (2016–2017)) overlevert våren 2017. Videre er det i Dokument 3:2 (2017–2018) tatt opp en enkeltsak om tilgangskontroll med helseopplysninger som omfatter informasjonssikkerhet i helseforetakene. Selv om undersøkelsene omhandler ulike temaer, og formål og problemstillinger er forskjellige, viser funnene at det er noen svakheter som går igjen.

De regionale helseforetakene sørger ikke for tilstrekkelig ensartet praksis i pasientbehandling og oppfølging av administrativt regelverk

Alle de rapporterte undersøkelsene viser at de regionale helseforetakene bør samordne aktiviteter bedre og være mer aktive pådrivere for å sikre mer ensartet praksis på de områdene som er undersøkt. Dette har betydning både for pasientbehandlingen og for oppfølging av administrativt regelverk.

Undersøkelsen av *utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten* viser at for å få en mer ensartet praksis i pasientbehandlingen, er det viktig at de regionale helseforetakene avklarer hvordan helseforetakene konkret skal overholde den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten. De regionale helseforetakene bør også kunne bidra mer til å redusere variasjon i kvaliteten på de helsetjenestene som tilbys. Undersøkelsen av *bruken av poliklinisk bildediagnostikk* viser at det er behov for klarere prioritering av hvilke CT- og MR-undersøkelser som skal gjennomføres. I undersøkelsen av *effektivitet i sykehus* framheves betydningen av overføring av erfaringer mellom helseforetakene for å få fram beste praksis.

Det er videre viktig at de regionale helseforetakene påser at administrative bestemmelser, som krav til registrering av medisinske koder og rapportering av bierverv, følges opp i helseforetakene og at regelverk blir oppfattet og praktisert ensartet.

På enkelte områder kan det også være formålstjenlig at regionene samarbeider mer på tvers. Et slikt eksempel er enkeltsaken om tilgangskontroll med helseopplysninger, der det påpekes at regionenes innsats er lite samordnet.

De regionale helseforetakene har ansvar for å samordne virksomheten i helseforetakene som de eier, med mål om at ressursene samlet sett skal utnyttes på en hensiktsmessig og rasjonell måte. Ulike tolkninger og ulik forståelse i helseforetakene av kravene som er stilt i regelverket, øker risikoen for at dette ikke etterleves. Det er ikke god ressursbruk at alle helseforetakene selv må foreta slike avklaringer.

De regionale helseforetakenes har for svak oppfølging av vedtak fattet i foretaksmøter

Foretaksmøtet er det regionale helseforetakets øverste organ der statsrådets eiermyndighet utøves. Det er derfor viktig at de regionale helseforetakene følger opp vedtak som fattes i foretaksmøter.

Undersøkelsen av *helseforetakenes håndtering av bierverv* viser at det har vært stilt krav om registrering av og rapportering om bierverv i foretaksmøter med de regionale helseforetakene siden 2006. Selv om disse kravene har blitt gjentatt og skjerpet, har de regionale helseforetakene

og helseforetakene viet temaet lite oppmerksomhet, og det er fortsatt store svakheter på området.

Helseforetakene sørger ikke for at mål og krav til sektoren blir godt nok forankret og fulgt opp

Tre av undersøkelsene – av *medisinsk kodepraksis i helseforetakene*, *helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten* og av *helseforetakenes håndtering av bierverv* – viser at selv om regelverk, rutiner og prosedyrer er på plass, er ikke dette tilstrekkelig til å sikre at pålagte krav blir etterlevd. Dette gjelder både administrativt regelverk og regelverk som direkte gjelder pasientbehandlingen. En sentral forklaring er at regelverk, rutiner og prosedyrer ikke er godt nok kjent blant de ansatte, og at ansatte ikke får nok opplæring i å utføre pålagte oppgaver. Dette kan føre til at oppgaver ikke blir utført i tråd med pålagte krav – som å registrere medisinske koder korrekt, rapportere om bierverv og å sørge for at informasjon om utskrivningsklare pasienter til kommunehelsetjenesten har den nødvendige kvaliteten.

Statsråden viste i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2017 til at den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten¹ er et sentralt virkemiddel der ledelsens ansvar er tydeliggjort. De undersøkelsene som Riksrevisjonen har gjennomført, støtter behovet for å stille klarere krav til lederskap i sektoren. Det er nødvendig at ledelsen har god nok oppmerksomhet mot relevante og viktige temaer for å sikre effektiv drift, og legger til rette for å utvikle kunnskap og ferdigheter hos ansatte. Flere av undersøkelsene viser også at ledelsen har en viktig rolle i forbedringsarbeid. I for eksempel undersøkelsen av *effektivitet i sykehus* kommer det fram at ledelsens tilrettelegging for kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt er avgjørende for å sikre effektiv pasientbehandling.

Riksrevisjonen vil påpeke betydningen av at helseforetakene, med tydelig forankring i ledelsen, har systematisk styring av aktiviteter med sikte på å levere forsvarlige og gode helsetjenester, og å forbedre tjenester som ikke er gode nok. I tillegg til å ha egnede systemer og rutiner er det viktig at svakheter i kontrollmiljøet avdekkes og følges opp for å sikre at mål og krav blir fulgt opp i praksis.

Kvaliteten på styringsinformasjonen og bruken av den er ikke god nok To av undersøkelsene – *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene* og av *effektivitet i sykehus* – tar opp svakheter i helseforetakenes praksis med registrering av henholdsvis medisinske koder og ventetider for hofteoperasjoner. Dette fører til unøyaktig informasjon i statistikkgrunnlaget og gjør at styringsinformasjonen som skal brukes på ulike nivåer i helsesektoren, blir mindre pålitelig. Ulik registreringspraksis fører til at pasientstatistikken om ventetider ikke blir sammenlignbar mellom sykehus og har konsekvenser for styringen av tjenestetilbudet. Medisinske koder har bred anvendelse og brukes av mange aktører til ulike formål, og er derfor et viktig grunnlag både for styring på ulike nivåer i helsetjenesten og som grunnlag for forskning. 73 av de nasjonale kvalitetsindikatorene er basert på informasjonen fra medisinske koder. I tillegg benyttes data fra medisinske koder i DRG-systemet (for pasientklassifisering i diagnoserelaterte grupper) som blant annet brukes til å finansiere helseforetakene gjennom innsattsstyrt finansiering.

1) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* av 28. oktober 2016. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017.

Flere av undersøkelsene² viser også at relevant styringsinformasjon ikke brukes selv om den finnes. I for eksempel undersøkelsen av *effektivitet i sykehus* går det fram at mange ortopediske ledere ikke bruker informasjon om reinnleggelser som styringsparameter for den ortopediske virksomheten.

God kvalitet på og bruk av styringsinformasjon er nødvendig for å kunne sikre god nasjonal styring av spesialisthelsetjenesten, og for at ledelsen i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne basere beslutninger på riktige premisser.

2) Undersøkelsene av helseforetakenes håndtering av bierverv, medisinsk kodepraksis i helseforetakene og effektivitet i sykehus.

Sak 2: Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter legger til rette for helhetlige og koordinerte pasientforløp. Undersøkelsen er basert på spørrebrev, analyse av statistikk, dokumenter og dybdeintervjuer. Datainnsamlingen omfatter perioden 2011–2017.

I 2016 var det nær 800 000 døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut fra somatiske sykehus til sykehjem, institusjon eller hjem, med behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten – også kalt de utskrivningsklare pasientene. Over halvparten av de utskrivningsklare pasientene var over 80 år. Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er eldre og har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har mer enn én sykdom. Disse pasientene er svært sårbare for forflytninger, og å bli lagt inn igjen på sykehuset kort tid etter utskrivning kan være krevende for pasienten og kostbart for samfunnet.

Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å bidra til et helhetlig pasientforløp av god kvalitet, og helseforetakene skal legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten. Et viktig mål med samhandlingsreformen er å skape gode helhetlige pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene. Helseforetakene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler med kommunene om de pasientene som skrives ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, viste at liggetiden er redusert spesielt for personer som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Det gikk videre fram at mange fastleger og kommuner mente at pasienter blir skrevet ut for tidlig, slik at det var vanskelig for kommunen å tilby pasienten et godt tjenestetilbud. For tidlig utskrivning kan føre til at flere pasienter blir reinnlagt etter utskrivning til kommunen.

Både Riksrevisjonens undersøkelse, Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 og oppsummeringsrapport fra internrevisjonen i Helse Sør-Øst i 2014 viser at det er utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter. Dette gjelder særlig informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene og kvaliteten på den informasjonen som utveksles. Internrevisjonens undersøkelse viser at det er risiko for at helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer ikke bidrar godt nok til nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*
- *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*
- *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (internkontrollforskriften), som fra 1. januar 2017 ble erstattet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- Innst. 217 S (2015–2016), jf. Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)

- St. meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 30. juni 2017.

Departementet har i brev av 21. august 2017 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016.
- Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.
- Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
- Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016 Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten har vært forholdsvis stabilt i undersøkelsesperioden og utgjorde nær 800 000 i 2016. Antall opphold av utskrivningsklare pasienter, som utgjorde 108 000 i 2016, har økt i perioden 2011–2016 i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene. Økningen skyldes blant annet at registreringspraksis er endret slik at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig i starten av perioden.

I undersøkelsesperioden har den totale andelen akutte innleggelser innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus – reinnleggelser – økt fra 9 til 10 prosent. Blant disse har andelen av utskrivningsklare pasienter økt, og økningen har vært størst fra 2011 til 2012. For pasienter som skrives ut til hjemmet, uten oppfølging fra kommunehelsetjenesten, har andelen reinnleggelser gått noe ned i perioden. Endringene skyldes blant annet forbedringer av sykehusenes registreringspraksis.

I 2016 var andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, som for øvrige pasienter. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Reinnleggelse er en nasjonal kvalitetsindikator som det er viktig å følge med på, fordi det kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. Etter Riksrevisjonens vurdering viser statistikken over reinnleggelser at det er særlige utfordringer med pasientgruppen som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

2.2 Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp

En vesentlig forutsetning for å sikre at utskrivningsklare pasienter får helhetlige og koordinerte pasientforløp, er at det er god kvalitet på pasientinformasjonen som helseforetakene sender til kommunehelsetjenesten, og at informasjonen kommer i rett tid. Helseforetakene er pålagt å

legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten, og formen på og innholdet i kommunikasjonen mellom tjenestenivåene er lov- og forskriftsregulert.

Denne undersøkelsen bekrefter tidligere funn om at kvaliteten på informasjon om utskrivningsklare pasienter ikke er god nok, og at helseforetakene har utfordringer med den informasjonen de gir til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig feil og mangler i epikriser, medisinlister og vurderinger av pasienters funksjonsnivå.

Det er flere forklaringer på at kvaliteten på informasjonen til kommunehelsetjenesten ikke er god nok. Når pasienter legges inn, har informasjonen fra kommunehelsetjenesten ofte feil og mangler om hvilke medisiner pasienten bruker til daglig og hva som er pasientens normale funksjonsnivå. Dette vanskeliggjør sykehusenes oppgaver med å utarbeide korrekt medisinliste og å vurdere pasientens faktiske funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning. Helsepersonell som arbeider med utskrivning av pasienter på sykehusene, gjør i liten grad kommunehelsetjenesten oppmerksom på disse feilene og manglene.

Innholdet i pasientjournalene utgjør grunnlaget for informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at pasientjournalene til tider ikke er oppdatert, og at vesentlig informasjon ikke alltid er dokumentert. Dette øker etter Riksrevisjonens vurdering risikoen for at blant annet sammenfatningen av journalopplysninger som gis i epikrisen, ikke gir kommunehelsetjenesten god nok informasjon til å kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning.

Det er i liten grad etablert en systematisk opplæring av utførende helsepersonell i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter i de undersøkte helseforetakene. I tillegg gjennomføres det i liten grad rutinemessige kontroller på utførende nivå for å kvalitetssikre informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten i eksempelvis pleie- og omsorgsmeldinger, epikriser og medisinlister. Videre er tidspress på sykehus en forklaring på at dialogen med kommunehelsetjenesten nedprioriteres, og at kvaliteten på informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten blir svekket eller at informasjonen blir forsinket.

De fleste pasientene som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har sammensatte lidelser, og det er viktig med tverrfaglige vurderinger av disse pasientene. Av undersøkelsen går det fram at geriatriske enheter i langt større grad enn andre enheter systematisk gjennomfører tverrfaglige vurderinger av eldre pasienter med sammensatte lidelser. Ved å involvere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper øker sannsynligheten for at pasientinformasjonen til kommunehelsetjenesten får bedre kvalitet og blir mer helhetlig. Etter Riksrevisjonens vurdering er det behov for et bedre system for tverrfaglig involvering i arbeidet med vurdering av eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Innføringen av det elektroniske pleie- og omsorgssystemet har forbedret samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Det er likevel ikke lagt godt nok til rette for å formidle vurderingene fra fysioterapeuter og ergoterapeuter til kommunehelsetjenesten og for å kommunisere effektivt med fastleger. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette føre til at informasjon som er sentral og nødvendig for å vurdere hva som er forsvarlig hjelp for den enkelte pasient, ikke kommer fram.

2.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Samarbeidsavtaler er et lovpålagt verktøy for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene har i hovedsak likt innhold og er i tråd med kravene i den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler. I tillegg har helseforetakene etablert en rekke prosedyrer og rutiner som omfatter de avtalefestede forpliktelsene og hvordan brudd på forpliktelsene skal

meldes, håndteres, evalueres og følges opp for å sikre læring. Av undersøkelsen går det fram at prosedyrene og rutinene ikke er godt nok kjent blant helsepersonell som til daglig arbeider med pasientbehandling og skriver ut pasienter.

Individuell plan og koordinator er andre lovpålagte samarbeidsfremmende virkemidler for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Selv om de fleste helseforetakene har prosedyrer for individuell plan og koordinator, er disse virkemidlene i praksis lite kjent, og de brukes i liten grad for eldre pasienter med sammensatte lidelser. Når helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om pålagte virkemidler som skal fremme viktige pasientrettigheter, helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom forvaltningsnivåene, mener Riksrevisjonen at helseforetakene i sin styring ikke legger godt nok til rette for at virkemidlene tas i bruk.

Spesialisthelsetjenesten har en generell, lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, og helsepersonell på sykehusene skal gi råd, veiledning og opplysninger om helseforhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Samtidig følger det av samarbeidsavtaler at helseforetak ikke skal legge føringer for hvilke tjenester kommuner skal yte til pasienten etter utskrivning, eller vurdere om det kommunale hjelpetilbudet er forsvarlig. Dette gjør at det i praksis er krevende å følge opp veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten på en balansert måte. Etter Riksrevisjonens vurdering har helseforetakene ikke avklart godt nok hvordan helsepersonell skal ivareta denne plikten.

Det er forskriftsregulert at en somatisk pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og at beslutningen skal være basert på en individuell, helsefaglig vurdering. Videre er det lovregulert at kommuner fra dag én skal dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det kommer fram av undersøkelsen at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, i mange tilfeller ikke samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener pasientene har behov for etter utskrivning. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienten utskrivningsklar, blant annet for å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. En slik praksis er etter Riksrevisjonens vurdering forståelig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv, men den understøtter ikke samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå. En slik praksis kan også føre til at helseforetakenes liggetider og kostnader øker.

2.4 Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Mer enn ni av ti pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har flere enn én sykdom. Liggetiden for disse pasientene har blitt kortere i perioden 2011–2016, mens andelen som reinnlegges, har økt. Dette henger blant annet sammen med at kortere liggetid på sykehus gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen.

Kortere liggetid på sykehus er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, men det stiller særskilte krav til helseforetakene om å ha etablert en praksis som sikrer en god utskrivningsprosess. Påpekte svakheter i pasientinformasjonen kan være en årsak til at pasienter blir unødvendig reinnlagt, fordi kommunehelsetjenesten ikke får godt nok informasjonsgrunnlag til å følge opp pasienten. Unødvendige reinnleggelser skal unngås, og etter Riksrevisjonens vurdering er det mulig å redusere antallet slike reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - følger opp at sykehusene har interne systemer og kontroller som sikrer at de ansatte kjenner til og bruker virkemidler, prosedyrer og rutiner i arbeidet med utskrivning av pasienter. Dette skal sikre at lovpålagte krav blir fulgt og bidra til god informasjonsutveksling og samhandling mellom tjenestenivåene.
 - bidrar til en praksis for utskrivning av pasienter som oppfyller samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå. Dette må skje innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig og gjennom samhandling med kommunehelsetjenesten.
- de regionale helseforetakene tydeliggjør hvordan helseforetakenes lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskrivning av pasienter konkret skal utføres for å være i tråd med samarbeidsavtalene.
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter bidrar til at liggetider ved helseforetakene ikke øker unødige i omfang og kostnad innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig.

4 Departementets oppfølging

Statsråden påpeker at Riksrevisjonens anbefalinger vil bli fulgt opp på egnet måte og omtaler flere aktuelle virkemidler og tiltak i sitt svarbrev.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017, har som mål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Statsråden påpeker at det er satt i gang flere tiltak for å legge til rette for å forbedre kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen i tjenesten. Det blir vist til en pågående utredning av en felles legemiddelliste, som er en oppfølging av Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*. Her vil det bli etablert en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste som er tilgjengelig for helsepersonell. En felles oversikt over pasientens legemidler vil, ifølge statsråden, gjøre det mulig for helsepersonell å dele informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Statsråden påpeker at det er mange både i sykehus, kommuner, hos fastleger og i resten av helsetjenesten som sliter med gammel informasjonsteknologi, og at dette skaper problemer for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Pasientjournalssystemene tilfredsstiller ikke dagens krav til funksjonalitet og informasjonssikkerhet. Statsråden mener at informasjonen må deles mellom aktørene i stedet for å bli sendt slik det gjøres i dag. Det arbeides derfor med å modernisere IKT-plattformen og for en felles løsning for helse- og omsorgssektoren. Helsesektoren er i gang med å realisere "Én innbygger – én journal". Det langsiktige målet er en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten.

Når det gjelder å bidra til at liggetider ikke øker unødige, påpeker statsråden at tidlig innsats med tjenester på laveste effektive omsorgsnivå og en bedre helhet og sammenheng i tilbudene vil stå sentralt i helsepolitikken framover. Som et eksempel viser statsråden til stortingsmeldingen "Leve hele livet". Meldingen er under utarbeiding og vil ha helhet og sammenheng som tema.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 3: Effektivitet i sykehus

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om sykehusene har effektivisert organiseringen av pasientbehandlingen i perioden 2011–2015, og å identifisere faktorer som kan bidra til å effektivisere pasientbehandlingen.

Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus, Dokument 3:4 (2013–2014), viste at det var effektivitetsforskjeller mellom helseforetakene, og konkluderte med at det var mulig å øke effektiviteten. Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité støttet i sin innstilling, Innst. 135 S (2013–2014), enstemmig Riksrevisjonens anbefalinger om tiltak for å redusere forskjellene. Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp disse forventningene i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2015 og 2016.

Effektivisering av pasientbehandlingen krever lokal forankring og oppfølging i sykehusene. Det er imidlertid en vei å gå fra departementets tiltak og forventninger til å få organisert pasientbehandlingen i sykehusene på en effektiv måte. Det er derfor risiko for at sykehus ikke klarer å effektivisere pasientbehandlingen og sikre god kvalitet i tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer med omstilling i årene framover, blant annet på grunn av økende behov for spesialisthelsetjenester, aldrende befolkning og strammere offentlige budsjetter. Det er derfor viktig at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig, og at kvaliteten i tjenestene styrkes.

Undersøkelsen omfatter behandlingsforløpene for hoftebrudds- og hofteprotesepasienter, utnyttelsen av de ortopediske operasjonsstusene og sykehusenes gjennomføring av planlagte operasjoner. Datagrunnlaget er blant annet hentet fra helseregistre, sykehusenes planleggingssystemer, nasjonale kvalitetsindikatorer og intervju i sykehusene.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget: • *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)

- Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) • Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m.v.*
- Innst. 135 S (2013–2014) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*
- Innst. S nr. 11 (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2011*
- Innst. S nr. 11 (2013–2014) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2014*
- *forskrift om ventelisteregistrering*
- *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven)

-
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 27. juni 2017.

Departementet har i brev 16. august 2017 gitt kommentarer til rapporten.

Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet.
- Det er store forskjeller i effektivitet mellom sykehusene, og det er fortsatt mulig å effektivisere pasientbehandlingen.
- Den offisielle statistikken gir unøyaktig informasjon om ventetid for hofteproteseoperasjoner.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet

Helseforetakene skal drive et kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre at fastsatte mål og resultatkrav nås. Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus viste at sykehusene kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn og bedre utnyttelsen av operasjonsstuene.

I perioden 2011–2015 har det vært en nedgang i liggetiden for hofteprotese- og hoftebruddspasienter. Den gjennomsnittlige liggetiden for hofteprotesepasienter gikk ned fra 6,6 til 4,7 dager, mens liggetiden for hoftebruddspasienter gikk ned fra 7,4 til 5,5 dager. Samtidig har variasjonen mellom sykehusene blitt mindre. En del av nedgangen i liggetid for hoftebruddspasienter kan forklares med samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012. Reformen har ført til at kommunene mottar hoftebruddspasienter som skal skrives ut til kommunene, tidligere enn før reformen trådte i kraft.

Det har videre vært en svak bedring i utnyttelsen av de ortopediske operasjonsstuene for sykehusene totalt fra 2011 til 2015. I 2011 ble operasjonsstuene i gjennomsnitt utnyttet 61 prosent av dagen på vanlige arbeidsdager, mens andelen var 63 prosent i 2015. Enkelte sykehus har hatt sterk økning i utnyttelsen av operasjonsstuene i perioden. Den nasjonale indikatoren for utsettelse av operasjoner viser at det har vært en moderat nedgang i andelen utsatte operasjoner på landsbasis, fra 6,4 prosent i 2011 til 5,8 prosent i 2016.

Sykehus som har lagt vekt på kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt, har lyktes med å effektivisere driften. Flere av disse sykehusene framhever betydningen av å ha god styringsinformasjon, riktig kompetanse for å drive fram forbedringsarbeidet og god logistikk i pasientbehandlingen.

Det er forskjeller mellom sykehusene i hvor systematisk de har jobbet med å iverksette de tiltakene som er kartlagt i undersøkelsen. For flere av tiltakene er det slik at sykehusene i Helse Nord skiller seg ut ved at de i mindre grad enn andre oppgir å ha iverksatt dem, samtidig som flere av disse sykehusene har lange liggetider, mange utsettelser eller mindre effektiv utnyttelse av operasjonsstuene.

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Stortingets forventninger om å effektivisere pasientbehandlingen. I 2015 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skal sørge for å redusere variasjoner i effektiviteten i sykehusene, standardisere pasientforløp, identifisere flaskehals, utvikle indikatorer og sikre læring på tvers av nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten. Departementet har i 2016 og 2017 stilt ytterligere krav om å redusere variasjon og bedre kapasitetsutnyttelsen.

De regionale helseforetakene har i hovedsak videreført departementets krav. I samarbeid med Helsedirektoratet har de utviklet indikatorer for effektivitet og kapasitetsutnyttelse, og lagt vekt på å bruke innsikt i variasjon mellom sykehusene til å redusere forskjellene mellom dem på flere områder.

Samtidig gjenstår et viktig arbeid med å gjøre styringsinformasjonen relevant for sykehusene lokalt. Det er for eksempel få sykehus som bruker kostnad per pasient (KPP) som styringsindikator for de behandlingene som er undersøkt i denne undersøkelsen, og det er vanskelig å identifisere fagområder og behandlinger som gjør det mulig å sammenligne på tvers av nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at arbeidet med å redusere variasjonen i tjenestene er et langsiktig utviklingsarbeid, og at det er for tidlig å se noen effekter av arbeidet. Etter Riksrevisjonens vurdering er det avgjørende at ledelsen i helseforetakene legger til rette for et kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt, for å bidra til mer effektiv pasientbehandling. Dette er spesielt nødvendig for de sykehusene som har kommet kortest i arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen.

2.2 Det er store forskjeller i effektivitet mellom sykehusene, og det er fortsatt mulig å effektivisere pasientbehandlingen

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven skal sykehusene utnytte ressursene best mulig og samtidig sikre forsvarlige helsetjenester av god kvalitet. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasientene eller sykehusene unødvendig tidstap eller unødvendige utgifter.

Liggetiden i sykehusene er en av de viktigste kostnadsdriverne i pasientbehandlingen og har betydning for kvaliteten og tilbudet til pasientene. I 2015 var det fortsatt stor variasjon i den gjennomsnittlige liggetiden for både hofteprotese- og hoftebruddspasienter. Den gjennomsnittlige liggetiden varierte fra

- tre til åtte dager for hofteprotesepasienter
- fire til åtte dager for hoftebruddspasienter

Dersom sykehus med lange liggetider reduserer liggetiden, kan det frigjøre sengekapasitet og gjøre det mulig å behandle flere pasienter og følgelig redusere helsekøene. Reduksjon i liggetider må baseres på gode medisinskfaglige vurderinger og må ikke gå på bekostning av kvaliteten i tjenestene.

Når det gjelder hofteproteseoperasjoner, er det ikke noe i undersøkelsen som tyder på at sykehus med kort liggetid for denne pasientgruppen har dårligere kvalitet på behandlingen enn sykehus med lengre liggetid. Det viser at det er mulig for mange sykehus å redusere liggetiden for hofteprotesepasienter.

Når det gjelder hoftebruddsoperasjoner, har derimot sykehus med korte liggetider en noe høyere andel reinnleggelser enn sykehus med lange liggetider. For denne pasientgruppen har det videre vært en svak økning i andelen reinnleggelser i perioden 2011 til 2015. Selv om det er flere faktorer som påvirker om en pasient blir reinnlagt enn varigheten på det tidligere sykehusoppholdet, mener Riksrevisjonen det er viktig at helseforetakene følger med på utviklingen i denne kvalitetsindikatoren. Kun halvparten av de ortopediske lederne ved sykehusene oppgir at de bruker reinnleggelser som styringsparameter i den ortopediske virksomheten.

De store forskjellene i gjennomsnittlig liggetid indikerer likevel at flere av sykehusene kan redusere liggetiden også for gruppen av hoftebruddspasienter. I mange tilfeller vil dette imidlertid

avhenge av kommunenes kapasitet til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare. Det er derfor viktig med en velfungerende samhandling mellom sykehus og kommune.

Videre er det store forskjeller mellom sykehusene i hvor raskt pasientene blir behandlet etter hoftebrudd. Etter Riksrevisjonens vurdering er det mulig for mange av sykehusene å operere flere av hoftebruddspasientene innen 24 timer og på den måten oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Operasjonsstuen er en betydelig flaskehals i behandlingen av hoftebrudds- og hofteprotesepasienter i mange av sykehusene. Det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusene i hvor godt de ortopediske operasjonsstuen utnyttes i løpet av en vanlig arbeidsdag. I 2015 ble operasjonsstuen utnyttet 38 prosent av dagen ved sykehuset som hadde lavest utnyttelse, og 75 prosent av dagen ved sykehuset som hadde høyest utnyttelse av operasjonsstuen. Dette viser at det er mulig å utnytte operasjonsstuen bedre ved mange sykehus.

Det er også betydelige forskjeller mellom sykehusene i andelen planlagte operasjoner som utsettes. I 2016 varierte andelen utsettelse fra 0,9 til 13,5 prosent mellom sykehusene. Mange av utsettelsene skyldes forhold som sykehusene kan påvirke. Det er for eksempel mange operasjoner som utsettes eller avlyses fordi pasienten ikke er godt nok utredet eller forberedt til operasjonen, eller fordi det på operasjonsdagen viser seg at det likevel ikke er nødvendig med operasjon. En utsatt eller avlyst operasjon kan føre til at operasjonsstuen blir stående ledige, eller at pasienter må reise hjem etter at de har blitt innlagt. Riksrevisjonen mener at mange utsettelse kunne vært unngått dersom planleggingen ved sykehusene hadde vært bedre.

Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus avdekket at det var store forskjeller mellom sykehusene i bruk av opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter, og de regionale helseforetakene ble derfor anbefalt å vurdere omfanget av opptrening for denne pasientgruppen. Selv om de regionale helseforetakene har vurdert omfanget av hofteprotesepasienter som blir sendt til en opptreningsinstitusjon, er det fortsatt store forskjeller i sykehusenes praksis. I undersøkelsen understreker flere at det ikke har dokumentert effekt å sende en høy andel hofteprotesepasienter til rehabiliteringsopphold.

Videre varierer det mye mellom sykehusene hvor mange etterkontroller hofteprotesepasientene innkalles til. Det er også ulik praksis for hvem som utfører kontrollene. Ved de fleste sykehusene utføres etterkontrollene av kirurger, men noen sykehus har overlatt oppgaven til andre personellgrupper for å frigjøre ressurser hos legene.

Den store variasjonen i omfanget av pasienter som blir sendt til rehabiliteringsopphold, og hvor mange etterkontroller hofteprotesepasienter blir innkalt til, tyder på at det er mulig å bruke ressursene på en bedre måte, og at ressursene dermed kan komme andre pasienter og behandlinger til nytte.

2.3 Den offisielle statistikken gir unøyaktig informasjon om ventetid for hofteproteseparasjoner

Det er et mål at befolkningen skal gis likeverdig tilgang til nødvendige helsetjenester, og at sykehusene skal redusere ventetidene. Ventetiden skal registreres som avsluttet når pasienten får påbegynt den helsehjelpen vedkommende er vurdert å ha behov for.

Sykehusene har ulik praksis for registrering av ventetider for hofteprotesepasienter. Ved mange sykehus registreres ventetiden i de fleste tilfellene som avsluttet når pasienten møter til utredning ved poliklinikken, mens andre sykehus registrerer ventetiden som avsluttet når pasienten legges inn til operasjon. Dette samsvarer med Helsedirektoratets rapport om ventetider fra 2017, som

viser at det er variasjoner i registreringen av ventetider for flere typer behandlinger. Dette innebærer at ventetidene for operasjon ved flere sykehus kan være lengre enn det den offisielle statistikken viser.

Ulik praksis fører til at pasientstatistikken om ventetider ikke blir sammenlignbar mellom sykehus. Det innebærer at ledelsen i de regionale helseforetakene og i helseforetakene kan mangle grunnlag for å kunne vurdere om pasientene i eget opptaksområde har god tilgang på denne behandlingen, og om ventetidene samsvarer med anbefalt ventetid i de nasjonale prioriteringsveilederne.

Etter Riksrevisjonens vurdering gir den offisielle ventetidsstatistikken et unøyaktig bilde av ventetidene for hofteproteseoperasjon. Den gir også begrenset mulighet til å kunne vurdere om tilbudet til denne pasientgruppen er likeverdig og i samsvar med nasjonale anbefalinger.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - følger opp at det arbeides kontinuerlig lokalt for mer effektiv pasientbehandling. Dette er særlig viktig i sykehus med lange liggetider, mange utsatte operasjoner eller svak utnyttelse av operasjonsstuene. Helseforetak med mange utsatte operasjoner bør gjennomgå rutinene for operasjonsplanlegging for å redusere antall unødvendige utsettelse
 - følger med på utviklingen i reinnleggelser og andre effektmål for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen
- de regionale helseforetakene og helseforetakene vurderer hva som er beste praksis for etterkontroll av hofteprotesepasienter, og om nivået på rehabilitering ved opptreningsinstitusjoner for disse er riktig ut fra faglige og økonomiske hensyn
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene fortsetter arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen, og at erfaringer fra sykehus som har lyktes med god organisering av pasientbehandlingen, overføres til andre sykehus
- Helse- og omsorgsdepartementet sørger for en mer ensartet og troverdig ventetidsstatistikk

4 Departementets oppfølging

Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger overfor de regionale helseforetakene.

Statsråden er enig i at den observerte variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse tyder på at det er potensial for å øke effektivitet og kapasitetsutnyttelse i norske sykehus og at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen. Videre bør erfaringer fra sykehus som har lyktes med god organisering av pasientbehandlingen, overføres til andre sykehus.

Statsråden støtter anbefalingen om at de regionale helseforetakene og helseforetakene vurderer hva som er beste praksis for etterkontroll for hofteprotesepasienter.

De regionale helseforetakene har de siste årene redusert rehabiliteringsoppholdene for ortopediske pasienter for å prioritere andre pasientgrupper. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*, som også er fulgt opp i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Statsråden er enig i at det er uheldig at det er variasjon i hvordan ventetider registreres, og viser til at departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre et utredningsarbeid for å vurdere eventuelle endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 4: Helseforetakenes håndtering av bierverv

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om de regionale helseforetakene (RHF), med underliggende helseforetak, styrer og følger opp de ansattes bierverv for å sikre at lover og vedtak i foretaksmøtene om bierverv etterleves.

Med bierverv menes lønnet eller ulønnet aktivitet for en annen oppdragsgiver eller arbeidsgiver, samt eierinteresser og styreverv i annen virksomhet. Helsepersonell har en lovfestet plikt til å melde fra til arbeidsgiver om bierverv. Bakgrunnen er at biervervet kan bli så omfattende at det kan gå utover hovedstillingen, og at helsepersonell som følge av biervervet kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin. For helsepersonell er kravet til forsvarlig tjenesteutøvelse lovfestet. Stort omfang av bierverv kan dessuten gjøre det krevende å organisere arbeidet.

Tidligere undersøkelser¹ har vist at mange har hatt bierverv som har vært i strid med de regionale helseforetakenes retningslinjer, og at helseforetakene har hatt ulik forståelse og praktisering av dem. Selv om retningslinjer og elektroniske rapporteringssystemer nå er på plass, er det risiko for at de ikke blir etterlevd og brukt.

Omfanget av bierverv kan forventes å øke framover. De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å øke bruken av private aktører som private sykehus, avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutt. Samtidig ble det i 2015 innført fritt behandlingsvalg. Utvidede pasientrettigheter og skjerpede krav til reduksjon av ventetider kan også bidra til økt bruk av private aktører.

Undersøkelsen omfatter de fire regionale helseforetakene og alle landets helseforetak. I tillegg er det innhentet data fra enhetsregisteret i Brønnøysund, Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret samt data fra Skattedirektoratet for utvalgte stillingsgrupper. Registrerte bierverv i helseforetakene er sammenlignet med opplysningene fra de tre offentlige registrene. Det er videre gjennomført dybdeintervjuer med ledere og ansatte i tre avdelinger i tre helseforetak.² Undersøkelsesperioden er hovedsakelig 2016 og 2017.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende lover, vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om helsepersonell av 2. juli 1999* (helsepersonelloven)
- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten av 30. mars 1984*
- *forskrift om intern kontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002* (internkontrollforskriften)
- Innst. 62 S (2014–2015) fra helse- og omsorgskomiteen, jf. Dokument 8:70 S (2013–2014)

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet 28. juni 2017.

Departementet har i brev av 18. august 2017 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i all hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1) Dokument 1 (2005–2006) og Dokument 3:2 (2011–2012)

2) Helse Stavanger HF, St Olavs Hospital, Ahus

1 Hovedfunn

- Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv

-
- Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad.
 - De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv

Helsepersonell har plikt til å opplyse arbeidsgiver om bierverv. Hensikten med denne meldeplikten er å forebygge at det kan reises spørsmål og tvil om integritet, habilitet og uavhengighet. I tillegg er det for helsepersonell lovfestet krav om forsvarlig tjenesteutøvelse. Det foreligger ingen klar definisjon av hvilke bierverv helsepersonell skal opplyse arbeidsgiver om. Riksrevisjonen har definert opplysningspliktige bierverv til å dreie seg om helserelaterte bierverv, selv om andre typer bierverv også kan komme i konflikt med arbeidsgivers interesser og forsvarlig tjenesteutøvelse.

Det er betydelig underrapportering om bierverv i alle helseforetak. Undersøkelsen omfatter alle faste og midlertidig ansatte leger, psykologer og ambulanspersonell i helseforetakene. Av de om lag 23 000 ansatte som omfattes av undersøkelsen, har om lag 8300 meldepliktige bierverv på helseområdet. I underkant av 1400 ansatte har registrert sine bierverv i helseforetakenes oversikter. Det betyr at nesten 7000 ansatte som har meldepliktige bierverv, ikke har registrert sine bierverv.

Underrapporteringen fordeler seg relativt likt mellom helseregionene. Blant helseforetakene er det imidlertid store variasjoner i rapporteringen. Helse Sør-Øst RHF har både helseforetakene med høyest og lavest grad av rapportering.

Psykologer og ambulanspersonell rapporterer om sine bierverv i nesten dobbelt så stor grad som legene. Det er ingen vesentlig forskjell mellom ledere og ansatte i grad av rapportering. De som er fast ansatt og jobber fulltid, rapporterer mest, men underrapporteringen er stor også for denne gruppen. Det er ikke nevneverdige forskjeller i tilbøyeligheten til å rapportere mellom de som har bierverv i privat og offentlig virksomhet.

Det er en jevn fordeling mellom antall meldepliktige bierverv som er registrert i Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (AA-registeret), og bierverv i form av roller (styreverv, eierinteresser m.m.) i selskaper som er oppført i Brønnøysundregisteret. Et flertall av stillingene som er oppført i AA-registeret, er i offentlig virksomhet.

I flere av de regionale retningslinjene understrekes det at leders identifikasjon med arbeidsgiver er så tydelig at lojalitetsplikten generelt vil sette stramme grenser for retten til å ta bierverv. Det er likevel relativt mange ledere på høyere ledernivåer, det vil si administrerende direktører og klinikk-/divisjonsdirektører, som har bierverv (40 prosent). Kun 22 prosent av disse hadde registrert et bierverv på kontrolltidspunktet. Intervjuer med ledere og ansatte indikerer at oppmerksomhet fra ledelsens side har betydning for om de ansatte registrerer sine bierverv.

Bierverv kan ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og at det samlede helsetilbudet til pasientene blir større. Samtidig tyder undersøkelsen på at bierverv kan ha negative konsekvenser ved at de ansatte får for stor total arbeidsbelastning og at helseforetakenes ressursstyring blir mindre fleksibel. Lederne opplever at den største utfordringen ved bierverv er at ansatte ønsker å gå ned i stillingsprosent for å ta bierverv, slik at det ofte blir et valg mellom ansatte med ugunstige stillingsprosenter eller å miste personell med nøkkelkompetanse. Noen helseforetak melder om utfordringer med legespesialister som foretrekker å ta bistilling ved privat klinikk framfor å arbeide på kveldstid på poliklinikken. De siste årene har det blitt mindre

utfordringer med habilitet, blant annet fordi systemer for henvisning i større grad betjenes av administrativt personell, det er etablert felles innkjøpsavtaler og det er mer åpenhet om samhandling med næringslivet.

Helseforetakene kan fastsette begrensninger for ansattes bierverv i kraft av sin styringsrett. Styringsretten innebærer at arbeidsgiver har rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. Når en stor andel av helsepersonell ikke har rapportert sine bierverv, fører dette til at helseforetakene ikke har tilstrekkelig oversikt over sine ansattes bierverv. Manglende oversikt sikrer heller ikke åpenhet om de ansattes bierverv og gir en risiko for uheldig rolleblanding, som mulighet for å henvise pasienter til egen praksis. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at helseforetakene ikke har sikret større åpenhet om bierverv. Åpenhet er viktig for å unngå at det kan reises spørsmål om personalets integritet, habilitet og uavhengighet.

2.2 Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad

Helseforetakene er pålagt å ha et internkontrollsystem, og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lov eller forskrift. Det er forutsatt at det enkelte helseforetaket skal følge opp brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv.

Alle helseforetakene har retningslinjer for bierverv tilgjengelig på sine nettsider, og bestemmelser om bierverv er beskrevet i arbeidsavtaler. Alle helseforetakene har også fått på plass elektroniske systemer for registrering av bierverv. Det er imidlertid lite kunnskap om meldeplikten og innholdet i regelverket blant både ledere og ansatte.

Retningslinjene er uklare på flere punkter. Ingen av retningslinjene er klare på hva de ansatte skal rapportere, om det er en meldeplikt om bierverv eller om det kun er en orienteringsplikt. Mange mener at retningslinjene er for generelle til at de bidrar som støtte til saksbehandling for ledere i vurdering av bierverv. De regionale helseforetakene påpeker at det er manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og ta i bruk generelle vurderingskriterier for aksept av bierverv. Videre påpeker de at det heller ikke er rettslig grunnlag for å praktisere generell meldeplikt for bierverv, eller til å stille krav om forhåndsgodkjenning av bierverv.

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har i større grad enn de andre regionene jobbet med å få på plass rutiner og veiledninger, men forskjeller i retningslinjer og annet veiledningsmaterieell ser ikke ut til å forklare forskjellene mellom foretakene i rapportering. Undersøkelsen tyder på at god informasjon om regelverket og aktiv lederinvolvering gir høyere bevissthet om reglene og bedre registreringspraksis. Der ledelsen er opptatt av at de ansatte skal registrere sine bierverv, er også rapporteringen bedre enn der ledelsen ikke er det. Ved kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF har en kombinasjon av jevnlig informasjonskampanjer og aktiv involvering fra ledelsen ført til at de fleste har rapportert om sine bierverv.

Helseforetakene har gitt bierverv lite oppmerksomhet, og foreliggende oversikter over bierverv benyttes ikke som styringsinformasjon verken av helseforetak eller i underliggende klinikk eller avdeling. Vedlikeholdet av opplysningene i registrene overlates i stor grad til den enkelte ansatte. Ingen helseforetak har gjennomført egne kontroller for å avdekke underrapportering.

Helsepersonell har plikt til å opplyse om sine bierverv på helseområdet, og har et selvstendig ansvar for å sette seg inn i gjeldende retningslinjer når de tar på seg bierverv. Riksrevisjonen vil likevel påpeke at verken de regionale helseforetakene eller helseforetakene i sin interne styring og kontroll har fulgt godt nok opp de kravene som er stilt om bierverv i lover, regler og foretaksmøter. Retningslinjene er uklare på flere punkter, noe som blant annet påvirker rapportering og saksbehandling. Det er et ledelsesansvar å sørge for at retningslinjer følges opp

i praksis, og at temaet vies større oppmerksomhet. Etter Riksrevisjonens mening har helseforetakene ikke tilstrekkelig grunnlag til å vurdere om bierverv har konsekvenser for ansattes arbeidsbelastning, fleksibilitet i ressursstyringen eller omdømme.

2.3 De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter

I foretaksmøtene med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetaket som arbeidsgiver. Det ble videre stilt krav om at helseforetakene skal påse at rutiner for bierverv følges, og om at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding.

Alle RHF-ene har omtalt bierverv i de årlige meldingene for 2013, men ingen har rapportert om bierverv i påfølgende år eller etterspurt slik rapportering fra underliggende helseforetak, slik de ble bedt om. Bierverv er i liten grad omtalt i styringsdialogen mellom RHF-ene og helseforetakene i perioden 2014–2016, med unntak av Helse Sør-Øst RHF, som satte ned en arbeidsgruppe i 2016 for å følge med på utviklingen i antall bierverv ved innføringen av fritt behandlingsvalg. Videre har Helse Vest RHF behandlet spørsmål om bierverv i styremøte etter at internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte en revisjon av bierverv i 2015.

De regionale helseforetakene har i varierende grad fulgt opp egne pålegg om å omtale krav til bierverv i rammeavtaler med leverandører av helsetjenester. I de to generelle rammeavtalene for henholdsvis legespesialister og psykologspesialister spesifiseres det at spesialisten plikter å opplyse om bierverv. Det er i tillegg inngått flere særskilte rammeavtaler mellom det enkelte regionale helseforetaket og ulike avtalespesialister og leverandører. Ingen av disse avtalene omtaler bierverv spesifikt, eller henviser til helsepersonelloven, der opplysningsplikten reguleres.

Undersøkelsen viser at det er stor grad av underrapportering i alle foretaksgruppene, at det er store forskjeller mellom rapporteringspraksis i helseforetak innad i hver region, og at retningslinjene som de regionale helseforetakene har fastsatt, ikke er klare nok. Ulik forståelse og praktisering av regelverket er problemer som har vedvart over tid og blitt tatt opp av Riksrevisjonen i flere tidligere undersøkelser. Etter Riksrevisjonens vurdering har de regionale helseforetakene ikke bidratt til å klargjøre regelverket og fulgt opp godt nok at retningslinjene fungerer etter intensjonen, er forankret i helseforetakene og praktiseres ensartet.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - legger til rette for at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om retningslinjene og systemene for å rapportere om bierverv, og at ledelsen på alle nivåer gir tydelige signaler om at det forventes at de ansatte følger regelverket om bierverv, og at krav stilt til bierverv innarbeides og følges opp i de ansattes arbeidsavtaler
 - øker kvaliteten på rapporteringen om bierverv og benytter denne styringsinformasjonen som grunnlag for å vurdere om de ansattes bierverv er forenlig med deres arbeid i helseforetaket
- de regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene følger de kravene som er stilt i foretaksmøtene om bierverv, og at disse kravene også blir stilt og fulgt opp i rammeavtaler som regionene inngår med private leverandører av spesialisthelsetjenester
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene avklarer regelverket for helseforetakene slik at opplysningsplikten om bierverv praktiseres likt. En slik presisering av

regelverket vil bidra til å gjøre det klarere hva som skal regnes som rapporteringspliktig bierverv og hva som eventuelt skal ligge til grunn av vurderingskriterier for å vurdere den enkeltes bierverv.

4 Departementets oppfølging

Statsråden mener at undersøkelsen peker på konkrete mangler og svakheter som må følges opp på flere nivåer, og viser til at det er behov for å tydeliggjøre helseforetakenes retningslinjer. I tillegg må informasjon om bierverv og registrering gjøres til et tema på ledelsesnivå og i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Statsråden vil følge opp kravet som ble stilt i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013, og be de regionale helseforetakene om å følge opp hovedfunnene i undersøkelsen, og da spesielt Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

Statsråden viser til at enkelte helseforetak og avdelinger etterlever kravene om rapportering på en bedre måte enn andre, og understreker derfor viktigheten av at foretakene samarbeider om nødvendig forbedringsarbeid, og at de lærer av hverandre. Statsråden vil også etablere en dialog med de regionale helseforetakene for å avklare et eventuelt behov for tydeliggjøring av regelverket.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 1: Tilgangskontroll med helseopplysninger i helseforetakene

1 Innledning

Opplysninger om helseforhold er definert som sensitive personopplysninger i *lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). Det stilles i en rekke lover krav til helseforetakenes håndtering av taushetsbelagte helse- og personopplysninger. De samme kravene gjelder overfor eventuelle leverandører som gis tilgang til slike opplysninger.

Etter at *lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (pasientjournalloven) trådte i kraft 1. januar 2015, er det innført adgang til å gi tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter. Helseopplysninger kunne tidligere kun gis til ansatte innen samme virksomhet. I tillegg er det vedtatt en ny personvernforordning i EU som stiller nye og strengere krav til bruken av personopplysninger av borgere i både EU- og EØS-landene. Dette vil kunne medføre nye og strengere krav i personopplysningsloven.

Riksrevisjonen har de siste årene gjennomført flere undersøkelser av helseforetakenes styring av tilgang til helseopplysninger, og disse har vist at det er svakheter ved informasjonssikkerheten i spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonens undersøkelse av styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler i fire helseforetak, gjengitt i Dokument 3:2 (2014–2015), viste at gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger ikke var tilstrekkelig implementert, at ansatte hadde tilgang til helseopplysninger ut over tjenstlig behov, og at det ikke var noen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger. Ved oppfølging av denne saken i Dokument 3:2 (2016–2017)¹ viste departementet til at de regionale helseforetakene har rapportert at igangsatte tiltak i hovedsak forventes å være gjennomført innen utgangen av 2016 eller i løpet av 2017.

Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes beredskap innen IKT, vann og strøm (Dokument 3:2 (2014–2015)) viste at helseforetakene ikke hadde fulgt opp det ansvaret de har som eiere av data og som databehandlersansvarlige. Helseforetakene overlot mye av beredskapsarbeidet for IKT til de regionale IT-enhetene, som er deres driftsleverandører og databehandlere. Dette medførte blant annet risiko for svekket informasjonssikkerhet.

I Dokument 3:2 (2015–2016) rapporterte Riksrevisjonen at helseforetakene ikke stilte tilstrekkelige krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinskt teknisk utstyr, og at de hadde mangelfull oppfølging av leverandører og mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr.

I behandlingen av Dokument 3:2 (2014–2015)² uttalte Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité at den ser alvorlig på at helseforetakene ikke har systematisk kontroll og oppfølging av de ansattes tilganger i systemer for elektronisk pasientjournal.

1) Dokument 3:2 (2016–2017) side 51.

2) Innst. 179 S (2014–2015) side 9.

I behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016)³ uttalte komiteen at informasjonssikkerhet og personvern innen helsesektoren må tas på det største alvor hos alle som er involvert i ulike prosesser i helsevesenet.

I mai 2017 kom det fram at utenlandske IT-arbeidere har hatt tilgang til sensitive pasientdata i Helse Sør-Østs datasystemer. IT-arbeiderne hadde i en periode tilgang til å kopiere pasientjournaler og mulighet til å dele ut nye tilganger til andre eksterne personer. Helse Sør-Øst RHF's moderniseringsprogram for IKT-infrastrukturen ble som følge av dette stilt i bero. En slik modernisering er ifølge Helse Sør-Øst RHF nødvendig for å rette opp mangler ved informasjonssikkerheten, men foretaket har så langt ikke tatt stilling til hvordan eller om prosjektet skal føres videre. I juni 2017 kom det også fram at Oslo universitetssykehus HF's elektroniske pasientjournalssystem tillater at ansatte direkte kan styre egen tilgang til pasientjournaler.

Med bakgrunn i at Riksrevisjonen i flere tilfeller har tatt opp svakheter ved informasjonssikkerheten i helseforetakene, og at det fortsatt oppstår informasjonssikkerhetsbrudd, er saken lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 3. juli 2017. Departementet har svart i brev av 18. august 2017.

Departementet opplyser at helseforetakenes styring og kontroll med tilgang til helseopplysninger, på bakgrunn av Riksrevisjonens rapport, ble fulgt opp med

eierkrav i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2015. Foretakene ble her pålagt å følge opp med tiltak for å lukke avvikene som ble påpekt av Riksrevisjonen. De regionale helseforetakene har i møter i 2015 og 2016 presentert status for dette arbeidet for departementet. I møtet i august 2016 ble det besluttet å ha et nytt oppfølgingsmøte etter et år. Dette møtet ble avholdt i juli 2017.

Departementet viser til at de regionale helseforetakene har planlagt å utrede et felles nasjonalt prosjekt for å avdekke urettmessig tilgang til pasientjournaler. Denne utredningen har blitt utsatt og er foreløpig ikke påbegynt. Departementet vil følge dette videre opp i dialog med de regionale helseforetakene. Departementet opplyser at det er planlagt et nytt møte med de regionale helseforetakene høsten 2017 om arbeidet med å lukke avvikene ved tilganger.

De regionale helseforetakene har iverksatt eller planlagt en rekke løsninger i egen region for å oppnå kontroll med tilganger i datasystemer som håndterer pasientdata. Foretakene har rapportert at de fleste tiltakene vil bli utført eller ferdigstilt i perioden 2017–2019. Tilgangsstyringen i det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS er ikke standardisert mellom de tre helseregionene som bruker dette systemet. I disse tre helseregionene benyttes det ulike former for tilgangsstyring. Departementet opplyser at det for Helse Sør-Øst RHF er etablert regionale prinsipper for tilgangsstyring i et felles arbeid i regionen. Ved innføring av teknisk løsning og regionale prinsipper for tilgangsstyring i det enkelte helseforetaket er det helseforetaket selv som må vurdere iverksettelse og justering i eget foretak.

Departementet viser til at det, i etterkant av at Helse Sør-Øst RHF i mai 2017 ga tilganger til ansatte i et eksternt selskap, har gitt et oppdrag til Direktoratet for e-helse om innen 1. november 2017 å undersøke helsesektorens håndtering av informasjonssikkerhet ved bruk av private underleverandører. Departementet opplyser videre at det blant annet på bakgrunn av denne undersøkelsen og rapportert status for de regionale helseforetakenes oppfølgingsarbeid, vil vurdere om det er behov for ytterligere oppfølging av de regionale helseforetakene. Eventuelle tiltak og korrigeringer vil kunne skje i forbindelse med felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i januar 2018.

3) Innst. 186 S (2015–2016) side 12.

2 Riksrevisjonens merknader

Riksrevisjonen merker seg at departementet har fulgt opp avvik avdekket i Riksrevisjonens rapporter gjennom eierkrav i foretaksmøter og på egne oppfølgingsmøter med de regionale

helseforetakene, men at det ikke er stilt krav om helhetlig og systematisk tilnærming til forvaltning av helseopplysninger.

Departementet vil vurdere behovet for ytterligere oppfølging, basert på statusrapportering fra helseforetakene og rapport fra Direktoratet for e-helse om foretakenes bruk av private leverandører. Riksrevisjonen merker seg samtidig at arbeidet har pågått over relativt lang tid og at flere tiltak har blitt utsatt, og at det er uvisst når de planlagte tiltakene vil være gjennomført og

få effekt. Etter Riksrevisjonens vurdering er det uklart når de dokumenterte svakhetene ved informasjonssikkerhet vil være rettet opp.

Videre merker Riksrevisjonen seg at regionenes innsats er lite samordnet, og at det innad i enkelte regioner også ser ut til å være tilfeller av at helseforetak gjør egne vurderinger/tolkninger av krav til datasikkerhet. Brudd på personopplysningsloven er svært alvorlig for den enkelte og for omdømmet til helseforetakene. Utvidet adgang til å dele helseopplysninger mellom helseforetak vil, sammen med varslede endringer i ny personopplysningslov, i framtiden stille høyere krav til aktsomhet i håndtering av informasjonssikkerhet for virksomheter som skal forvalte helseopplysningsdata. Riksrevisjonen mener at det på et så vesentlig område som helseopplysninger bør stilles nasjonale krav til løsninger for tilgangsstyring og tilgangskontroll.

Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet etter påpekninger over flere år ennå ikke har sørget for at helseforetakene har fått kontroll med tilganger til helseopplysninger. Departementet har etter Riksrevisjonens vurdering et ansvar for aktivt å påse at det etableres helhetlige og systematiske løsninger for styring av tilgang til helseopplysninger. Dette vil kreve tettere oppfølging og mer vekt på samordning av løsninger enn det som har vært praktisert til nå.