




**Revisjonsrapport  
Oslo universitetssykehus HF  
11/2016**

**Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av  
konsernrevisjonen**



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
Dato: 13.1.2017

Rapport nr.	11/2016
Revisjonsperiode	August – november 2016
Virksomhet	Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Oslo universitetssykehus HF v/styreleder Administrerende direktør Oslo universitetssykehus 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
Oppdragsier	Konsernrevisor Espen Anderssen
Revisor	Oppdragsleder Sissel Korshavn, internrevisor Torun Vedal

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området.....	6
1.2 Formål, mål og problemstillinger.....	6
1.3 Tilnærming og avgrensning.....	7
1.4 Metode.....	9
1.5 Intern styring og kontroll.....	9
1.6 Revisjonsgrunnlag.....	10
1.7 Revisjonskriterier.....	11
2.0 Observasjoner og funn.....	12
2.1 Problemstilling 1.....	12
2.2 Problemstilling 2.....	19
3.0 Oversikt over informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter.....	25

## Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon "Tiltaksarbeid etter revisjoner" i Oslo universitetssykehus HF. Revisjonen er gjennomført i perioden august - november 2016, og den inkluderer styret, administrerende direktør, sentral stab, Oslo sykehusservise, Kreftklinikken, Hjerte-, lunge-, karklinikken og Nevroklinikken.

Bakgrunnen 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 revisjonene bidrar til læring og forbedring. Målet med denne revisjonen er derfor å kartlegge og vurdere om helseforetakene har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse. Vi har valgt å belyse dette gjennom følgende problemstillinger:

- 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?*
- 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?*

Revisjonen har tatt utgangspunkt i følgende revisjoner utført i perioden 2011 - 2015: Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis, revisjon av det pasientadministrative arbeidet, Revisjon i Hjerte-, lunge-, karklinikken av områdene virksomhetsstyring, pasientbehandling, kompetansestyring, ressursstyring (HLK-revisjon) og revisjon Tilgjengelige helsetjenester.

For å svare ut problemstillingene har vi testet hvordan helseforetaket har fulgt opp egne føringer og beslutninger, dette med gjennomgang av styrevedtak, styrende dokumenter/prosedyrer, ledermøtereferater og dokumentasjon på rapportering og oppfølging. I tillegg har vi intervjuet følgende: styret v/styreleder, administrerende direktør, sentral stab og utvalgte ledere fra klinikker og avdelinger.

### Hovedkonklusjon

Oslo Universitetssykehus HF sitt etablerte system for intern styring og kontroll inkluderer oppfølgingsarbeid av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har prosedyrer som beskriver hvordan dette skal gjennomføres, hvem som er ansvarlige og hvordan status skal rapporteres. Men selv om helseforetaket har føringer, ser konsernrevisjonen at det er mangler i etterlevelsen av disse. Det er av den grunn viktig at helseforetaket tydeliggjør rolle, ansvar og oppgaver for både stab og linje slik at alle er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.

Helseforetaket nedlegger et betydelig arbeid i å utarbeide handlingsplaner. Men når oppfølgingen av planene ikke er i tråd med helseforetakets egne føringer, kan det føre til at arbeidet ikke bidrar til den ønskede forbedring. Det er derfor viktig at tiltaksarbeidet gjennomføres på en måte som gir mening og riktig retning for helseforetaket, slik at man fullt ut får realisert det forbedringspotensialet som

oppfølging av revisjoner skal gi. Dersom helseforetaket også i større grad inkluderer oppfølgingsarbeidet i de ordinære styring- og oppfølgingsprosessene, vil det medføre bedre eierskap som igjen vil øke effekten av tiltaksarbeidet.

Helseforetaket har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring og har etablert læringsarenaer for dette, men revisjonen viser at det er utfordrende å overføre arbeidet som utøves i de ulike nettverkene til linjeledelsen. Tiltaksarbeidet vil kunne styrkes dersom erfaringene fra nettverkene tas opp i helseforetakets formelle arenaer.

Etter en samlet vurdering ser konsernrevisjonen at de ulike revisjonene viser mange av de samme svakhetene i intern styring og kontroll. Når vi også ser at flere av svakhetene gjentar seg over flere år, er det særlig viktig at helseforetaket ser på revisjonene samlet, finner årsakene til de gjentakende svakhetene, og ut fra dette utformer gode måter for videre tiltaksarbeid.

## **Hovedkonklusjonen bygger på følgende sentrale observasjoner og vurderinger**

### *Tilgjengelige helsejenester*

Helseforetakets handlingsplan for oppfølging av revisjon 'Tilgjengelige helsetjenester fra 2015 er vedtatt av ledermøtet og styret. Det er ikke rapportert på status for tiltaksarbeidet i ledelsens gjennomgang, andre tertial 2016, i henhold til prosedyrer og styrets vedtak. Av denne grunn kan ikke konsernrevisjonen vurdere om helseforetaket er i rute med tiltaksarbeidet.

### *HLK-revisjonen*

Klinikkens handlingsplan ble styrebehandlet i mars 2014. Klinikken har arbeidet målrettet og godt med eget oppfølgingsarbeid, der den enkelte avdeling har blitt fulgt opp gjennom egne planer. Klinikkleder orienterer om at tiltaksarbeidet i hovedsak er gjennomført. Klinikken og avdelingene kan vise status over gjennomførte tiltak, og status for arbeidet er også fremlagt for styret. I samme styremøte ba styret om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i HLK-klinikken skulle følges opp og om å bli forelagt en plan om hvordan funnene i revisjonen kunne benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket. Planen er utarbeidet, men har ikke vært presentert for styret. Den er heller ikke blitt behandlet i administrerende direktør sitt ledermøte. Tiltaksarbeidet ble sist omtalt i ledelsens gjennomgang andre tertial 2015, men inneholdt ikke oversikt over hvilke av tiltakene som er gjennomført og hva som gjenstår. Det fremgår ikke om arbeidet med å spre resultatene etter HLK-revisjonen til øvrige deler av helseforetaket er gjennomført og avsluttet, eller om det er forventninger til ytterligere rapportering til styret.

### *Revisjon av det pasientadministrative arbeidet*

Helseforetaket har arbeidet systematisk med tiltaksarbeid etter revisjon av det pasientadministrative arbeidet i 2011. Helseforetaket avsluttet tiltaksarbeidet i 2013 og rapporterte status over gjennomførte tiltak og hva som gjenstod til styret. Tiltak som ikke var gjennomført ble overført til ordinær drift. Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen for tre av de fem nasjonale kvalitetsindikatorene og kan vise til forventet forbedring, men inkluderer ikke indikatorene "ikke signerte dokumenter i DIPS" og "andel pasienter direkte time" i månedsrapporter og tertialrapporter.

### *Nasjonalt revisjon av medisinsk kodepraksis*

Helseforetaket startet oppfølgingsarbeidet etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i 2011 med å gjennomføre en egen intern revisjon. Plan for oppfølgingsarbeidet ble utarbeidet med utgangspunkt i funn og anbefalinger fra begge revisjonene og planen ble behandlet av administrerende direktør sitt ledermøte samme år. Helseforetaket kan ikke fremvise oversikt over hvorvidt ledermøtets beslutning er gjennomført og implementert.

Helseforetaket gjennomførte en ny intern revisjon i 2015 som viste mange av de samme svakhetene som ble avdekket i 2011. Helseforetakets egne funn var: *«Både stab, Oslo sykehuservice og lederne er kjent med egne oppgaver, men det er ikke gjennomgående avklart hva som inngår i stabens/OSS oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Det er videre uklart hvilket systematisk kontrollmiljø klinikker har vedrørende koding og klassifisering. Det er foreslått formalisering av kodeansvarlig lege, systematiske stikkprøver av epikriser for gjennomgang i fagmiljøene, etablering av klinikkvise kodeforum/nettverk med kodeansvarlige leger, kodeansvarlig rådgiver og kontorledere for gjensidig erfaringsutveksling, opplæring og veiledning og at kontrollrapportene i DIPS og LIS (SAS) aktivt brukes i den kontinuerlige oppfølging og forbedring av koding»*. Vi har i denne revisjonen funnet tilsvarende svakheter.

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området

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

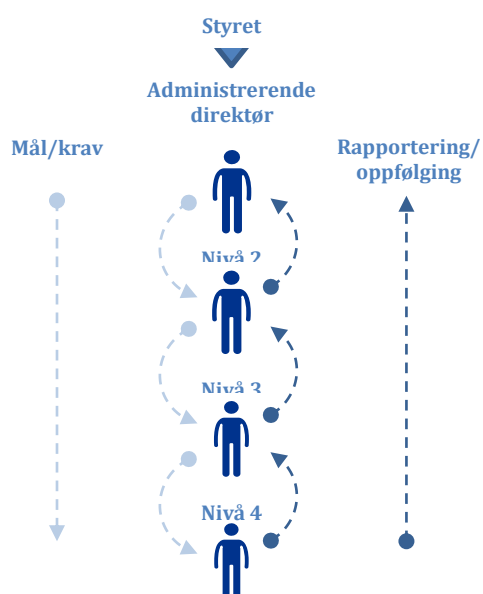
Bakgrunn for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt ønske fra styret i RHFet om å undersøke hvordan det sikres at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring.

### 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 denne revisjonen er å kartlegge og vurdere om helseforetakene har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert i helseforetakets ledelse. Konsernrevisjonen har valgt å belyse dette gjennom to problemstillinger:

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, om beslutninger knyttet til tiltaksarbeid er forankret, fulgt opp og implementert i styring- og oppfølgingsprosesser.



Figuren 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.

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

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?

Revisjonen undersøker om helseforetaket monitorerer og følger opp utviklingen knyttet til tiltaksarbeidet og kan dokumentere at endret praksis er forankret og implementert i daglig drift. Sentralt i denne revisjonen er også om helseforetaket kan vise til varig forbedring og om erfaringer breddes.



Figuren 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.

Figur 2: Demings sirkel, modell for kontinuerlig forbedring.

### 1.3 Tiltærning og avgrensning

For å undersøke om systemet for oppfølging av revisjoner og tilsyn virker har vi gjennomgått hvordan helseforetaket har fulgt opp egne vedtak og handlingsplaner etter følgende revisjoner:

Årstall	Revisjoner gjennomført i Oslo universitetssykehus HF
2015	Tilgjengelige helsetjenester
2014	HLK-revisjonen
2012	Intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Tabell 1: Revisjoner gjennomført i OUS HF

#### Tilgjengelige helsetjenester

Revisjon ble gjennomført i 2015. Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Revisjonen ble gjennomført i tre klinikker i helseforetaket. Konklusjonen i revisjonsrapporten viser til mangler og svakheter som kan føre til at helseforetaket ikke når sine mål og krav. Dette gjaldt mål og krav som kunne påvirke pasienten direkte, som for eksempel at helsehjelpen gis til fastsatt tid. Det gjaldt også mål og krav knyttet til optimal ressursbruk for å sikre tilgjengelige helsetjenester, herunder manglede synliggjøring av sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

I denne revisjonen avgrenses undersøkelsen til kun å se på om helseforetaket har startet tiltaksarbeidet og er i rute i henhold til egne vedtak og planer.

#### *HLK-revisjonen*

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2014 en revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK) innen områdene pasientbehandling, utdanning, forskning og virksomhetsstyring, samt innen kompetansestyring og ressursstyring. Konsernrevisjonens samlede konklusjon var at klinikkens interne styring og kontroll ikke var tilstrekkelig, og det ble avdekket svakheter innen alle reviderte områder.

I denne revisjonen vil vi undersøke om helseforetaket har iverksatt og gjennomført tiltak ut fra egne handlingsplaner og fulgt opp styrets beslutning om at forbedringsarbeidet etter HLK- revisjonen skal breddes i sykehuset.

I samråd med administrerende direktør vil ikke denne revisjonen omhandle undersøkelser av iverksatte og gjennomførte tiltak for områdene forskning og utdanning.

#### *Pasientadministrativt arbeid*

Revisjonen av det pasientadministrative arbeidet omfattet alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, og ble gjennomført i 2011, 2012 og 2013. Målet med revisjonene var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak om det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Revisjonen ble gjennomført i Oslo universitetssykehus HF i 2012. Innføringen av DIPS i 2014 økte helseforetakets mulighet for i større grad å trekke ut data og å få bedre styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet.

Innføringen av DIPS, samt andre kontrolltiltak internt og eksternt, gjør at konsernrevisjonen har valgt å begrense denne delen av revisjonen til å undersøke om helseforetaket har status for gjennomførte tiltak, om helseforetaket monitorerer, følger utviklingen og kan vise til forbedring.

#### *Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis*

Revisjonen ble gjennomført i 2011 av internrevisjonene i de fire helseregionene. Hensikten var å avklare om helseforetakene hadde etablert god intern styring og kontroll som kan gi rimelig sikkerhet for korrekt koding. Revisjonen 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. Oslo universitetssykehus HF ble ikke valgt ut for fase 2. Resultater og konklusjoner i hovedrapporten bygger imidlertid på datagrunnlaget for begge fasene i revisjonen, og de anbefalinger som ble gitt i hovedrapporten gjelder for alle landets helseforetak med somatisk virksomhet.

Revisjonen vil undersøke om helseforetaket har implementert hovedanbefalingene, og om det kan vises til bedret praksis og positiv utvikling.

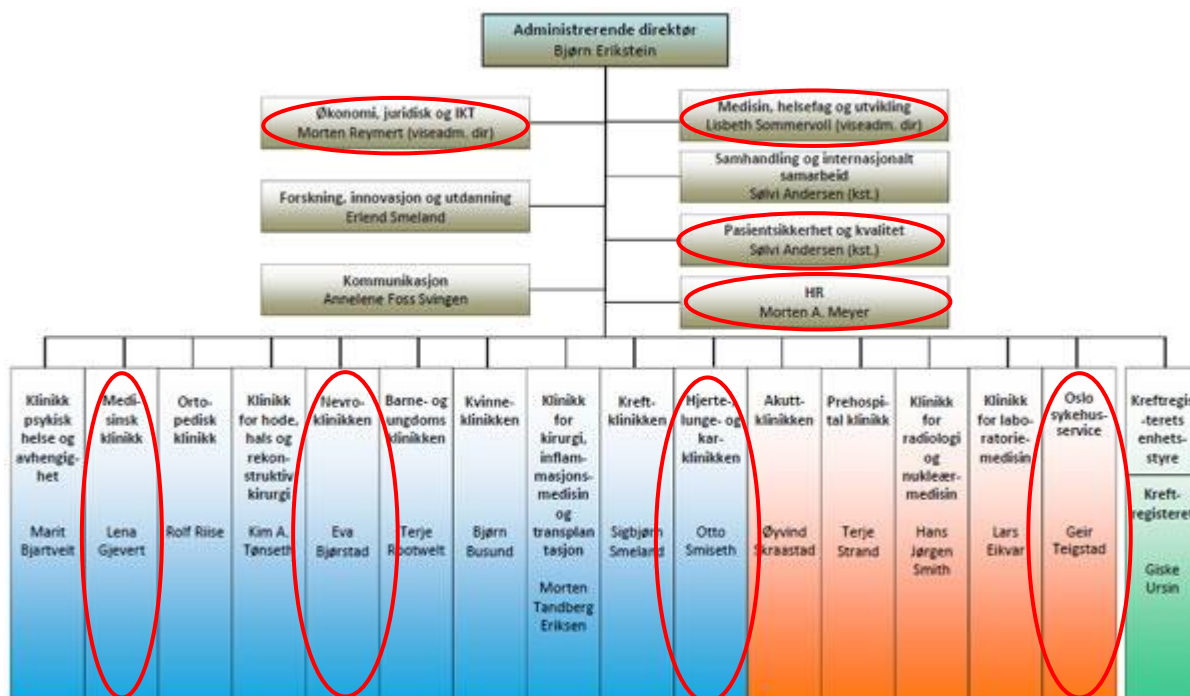


## 1.4 Metode

Metodene som har vært benyttet har vært dokumentgjennomgang og intervjuer. For å svare ut problemstillingene har vi ved gjennomgang av styrevedtak, styrende dokumenter/prosedyrer, ledermøtereferater og dokumentasjon på rapportering og oppfølging testet hvordan helseforetaket har fulgt opp egne føringer og beslutninger.

Følgende nivåer er blitt intervjuet: Styreleder, administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, klinikkledere i Hjerte- lunge og karklinikken, Medisinsk klinikk og Nevroklinikken og avdelingsledere fra hver klinikk. Flere av informantene hadde sine rådgivere med i intervjuet.

Detaljert oversikt på de som er intervjuet finnes på siste side. Valg av klinikker som utgangspunkt for revisjonen ble gjort i samråd med administrerende direktør.



Figur 3: Organisasjonskart Oslo universitetssykehus – enheter revisjonen har omfattet er markert med rødt

Revisjonsteamet har i tillegg hatt informasjonsmøter med leder av helseforetakets brukerutvalg, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud.

## 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.



**Figur 4: Intern styring og kontroll**

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 og 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 spesifikke krav er gitt i Oppdrag og bestillerdokumentet 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. Rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer skal bidra til korrekt medisinsk koding. All dokumentasjon av

medisinsk aktivitet skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres.

- 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 krav om 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 for 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 følgende 10 kriterier:

1. Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks.
2. Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet. Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.
3. Helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.
4. Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og inkluderer områder med høy risiko i helseforetakets ordinære risikohåndtering.
5. Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter HLK-revisjonen og Tilgjengelige helsetjenester er startet opp, og er i rute i henhold til plan.
6. Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets gjennomgående system for rapportering og oppfølging.
7. Helseforetaket har føringer for at tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for at erfaringer deles og spres.
8. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.
9. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid.
10. Helseforetaket monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.

Funn og observasjoner knyttet til det enkelte revisjonskriteriet presenteres fortløpende i neste kapittel.

## 2.0 Observasjoner og funn

### 2.1 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.*

I henhold til veileder for styrearbeid er det stilt krav til at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Det gis føringer for hva instruksene kan inneholde, som blant annet at instruksene er samstemt i forhold til rolle og ansvar for internkontroll og virksomhetsstyring. Instruksene skal også være samstemt med regionale maler gitt i brev datert 21.3.2012 av administrerende direktør i RHFet.

#### **Revisjonen viser:**

Instruksene for styret og for administrerende direktør ble vedtatt i styremøte 17. desember 2009. Instruksene samsvarer i hovedsak innholdsmessig med regionale maler.

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

- Det har vært utnevnt nye styreverger flere ganger siden 2009 og ny administrerende direktør ble utnevnt i 2011, men instruksene har ikke blitt behandlet i styret siden 2009.
- Gjennom intervjuer kommer det frem noe ulike oppfatninger om hvor detaljert styret bør følge opp revisjoner og tilsyn for å ivareta sitt tilsyns- og kontrollansvar.

#### **Vurdering og anbefaling**

- Revisjonsrapportene fra konsernrevisjonen oversendes styret som overordnet ansvar for helseforetakets styring og kontroll og administrerende direktør som har det utøvende ansvaret. Med dette som utgangspunkt har vi gjennom intervjuer undersøkt om forventningene til ivaretagelse av dette ansvaret er diskutert slik at man har en felles forståelse hva forventningene i instruksene innebærer. Konsernrevisjonen vurderer at forventningene ikke er tilstrekkelig avklart. Det anbefales at styret og administrerende direktør avklarer hvor tett styret ønsker å følge tiltaksarbeidet slik at det sikres tydeliggjøring og felles forståelse av roller og ansvar. I tråd med god praksis anbefales det videre at instruksene styrebehandles/gås gjennom ved oppnevning av nytt styre eller ved ansettelse av ny administrerende direktør.

***Revisjonskriterie 2: Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet. 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, og styrets årsplan og utestående saker/pending list skal blant annet vise når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp. Videre følger det at saksdokumentene er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak, at sakene fremstilles konsist, informasjonen er sortert og det vesentlige er trukket ut. Styresaker skal beskrive status på oppfølging, og om tiltaksarbeidet skjer i henhold til plan.

#### **Revisjonen viser:**

Styrets årsplan og plan for utestående saker viser når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp og årsplanen revideres løpende ved at den oppdateres etter hvert styremøte. Status for tiltaksarbeidet rapporteres fast gjennom ledelsens gjennomgang, og i tillegg følges revisjoner opp av egne saker dersom de er av spesiell karakter.

#### *HLK-revisjonen*

Revisjonsrapporten og klinikkens handlingsplan ble styrebehandlet mars 2014 i sak 46/2014. I vedtaket ber styret om «å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i HLK klinikken skal følges opp og ber om å ble forelagt en plan om hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetakets». I saksfremlegget går det frem at saken skulle følges opp gjennom ledelsens gjennomgang. Tiltaksarbeidet har blitt omtalt i alle tertialrapportene i 2014 samt første og andre tertialrapport 2015. I tillegg ble styret orientert om status for tiltaksarbeidet i styresak 43/2015.

#### *Tilgjengelige helsetjenester*

Revisjonsrapporten og handlingsplan etter revisjon Tilgjengelige helsetjenester ble styrebehandlet i mars 2016, sak 17/2016. Styret tok saken til etterretning og vedtok at status for arbeidet skal følges opp gjennom ledelsens gjennomgang. I rapporteringen fra første tertial går det frem at tiltakene i handlingsplanen skal inkluderes i eksisterende styrende prosesser og at effekt av tiltakene skal vurderes i forbindelse med ledelsens gjennomgang andre tertial høsten 2016.

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

- Helseforetaket har ikke fremlagt plan for styret for hvordan funnene etter HLK-revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i de øvrige klinikkene, jmf styrevedtak som nevnt over.
- Det fremgår ikke av helseforetakets statusrapportering om tiltaksarbeidet med å spre resultatene etter HLK-revisjonen i øvrige deler av helseforetaket er gjennomført og avsluttet eller om det er forventninger til ytterligere rapportering til styret.
- Tiltaksarbeid etter revisjon Tilgjengelige helsetjenester er ikke omtalt i tertialrapport for andre tertial 2016, i henhold til styrets vedtak.

## Vurdering og anbefaling

---

- Når helseforetaket ikke rapporterer tilbake til styret i tråd med styrets vedtak vil det være vanskelig for styret å følge opp utviklingen av arbeidet. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket rapporterer tilbake til styret i tråd med de vedtak som fattes, slik at styret kan følge utviklingen og påse at tiltaksarbeidet gir en forventet forbedring.

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

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan arbeidet med oppfølging av revisjoner og tilsyn skal gjennomføres. Dokumentene skal foreligge i godkjent versjon og være tilgjengeliggjort i kvalitetssystemet. God internkontroll er i tillegg avhengig av at det er tydeliggjort for både stab og linje hvilke forventninger det er til oppfølgingen, og at oppgaver for de som skal implementere forbedringsarbeidet er kommunisert.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har prosedyrer for «*Eksterne tilsyn*», «*Interne revisjoner*» og «*Oppfølging av konsernrevisjoner ved Oslo Universitetssykehus*». Rolle og ansvar for oppfølging etter revisjoner og tilsyn er definert i de overordnede prosedyrene. Helseforetakets prosedyre «*Ledelsens gjennomgang*» gir føringer for at status for oppfølging av revisjoner skal skje gjennom denne.

#### *HLK-revisjonen*

I styresak 46/2014 går det frem at administrerende direktør har gitt et særskilt ansvar for oppfølging av denne revisjonen til klinikkleder i Hjerte-, lunge- og karklinikken. Det ble også etablert en arbeidsgruppe i sentral stab som i samarbeid med klinikken skulle vurdere hvilke forbedringstiltak som skulle iverksettes ved helseforetaket og det ble utarbeidet en plan for dette arbeidet.

#### *Tilgjengelige helsetjenester*

Stab kvalitet og pasientsikkerhet fikk i ledermøtesak 31/2016 ansvar for å utarbeide handlingsplan etter revisjonen. Planen ble utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av juridisk direktør og behandlet i ledermøtesak 84/2016 før den ble styrebehandlet i sak 17/2016.

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

- Informantene gir ulik informasjon om hvem som er blitt delegert oppgaver med å tilrettelegge for oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjon av Tilgjengelige helsetjenester
- Informantene gir ulik informasjon om hvem som er blitt delegert oppgaver med å tilrettelegge for oppfølging av stabens plan for bredding av tiltaksarbeidet etter HLK-revisjonen.

## Vurdering og anbefaling

---

- Helseforetaket har prosedyrer som beskriver oppgaver og ansvarsforhold, men det fremstår likevel som uklart hvem som er delegert oppgaver med å tilrettelegge for oppfølging av tiltaksarbeid i begge revisjonene. Det anbefales at forventninger til stab og linjeledere konkretiseres og kommuniseres slik at både stab og linje er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.

### ***Revisjonskriterie 4: Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og inkluderer områder med høy risiko 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 i denne revisjonen at funn i revisjoner utført av konsernrevisjonen som vurderes til å ha høy risiko, inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har prosedyre «*Risikovurdering- og styring*». Konsernrevisjonen velger å forstå prosedyren dit hen at den også omfatter krav til at funn i revisjoner og tilsyn også skal risikovurderes.

#### *HILK-revisjonen*

I ledermøtesak 223/2014 går det frem at flere funn i HILK-revisjonen var forbundet med for høy risiko og at tiltak ble umiddelbart satt i verk. Gjennom rapporteringen for status for tiltaksarbeidet etter revisjonen i ledelsens gjennomgang andre tertial 2014 fremstilles den samme konklusjonen.

#### *Tilgjengelige helsetjenester*

Ledelsens gjennomgang tredje tertial 2015, dokumenterer at det er gjennomført risikovurdering av revisjon Tilgjengelige helsetjenester. Fra konklusjonen i styresaken går det frem at «*helseforetaket vurderer at det ikke var alvorlige avvik, men alle områder innen revisjonskriteriene fikk anbefalinger*».

Informantene bekrefter dette og presiserer at funnene i revisjonen allerede var håndtert i helseforetakets ordinære styrings- og oppfølgingsprosesser. Ulike tiltak knyttet til området tilgjengelige helsetjenester er inkludert i helseforetakets ordinære risikovurderinger.

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

- Ingen funn

## Vurdering og anbefaling

---

- Helseforetaket har vurdert resultatene av revisjonene, og der funnene ble vurdert til å være alvorlige ble det iverksatt tiltak umiddelbart. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

***Revisjonskriterie 5: Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter HLK-revisjonen og revisjon Tilgjengelige helsetjenester er startet opp, og er i rute i henhold til plan.***

Oppdrag og bestillerdokumentet i 2012 stiller krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og at handlingsplaner skal angi tiltak, ansvar og frister. Det er også krav til at fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styrene i helseforetakene. Helseforetaket bør ha styrende dokumenter som beskriver hvordan dette skal ivaretas. Det forventes videre at helseforetaket gjør en vurdering av hva som kan hemme gjennomføring av tiltakene i handlingsplanene, og at dette danner grunnlag for utarbeidelse av planer. Det forventes at handlingsplanene er kjent og etterlevd. Det forventes videre at helseforetaket har satt i gang tiltaksarbeid etter revisjonene, og at det finnes dokumentasjon som beskriver status for om tiltaksarbeidet er i rute i henhold til plan. Dersom tiltaksarbeidet er inkludert i helseforetakets øvrige planer må dette fremgå.

**Revisjonen viser:**

Prosedyren "*Oppfølging av konsernrevisjoner ved Oslo universitets-sykehus*" gir føringer for at handlingsplaner skal angi konkrete tiltak, effektmål, ansvar og frister. Stabsdirektørene som er intervjuet bekrefter at prosedyren er kjent og implementert.

*HLK-revisjonen*

Handlingsplanen ble vedtatt i styresak 43/2014 og er utarbeidet i henhold til føringer for innhold. I styresak 2/2015 går det frem at tiltakene i handlingsplanen ble risikovurdert og at dette dannet grunnlag for prioritering og fastsettelse av tidsfrister for ferdigstillelse av hvert tiltak. Alle avdelinger i HLK-klinikken utarbeidet egne handlingsplaner og det er utarbeidet status over gjennomførte tiltak. Klinikkleder orienterer i intervju at klinikkens handlingsplan er "sjekket ut", og at klinikkleder har oversikt over hva som er gjennomført og hva som gjenstår. I styresak 46/2014 ba styret om å bli forelagt en overordnet plan for hvordan funnene i HLK-revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket. Stab nivå 1 utarbeidet en slik handlingsplan, og denne er utarbeidet i henhold til føringer for innhold.

*Tilgjengelige helsetjenester*

Handlingsplanen ble vedtatt i styresak 17/2016 og er utarbeidet i henhold til føringer for innhold.

**Revisjonen viser imidlertid:**

- Handlingsplan for stab nivå 1 etter HLK-revisjonen har ikke vært i administrerende direktør sitt ledermøte, og den er lite kjent av ledere som har blitt intervjuet.
- Helseforetaket har ikke gjort en vurdering av hvilke områder som kan hindre gjennomføringen av tiltakene etter revisjonen Tilgjengelige helsetjenester. Det bekreftes gjennom intervju at en slik vurdering ikke utøves systematisk. Handlingsplanen er lite kjent av ledere som har blitt intervjuet.



---

## Vurdering og anbefaling

---

- Konsernrevisjonen ser at helseforetaket nedlegger et betydelig arbeid i å utarbeide handlingsplaner. Men når oppfølgingen av planene ikke er i tråd med det helseforetaket har bestemt, kan det føre til at arbeidet ikke bidrar til den ønskede forbedring. Det er derfor viktig at tiltaksarbeidet gjennomføres på en måte som gir mening og riktig retning for helseforetaket. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket avklarer hva som er den mest hensiktsmessige måten å følge opp den enkelte revisjon, slik at man fullt ut får realisert det forbedringspotensialet som oppfølging av revisjoner skal gi.

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

I henhold til revisjonsgrunnlaget skal helseforetakets styrende dokumenter for rapportering og oppfølging inkludere revisjoner og tilsyn. Status for tiltaksarbeidet etter konsernrevisjonens revisjoner inkluderes i helseforetakets gjennomgående system for rapportering. Oppfølging av revisjoner og tilsyn bør tas opp i møter mellom nivåene og behandles i administrerende direktør sitt ledermøte. Det forventes å finne dokumentasjon på at ledere på alle nivåer skal følge opp revisjoner utført av konsernrevisjonen, og at tiltaksarbeidet blir gjennomført.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket har føringer for at status for tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn skal skje gjennom ledelsens gjennomgang, og rapporteringen skjer i henhold til føringene.

#### *HLK-revisjonen*

Revisjonsrapporten etter revisjonen ble presentert i ledermøte i sak 223/2014 hvor det ble besluttet at saken skulle settes opp igjen i første halvår 2015. Videre står det i referatet at oppfølgingen ville bli en del av de månedlige oppfølgingsamtalene mellom klinikkleder og avdelingslederne. Tiltakene i handlingsplanene skulle inn som oppfølgingspunkter i avdelingsledernes personlige mål. I styresak 43/2015 er det beskrevet at «Anbefalinger i revisjonen er senere fulgt opp i alle avdelingene i klinikkene og i forbedringsarbeid ellers i foretaket».

#### *Tilgjengelige helsetjenester*

Revisjonsrapporten etter revisjon ble presentert i ledermøtesak 31/2016. I ledermøtesak 84/2016 ble handlingsplanen vedtatt. Effekt av tiltakene skal i henhold til styrevedtaket vurderes høsten 2016 og status rapporteres til styret i ledelsens gjennomgang andre tertial 2016.

#### **Revisjonen viser imidlertid for HLK-revisjonen:**

- Tertialrapportene inneholder en overordnet status for tiltaksarbeidet, men inneholder ikke status over gjennomførte tiltak og hva som gjenstår.
- Status for tiltaksarbeidet har ikke vært satt på dagsorden i ledermøtet som besluttet i ledermøtesak 223/2014.
- Klinikkenes tiltaksarbeid har ikke vært tatt opp på oppfølgingsmøte mellom klinikkleder og administrerende direktør siden tredje tertial 2013.

- I styresak 43/2015 orienteres det om at lederavtalene i HLK klinikken inkluderer mål etter revisjonen, men gjennomgang av lederavtaler for avdelingsledere viser at dette ikke er inkludert.
- Erfaringer etter HLK-revisjonen har ikke vært på dagsorden i oppfølgingsmøtene med klinikklederne som omfattes av denne revisjonen og det er ikke iverksatt tiltak i disse klinikkene for å bredde resultatene av tiltaksarbeidet.
- Intern revisjonsplan 2015/16 for OUS omfattet revisjon av virksomhetsstyring, som en del av arbeidet med å bredde resultatene etter HLK- revisjonen, men revisjonen ble ikke gjennomført som planlagt. Den står på planen for 2016/17 for gjennomføring i juni-august, men revisjonen er pr d.d. ikke gjennomført.

#### **Revisjonen viser imidlertid for revisjon Tilgjengelige helsetjenester:**

- Tiltaksarbeidet etter revisjon er ikke omtalt i tertialrapporten andre tertial 2016, jf. kriteriet 2.

#### **Vurdering og anbefaling**

Konsernrevisjonens vurdering er at orienteringen om revisjonene i tertialrapporteringen kan virke overordnet og at status på selve tiltaksarbeidet noe mangelfull ut fra helseforetakets og styrets egne beslutninger og planer for oppfølging. Helseforetakets oppfølging av tiltaksarbeid tas i liten grad opp på etablerte møtearenaer, og dette kan medføre mangelfullt eierforhold til tiltaksarbeidet. Det anbefales at helseforetaket følger opp og rapporterer på de beslutninger som er fattet, og at tiltaksarbeidet inkluderes i etablerte møtearenaer slik at både ledere og medarbeidere kan følge utviklingen og være delaktige frem til alle tiltak er gjennomført og implementert i daglig drift.

## 2.2 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 tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for at erfaringer deles og spres.*

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet være satt i system ved at det finnes styrende dokumenter som gir føringer for hvordan resultater av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn bidrar til læring og forbedring. Det forventes at helseforetaket har etablert faste møtearenaer der læring og forbedring er satt på dagsorden. Det forventes også at erfaringer fra nettverk eller lignende som arbeider med forbedringsarbeid formaliseres i helseforetakets lederlinje, slik at erfaringer deles og spres.

#### **Revisjonen viser:**

Prosedyre for sentralt kvalitetsutvalg gir en beskrivelse av hvilke oppgaver utvalget skal ivareta. Konsernrevisjonen tolker mandatet dit hen at det inkluderer viktige funn etter revisjoner og tilsyn. I prosedyre for kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i klinikkene står det beskrevet hvilke oppgaver utvalget har. Flere av disse punktene er relevante for at tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn bidrar til læring og forbedring. Både på overordnet nivå i helseforetaket, og i de tre klinikkene som er omfattet av revisjonen, er det etablert kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg. I intervju med stabsdirektør for kvalitet og pasientsikkerhet bekreftes det at det er krav til at kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene i klinikkene skal ta opp læring etter revisjoner og tilsyn.

Informantene gir uttrykk at for at ledersamlinger og ledermøter på overordnet nivå og i klinikkene er arenaer for deling av erfaringer av forbedringsarbeid. Resultatene fra HLK-revisjonen ble lagt frem på ledermøte 9. september 2014 og konklusjonen var at resultatene ble ansett som nyttige også for andre deler av helseforetaket.

Helseforetaket har etablert følgende nettverk som arbeider med temaer relatert til områder som omfattes av denne revisjonen:

- Ventelistenettverket v/merkantilt personale
- Kodenettverket v/kodeansvarlige rådgivere fra den enkelte klinikk, samt representanter fra stabsområdet økonomi og klinikk OSS
- Nettverk v/HR rådgivere for bemanning og ressursstyring

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

- Det går frem av intervju at erfaringer fra revisjoner ikke tas opp på kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene i helseforetaket.
- Det går frem av intervju at erfaringsoverføring fra de tre nevnte nettverkene over ikke er satt i system ved at erfaringene overføres til lederlinjen.

## Vurdering og anbefaling

- Helseforetaket har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring og har etablert læringsarenaer for dette, men revisjonen viser at det er utfordrende å overføre arbeidet som utøves i de ulike nettverkene til linjeledelsen. Tiltaksarbeidet vil kunne styrkes dersom erfaringene fra nettverkene tas opp i helseforetakets formelle arenaer. Det anbefales at arbeidet inkluderes i den ordinære styringslinjen, slik at læringseffekten øker.

### ***Revisjonskriterie 8: Helseforetaket har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.***

I henhold til anbefalinger gitt i Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og Oppdrag og bestillerdokumentet fra 2013 er helseforetaket anbefalt å ha felles rutiner for organisering av medisinsk koding som gir føringer for at helseforetaket gjennomfører regelmessige risikovurderinger av prosessene med medisinsk koding. Det skal gis opplæring slik at alle avdelinger har tilstrekkelig kompetanse. Det er anbefalt at det iverksettes tiltak for å etablere læringsløyper ved at det gis regelmessige tilbakemeldinger på egen kodepraksis til alle som koder. Det er også anbefalt at helseforetaket har føringer som gir tilstrekkelig vern av den som melder om feilkoding. Videre forventes det at styret og ledergruppen følger opp status for medisinsk kodepraksis, og at helseforetaket kan fremvise oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetakets "*Funksjonsbeskrivelse Kodefaglig rådgiver – klinikknivå*" beskriver hovedoppgaver og ansvarsområder. Mandat "*Kodefaglig nettverk*" skal ivareta kvalitetssikring og koordinering av det kodefaglige feltet. Prosedyren "*Varsling*" sikrer at varsleren, i henhold til Arbeidsmiljølovens krav om forsvarlig varsling, ivaretas og at varsleren blir beskyttet mot gjengjeldelse.

Resultatene av den nasjonale revisjonen i 2011 ble tatt opp i ledermøte i sak 374/2011. Det ble vedtatt å igangsette et forbedringsarbeid der klinikkene ved tertialoppfølgingene ville bli etterspurt vedrørende effekt av tiltakene. Arbeidet skulle være forankret hos prosesseier nivå 1. En arbeidsgruppe skulle oppnevnes for å igangsette tiltaksarbeidet og valgte resultatindikatorer skulle evalueres hvert tertial til ønsket resultat var oppnådd.

For å kartlegge status i eget helseforetak ble det samme år gjennomført en intern revisjon. Resultater av denne, samt anbefalinger gitt i den nasjonale rapporten, var utgangspunkt for de forbedringsforslag som skulle implementeres i alle somatiske avdelinger i helseforetaket. Klinikkleder/linjen ble gitt gjennomføringsansvar for kodearbeidet. Resultater, oppsummering og videre fremdrift etter denne revisjonen var sak i samme ledermøte.

For videre oppfølging ble det i styresak 28/2013 besluttet å gjennomføre årlige revisjoner på utvalgte områder innenfor følgende tema: "Oppfølging av revisjonsfunn innen praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet". Revisjonsplanen ble styrebehandlet og forslag til revisjonsplan ble tatt til etterretning.

Revisjonen Medisinsk koding - området "Pasientopplæring og tiltak i gruppe" ble gjennomført høsten 2015, der helseforetaket blant annet undersøkte hvordan systemet/strukturen rundt arbeidet med medisinsk koding er etablert, og helseforetakets egen konklusjon var: *«Både stab, Oslo sykehuservice og lederne er kjent med egne oppgaver, men det er ikke gjennomgående avklart hva som inngår i stabens/OSS oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Det er videre uklart hvilket systematisk kontrollmiljø klinikker har vedrørende koding og klassifisering. Det er foreslått formalisering av kodeansvarlig lege, systematiske stikkeprøver av epikriser for gjennomgang i fagmiljøene, etablering av klinikkvise kodeforum/nettverk med kodeansvarlige leger, kodeansvarlig rådgiver og kontorledere for gjensidig erfaringsutveksling, opplæring og veiledning og at kontrollrapportene i DIPS og LIS (SAS) aktivt brukes i den kontinuerlige oppfølging og forbedring av koding».* Helseforetakets rapport og funnene ble presentert i ledermøtet 16. februar sak 51/2016. Det fremgår av ledelsens gjennomgang første tertial 2016 at det er utarbeidet handlingsplaner for området som skal følges opp i oktober 2016.

Helseforetaket har et kodefaglig nettverk som er et forum for drøftinger knyttet til medisinsk koding. Nettverket har et mandat som er godkjent og tilgjengelig i helseforetakets kvalitetssystem og ledes av Avdeling for aktivitetsdata og analyse.

Helseforetaket har i 2016 implementert programvaren NIMES som skal gi støtte innen kvalitetssikring av medisinsk koding og analyse av virksomhetsdata knyttet til aktiviteten og opplæring av systemet er i gang.

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

- Revisjonsrapport etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis er ikke behandlet i helseforetakets styre.
- Helseforetakets oppfølging av ledermøtesak 374/2011 har ikke vært på dagsorden i ledermøtet etter 2011.
- I ledelsens gjennomgang første tertial 2016 er det beskrevet at status for helseforetakets arbeid etter egen intern revisjonen av medisinsk kodepraksis skal følges opp i oktober 2016. Konsernrevisjonen kan ikke finne at dette er gjort.
- I helseforetakets føringer for medisinsk kodepraksis beskrives det at OSS leder nettverket for medisinsk kodepraksis. Gjennom intervjuer fremgår det at også stab Medisin og helsefag og stab Økonomi, juridisk og IKT har også oppgaver knyttet til medisinsk kodepraksis, men dette er ikke inkludert i helseforetakets føringer. Informantene beskriver på ulik måte hvem som har oppgaver og ansvar knyttet til medisinsk kodepraksis i sentral stab.
- Helseforetaket har ikke beskrivelse av arbeidsoppgaver for kodeansvarlig lege.
- Helseforetaket gjennomfører ikke regelmessige risikovurderinger av området.
- Klinikklederne sier i intervju at legene skal ha/får opplæring, men at det ikke føres oversikt over hvem som har fått opplæringen, og at det er usikkert om legene får tilbakemelding på egen praksis.

---

## Vurdering og anbefaling

---

- Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket ikke kan vise til oversikt hvorvidt ledermøtets beslutning fra 2011 om oppfølging av nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og egen intern revisjon av samme området er gjennomført og implementert. Helseforetakets interne revisjon i 2015 avdekket de samme svakhetene som ble avdekket i 2011, og vi har også i denne revisjonen funnet tilsvarende svakheter. Det anbefales at helseforetaket tydeligere avklarer sentral stab sin rolle i oppfølgingen av medisinsk kodepraksis, og iverksetter tiltak for å følge opp i tråd med funn i revisjoner.

### *Revisjonskriterie 9: Helseforetaket har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid.*

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har prosedyrer som regulerer det pasientadministrative arbeidet, og at føringene tydeliggjør roller, ansvar og oppgaver, krav og forventninger til opplæring og kompetansebygging samt beskrivelse av hvordan registrering og rapportering skal gjøres. Det forventes videre at helseforetaket har iverksatt tiltak som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i DIPS, og at helseforetaket kan fremvise oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Tiltakene skal være dekkende i forhold til de anbefalinger som ble gitt av konsernrevisjonen.

#### **Revisjonen viser:**

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2011 "Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet" i OUS og revisjonsrapporten forelå våren 2012. Helseforetaket utarbeidet et mandat og en overordnet handlingsplan for å ivareta anbefalingene fra revisjonsrapportene. Disse ble godkjent av styret i sak 65/2012. Det ble oppnevnt et prosjekt for å ivareta gjennomføring av tiltaksarbeidet, og i styremøte sak 27/2013 vurderte administrerende direktør at de tiltak som gjenstod i prosjektet ble sikret kontinuerlig oppfølging i linjen og at prosjektet dermed kunne avsluttes.

Gjennomgang av månedsrapportene for 2015/16 og tertialrapportene viser at helseforetaket følger opp området og fortsatt har stort fokus på dette. Lederreferatene viser at særskilte områder, som status fristbrudd og ventetider, er fast på agendaen.

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

- Ingen funn

---

## Vurdering og anbefaling

---

- Konsernrevisjonens vurdering er at helseforetaket kan fremvise oversikt over gjennomførte tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid. Tiltaksarbeidet er avsluttet og implementert i daglig drift, og gjenstående oppgaver er overført til linjen. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

## **Revisjonskriterie 10: Helseforetaket monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.**

I henhold til revisjonsgrunnlaget gjennomfører helseforetaket tiltak for løpende å følge utviklingen knyttet til sentrale indikatorer for pasientadministrativt arbeid. Revisjonen gjennomgår utviklingen på følgende fem indikatorer: *ventende pasienter over et år, fristbrudd, åpne henvisningsperioder uten ny kontakt, andel pasienter direkte time og ikke signerte dokumenter i DIPS*. Det forventes at helseforetaket har definert terskelverdi og mål for disse indikatorene og kan vise til resultater for at det har skjedd forventet forbedring.

### **Revisjonen viser:**

Tallene for kvalitetsindikatorene *antall ventende pasienter over et år* og for *fristbrudd* er hentet fra månedsrapportene for mars 2014/15/16. I mars 2014 hadde helseforetaket 2 705 langtidsvventende pasienter. Dette tallet er pr august 2016 redusert til 156 pasienter. Per utgangen av mars 2015 var antall fristbrudd av ventende pasienter 1 389. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2014 var dette en økning på 359 fristbrudd. Ved utgangen av august 2016 hadde helseforetaket 63 fristbrudd. Fra mars 2016 ble indikatoren *åpne henvisningsperioder uten ny kontakt* inkludert i månedsrapportene. Fra rapporten går det frem at det var 32 500 pasienter i januar 2016. Ved utgangen av august er antallet redusert til om lag 18 200.

Fra 2016 inngår indikatorene *antall ventende pasienter over et år, fristbrudd* og *åpne henvisningsperioder uten ny kontakt* i ukentlig rapporter til klinikk- og avdelingsledere, og de tas opp i administrerende direktør sitt ledermøte og i oppfølgingsmøtene i linjen. De aktuelle indikatorene fremgår også i de tertialvise rapportene som styrebehandles.

Fra januar 2015 inngår indikatoren «*andel pasienter direkte time*» i helseforetakets rapportering til Helse Sør-Øst. Kvalitet, aktivitets og økonomirapport for Helse Sør-Øst fra 2015 viser at av helseforetaket ga direkte time til 56 %. I rapporten fra januar 2016 er andelen økt til 60 %. For indikatoren «*ikke signerte dokumenter i DIPS*» viser samme rapporter fra Helse Sør-Øst at helseforetaket i januar 2015 hadde 41 193 åpne dokumenter og at dette tallet er redusert til 23 657 i samme periode i 2016.

### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Status for indikatorene *ikke signerte dokumenter i DIPS* og *andel pasienter direkte time* legges sporadisk frem i administrerende direktør sitt ledermøte, men er ikke inkludert i månedsrapporter eller i ledelsens gjennomgang i tertialrapporteringen.

---

### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket har arbeidet systematisk og målrettet for å redusere et stort antall *langtidsvventende* og kan vise til en gradvis positiv utvikling gjennom disse årene. Grafer for *fristbrudd* i samme periode viser at det også her har vært en gradvis positiv utvikling, selv om det har vært noe variasjon der fristbruddene har gått noe opp i enkelte perioder. Helseforetaket har nesten halvert *antall ikke signerte dokumenter i DIPS*, men kan ikke vise til tilsvarende forbedring for indikatoren *andel pasienter direkte time*.

Helseforetakets rapporter som legges frem for styret viser utviklingen for tre av de fem av de nasjonale kvalitetsindikatorne for pasientadministrativt arbeid, men inkluderer ikke rapportering på indikatorne *ikke signerte dokumenter i DIPS* og *andel pasienter direkte time*. Det anbefales at indikatorne inkluderes i helseforetakets ordinære system for rapportering og oppfølging.



### 3.0 Oversikt over informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter

#### Informasjonsgrunnlag

<b>Dokumentasjon</b>
Styrende dokumenter
Styresaker (saksfremlegg og protokoll)
Årshjul / årsplaner (HF og styret)
Instrukser og prosedyrer
Tertialrapporter - Ledelsens gjennomgang
Månedrapporter
Virksomhetsplaner
Strategier
Handlingsplaner
Lederavtaler
Ledermøtereferater fra nivå 1 og 2
Referater fra oppfølgingsmøter mellom nivå 1 og 2
Revisjonsrapporter

#### Gjennomførte intervjuer

Dato	Navn og tittel
24.08.16	Styret v/ leder, Stener Kvinnsland
29.08.16	Administrerende direktør, Bjørn Eriksten
30.08.16	Stabsdirektør pasientsikkerhet og kvalitet, Sølvi Andersen
30.08.16	Viseadministrerende direktør økonomi, juridisk og IKT, Morten Resymert
31.08.16	Klinikkleder Oslo Sykehusservice, Geir Teigstad
01.09.16	Stabsdirektør HR, Morten A. Meyer
01.09.16	Klinikkleder hjerte, lunge og karklinikken, Otto Smeiset
01.09.16	Avdelingsleder, kardiologisk avdeling, Thor Edvardsen
02.09.16	Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling, Lisbeth Sommervold og Klinikkleder Terje Rotvelt (avtroppende VAD medisin og helsefag)

05.09.10	Klinikkleder Kreftklinikken, Sigbjørn Smeland
05.09.10	Avdelingsleder, Thoraxkirurgisk avdeling, Arnt Fiane
06.09.16	Avdelingsleder, avdeling for kreftbehandling, Stein Kaasa
06.09.16	Klinikkleder Nevroklinikken, Eva Bjørnstad
06.09.16	Avdelingsleder, nevrologisk avdeling, Sissel Reinlie
07.09.16	Avdelingsleder, avdeling for gynekologisk kreft, Erik Rokkones
14.09.16	Juridisk direktør, Randi Borgen
14.09.16	Avdelingsleder budsjettering, rapportering og analyse, Anne Karlsen

### Gjennomførte møter

Dato	Navn og tittel
24.6.2016	Innledende møte
29. 08.16	Oppstartsmøte
17.09.16	Møte for informasjonsinnhenting om styrets arbeid og helseforetakets arbeid v/ styresekretær og kontorleder
31.08.16	Tillitsvalgte og vernetjenesten. DNLF, FF, NSF og vernetjenesten
01.09.16	Brukerutvalget v/leder og nestleder

### Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
24.10.16	Oversendelse av funn fra revisjonen til administrerende direktør
24.10.16	Oversendelse av funn fra revisjonen til styreleder
27.10.16	Verifiseringsmøte med styret v/styrets leder
28.10.16	Verifiseringsmøte med administrerende
28.11.16	Oversendelse av utkast rapport
05.01.17	Tilbakemelding fra helseforetaket på utkast rapport (tentativt)
13.01.17	Oversendelse av endelig rapport
31.01.17	Presentasjon av rapport i helseforetakets ledermøte
17.02.17	Behandling av rapport i helseforetakets styre