




# Revisjonsrapport Sykehuset Telemark HF 8/2015

## Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
25.1.2015

Rapport nr.	8/2015
Revisjonsperiode	September – november 2015
Virksomhet	Sykehuset Telemark HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset Telemark HF v/styreleder Administrerende direktør Sykehuset Telemark HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Oppdragseier	Konsernrevisor Liv Todnem
Revisor	Oppdragsleder Sissel Korshavn, internrevisor Torun Vedal

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området.....	4
1.2 Formål, mål og problemstillinger.....	4
1.3 Tilnærming og avgrensning.....	5
1.4 Metode.....	6
1.5 Intern styring og kontroll.....	6
1.6 Revisjonsgrunnlag.....	7
1.7 Revisjonskriterier.....	7
2.0 Beskrivelse av gjennomførte tiltak.....	8
2.1 2014 revisjonen.....	8
2.2 Det pasientadministrative arbeidet.....	8
2.3. Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.....	8
3.0 Observasjoner og funn.....	9
3.1 Problemstilling 1.....	9
3.2 Problemstilling 2.....	14
4.0 Oppsummering av vurderinger og anbefalinger.....	16
Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og.....	17
rapportbehandling.....	17

## Sammendrag

Revisjonen "Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen" har blitt gjennomført i Sykehus Telemark HF i perioden september 2015 - november 2015. Revisjonen har kartlagt om tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen er en integrert del av helseforetakets etablerte system for styring og kontroll. Revisjonen har også undersøkt om helseforetaket har lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonens bidrar til læring og forbedring, og om helseforetaket vet om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt.

Konsernrevisjonen har valgt å belyse dette gjennom to problemstillinger:

*Problemstilling 1: Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?*

*Problemstilling 2: Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?*

For å undersøke problemstillingene er det tatt utgangspunkt i følgende revisjoner: Revisjon av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring, kompetansestyring, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten fra 2014, revisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2012 og Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene fra 2011.

Problemstilling 1 er knyttet til om tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen inngår i helseforetakets etablerte system for styring og kontroll. Virksomhetsstyring er en del av systemet for styring og kontroll. Revisjonen viser at helseforetaket mangler beskrivelse av et gjennomgående system for virksomhetsstyring. Dermed finnes det ikke en beskrivelse av hvordan tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn er en integrert del av den ordinære virksomhetsstyringen. Denne mangelen på systematisering vanskeliggjør gjennomføringen av tiltaksarbeidet. Problemstillingen omhandler også om tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen er fulgt opp av styret og helseforetaket. Konsernrevisjonen ser at viktige områder for oppfølging kan utebli, og det anbefales derfor at styret konkretiserer tidspunkt for videre oppfølging av saker. Dette bør gjenspeiles i styrets årsplan og i oversikt over utestående saker. Ved gjennomgang av saksfremlegg, ser konsernrevisjonen en fare for at styret ikke blir tilstrekkelig orientert om oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn. Derfor anbefales det at saksfremleggene fremstilles på en konsis måte slik at styret ser hva som er utført, og hva som gjenstår.

Problemstilling 2 er knyttet til om helseforetaket har lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring. Helseforetaket har føringer for at revisjoner skal bidra til læring og forbedring. Problemstilling to er også knyttet til om helseforetaket vet om det har skjedd en varig forbedring knyttet til de anbefalinger som er gitt. Medisinsk koding og pasientadministrativt arbeid følges opp og monitoreres, og det kan vises til resultater for at det har skjedd forbedringer. Helseforetaket har etablert ulike arenaer for å dele erfaringer fra tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn, men kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg brukes ikke som arena for læring etter revisjoner utført av konsernrevisjonen. Det anbefales at arbeidet systematiseres og styrkes ytterligere slik at læringseffekten øker.

Hovedkonklusjonen i revisjonen er at Sykehuset Telemark HF bør fullføre arbeidet med å sette virksomhetsstyring i system, og sørge for at revisjoner og tilsyn er inkludert i dette. Tiltakene knyttet til dette punktet er avgjørende for å øke gjennomføringssevnen og øke måloppnåelse i forhold til tiltaksarbeidet.

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området

Revisjonen *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen* gjennomføres i henhold til revisjonsplan 2015-2016 for konsernrevisjonen. Revisjonsplanen er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Bakgrunn for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt ønske fra styret i RHFet om å undersøke hvordan det sikres at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring i helseforetakene.

### 1.2 Formål, mål og problemstillinger

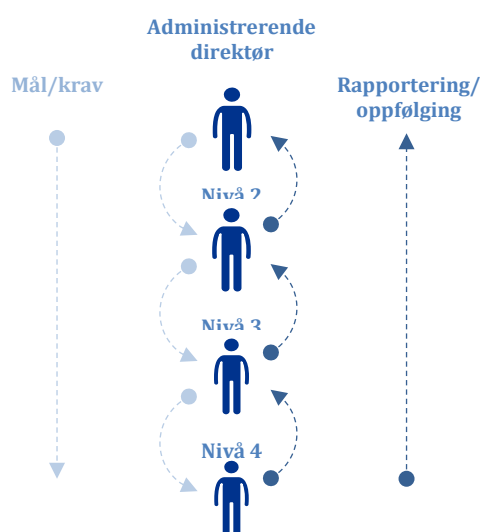
Formålet med revisjonene som konsernrevisjonen gjennomfører er å bekrefte styring og kontroll i risikostyring og virksomhetsstyring i helseforetakene, og bidra til forbedring (jf. helseforetaksloven § 37a.)

Målet med revisjonen er å kartlegge og vurdere om helseforetakets tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn er satt i system, og om revisjoner utført av konsernrevisjonen har bidratt til læring og forbedring.

Vi har valgt å belyse dette gjennom to problemstillinger:

*Problemstilling 1: Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?*

For å kunne følge opp anbefalinger og implementere endringer, forutsettes det at helseforetaket har etablert et system som tilrettelegger for tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn. På bakgrunn av dette undersøker revisjonen hvordan helseforetaket følger opp eget tiltaksarbeid, og ser på om beslutninger knyttet til tiltaksarbeid er forankret, fulgt opp og implementert i helseforetakets regulære virksomhetsstyring. For å undersøke dette er det tatt utgangspunkt i revisjonen av det pasientadministrative arbeidet i 2012 og 2014 revisjonen.



Figur 1: Forholdet mellom mål/krav og rapportering/oppfølging

Figur 1 visualiserer styring og oppfølgingsprosesser gjennom de ulike nivåene i helseforetaket. I henhold til god praksis for intern styring og kontroll skal tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn ikke foregå adskilt fra den ordinære virksomhetsstyringen, men være en integrert del.

*Problemstilling 2: Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonens bidrar til læring og forbedring og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?*

For å undersøke om helseforetaket kan vise til resultatoppnåelse i forhold til de anbefalinger konsernrevisjonen har gitt i tidligere revisjoner, og om endret praksis er forankret og implementert i daglig drift, er det tatt utgangspunkt i nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og revisjonen av det pasientadministrative arbeidet i 2012.

Revisjonen undersøker om helseforetaket monitorerer og følger opp utviklingen knyttet til tiltaksarbeidet, om de løpende følger utviklingen og om de har oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og ikke, og om de vet hvorvidt det har skjedd en varig forbedring i forhold til anbefalinger som er gitt. Videre kartlegger revisjonen om helseforetakene bredder erfaringene etter forbedringsarbeidet.



**Figur 2: Demings sirkel, modell for kontinuerlig forbedring.**

Figur 2 illustrerer arbeid med kontinuerlig forbedring. Revisjonen har tatt utgangspunkt i Demings sirkel for forbedring, da den forutsettes kjent og innarbeidet i helseforetakene. I revisjon om oppfølging av helseforetakenes tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn er alle fasene relevante, og særlig fase fem hvor det legges vekt på å standardisere og følge opp.

### 1.3 Tilnærming og avgrensning

For å undersøke problemstillingene er det tatt utgangspunkt i helseforetakets tiltaksarbeid etter følgende revisjoner:

Årstall	Revisjoner gjennomført i ST HF
2014	Revisjon av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring, kompetansestyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
2012	Revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis gjennomført 2011 ble gjennomført i to faser. Fase en ble gjennomført som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet, og fase to som nærmere undersøkelser ved ni utvalgte helseforetak. Sykehuset Telemark HF var en av disse. Konsernrevisjonens rapport ble styrebehandlet november 2011. I november 2013 rapporterte helseforetaket til styret at tiltaksarbeidet var fullført og avsluttet.

Revisjonen av det pasientadministrative arbeidet i Helse Sør-Øst omfattet alle helseforetakene, og ble gjennomført i 2011 og 2012. Formålet med revisjonene var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak, ved styret og foretakets eier, om helseforetakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas.

Revisjon av virksomhetsstyring og intern styring og kontroll i kompetansestyling, ressursstyring og utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten ble gjennomført i helseforetakene i 2014 og 2015. Alle områdene ble revidert i Sykehuset Telemark HF.

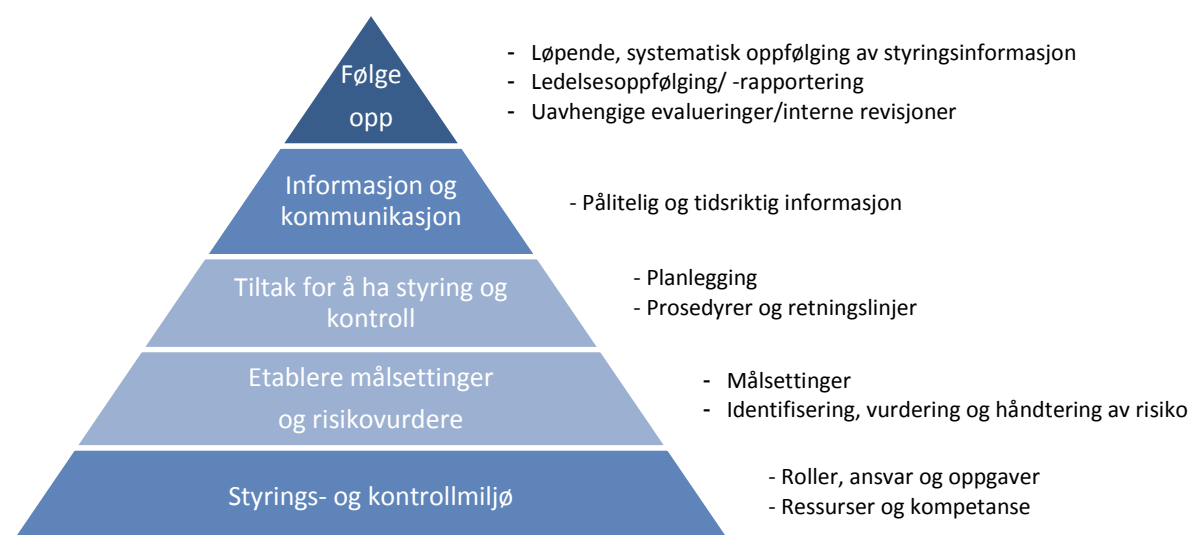
#### 1.4 Metode

Revisjonen er utført ved bruk av intervjuer og dokumentgjennomgang. For å innhente informasjon har konsernrevisjonen valgt å inkludere ledere fra samme divisjon som ble revidert i 2014, det vil si medisinsk divisjon. Følgende personer er intervjuet: Styreleder og nestleder, administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, medisinsk klinikk v/ klinikkssjef og avdelingsledere.

I dokumentgjennomgangen har konsernrevisjonen benyttet styresaker, helseforetakets styrende dokumenter, strategier og planer, dokumentasjon på rapportering og oppfølging, agenda og referater fra ledermøter og fra helseforetakets kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg.

#### 1.5 Intern styring og kontroll

Rammeverk for god virksomhetsstyring beskriver fem elementer for intern styring og kontroll. Elementene er oppfølging, tiltak for å ha styring og kontroll, etablering av målsettinger og risikostyring og styrings- og kontrollmiljø.



Intern styring og kontroll skal sikre at overordnede mål som gjelder for virksomheten er tydelige, og at disse kommuniseres til de som skal utføre aktiviteter, for igjen å nå mål. Roller, ansvar og oppgaver må være fordelt og kjent, og de som skal ta del i arbeidet må ha tilstrekkelig kompetanse.

Systemet for intern styring og kontroll må være beskrevet, og prosedyrene må være oppdatert og tilpasset helseforetakets behov. Det må være et system for å gjennomføre risikovurderinger som sikrer at det gjennomføres tiltak for å håndtere risikoutsatte områder. Å bekrefte at det er etablert et system for oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn i helseforetakene er derfor et viktig ledd for å kunne bekrefte oppfølging av intern styring og kontroll.

## 1.6 Revisjonsgrunnlag

Krav og føringer for helseforetakenes oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner, er angitt både i lover og forskrifter, og gjennom krav gitt i oppdrag- og bestillerdokumentet.

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten – (Helsetilsynsloven) § 3
- Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Rammeverk for virksomhetsstyring for Helse Sør-Øst
- Veileder for styrearbeid i helseforetak for Helse Sør-Øst

Følgende krav er gitt i oppdrag og bestiller dokumentet om oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen:

- 2012: Krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og handlingsplaner som utarbeides skal angi tiltak, ansvar og frister. Krav til at fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styrene i helseforetakene.
- 2013: Krav til forbedring av pasientadministrativt arbeid og medisinsk koding.
- 2014: Krav om at rapporter etter konsernrevisjonens oppfølgingsrevisjoner etter pasientadministrativt arbeid skal gjøres kjent og følges opp av alle helseforetak, og at tiltaksarbeidet skal skape varig forbedring i henhold til styrets vedtak.
- 2015: Krav om at alle helseforetak skal bruke oppsummeringsrapporter fra revisjonsområdene gjennomført i 2014 til forbedringsarbeid og læring, og om å følge opp tiltaksarbeidet etter alle tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen. Styrene i helseforetakene er gitt ansvar om å følge opp at tiltaksarbeidet gir forventet effekt.

## 1.7 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene som benyttes i denne revisjonen er utarbeidet med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget, og gir beskrivelser av hva som kjennetegner god praksis knyttet til området tiltaksarbeid. Revisjonen har ni revisjonskriterier. Disse presenteres fortløpende i kap. 2.0.

## **2.0 Beskrivelse av gjennomførte tiltak**

### **2.1 2014 revisjonen**

2014 revisjonen avdekket grunnleggende svakheter i virksomhetsstyringen i Sykehuset Telemark HF. Sykehuset Telemark HF har vedtatt en virksomhetsstyringsmodell som gir føringer for arbeid med årsplan, operasjonalisering og fordeling av mål fra oppdrag- og bestillerdokumentet, virksomhetsplan og rutiner for oppfølging, og det pågår arbeid med skriftliggjøring av roller og ansvar. Helseforetaket er i gang med å innføre denne. I forhold til utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten har helseforetaket revidert eksisterende prosedyrer, og utarbeidet sjekkliste for utskrivningsprosessen. I forhold til ressursstyring fremkommer det at alle faggrupper skal ha bemanningsplaner og arbeidsplaner i GAT, og at det skal innføres obligatorisk opplæring. Helseforetaket har ikke iverksatt tiltak knyttet til kompetansestyring, og er forsinket i henhold til plan. Arbeidet skal beskrives nærmere i strategi 2016-2019.

### **2.2 Det pasientadministrative arbeidet**

Konsernrevisjonens rapport etter revisjon av det pasientadministrative arbeidet konkluderte med at det var risiko for manglende etterlevelse av lovkrav og retningslinjer. Helseforetaket har etter dette innført DIPS og iverksatt flere tiltak for å rette opp i svakhetene som ble påpekt i revisjonen. Helseforetaket følger opp pasientadministrativt arbeid gjennom ulike måleindikatorer. Interne revisjoner brukes som verktøy for å kartlegge status for dette området. Helseforetakets risikovurdering fra 1. tertial 2015 graderer det pasientadministrative området til rødt, og det fremkommer at helseforetaket fremdeles har utfordringer på området.

### **2.3. Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis**

Som et ledd i endringsarbeidet etter revisjonen har helseforetaket utarbeidet en felles prosedyre. Den gir føringer for fordeling av ansvar og myndighet, oppgavefordeling og hvordan dette organiseres i helseforetaket. Det er etablert et kodekontor sentralisert i stab der kodekonsulenter kvalitetssikrer legenes koding. Analysesenteret ved Lovisenberg gjennomførte i juni 2014 en intern koderevisjon, der kvaliteten på den medisinske kodingen ble gått gjennom i den enkelte avdeling. Rapporten ble gjennomført som et ledd i helseforetakets kvalitetssikring av den medisinske kodingen og gir en beskrivelse av fremtidige forbedringsområder. Det fremkommer at korrekt medisinsk koding fortsatt er et utfordrende område, men at tiltakene som helseforetaket har iverksatt er forankret i daglig drift.



## 3.0 Observasjoner og funn

### 3.1 Problemstilling 1

Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?

*Revisjonskriterie 1. Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks. Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet.*

Av revisjonsgrunnlaget følger det at instruks for styret og for administrerende direktør er samstemt i forhold til rolle og ansvar for internkontroll og virksomhetsstyring, og at instruks er i henhold til føringer gitt av RHFet. Styrets årsplan og utestående saker/pending list skal vise når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp. Styrebehandling av helseforetakets handlingsplaner forventes å være i henhold til vedtak og planer.

#### **Revisjonen viser:**

Instruks for styret Sykehuset Telemark HF er samstemt med instruks for administrerende direktør og innholdet er i overensstemmelse med Veileder for styrearbeid i helseforetak. Mal gitt i instruks fra RHF er benyttet. Styrets årsplan viser når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp, og den er i tråd med oppdrag og bestillerdokumentet. Protokoller beskriver at oppfølging av årsplanen er skjedd i henhold til plan. Revisjonen viser at styret holdes orientert om status for oppfølging av tilsyn og revisjoner. Styret fulgte opp tiltaksarbeidet etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis. 2014 revisjonen har vært behandlet i styremøte i mars og i september 2015.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Revidert handlingsplan for pasientadministrativt arbeid ble vedtatt av styret 24.09.14:
  - I protokoll går det frem at styret vil holdes jevnlig orientert om saken. Begrepet "jevnlig orientert" er ikke definert av styret.
  - I styrets oversikt "restanse styresaker" vedtatt i styremøte 17.12.14 er ikke oppfølging etter revisjonen satt opp.
  - Handlingsplanen har ikke vært sak i styremøte siden 24.09.14.

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Konsernrevisjonen ser at viktige områder for oppfølging av tiltaksarbeid kan utebli. Konsernrevisjonen anbefaler at styret konkretiserer tidspunktet for videre oppfølging av saker, og at dette gjenspeiles i styrets årsplan og i oversikt over utestående saker.

*Revisjonskriterie 2: Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.*

I henhold til veileder for styrearbeid skal styret holdes orientert om status for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Videre følger det at dokumentasjonen skal være utformet og tilpasset styrets

behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak. Saken skal fremstilles konsist, informasjonen skal være sortert og det vesentlige skal være trukket ut. Styresaker skal beskrive status på oppfølging, og om tiltaksarbeidet skjer i henhold til plan.

#### **Revisjonen viser:**

Styret holdes orientert om status for oppfølging av revisjoner og tilsyn gjennom fast årlig sak om status for eksterne revisjoner og tilsyn, og gjennom saksfremlegg knyttet til den enkelte revisjon. Den årlige statusrapporteringen er oversiktlig, poengtert og det vesentligste er trukket ut.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Styresak 58-2014 "Risikovurdering og handlingsplan for pasientadministrativt arbeid STHF 2014" er helseforetakets reviderte handlingsplan for det pasientadministrative arbeidet. I forhold til utforming av dokumentasjon viser revisjonen følgende:
  - Saksfremlegget mangler en tydeliggjøring av risiko og vesentlighet knyttet til funnene, og hvordan prioriteringen av tiltaksarbeidet skal foregå.
  - Vedlegg til styresaken er en risikovurdering og handlingsplan. Det fremstilles som omfattende, og det kan være vanskelig å få oversikt over hva som er gjennomført av tiltak og hva som gjenstår.
  - Milepælsplanen i saksfremlegget gjelder for 2013 og gir ikke en oversikt over hva som skal gjennomføres i 2014/2015.
- Styresak 55 - 2015 beskriver status for helseforetakets oppfølging av konsernrevisjonens revisjoner i 2014.
  - Det er vanskelig å se sammenhengen mellom handlingsplanene og saksfremlegget, og hva som er gjennomført av tiltak og hva som gjenstår.
  - Saksfremlegget inneholder ikke en justert handlingsplan med nye tidsfrister for tiltak som ikke er gjennomført.

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Konsernrevisjonen ser en fare for at styret ikke blir tilstrekkelig orientert om oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn. Konsernrevisjonen anbefaler at saksfremleggene fremstilles på en konsis måte slik styret ser hva som er utført, og hva som gjenstår.

#### ***Revisjonskriterie 3: Helseforetaket har styrende dokumenter som gir føringer for hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.***

I henhold til revisjonsgrunnlag forventes det at helseforetaket har styrende dokumenter på overordnet nivå som gir føringer for hvordan arbeidet med oppfølging av revisjoner og tilsyn skal gjennomføres. Dokumentene skal foreligge i godkjent versjon og være tilgjengeliggjort i kvalitetssystemet. Dersom det finnes prosedyrer på underliggende nivåer skal disse være forankret i de overordnede styrende dokumentene.

Det forventes at det er definert hvem som har det overordnede ansvaret for oppfølgingsarbeidet, og at rolle og ansvar er definert. Oppgaver for linjeledere/rådgivere som skal implementere forbedringsarbeidet bør være kommunisert.

**Revisjonen viser:**

Helseforetaket har prosedyre ID 17 230 med tittel "Eksterne tilsyn og revisjoner". Denne er tilgjengeliggjort og oppdatert i kvalitetssystemet. Prosedyren beskriver at eksterne tilsyn og revisjoner skal forberedes, gjennomføres og følges opp, og roller og ansvar er definert.

**Revisjonen viser imidlertid:**

- Prosedyren gir en overordnet oversikt over oppgavefordelingen, men den spesifiserer i liten grad hvordan oppfølgingen av tiltaksarbeidet skal foregå etter at rapport er levert til helseforetaket.

**Vurdering og anbefaling**

---

- Manglende konkretisering av hvordan tiltaksarbeidet skal gjennomføres kan føre til at forbedringsarbeidet etter revisjoner ikke blir gjennomført. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket gir en beskrivelse av hvordan dette skal gjennomføres.

***Revisjonskriterie 4: Resultater fra revisjoner utført av konsernrevisjonen vurderes for prioritering av tiltaksarbeidet, og områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har styrende dokumenter som stiller krav til at funn etter tilsyn og revisjoner skal risikovurderes. Det forventes at funn i revisjonen som vurderes til å ha høy risiko, inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

**Revisjonen viser:**

Det ble gjennomført en risikovurdering i forbindelse med revidert handlingsplan etter pas adm revisjonen som ble lagt frem i styresak 58-2014. På dette tidspunktet hadde ikke helseforetaket en samlet prosedyre for risikovurdering. Helseforetaket utarbeidet i april 2015 en felles prosedyre som beskriver hvordan risikovurdering skal foregå (ID 7736 "Risikovurdering" og maler for risikovurdering).

**Revisjonen viser imidlertid:**

- I prosedyre ID 17230 "Eksterne tilsyn og revisjoner" refereres det til bruk av risikovurdering, men det stilles ikke krav til at funnene i revisjoner og tilsyn blir vurdert opp mot alvorlighetsgrad for prioritering av tiltaksarbeidet.
- I alle de fire handlingsplanene etter 2014 revisjonen er det en kolonne for vurdering av risiko. Risikoen er definert etter kategoriene: akseptabel, ikke akseptabel, trenger justering, om risikoen er så alvorlig at umiddelbar handling er nødvendig. Kategoriene er en beskrivelse av fremdrift for det enkelte tiltak. Ut fra dette kan konsernrevisjonen ikke se at det er vurdert alvorlighetsgrad av funn, og om områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikovurdering.

**Vurdering og anbefaling**

- Manglende risikovurdering av funn gjør det vanskelig å prioritere tiltaksarbeidet. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket utarbeider føringer for at funn i revisjoner risikovurderes og at områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

***Revisjonskriterie 5: Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt og inneholder: mål, ansvarsatte og tidsatte tiltak, indikatorer for å måle forbedring og vurdering av resultatoppnåelse og plan for statusrapportering.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør helseforetaket ha styrende dokumenter som beskriver at planer for tiltaksarbeid skal inneholde: Resultatmål og effektmål, overordnede milepæler, ansvarsatte og tidsatte tiltak, indikatorer for å måle forbedring, vurdering av resultatoppnåelse og plan for statusrapportering. Handlingsplanen bør inneholde vurderinger av områder som kan true gjennomføringsevnen av tiltakene. Dersom tiltaksarbeidet er inkludert i helseforetakets øvrige planer må dette fremgå. Risikovurderingen av funn skal danne grunnlag for utarbeidelse av handlingsplaner for tiltaksarbeidet.

**Revisjonen viser:**

Helseforetaket har utarbeidet handlingsplaner for alle revisjoner utført av konsernrevisjonen. Handlingsplanene etter 2014 revisjonen inneholder resultatmål, effektmål, ansvarsatte og tidsatte tiltak.

**Revisjonen viser imidlertid:**

- Helseforetaket stiller ikke krav om at det skal utarbeides handlingsplaner for tiltaksarbeidet etter rapport er levert, og det er ikke utarbeidet mal for handlingsplaner.
- Handlingsplanene etter 2014 revisjonene inneholder ikke indikatorer for å måle forbedring eller plan for statusrapportering.
- Handlingsplanen for det pasientadministrative området er omfattende og det gjør det vanskelig å få en overordnet oversikt.
- Handlingsplanene etter pasientadministrativt arbeid og etter 2014 revisjonen inneholder ikke en vurdering av gjennomføringsrisiko for om tidsperspektivet i planen er realistisk, og om helseforetaket har tilstrekkelige ressurser i form av personell og budsjettmidler for å gjennomføre tiltakene.

---

**Vurdering og anbefaling**

- Manglende krav til utforming av handlingsplaner kan medføre at de ikke fremstilles oversiktlig og systematisk, og resultatoppnåelse kan utebli. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket benytter egen prosedyre ID 7736 utarbeidet april 2015 som gir føringer for hvordan handlingsplaner bør utformes.

***Revisjonskriterie 6: Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets gjennomgående system for rapportering og oppfølging.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør helseforetaket ha et styrende dokument for rapportering og oppfølging, der revisjoner og tilsyn inngår. Status for tiltaksarbeidet inkluderes i helseforetakets gjennomgående system for rapportering, for eksempel gjennom LGG, månedsrapporter, tertialrapporter og eventuelt andre rapporter. Oppfølging av revisjoner og tilsyn bør være et fast punkt på for eksempel oppfølgingsmøter/driftsmøtene når dette er relevant. Status bør følges opp i administrerende direktør sitt ledermøte, hvor referatene inkluderer aksjonspunkter til bruk i det videre oppfølgingsarbeidet. Det forventes å finne dokumentasjon på hvordan nivå 2 har fulgt opp tiltaksarbeidet.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har årlig rapportering til styret over status for eksterne tilsyn og revisjoner. Oversikten behandles i administrerende direktør sitt ledermøte i forkant. Mange av informantene beskriver en praksis der tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn behandles i direktørens ledermøte før det legges frem i styremøter.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Helseforetaket har ikke et styrende dokument som beskriver helseforetakets system for rapportering og oppfølging der tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn inngår.
- Månedsrapportene eller tertialrapportene inneholder ikke informasjon om status for revisjoner eller tilsyn.
- Etter 2014 revisjonen har helseforetaket utarbeidet en prosedyre for gjennomføring av ledelsens gjennomgang (LGG). LGG ble gjennomført på overordnet nivå en gang i 2013, men har ikke siden vært gjennomført.
- Revisjoner og tilsyn er ikke inkludert som et fast punkt i dialogmøtene mellom administrerende direktør og klinikkdirektørene.
- Gjennomgang av agendaer for administrerende direktør sine ledermøter viser at konsernrevisjonens rapport etter 2014 revisjonen ikke har vært behandlet på ledermøter fra rapport ble levert i september 2014 til det var på agendaen i ledermøte 10. mars 2015.
- Oppfølging av pasientadministrativt arbeid var sist satt på dagsorden 21.01.14, og risikovurdering og revidert handlingsplan for pasientadministrativt arbeid ble ikke behandlet i ledermøtet før styrebehandling.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Manglende beskrivelse av hvordan tiltaksarbeidet skal inkluderes i rapportering og oppfølging kan hemme oppfølging av tiltaksarbeidet og kan dermed svekke resultatopptakelsen. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket utarbeider føringer for rapportering og oppfølging, og sørger for at revisjoner og tilsyn er inkludert.

## 3.2 Problemstilling 2

**Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?**

*Revisjonskriterie 7: Helseforetaket har føringer for at revisjoner utført av konsernrevisjonen skal bidra til læring og forbedring.*

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet være satt i system ved at det finnes styrende dokumenter, strategier og lignende som gir føringer for at resultater av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn bidrar til læring og forbedring.

### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har to prosedyrer som gir føringer for læring og forbedring. Prosedyren for Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg gir føringer for at utvalget skal identifisere områder for forbedring og læring, blant annet ved hjelp av tilsyn og interne revisjoner. I prosedyren Eksterne tilsyn og revisjoner gis det føringer for at eksterne revisjoner og tilsyn skal bidra til forbedring og læring, både i revidert enhet og på tvers i organisasjonen.

---

### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket har føringer for at revisjoner utført av konsernrevisjonen skal bidra til læring og forbedring. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

*Revisjonskriterie 8: Helseforetaket følger opp og monitorerer utvikling av medisinsk koding og pasientadministrativt arbeid og kan vise til resultater for at det har skjedd forbedringer.*

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør helseforetaket vise til at det gjennomføres tiltak for å følge opp kvaliteten på medisinsk koding, og at det utføres målinger for å monitorere utviklingen. Videre at helseforetaket monitorerer utviklingen knyttet til sentrale indikatorer for pasientadministrativt arbeid, samt følger utviklingen av øvrige tiltak som gjennomføres for å bedre kvaliteten. Helseforetaket bør kunne vise til resultater for at det har skjedd forbedringer.

### **Revisjonen viser:**

Relatert til medisinsk koding gjennomgår kodekonsulenter registrerte diagnose- og prosedyrekoder, og retter opp feil og mangler før tertialene lukkes. PWC utførte en utvidet revisjon av DRG-koding i januar 2013, og Analysesenteret ved Lovisenberg gjennomførte i juni 2014 en intern koderevisjon. Helseforetaket følger medisinske parametre og DRG-indeks månedlig i virksomhetsrapportene.

Helseforetaket monitorerer utviklingen innenfor det pasientadministrative området gjennom månedlige og tertialvise virksomhetsrapporter på følgende faste indikatorer: Ventelister, fristbrudd, vurderingstid, henvisning og tidspunkt for behandling i samme brev, korridorpasienter, utskrivningsklare pasienter, gjennomsnittstid for prioriteringsvurdering, åpne dokumenter, åpen henvisningsperiode uten ny kontakt og epikrisetid.

---

## Vurdering og anbefaling

---

- Helseforetaket følger opp og monitorerer utvikling av medisinsk koding og pasientadministrativt arbeid og kan vise til resultater for at det har skjedd forbedringer. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

### *Revisjonskriterie 9: Erfaringene deles og breddes til andre relevante deler av helseforetaket.*

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør helseforetaket ha etablert faste møtestrukturer der læring og forbedring settes på dagsorden. Det forventes at helseforetakets erfaringer, med fokus på læring og forbedring, etter revisjoner utført av konsernrevisjonen er satt på dagsorden i kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg, og at endret praksis spres til andre deler av helseforetaket.

#### **Revisjonen viser:**

Foretaket har etablert flere arenaer der endret praksis forankres og der erfaringer skal deles og breddes. Eksempler på arenaer som er etablert er: Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene på nivå 1 og 2, i tillegg til prosjektgrupper, arbeidsgrupper, og ulike læringsarenaer på nivå 3 og 4. Dessuten benyttes intranett for å spre endret praksis. Det fremkommer i intervjuene at erfaringer fra forbedringstiltak knyttet til det pasientadministrative arbeidet deles med relevante enheter av helseforetaket, blant annet gjennom ledermøter, utvidet ledermøtet og gjennom prosjekter og arbeidsgrupper.

#### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Konsernrevisjonen kan ikke finne at revisjoner utført av konsernrevisjonen har vært tema i kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå fra januar 2013 til juni 2015.

---

## Vurdering og anbefaling

---

- Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget brukes ikke som arena for læring etter revisjoner utført av konsernrevisjonen. Dette kan redusere muligheten for bredding av resultater fra tiltaksarbeidet. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket, i tråd med egne føringer, setter erfaringer knyttet til læring og forbedring etter revisjoner på dagsorden i helseforetakets kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg, slik at endret praksis breddes til andre deler av helseforetaket.

#### **4.0. Oppsummering av vurderinger og anbefalinger**

I forhold til styrets ansvar for oppfølging av revisjoner og tilsyn viser revisjonen at viktige områder for oppfølging av tiltaksarbeid kan utebli. Videre viser revisjonen at saksfremleggene som legges frem for styret fremstilles på en slik måte at det kan være en fare for at styret ikke blir tilstrekkelig orientert om oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn. Konsernrevisjonen anbefaler at styret konkretiserer tidspunktet for videre oppfølging av saker, og at dette gjenspeiles i styrets årsplan og i oversikt over utestående saker. Det anbefales videre at saksfremleggene fremstilles på en konsis måte slik at styret ser hva som er utført av tiltaksarbeid etter revisjoner, og hva som gjenstår.

Manglende konkretisering av hvordan tiltaksarbeidet skal gjennomføres kan føre til at forbedringsarbeid etter revisjoner ikke blir gjennomført. Når det ikke gjøres en risikovurdering av funn, kan det bli vanskelig å prioritere tiltaksarbeidet. Videre vil manglende krav til utforming av handlingsplaner kunne medføre at de ikke fremstilles på en oversiktlig og systematisk måte, og dermed hemme resultatoppnåelse. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket gir en beskrivelse av hvordan tiltaksarbeidet skal gjennomføres, og at de følger opp egne føringer for at funn i revisjoner risikovurderes og at områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikovurdering, og at handlingsplanene utformes i henhold til disse.

Revisjonen viser at helseforetaket mangler beskrivelse av helseforetakets system for rapportering og oppfølging, og det kan hemme oppfølging av tiltaksarbeidet og dermed svekke resultatoppnåelsen. Helseforetaket bør derfor utarbeide føringer for rapportering og oppfølging, og sørge for at revisjoner og tilsyn inkluderes.

Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg brukes ikke som arena for læring etter revisjoner utført av konsernrevisjonen. Dette kan redusere muligheten for bredding av resultater fra tiltaksarbeidet. Helseforetaket bør, i tråd med egne føringer, sette erfaringer knyttet til læring og forbedring etter revisjoner på dagsorden i helseforetakets kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg, slik at endret praksis breddes til andre deler av helseforetaket.



## Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

### Informasjonsgrunnlag

<b>Dokumentasjon</b>
Styrende dokumenter
Styresaker (saksfremlegg og protokoll)
Årshjul / årsplaner (HF og styret)
Instrukser
Veileder for styrearbeid Helse Sør Øst
Prosedyrer
Virksomhetsrapporter
Virksomhetsplaner
Strategier
Lederavtaler
Referater fra ledermøter og kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg nivå 1 og 2
Revisjonsrapporter
Handlingsplaner/tiltaksplaner
Risikovurderinger

### Gjennomførte samtaler (tidspunkt)

Dato	Navn og tittel
11.9.15	Administrerende direktør, Bess M. Frøyshov
17.9.15	Styreleder Tom Jørgensen og nestleder Elisabeth A. Nilsen
21.9.15	Spesialrådgiver Tone Pedersen
21.9.15	Direktør service og systemledelse, Annette Fure
21.9.15	Økonomidirektør, Tom Helge Rønning
21.9.15	HR-direktør, Mai Torill Hoel
22.9.15	Fagdirektør, Hallfrid Waage
22.9.15	Klinikkjef Per Urdal,
22.9.15	Avdelingsledere Karin Glasmyr Larsen, Anne Augestad Larsen, Kristian Heldal
28.9.15	Kvalitetssjef, Elisabeth Hessen

### Saksgang og rapportbehandling

Utformet av   Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst  
Versjon        Endelig rapport  
Dato            18.08.2016

Side 17 av 18

Dato	Aktivitet
15.10.15 og 5.11.15	Verifisering av detaljgrunnlag gjennomført
18.12.15	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør
7.1.16	Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør
12.1.16	Oversendt utkast rapport fra revisjonen til styreleder
18.1.16	Tilbakemelding på utkast rapport fra styreleder
20.1.16	Oversendelse av endelig rapport
11.2.16	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet for styret