

## Styresak 85/2010: Internrevisjonsrapporter Helse Nord RHF 2010

Møtedato: 14.-15.12.10  
Møtested: Mo i Rana

I oppdragsdokumentet 2010 heter det i pkt 8.1.2 Risikostyring og intern kontroll, at styret skal behandle alle internrevisjonsrapporter som foretaket mottar og vedta plan for lukking av eventuelle avvik.

I 2010 har helseforetaket mottatt 3 internrevisjonsrapporter fra Helse Nord RHF:

- Internrevisjonsrapport nr. 06/2009: Kvalitetssystem - Dokumentstyring og avviksbehandling ved Helgelandssykehuset HF
- Internrevisjonsrapport nr. 11/2009: Forvaltning av inventar og utstyr ved Helgelandssykehuset HF
- Internrevisjonsrapport nr. 05/2010: Internkontroll ved behandling av helseopplysninger i Helgelandssykehuset HF

I saken er rapportenes konklusjoner og anbefalinger angitt. For nærmere informasjon om observasjoner og vurderinger vises det til rapportene. Helseforetakets svar til internrevisjonen i Helse Nord RHF for rapportene 06/2009 og 05/2010 er vedlagt saken.

### **Internrevisjonsrapport nr. 06/2009: Kvalitetssystem - Dokumentstyring og avviksbehandling ved Helgelandssykehuset HF**

Denne rapporten ble utarbeidet etter internrevisjon i Helseforetaket 29.09. – 26.11.2009 og rapporten ble levert 28.01.2010.

Formålet med revisjonen:

- Å undersøke om formålet med innføring av Docmap i foretaksgruppen er oppnådd, og om systemet benyttes som forutsatt på ulike nivå.
- Å undersøke om foretaksgruppens rutiner for dokumentstyring og avviksbehandling samsvarer med *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* og med interne bestemmelser.

Konklusjon:

Docmap benyttes delvis som forutsatt ved Helgelandssykehuset HF. Innlegging av styrende dokumenter i Docmap skjer i tillegg til tidligere rutiner. Prosedyrepermene foretrekkes som opplagsverk på avdelingsnivå. Docmaps modul for avviksbehandling er tatt i bruk, men benyttes i varierende grad i de enkelte enhetene.

Helseforetakets overordnede rutiner for dokumentstyring og avviksbehandling er i samsvar med Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Brudd på denne forskriftens bestemmelser forekommer likevel i flere enheter. Beredskapsplaner er ikke oppdatert.

Anbefalinger:

Internrevisjonen anbefaler at Helgelandssykehuset HF iverksetter fem forbedringstiltak basert på rapportens konklusjoner.

1. Fullføre implementeringen av Docmap og forsikre seg om at Docmap benyttes som forutsatt innenfor hele helseforetakets virksomhet, både for styrende dokumenter og for avviksbehandling.
2. Sørg for at papirversjoner samsvarer med versjon i Docmap og kontinuerlig er underlagt tilfredsstillende dokumentstyring.
3. Fjerne styrende dokumenter på intranett og erstatte disse med lenker til Docmap etter hvert som dokumentene er overført hit.
4. Oppdatere katastrofeplanen slik at denne samsvarer med dagens organisering og gjøre planen tilgjengelig via rød knapp i Docmap.
5. Vurdere muligheter i programvaren i forbindelse med bytte av person i funksjoner tilknyttet det enkelte dokument. Dette for å etablere en felles praksis som sikrer at både kontinuitet i oppgaver/ansvar for det enkelte dokument og sporbarhet i forhold til dokumentbehandling ivaretas.

Det er utferdiget svar til internrevisjonen i Helse Nord RHF 27.01.2010 (se vedlegg), der det er redegjort for tiltak. Ved punkt 4 – oppdatering og koordinering av katastrofeplaner er dette bare delvis gjennomført av tidsmessige årsaker, men vil bli prioritert i 2011.

### **Internrevisjonsrapport nr. 11/2009: Forvaltning av inventar og utstyr ved Helgelandssykehuset HF**

Rapporten ble avgitt 23.02.2010.

Formålet med revisjonen var å kartlegge om helseforetakenes internkontroll gir tilstrekkelig sikkerhet for at inventar og utstyr forvaltes på en tilfredsstillende måte.

Oppsummering av funn og vurderinger:

Forvaltningen av inventar og utstyr i Helgelandssykehuset HF fremstår på flere områder som hensiktsmessig og betryggende. Internrevisjonen konstaterer likevel at det er rom for betydelige forbedringer på flere områder, og er kjent med at det arbeides med å få på plass bedre løsninger for flere av disse.

Anbefalinger

a. Risikovurderinger: Helgelandssykehuset HF bør sørge for at det foretas dokumenterte risikovurderinger knyttet til flere av de tema som er omhandlet i denne revisjonsrapporten, først og fremst: - registrering av foretakets inventar og utstyr - forebyggende vedlikehold av medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr - etablerte sikringstiltak ved sykehusene. Risikovurderingene legges til grunn for beslutning om etablering/ending/harmonisering av prosedyrer og andre internkontrolltiltak i foretaket.

b. Kompetanseoversikter og opplæringsplaner: Det bør utarbeides opplæringsplaner samt oversikter over kompetansebehov og foreliggende kompetanse for personell med sentrale oppgaver knyttet til vedlikehold av inventar og utstyr.

c. Utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr: Det bør utarbeides retningslinjer for kassasjon/utrangering og avhending av inventar og utstyr i foretaket.

Tilbakemelding til internrevisjonen Helse Nord RHF om oppfølging av anbefalingene og tiltak, er blitt forsinket etter en intern høring. Samordning og rapportering av tiltak vil bli gjort, jfr. svar til internrevisjonen Helse Nord RHF 05.12.10.

### **Internrevisjonsrapport nr. 05/2010: Internkontroll ved behandling av helseopplysninger i Helgelandssykehuset HF**

Revisjonen ble foretatt 27.- 29.09.2010. Rapporten avgitt 05.11.2010

Formålet med revisjonen:

Formålet med revisjonen var å kartlegge om Helgelandssykehuset HF har etablert og vedlikeholdt et opplegg for internkontroll som sikrer at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger

Konklusjon:

Basert på de undersøkelser som er foretatt ved Helgelandssykehuset HF konkluderer Internrevisjonen med at behandlingen av helseopplysninger på mange områder samsvarer med gjeldende regelverk og grunnleggende personvern hensyn. Helgelandssykehuset HF sitt opplegg for internkontroll inneholder likevel svakheter som bør forbedres.

Anbefalinger:

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset HF å iverksette følgende tiltak:

1. Videreutvikle oversikten over behandlinger av helseopplysninger, og etablere rutiner som sikrer at oversikten kontinuerlig er oppdatert og fullstendig.

2. Forsikre seg om at meldeplikten til Datatilsynet er ivaretatt for alle meldepliktige behandlinger av helse-
3. og personopplysninger, samt etablere rutiner som sikrer at nye behandlinger blir meldt og at meldingsdatabasen vedlikeholdes.
4. Fastlegge kriterier for akseptabel risiko ved behandling av helseopplysninger.
5. Videreføre og videreutvikle gjennomføring og bruk av risikovurderinger, gjerne i samarbeid med Helse Nord IKT.
6. Vurdere å etablere et tverrfaglig utvalg (journalutvalg) der spørsmål knyttet til pasientjournal kan behandles.
7. Sørge for at Journalhåndboken gjennomgås, oppdateres og videreutvikles, samt at muligheter for større grad av felles praksis i bruk av DIPS vurderes.
8. Innføre rutiner for utpeking og journalføring av journalansvarlig person for den enkelte pasientjournal innenfor hele helseforetaket.
9. Foreta regelmessig gjennomgang av bruk av nødrettstilgang i DIPS og begrunnelse for dette.
10. Gjennomgå hele tilgangsregisteret i Sectra PACS og fjerne alle tilganger som ikke er personlige og begrunnet i tjenestelige behov.
11. Gjennomføre regelmessige undersøkelser av om det er samsvar mellom tjenestelige behov og aktive tilganger til nettverk og alle aktuelle applikasjoner.
12. Gjennomføre sikkerhetsrevisjon minimum årlig.
13. Iverksette tiltak for jevnlig å forsikre seg om at sikkerhetsstrategien hos databehandlere og leverandører gir tilfredsstillende informasjonssikkerhet.
14. Videreutvikle helseforetakets styrende dokumenter og andre internkontrollelementer med sikte på forbedring av øvrige svakheter internrevisjonen har påpekt i denne rapporten.

Det er utferdiget svar til internrevisjonen i Helse Nord RHF 02.12.2010 (se vedlegg), der det er redegjort for tiltak.

#### VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret tar rapportene fra internrevisjonen Helse Nord RHF til orientering.
2. Styret ber administrasjonen sørge for at resultatene og anbefalingene i rapportene brukes i et kontinuerlig forbedringsarbeid i helseforetaket.

Jan Erik Furunes  
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer

Sendes som egne vedlegg:

1. Internrevisjonsrapport nr. 06/2009: Kvalitetssystem - Dokumentstyring og avviksbehandling ved Helgelandssykehuset HF
2. Internrevisjonsrapport nr. 11/2009: Forvaltning av inventar og utstyr ved Helgelandssykehuset HF
3. Internrevisjonsrapport nr. 05/2010: Internkontroll ved behandling av helseopplysninger i Helgelandssykehuset HF

Vedlegg:

4. Svar til internrevisjonen Helse Nord RHF vedr. Internrevisjonsrapport 06/2009, 27.01.2010
5. Svar til internrevisjonen Helse Nord RHF vedr. Internrevisjonsrapport 11/2009, 05.12.2010
6. Svar til internrevisjonen Helse Nord RHF vedr. Internrevisjonsrapport 05/2010, 02.12.2010

Helse Nord RHF

8038 BODØ

**Att. Hege Knoph Antonsen**

Deres ref.:

Vår ref.:  
2009/729

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Sigurd Finne, 75 12 53 78

Dato:  
27.01.2010

## Svar på: Internrevisjon: rapportutkast nr 6/2009, Helgelandssykehuset HF

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset HF å iverksette følgende tiltak:

*1. Fullføre implementeringen av Docmap og forsikre seg om at Docmap benyttes som forutsatt innenfor hele helseforetakets virksomhet, både for styrende dokumenter og for avviksbehandling.*

### => Styrende dokumenter:

Å fullføre implementeringen av Docmap i Helgelandssykehuset HF er jobb nr. 1 for kvalitetsleder. Det har og er gjennomført ukentlig kurs ved alle lokasjonene i det å legge inn styrende dokumenter i Docmap. Tid avsatt til dette arbeidet varierer veldig fra avdeling til avdeling. De avd. med lavt ant. styrende dokumenter i Docmap vil bli fulgt opp tettere av kvalitetsleder. Månedlig rapport på status hvor mange styrende dokumenter hver avd. har i Docmap vil bli sendt til hver avd. direktør.

Ved psykiatrisk senter Ytre Helgeland og Mo i Rana, tester vi ut ny innholdsfortegnelse i Docmap basert på Sektorkomité S9: Veileder for bruk av ISO 9001 i helsesektoren. Der vi baserer oss på 26 hovedemner. Dersom denne måten å finne fram til styrende dokumenter i Docmap på blir bra vil den bli implementert ved alle områdene.

### => Avviksbehandling:

Det har også her vært og det blir gjennomført kurs i det å melde avvik og behandle avvik. Vi har fått satt temaet på dagsorden på alle avd. møter, alle avd. skal gå igjennom avvikene på avdelinga. Ved 6 gjennomførte intern revisjoner viser det seg at 4 avd. tar opp avvikene på avd. møte. Det blir også fra 2010 sendt månedlig rapport på status avvik for hver avd. til hver avd. direktør.

*2. Sørge for at papirversjoner samsvarer med versjon i Docmap og kontinuerlig er underlagt tilfredsstillende dokumentstyring.*

=> Det er avd. leder sitt ansvar å holde permer som inneholder styrende dokumenter oppdatert. Det gjøres ved å abonnere på alle avd. sine styrende dokumenter i Docmap. Dette blir også sjekket under egen intern revisjon. 3 av 6 avd. følger dette opp. Her vil det bli foretatt flere kontroller i 2010 samt opplyst om ansvaret til avd. lederne.

*3. Fjerne styrende dokumenter på intranett og erstatte disse med lenker til Docmap etter hvert som dokumentene er overført hit.*

=> Linker som ligger på intranettet i dag vil kvalitetsleder ta ansvar for og oppdatere. Ved månedlig sjekk vil evt. nye linker også bli oppdatert.

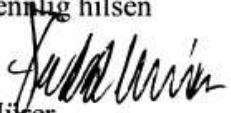
*4. Oppdatere katastrofeplanen slik at denne samsvarer med dagens organisering og gjøre planen tilgjengelig via rød knapp i Docmap.*

=> Katastrofeplanene er under revidering, planen er at de skal være ferdige innen 12.03.2010. Hovedansvar for koordinering og utførelsen av selve endringene her har kvalitetsleder.

*5. Vurdere muligheter i programvaren i forbindelse med bytte av person i funksjoner tilknyttet det enkelte dokument. Dette for å etablere en felles praksis som sikrer at både kontinuitet i oppgaver/ansvar for det enkelte dokument og sporbarhet i forhold til dokumentbehandling ivaretas.*

=> Dette vil bli tatt opp i Kvalitetsnettverket i Helse Nord RHF for å få lik praksis i hele helseregionen.

Med vennlig hilsen

  
Fred Mürer  
Medisinsk direktør

  
Sigurd Finne  
Kvalitetsleder

Kopi til:

Fred Mürer

Ivar Johan Kirkfjell

Jan Inge Pettersen

Per Martin Knutsen

Avd. dir Sandnessjøen

Avd. dir Møsjøen

Avd. dir Mo i Rana



Helse Nord RHF  
Internrevisjonen

8038 BODØ

Deres ref.:  
200800718-13

Vår ref.:  
2010/1

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Vidar Smalås / 75125131

Dato:  
05.12.2010

## INTERNREVISJONSRAPPORT NR 11/09

Internrevisjonsrapport nr 11/09, Forvaltning av inventar og utstyr ved Helgelandssykehuset HF, berører flere organisatoriske enheter; Intern service ved de tre sykehusenhetene, samt IKT. Rapporten ble sendt ut på høring i ePhorte til de berørte. Dette har beklageligvis tatt alt for lang tid. *Undertegnede vil kalle sammen til et møte i løpet av inneværende måned for å forsøke å samordne tiltakene, samt rapporteringen av disse.*

Rapporten konkluderer med tre anbefalinger:

a. Risikovurderinger: Helgelandssykehuset HF bør sørge for at det foretas dokumenterte risikovurderinger knyttet til flere av de tema som er omhandlet i denne revisjonsrapporten, først og fremst:

- registrering av foretakets inventar og utstyr
- forebyggende vedlikehold av medisinsk teknisk og driftsteknisk utstyr
- etablerte sikringstiltak ved sykehusene.

Risikovurderingene legges til grunn for beslutning om etablering/endring/harmonisering av prosedyrer og andre internkontrolltiltak i foretaket.

*Kommentar: Noen grupper av inventar og utstyr er allerede fullt ut registrert, og det registreres stadig mer. En felles risikovurdering kan avdekke hvilket nivå som er tilstrekkelig.*

*For MTU (medisinskteknisk utstyr) har forebyggende vedlikehold, og registrering av dette vedlikeholdet, vært høyt prioritert. Registrering av vedlikeholdet av driftsteknisk utstyr har ikke vært like godt. Nå er det anskaffet et felles system hvor blant annet forebyggende vedlikehold kan planlegges og registreres. De enkelte driftsenhetene bør sette seg mål for gjennomføring av forebyggende vedlikehold.*

*Sikringstiltak er delvis etablert som følge av risikovurderinger knyttet til byggeprosjekter, men i for liten grad systematisk revidert og dokumentert.*

b. Kompetanseoversikter og opplæringsplaner: Det bør utarbeides opplæringsplaner samt oversikter over kompetansebehov og foreliggende kompetanse for personell med sentrale oppgaver knyttet til vedlikehold av inventar og utstyr.

*Kommentar: Dette finnes i noen grad, men ikke for alle aktuellepersonellgrupper.*

c. Utrangering, kassasjon og avhending av inventar og utstyr: Det bør utarbeides retningslinjer for kassasjon/utrangering og avhending av inventar og utstyr i foretaket.

*Kommentar: Nødvendig med revisjon og samordning av eksisterende retningslinjer.*

**Tiltaksplan med ansvarlige og frister vil enten bli utarbeidet samlet for foretaket, eller for hver enkelt driftsenhet.**

Med vennlig hilsen

— Vidar Smalås  
Avdelingssjef Intern service Mo i Rana

Svar til Internrevisjonen Helse Nord RHF ,  
Fra Kvalitetsleder Sigurd Finne, Helgelandssykehuset HF  
ePhorte 02.12.2010

I rapporten fra Helsenord nr.: 05/2010 vedr. Internkontroll ved behandling av helseopplysninger i Helgelandssykehuset HF, anbefaler Internrevisjonen Helgelandssykehuset HF å iverksette følgende tiltak: (Vår plan for løsning på anbefalingene kommer som underpunkt til hvert hovedpunkt)

1. Videreutvikle oversikten over behandlinger av helseopplysninger, og etablere rutiner som sikrer at oversikten kontinuerlig er oppdatert og fullstendig.
  - a. Må endre/tilføye i RL2033 opplysninger om hvilke helse- og personalopplysninger som behandles, hjemmel for denne behandlingen og opplysning om evt. Databehandlere (se pkt. 5.1.2 i rapp fra Helsenord)
2. Forsikre seg om at meldeplikten til Datatilsynet er ivaretatt for alle meldepliktige behandlinger av helse- og personopplysninger, samt etablere rutiner som sikrer at nye behandlinger blir meldt og at meldingsdatabasen vedlikeholdes.
  - a. Tilføye i RL2033 de punktene som står i Normen pkt. 4.5 s. 18
3. Fastlegge kriterier for akseptabel risiko ved behandling av helseopplysninger.
  - a. Dette fanges opp i det nye felles styringssystemet for informasjonssikkerhet for alle foretakene i Helsenord i pkt. 3.1 Akseptabel risiko:

”Sikkerhetsbrudd aksepteres ikke. Foretakene i Helse Nord erkjenner like fullt at det eksisterer sannsynlighet for at sikkerhetsbrudd kan forekomme. For å angi hvilket risikonivå som kan aksepteres for uønskede hendelser, etableres akseptkriterier knyttet til risiko.

Sikkerhetstiltak skal etableres slik at:

- a) tiltakene omfatter både rutiner medarbeiderne forutsettes å følge, og tiltak som ikke kan påvirkes eller omgås av medarbeiderne med uaktsomhet.
  - b) tiltakene ikke kan omgås av eksterne, selv om disse opptrer med forsett.
  - c) der er liten sannsynlighet for at sensitive personopplysninger/helseopplysninger kompromitteres.
  - d) øvrige personopplysninger skal minimum sikres med tiltak som gir moderat grad av sannsynlighet for kompromittering, forutsatt at dette ikke øker sannsynligheten for kompromittering av sensitive personopplysninger.
  - e) det går flere måneder mellom hendelser med moderat konsekvens for helsehjelpen<sup>1</sup>, forholdet til pasienten<sup>2</sup>, foretaket/-personellet<sup>3</sup> og for øvrige medarbeidere<sup>4</sup>.
  - f) hendelser med alvorlig konsekvens er enda vanskeligere å forårsake og inntreffer enda sjeldnere”
4. Videreføre og videreutvikle gjennomføring og bruk av risikovurderinger, gjerne i samarbeid med Helse Nord IKT.
    - a. Bruk av risikovurderinger står beskrevet i kap. 5 i det nye felles styringssystemet for informasjonssikkerhet for alle foretakene i Helsenord

<sup>1</sup> Eksempelvis hendelser som kan medføre helseopplysninger med utilstrekkelig kvalitet

<sup>2</sup> Eksempelvis hendelser som kan medføre at personlig integritet og privatlivets fred ikke ivaretas

<sup>3</sup> Eksempelvis hendelser som kan medføre bøtestraff eller suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

<sup>4</sup> Eksempelvis hendelser som kan medføre betydelig – men gjenopprettelig – økonomisk tap



5. Vurdere å etablere et tverrfaglig utvalg (journalutvalg) der spørsmål knyttet til pasientjournal kan behandles.
  - a. Det vurderes å etablere journalutvalg ved alle sykehus enhetene
6. Sørge for at Journalhåndboken gjennomgås, oppdateres og videreutvikles, samt at muligheter for større grad av felles praksis i bruk av DIPS vurderes.
  - a. EPJ koordinator har fått ansvaret for å oppdatere Journalhåndboken i Docmap
  - b. Nå arbeides det med prosedyrer vedr. registreringer for henvisninger og verktøy for venteliste ansvarlige
7. Innføre rutiner for utpeking og journalføring av journalansvarlig person for den enkelte pasientjournal innenfor hele helseforetaket.
  - a. Rutine for utpeking av journalansvarlig person samt beskrivelse av ansvarsforholdet er under bearbeidelse
8. Foreta regelmessig gjennomgang av bruk av nødretts tilgang i DIPS og begrunnelse for dette.
  - a. Prosedyre PR1573 Loggføring og kontroll av innsyn i pasientdokumenter journal, sier at blålyslogging skal gjennomføres, men vi gjennomfører det ikke.
  - b. Bestilling av denne kontrollen skal skje til HN-IKT ansatte ved alle 3 sykehus enhetene som leverer resultatet til Ranveig Aspevik, Dag Stefansen og Arne Wilskow
9. Gjennomgå hele tilgangsregisteret i Sectra PACS og fjerne alle tilganger som ikke er personlige og begrunnet i tjenestelige behov.
  - a. Gjennomgangen er gjennomført, rutine er under etablering på røntgen avd. slik at det ikke skal skje igjen.
10. Gjennomføre regelmessige undersøkelser av om det er samsvar mellom tjenestelige behov og aktive tilganger til nettverk og alle aktuelle applikasjoner.
  - a. Dette fanges opp i det nye felles styringssystemet for informasjonssikkerhet for alle foretakene i Helsenord i pkt. 4.2.2 Funksjoner som er tillagt særskilt ansvar, med under pkt. 4.2.5 Klinikksjefer/avdelingsjef/avdelingsledere. Her henvises det også til ei felles prosedyre: Prosedyre for tilgangsstyring.
11. Gjennomføre sikkerhetsrevisjon minimum årlig.
  - a. Det gjennomføres en årlig sikkerhetsrevisjon etter faktaark 6 (23 sjekkpunkt), men ikke etter faktaark 6b (157 sjekkpunkt)
12. Iverksette tiltak for jevnlig å forsikre seg om at sikkerhetsstrategien hos databehandlere og leverandører gir tilfredsstillende informasjonssikkerhet.
  - a. POL §2-15 sier: ” Den behandlingsansvarlige skal ha kunnskap om sikkerhetsstrategien hos kommunikasjonspartnere og leverandører, og jevnlig forsikre seg om at strategien gir tilfredsstillende informasjonssikkerhet”.
  - b. => Vi må da gjennomføre revisjoner hos kommunikasjonspartnere og leverandører. Vi har i Informasjonssikkerhetsforumet i Helsenord planlagt en internrevisjon hos HN-IKT i 2011.
13. Videreutvikle helseforetakets styrende dokumenter og andre internkontrollelementer med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i denne rapporten.
  - a. Er en kontinuerlig prosess å videreutvikle og forbedre Docmap.
  - b. Det nye felles styringssystemet for informasjonssikkerhet for alle foretakene i Helsenord er et godt eksempel på videreutvikling og samarbeid om dette.