




# Revisjonsrapport Sørlandet sykehus HF 5/2016

## Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
Dato: 2.6.2016  
*erstatte 30.5.2016*

Rapport nr.	6/2016
Revisjonsperiode	Mars - april 2016
Virksomhet	Sørlandet sykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Sørlandet Sykehus HF v/styreleder Administrerende direktør Sørlandet sykehus 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 Torun Vedal, internrevisorer Lene Bjøntegaard, Tuva Elgaaen, Sissel Korshavn

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn og beskrivelse av området.....	5
1.2 Formål, mål og problemstillinger .....	5
1.3 Tilnærming og avgrensning.....	6
1.4 Metode .....	7
1.5 Intern styring og kontroll .....	7
1.6 Revisjonsgrunnlag.....	8
1.7 Revisjonskriterier .....	9
2.0 Observasjoner og funn .....	10
2.1 Problemstilling 1 .....	10
2.2 Problemstilling 2.....	15
3.0. Hovedkonklusjon .....	20
Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, intervjuer, samtaler og rapportbehandling .....	21

*Erstatter revisjonsrapport 5/2016 dato 30.5.2016*

*Følgende endringer er gjort:*

*side 16 Endringer vist i kursiv*

*side 18 Punkt strøket*

## Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av konsernrevisjonens revisjon "Tiltaksarbeid etter revisjoner" i Sørlandet sykehus HF i perioden mars - april 2016. Revisjonen har kartlagt om tiltaksarbeidet 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 revisjonene bidrar til læring og varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt fra konsernrevisjonen.

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 å kartlegge og vurdere om helseforetakene har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert i helseforetakets ledelse.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011, oppfølgingsrevisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2013, samt revisjon av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten fra 2014.

Vi har valgt å belyse dette gjennom følgende 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?*

## Oppsummering problemstilling 1

Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks, og instruksene er samstemt i forhold til roller og ansvar for internkontroll og virksomhetsstyring.

Styret følger opp revisjoner og tilsyn, men helseforetakets praksis for å påse at saker settes opp til videre behandling i styret, er ikke dokumentert.

Helseforetaket har på overordnet nivå etablert praksis for oppfølging av revisjoner og tilsyn, men det gjenfinnes i mindre grad på klinikk - og avdelingsnivå og oppfølgingsarbeidet er i liten grad dokumentert i styrende dokumenter. Avdelingsledere og enhetsledere har ikke fått sine driftsavtaler.

Resultater fra revisjoner utført av konsernrevisjonen vurderes for prioritering av tiltaksarbeidet, og områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

Helseforetaket har utarbeidet tiltakslistene for hvert av de tre områdene som ble revidert i 2014-revisjonen, men helseforetakets praksis for utarbeidelse av handlingsplaner er ikke beskrevet i prosedyre og helseforetaket dokumenterer ikke vurderinger av hva som kan begrense gjennomføringen av planlagte tiltak. For områdene virksomhetsstyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er flere av fristene for lukking av tiltak ikke overholdt.

Helseforetaket har tertialvis rapportering av tilsyn som beskriver gjennomførte tilsyn og status på disse, men oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen inngår ikke i denne.

### **Oppsummering problemstilling 2**

Prosedyrene for kvalitetsutvalg "Kvalitetsutvalg overordnet - mandat" (OKU) gir føringer for at utvalget skal ivareta læring av uønskede hendelser og ivareta pasientsikkerhet, men utvalgene benyttes i liten grad som arena for læring etter revisjoner utført av konsernrevisjonen, og erfaringer fra revisjoner som diskuteres i ledermøtene blir ikke dokumentert.

Helseforetaket er lite kjent med, og har ikke fulgt opp anbefalinger gitt i nasjonal rapport for medisinsk kodepraksis. Overordnede prosedyrer for medisinsk koding er av nyere dato og det er dermed en fare for at de ikke er kjent eller implementert i sin helhet. Helseforetaket kan ikke fremvise overordnet oversikt over status for arbeid med medisinsk kodepraksis.

Helseforetaket har overordnet prosedyre for styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, men den er av nyere dato og det er dermed en fare for at den ikke er kjent eller implementert i sin helhet. Det er uklart hvor vidt tiltaksarbeidet er avsluttet og overført ordinær drift eller ikke.

Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet knyttet til faste indikatorer, men helseforetaket har ikke definert ønsket mål og toleranse for variasjon for flere av indikatorene helseforetaket monitorerer på.

### **Hovedkonklusjon**

Målet med denne revisjonen har vært 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.

Helseforetaket kom noe sent i gang med tiltaksarbeidet etter 2014-revisjonen, men er nå i gang med å gjennomføre egne tiltakslistene. Tidsfristene er imidlertid ikke holdt på sentrale områder og dette vurderer konsernrevisjonen kan være en vesentlig årsak til at enkelte tiltak i fremdriftsplanen for prosjektet "Endre organisasjonsmodell" også er forskjøvet.

For å oppnå gjennomgående forankring av gjeldende mål og krav for helseforetaket vurderer konsernrevisjonen det viktig at ledere, som planlagt, får driftsavtaler der ansvar, krav og mål dokumenteres og månedlig følges opp. Dette vil skape kontinuitet og struktur i det daglige arbeidet for den enkelte leder.

Ut fra analyser av de nasjonale kvalitetsparameterne for det pasientadministrative arbeidet i månedsrapportene er det vanskelig å vurdere om tiltaksarbeidet har medført varig forbedring og dersom helseforetaket definerer ønsket mål og toleranse for variasjon for flere av indikatorene vil det være enklere å gjøre en slik vurdering.

Tiltaksarbeidet kan styrkes dersom erfaringsoverføring systematiseres i helseforetakets formelle arenaer, som kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg og i lederlinjen, slik at læringseffekten øker.

## 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.

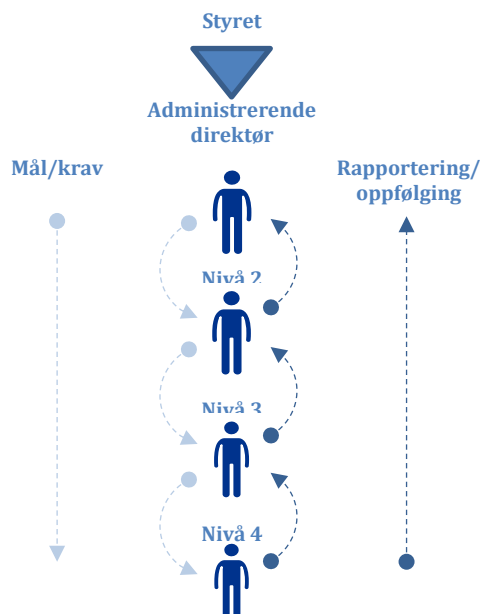
### 1.2 Formål, mål og problemstillinger

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:

*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 den regulære virksomhetsstyringen. For å undersøke dette er det tatt utgangspunkt i oppfølgingsrevisjonen av det pasientadministrative arbeidet i 2013 og 2014-revisjonen.



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

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.

*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 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 fra 2011 og oppfølgingsrevisjonen av det pasientadministrative arbeidet i 2013.

Revisjonen undersøker om helseforetaket monitorer 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.



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 Tilmærming og avgrensning

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

Årstill	Revisjoner gjennomført i SSHF
2014	Revisjon av områdene virksomhetsstyring, ressursstyring, og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
2011/2013	Revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene – fase 1

**Figur 1: Revisjoner gjennomført i SSHF**

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis 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. Sørlandet sykehus HF ble ikke valgt ut for fase 2. Resultater og konklusjoner i hovedrapport Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis oktober 2011, bygger imidlertid på datagrunnlaget for begge fasene i revisjonen, og de anbefalinger som ble gitt gjelder for alle landets helseforetak med somatisk virksomhet.

Revisjonen av det pasientadministrative arbeidet i Helse Sør-Øst omfattet alle helseforetakene, og ble gjennomført i 2011 og 2013. Formålet med revisjonene var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak, ved styret og foretakets eier, om helseforetakene hadde etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas. I 2013 ble det foretatt oppfølgingsrevisjoner. Formålet med oppfølgingsrevisjonene var å undersøke om helseforetakene hadde fulgt opp anbefalingene i konsernrevisjonens rapporter, herunder om styrevedtatte handlingsplaner var gjennomført som forutsatt, og om tiltakene hadde gitt resultater. På bakgrunn av funn og vurderinger i oppfølgingsrevisjonen i Sørlandet sykehus HF anbefalte konsernrevisjonen at helseforetaket utarbeidet en handlingsplan slik at den kunne imøtekomme alle anbefalingene som ble gitt i revisjonsrapport 4/2011, og at helseforetaket aktivt skulle bruke handlingsplanen i forbindelse med planlegging, gjennomføring og oppfølging av tiltaksarbeidet.

Revisjon av områdene virksomhetsstyring, kompetansestyring, ressursstyring og utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten ble gjennomført i helseforetakene i Helse Sør Øst i 2014. I Sørlandet sykehus HF ble områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten revidert. På bakgrunn av funn og vurderinger i 2014-revisjonen i Sørlandet sykehus HF anbefalte konsernrevisjonen at helseforetaket iverksatte ulike tiltak for å styrke helhetlig virksomhetsstyring.

#### **1.4 Metode**

Revisjonen er utført ved bruk av intervjuer og dokumentgjennomgang.

Helseforetaket har denne våren innført endret organisasjonsmodell som blant annet innbefatter at klinikkorganiseringen i Sørlandet sykehus HF går fra en tverrgående struktur for fagområdene medisin og kirurgi til stedlige klinikker med klinikkdirektører i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. For å sikre at avdelinger som ble revidert i 2014 ble fulgt opp i denne revisjonen har konsernrevisjonen valgt å inkludere alle klinikker med klinisk virksomhet i revisjonen, og følgende nivåer er blitt intervjuet: Styreleder og nestleder, administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, klinikkdirektører i de fire klinikkene, og avdelingsledere. Flere av informantene hadde sine rådgivere med i intervjuet. Detaljert oversikt på de som er intervjuet finnes på siste side. Revisjonsteamet har i tillegg hatt informasjonsmøter med påtroppende og avtroppende leder av helseforetakets brukerutvalg og foretakstillitsvalgte og hovedverneombud.

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

#### **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 3: 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 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 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 skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.
3. Helseforetaket har styrende dokumenter som gir føringer for hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.
4. Resultater fra revisjoner utført av konsernrevisjonen vurderes for prioritering av tiltaksarbeidet, og områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.
5. Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen 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 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 revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at instruks for styret og 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.

#### **Revisjonen viser:**

Instruks for styret Sørlandet Sykehus HF er samstemt med instruks for administrerende direktør og innholdet er i overensstemmelse med "Veileder for styrearbeid i helseforetak". Innhold i mal for instruks fra RHF er benyttet.

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

Ingen funn.

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

*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.*

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. 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. Sakene 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 godkjenner årsplaner for kommende år i desember og planen oppdateres i hvert styremøte. I tillegg har helseforetaket en oppfølgingsliste (pendingliste) hvor saker som skal opp i senere styremøter settes opp. Styreleder og administrerende direktør har dialog ved behov utover behandlingen av saker i styremøtet.

Styrets årsplan for 2014 og 2015 viser når revisjoner utført av konsernrevisjonen følges opp, og protokoller viser at styret har fått fremlagt saker i henhold til denne. Styret holdes orientert om

status for oppfølging av revisjon av det pasientadministrative arbeidet og styresakene er fremstilt konsise og har vedlagt handlingsplan som beskriver fremdrift og tiltak.

Status for 2014-revisjonen er fulgt opp i flere styresaker, første gang i sak 078-2015. Handlingsplanene for virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivning av pasienter til kommune-helsetjenesten er vedlagt. I protokoll ber styret om at det rapporteres på gjennomføring av tiltakene. Revisjonen ble sist fulgt opp i styresak 005-2016. Saksfremleggene er konsist fremstilt og opplysningene er sortert for hvert av de tre områdene revisjonen har omfattet.

Status for revisjon av det pasientadministrative arbeidet har vært hyppig behandlet i styremøter i 2013-2015. Styrets årsplan for 2015 viser at handlingsplanen for det pasientadministrative arbeidet ble sist satt på styrets agenda 18. juni 2015. I oppfølgingslisten fremkommer det at styret ber om status på pasientadministrativt arbeid hvert halvår.

Styreleder gir uttrykk for at saksfremleggene er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.

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

- I styrets årsplan for 2016 er det ikke tidsbestemt når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal på styreagendaen.

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Styret følger opp revisjoner og tilsyn, men helseforetakets praksis for å påse at saker settes opp til videre behandling i styret, er ikke dokumentert. Det anbefales at oppfølgingen beskrives for å sikre oppfølging i tråd med beslutninger som fattes. Likeledes vil det være hensiktsmessig at styresaker som skal følges opp følger styrets besluttede intervaller og hvor årsaken til en eventuell utsettelse fremkommer, slik at dette blir kommunisert til styret.

#### ***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 revisjonsgrunnlaget 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. Det forventes at det er definert hvem som har det overordnede ansvaret for oppfølgingsarbeidet, at rolle og ansvar er definert og at det utpekes person(er) som har fått delegert oppgaver med å følge opp den konkrete revisjon utført av konsernrevisjonen. Oppgaver for linjeledere/rådgivere som skal implementere forbedringsarbeidet bør være kommunisert.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetakets prosedyre "Virksomhetsstyring i SSHF" fra februar 2016 beskriver ansvar og forpliktelser for ledere. Prosedyre "Interne revisjoner SSHF" gir føringer for hvordan helseforetakets revisjoner skal benyttes som en del av administrerende direktørs system for styring og kontroll. Dokumentene er godkjent og ligger tilgjengelige i EKWeb.

Arbeidet med 2014-revisjonen er i styresak 078-2015 delegert til organisasjonsdirektør, og de tre områdene følges opp av økonomidirektør (virksomhetsstyring), fagdirektør (utskrivning av pasienter i kommunehelsetjenesten) og organisasjonsdirektør (ressursstyring).

Arbeidet med å følge opp det pasientadministrative arbeidet ble i styresak 099-2013 lagt til Klinikkenes arbeidsutvalg (KA). I desember 2014 (styresak 099-2014) ble det overordnede ansvaret overført til klinikk for Teknologi og e-helse. Driftsavtaler 2016 for klinikkdirektører og avdelingssjefer beskriver ansvaret for implementering av tiltak etter 2014-revisjonen og det pasientadministrative arbeidet.

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

- I eksisterende prosedyrer er det ikke beskrevet hvordan revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp.
- Driftsavtaler er ikke inngått for alle ledere, og mal for driftsavtaler for seksjonsledere og enhetsledere foreligger ikke.

#### **Vurdering og anbefaling**

---

- Helseforetaket følger opp revisjoner utført av konsernrevisjonen, men oppfølgingen av den enkelte revisjon ivaretas i dag gjennom administrerende direktør sine ledermøter der det defineres hvem som får i oppgave å følge opp den konkrete revisjonen. Det anbefales at oppfølgingen av revisjoner utført av konsernrevisjonen inkluderes i helseforetakets eksisterende prosedyrer, videre at driftsavtaler for alle besluttede ledernivåer etableres, og hvor det der fremkommer forventninger til hvordan revisjonene skal håndteres og følges opp.

#### ***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 i denne revisjonen at funn i revisjoner utført av konsernrevisjonen som vurderes til å ha høy risiko, inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

#### **Revisjonen viser:**

"Strategiplan for 2015-2017 SSHF" formidler at man skal identifisere og analysere forbedringsområder ved hjelp av risikovurderinger. Helseforetaket har etablert prosedyre "Risikovurdering". Hensikten med prosedyren er å øke risikotenkning i alle deler av virksomheten og på en systematisk måte utnytte fagkunnskapen.

Tertialrapportene for 2015 inneholder risikomatrix med påfølgende iverksatte og planlagte tiltak. Det pasientadministrative arbeidet og enkelte områder innenfor 2014-revisjonen er inkludert i overordnet risikovurdering. Det bekreftes gjennom intervju med helseforetakets ledergruppe at funnene fra revisjoner diskuteres og at elementer fra revisjonene innlemmes i HF's overordnede risikovurdering i tertialrapporteringen.

### Revisjonen viser imidlertid:

Ingen funn.

### Vurdering og anbefaling

---

- Resultater fra revisjoner utført av konsernrevisjonen vurderes for prioritering av tiltaksarbeidet, og områder med høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

***Revisjonskriterie 5: Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen er startet opp, og er i rute i henhold til plan.***

I henhold til revisjonsgrunnlaget skal helseforetaket ha styrende dokumenter som beskriver at planer for tiltaksarbeid skal inneholde ansvarsatte og tidsatte tiltak, vurdering av resultatoppnåelse og effekt, samt plan for statusrapportering. Det forventes videre at helseforetaket gjør en vurdering av hva som kan hemme gjennomføring av tiltakene i handlingsplanene, og at dette skal danne grunnlag for utarbeidelse av planer. Dersom tiltaksarbeidet er inkludert i helseforetakets øvrige planer må dette fremgå. Det forventes at handlingsplanen styrebehandles. Det forventes videre at helseforetaket har satt i gang tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen, og at det finnes dokumentasjon som beskriver status for om tiltaksarbeidet er i rute i henhold til plan.

### Revisjonen viser:

Helseforetaket har utarbeidet tiltakslistene for hvert av de tre områdene som ble revidert i 2014-revisjonen; virksomhetsstyring, ressursstyring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Styresak 078-2015 viser at tiltakslistene inneholder anbefalinger gitt av konsernrevisjonen, tiltak, problemstilling hentet fra rapporten, status angitt som rød/gul/grønn som representerer hvor langt man er kommet i gjennomføring av tiltakene. Ansvar og frister er satt.

Saksfremlegg og vedlegg til styresak 005-2016 beskriver status for gjennomføring av tiltakene. For området ressursstyring er helseforetaket ajour med de fleste tiltakene.

### Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetakets praksis for utarbeidelse av handlingsplaner er ikke beskrevet i prosedyre.
- Helseforetaket dokumenterer ikke vurderinger av hva som kan hemme eller begrense gjennomføringen av planlagte tiltak som for eksempel kompetanse, budsjettmidler, kapasitet, motkrefter og kulturelle ulikheter.
- For områdene virksomhetsstyring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten er flere av fristene for lukking av tiltak ikke overholdt.

---

### Vurdering og anbefaling

---

- Helseforetakets styrende dokumenter er ikke dekkende for hva handlingsplaner skal inneholde. Det anbefales at helseforetaket dokumenterer dette.
- Manglende dokumentasjon på gjennomføringsevne synliggjør ikke hvilke vurderinger helseforetaket har gjort seg av hva som kan hemme tiltaksarbeidet. Det anbefales at

helseforetaket dokumenterer sine vurderinger av hva som kan hemme gjennomføring av tiltak, og at denne vurderingen legges til grunn i utarbeidelse av tiltaksplaner.

- Manglende lukking av tiltak, spesielt i forhold til tiltaksplan for virksomhetsstyring, vil kunne få konsekvenser for gjennomføring og implementering i henhold til fremdriftsplan av endret organisasjonsmodell. Det anbefales at helseforetaket utarbeider en oversikt over de tiltak som gjenstår å lukke, og ser dette i sammenheng med de områdene som er forsinket i henhold til helseforetakets fremdriftsplan for innføring av endret organisasjonsmodell.

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

I henhold til revisjonsgrunnlaget skal helseforetaket ha styrende dokumenter 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 tas opp regelmessig på oppfølgingsmøter mellom nivåene. Status bør følges opp i administrerende direktør sitt ledermøte, hvor referatene inkluderer aksjonspunkter til bruk i det videre oppfølgingsarbeidet. Det forventes å finne føringer for at ledere på alle nivåer skal følge opp revisjoner utført av konsernrevisjonen, og at tiltaksarbeidet blir gjennomført.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetakets føringer for rapportering og oppfølging er beskrevet i prosedyrene "Virksomhetsstyring - SSHF" og "Oppfølgingsmøter SSHF". Prosedyrene er godkjent februar 2016.

Tertialrapportene i helseforetaket inneholder risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Enkelte områder innenfor revisjoner utført av konsernrevisjonen er beskrevet. Helseforetaket har tertialvis rapportering av tilsyn som beskriver gjennomførte tilsyn og status på disse. I de månedlige virksomhetsrapportene rapporteres det på nasjonale kvalitetsindikatorer som er relatert til revisjonen av det pasientadministrative arbeidet.

I henhold til overordnet møteplan for helseforetaket avholdes det faste og regelmessige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkdirektører. Oppfølgingsmøtene har fast agenda der status for det pasientadministrative arbeidet er et av punktene. Det utarbeides referat og tiltaksliste fra oppfølgingsmøtene.

2014-revisjonen har vært behandlet i ledermøtene flere ganger i 2015. I sak 42-2015 sluttet ledergruppen seg til forslag for organisering av arbeidet, i sak 97-2015 ble forslag til tiltak gjennomgått, i sak 107-2015 ble forslag til fremdriftsplaner for ressursstyring og samhandling gjennomgått, i sak 139-2015 ble det orientert om høringsrunde i klinikkene, og videre ledergruppens beslutning om videre arbeid, i sak 078-2015 ble forslag til handlingsplaner for alle tre områdene vedtatt og hvordan disse skulle følges opp. I sak 005-2016 ble det orientert om status.

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

- Prosedyrene "Virksomhetsstyring - SSHF" og "Oppfølgingsmøter SSHF" beskriver ikke hvordan tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn skal rapporteres og følges opp.
- Status for tiltaksarbeid etter revisjoner inngår ikke i helseforetakets rapporteringssystem.

- Referater fra oppfølgingsmøtene for 2015 viser at revisjoner og tilsyn ikke har vært tatt opp, med unntak av tidligere kirurgisk klinikk hadde utskriving av pasienter på agendaen 30.01.15.
- Revisjon av det pasientadministrative arbeidet har ikke blitt behandlet i ledergruppen i 2015.

## Vurdering og anbefaling

- Helseforetaket har tertialvis rapportering av tilsyn som beskriver gjennomførte tilsyn og status på disse, men oppfølging av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen inngår ikke i denne. Helseforetaket har ikke egen rapportering på revisjoner utført av konsernrevisjonen. Konsernrevisjonen vurderer at manglende systematisk rapportering på oppfølging av tiltaksarbeidet kan svekke mulighet til å gjennomføre tiltaksarbeidet. Det anbefales at helseforetaket tydeliggjør forventninger til oppfølgingen i styrende dokumenter, og innlemmer revisjoner utført av konsernrevisjonen i helseforetakets oversikt som inngår i den ordinære rapporteringen. Det anbefales videre at tiltak som skal gjennomføres for å nå mål inkluderes i oppfølgingsmøter med den enkelte leder.

## 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 anbefalinger som er gitt?**

*Revisjonskriterie 7: Helseforetaket har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og 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 at resultater av tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn bidrar til læring og forbedring. For å fremme læring og forbedring forventes det at helseforetakets kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg setter temaer knyttet til revisjoner utført av konsernrevisjonen 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:

Helseforetaket vedtok i styresak 003-2015 "Strategiplan 2015-2017 for Sørlandet Sykehus". Strategien gir føringer for å følge opp, implementere ny praksis, sikre videreføring og dele erfaringene etter forbedringsarbeid.

Prosedyre "Kvalitetsutvalg overordnet - mandat" (OKU) gir føringer for at utvalget skal ivareta læring av uønskede hendelser og ivareta pasientsikkerhet. Prosedyre "Kvalitetsråd Klinikkvise - mandat" gir føringer for at rådene skal ha fokus på forbedringsarbeid. Gjennomgang av referater fra OKU for 2015 viser at utvalget setter saker på dagsorden knyttet til overordnede spørsmål for kvalitet og pasientsikkerhet. 2014-revisjonen har vært drøftet i OKU sak 31-2015. Tidligere kirurgisk og medisinsk klinikk innlemmet tilsynssaker i øvrige saker som ble behandlet i kvalitetssrådet.

Klinikkenes arbeidsutvalg (KA), som er organisert på helseforetaksnivå har en sentral rolle i tiltaks- og forbedringsarbeidet for det pasientadministrative arbeidet. Avdelingene har også andre foraer, som morgenmøte for legene, der læring og forbedring er i fokus.

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

- I prosedyrene "Kvalitetsutvalg overordnet - mandat og "Kvalitetsråd Klinikkvise - mandat" gis det ikke føringer for at kvalitetsutvalgene/-rådene skal sikre læringseffekten etter revisjoner og tilsyn og at dette skal føre til forbedring.
- Det fremgår i intervju at ledermøter er en arena for læring og forbedring, men praksis for å ta opp saker dokumenteres ikke.
- Temaer knyttet til revisjonene pasientadministrativt arbeid og medisinsk kodepraksis har ikke i 2015 vært på dagsorden i overordnet kvalitetsutvalg eller i klinikkenes kvalitetsråd.
- *Punktet strøket*

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket mangler føringer for at overordnet kvalitetsutvalg og klinikkvise kvalitetsråd skal ta opp temaer knyttet til læring og forbedring etter revisjoner og tilsyn. Overordnet kvalitetsutvalg og klinikkenes kvalitetsråd benyttes i liten grad som arena for læring etter revisjoner utført av konsernrevisjonen, og erfaringer fra revisjoner som diskuteres i ledermøtene blir ikke dokumentert. Konsernrevisjonen anbefaler at arbeidet systematiseres og styrkes, slik at læringseffekten øker.

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

I henhold til revisjonsgrunnlaget 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:**

Helseforetaket har overordnet prosedyre "Medisinsk koding i SSHF" som beskriver ansvar og oppgaver for medisinsk koding i helseforetaket. Prosedyren ble godkjent 14.12.2015 og ligger tilgjengelig i EKWeb.

Praksis for oppfølging av medisinsk koding har vært ulik i tidligere kirurgisk og medisinsk klinikk. Siden ny klinikkstruktur ble opprettet 01.01.16 har ordningene blitt videreført. Gjennom intervjuene fremkommer det at felles løsning som velges for helseforetaket eller for hver enkelt klinikk ikke er avgjort. Det er opprettet et prosjekt for felles kodepraksis som skal vurdere dette. Det er ikke gitt opplysninger om når dette skal ferdigstilles.



Gjennom intervju fremgår det at helseforetaket har ulike oppfatninger om det er utfordringer knyttet til IT-systemer for gjennomføring av medisinsk koding. De nye kodene er vanskelige å finne og "Finn kode" er lite tilgjengelig på grunn av dårlig nett.

I kirurgisk klinikk ble det gitt obligatorisk grunnopplæring for turnuskandidater og nytilsatte leger to ganger pr år, og det var årlig gjennomgang av "nyheter" for å sikre korrekt medisinsk koding. I tidligere medisinsk klinikk ble det gitt føringer for opplæring i primærkoding og opplæring og kvalitetssikring av medisinsk koding. Analysesenteret har gjennomført internrevisjoner 2012, 2013, 2014 og 2015 med den hensikt å gi tilbakemelding på egen praksis. Dette i henhold til prosedyre "Kvalitetssikring medisinsk koding".

I prosedyre "Varsling av kritikkverdige forhold" fremkommer det hvordan ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold i helseforetaket i henhold til føringer i arbeidsmiljøloven. Prosedyren oppfordrer avsender til å varsle via avvikssystemet TQM, og oppgir også e-postadresse og mobiltelefonnummer til helseforetakets jurist slik at kontakt kan gå direkte.

Kodingen følges opp i linjen og klinikkdirektør har det overordnede ansvaret. Medisinsk kodepraksis er tatt opp en gang i ledergruppen i 2015, sak 133-2015. Saken omhandlet endringer i kodeverk og opplæring med Analysesenteret.

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

- Anbefalingene gitt i nasjonal rapport i 2011 for medisinsk kodepraksis er ikke behandlet som egen styresak eller i administrerende direktør sine ledermøter i SSHF, og helseforetaket har ikke utarbeidet plan for tiltaksarbeid eller utpekt ansvarlig for å følge opp anbefalingene gitt i rapporten.
- Helseforetakets risikovurderinger innebærer ikke medisinsk kodepraksis i perioden 2013-2015.
- Helseforetaket kan ikke fremvise oversikt over hvem som har fått opplæring i medisinsk koding.
- Prosedyren, "Varsling av kritikkverdige forhold" beskriver ikke at varsler kan være anonym.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket er lite kjent med, og har ikke fulgt opp anbefalingene gitt i nasjonal rapport for medisinsk kodepraksis. Overordnede prosedyrer for medisinsk koding er av nyere dato og det er dermed en fare for at de ikke er kjent eller implementert i sin helhet. Konsernrevisjonen anbefaler at den planlagte gruppen som skal vurdere fremtidige organisering av arbeidet gjør en overordnet risikovurdering av medisinsk kodepraksis, og ut fra denne utarbeider plan for hvordan arbeidet skal følges opp. Det forventes videre at helseforetaket tar de nasjonale anbefalingene til etterretning og vurderer disse i sammenheng med ny organisering og oppfølging av medisinsk kodepraksis.

#### ***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:**

Helseforetaket har prosedyrer som regulerer det pasientadministrative arbeidet; "Pasientadministrativt arbeid ved SSHF-overordnet dokument for styring og kontroll" ble godkjent 29.02.16 og beskriver styring og overvåking. Prosedyre "DIPS kompetansekrav og opplæring, SSHF" ble godkjent 12.12.14, og beskriver hvordan alle nytilsatte og vikarer skal sikres grunnleggende kompetanse i DIPS. Prosedyre "Kvalitetsovervåking-Pasientadministrativt arbeid SSHF" ble godkjent 11.03.15 og beskriver ansvar og praksis for kvalitetsovervåking og gjennomføring av rapportering av det pasientadministrative arbeidet. Prosedyrene ligger tilgjengelig i EKWeb.

I styresak 058-2015 gis det status på handlingsplanen, og det fremgår at det fortsatt er områder som ikke er ferdigstillet. Disse er gradert som rødt eller gult. Det pasientadministrative arbeidet følges opp gjennom faste indikatorer og er integrert i regulær styring og kontroll i helseforetaket.

Helseforetaket har føringer for at alle nyansatte og vikarer skal ha opplæring i DIPS. Gjennom intervju går det frem at ansvaret for at nyansatte får opplæring er lagt til enhetsledere.

Styresakene fra 2014 gir fortløpende oversikt over hvilke tiltak som gjenstod pr klinikk/ansvarsområde. I styresak 099-2014, overføres det overordnede ansvaret for styring og kontroll til klinikk for teknologi. Den enkelte klinikk får ansvaret for implementering av resterende tiltak.

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

- Status for pasientadministrativt arbeid er ikke fulgt opp i henhold til styrets vedtak 058-2015 i juni 2015 om halvårlig oppfølging.
- Helseforetakets systemer gjør det mulig å skaffe oversikt over i hvilken grad ansatte mottar opplæring i DIPS, men det bekreftes gjennom intervjuer at ledere ikke anvender denne muligheten og har av den grunn ikke oversikt over hvem som har fått opplæring.
- Referatet fra oppfølgingsmøte i daværende klinikk Teknologi og e-helse 19.10.15 er ikke entydige i hvorvidt forbedringsarbeidet er avsluttet. *Revidert utgave av handlingsplanen har ikke vært i administrerende direktør sin ledergruppe eller i styret.*

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket har overordnet prosedyre for styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, men den er av nyere dato og det er dermed en fare for at den ikke er kjent eller implementert i sin helhet. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket følger opp styrets vedtak om halvårlig statusoppfølging med oversikt over hva som er utført og hva som gjenstår. Videre at helseforetaket følger opp føringer om årlig revisjon, og beslutningen om at den enkelte klinikk har ansvar for å påse implementering av aktuelle resterende tiltak.

### ***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. Helseforetaket har definert terskelverdi og mål for indikatorene det måles på, og kan vise til resultater for at det har skjedd forventet forbedring.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket følger utviklingen av det pasientadministrative arbeidet gjennom virksomhetsrapportene. Ledere får tilsendt informasjon fra enhet for virksomhetsdata (EVD). Hvis ønske om ytterligere informasjon kan dette bes om. Det bekreftes i intervju at dette blir gjort. De aktuelle parameterne fremgår i den månedlige virksomhetsrapporteringen som styrebehandles og som er gjenstand for vurdering i oppfølgingsmøtene i linjen.

Grafer for tre av parameterne er hentet fra virksomhetsrapport januar 2015 og januar 2016 og viser at antall ventende over ett år er i positiv endring og er jevnt synkende gjennom året. Fristbrudd har i januar 2015 til januar 2016 halvert, men med en større andel fristbrudd i perioden juni-september. Andel pasienter med direkte time er i positiv endring og har hatt en jevn økning både for klinikk psykisk helse og for somatikken.

Grafer for antall ventende pasienter uten kontakt og åpne dokumenter i DIPS er hentet fra styremøter i HSØ RHF styresaker 11-2015 og 16-2016. Grafen for åpne dokumenter i DIPS viser en positiv utvikling hvor antallet åpne dokumenter er redusert fra januar 2015 til januar 2016.

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

- Grafen for antall ventende pasienter uten kontakt (ny time) viser en økning fra januar -15 sammenliknet med januar -16.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet knyttet til faste indikatorer definert av Helse Sør-Øst RHF, men de har ikke definert ønsket mål og toleranse for variasjon for flere av indikatorene som monitoreres. Det gjør det vanskelig å vurdere om det har skjedd en forventet forbedring. Det anbefales at det gjennom helseforetakets monitorering, og i informasjon som gis til styret, tydelig fremgår ønsket mål, og på bakgrunn av disse om dette oppnås.

### 3.0. Hovedkonklusjon

Målet med denne revisjonen har vært 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.

Helseforetaket kom noe sent i gang med tiltaksarbeidet etter 2014-revisjonen, men er nå i gang med å gjennomføre egne tiltakslistene. Tidsfristene er imidlertid ikke holdt på sentrale områder og dette vurderer konsernrevisjonen kan være en vesentlig årsak til at enkelte tiltak i fremdriftsplanen for prosjektet "Endre organisasjonsmodell" også er forskjøvet.

For å oppnå gjennomgående forankring av gjeldende mål og krav for helseforetaket vurderer konsernrevisjonen det viktig at ledere, som planlagt, får driftsavtaler der ansvar, krav og mål dokumenteres og månedlig følges opp. Dette vil skape kontinuitet og struktur i det daglige arbeidet for den enkelte leder.

Ut fra analyser av de nasjonale kvalitetsparameterne for det pasientadministrative arbeidet i månedsrapportene er det vanskelig å vurdere om tiltaksarbeidet har medført varig forbedring og dersom helseforetaket definerer ønsket mål og toleranse for variasjon for flere av indikatorene vil det være enklere å gjøre en slik vurdering.

Tiltaksarbeidet kan styrkes dersom erfaringsoverføring systematiseres i helseforetakets formelle arenaer, som kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg og i lederlinjen, slik at læringseffekten øker.

## Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, intervjuer, samtaler og rapportbehandling

### Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Styrende dokumenter
Styresaker (saksfremlegg og protokoll)
Årshjul / årsplaner (HF og styret)
Instruksjer
Veileder for styrearbeid Helse Sør Øst
Virksomhetsrapporter
Virksomhetsplaner
Strategier
Handlingsplaner
Lederavtaler
Referater fra kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg nivå 1 og 2
Ledermøtoreferater fra nivå 1 og 2
Referater fra oppfølgingsmøter mellom nivå 1 og 2
Revisjonsrapporter
Analysjer av pasientadministrativt arbeid
Risikovurderinger

### Gjennomførte intervjuer og samtaler

Dato	Navn og tittel
11.2.2016	Styreleder Camilla Dunsæd og nestleder Kjell Pedersen-Rise Vareide
7.3.2016	Jan Roger Olsen administrerende direktør
8.3.2016	Per B. Qvarnstrøm, økonomidirektør og Annelaug Øygarden Brekke, økonomisjef
8.3.2016	Per Engstrand, fagdirektør og Kjetil Juva, samhandlingssjef
8.3.2016	Nina Føreland, organisasjonsdirektør og Bente Melhus, enhetsleder ressursstyring
9.3.2016	Oddvar Sæther, klinikkdirektør KPH
9.3.2016	Per W. Torgersen, teknologidirektør og Leif Steinar Brådland, avdelingsleder Klinisk IKT
9.3.2016	Arne Thommassen, avdelingsleder, DPS Strømme KPH
9.3.2016	Vegard Øksendal Haaland, avdelingsleder Psyk
12.4.2016	Nina Hope Iversen, klinikkdirektør SSK
12.4.2016	Øystein Berg, avdelingsleder Ortopedisk avdeling
12.4.2016	Tone Kr Hansen avdelingsleder - Kirurgiske senger
12.4.2016	Grete Erdvik, avdelingsleder - avdeling for anestesi
13.4.2016	Ole Rysstad, avdelingsjef Medisinsk avdeling
19.4.2016	Annette Echrict Solinski, klinikkdirektør

19.4.2016	Katrin Jahnke, avdelingsleder Kirurgi
19.4.2016	Trine Marie Nesheim, avdelingsleder Medisinsk avdeling
20.4.2016	Berit Grønning Nielsen, Klinikkdirektør og Siv Osen Ostermann, kst klinikkdirektør (til 7.3.16)
20.4.2016	Arne Martin Jakobsen, avdelingsleder Anestesiavdelingen

#### Gjennomførte informasjonsmøter

Dato	Navn og tittel
30.11.15	Brukerutvalget v/ avtroppende leder og påtroppende leder Håkon Steen
8.3.2016	Tillitsvalgte og hovedverneombud v/ Bjørg S. Nicolaisen FTV NSF, Arve Vesterfjell HTV NSF SSK, Bente Liv Hagen HTV NSF SSA, Lene Gundersen Peersen HTV NSF SSK, Gunn Eva Sundstøl HTV Fagforbundet SSK, Torill Skaiaa Førund HTV Fagforbundet SSA, Randi Torjussen HVO SSK, Jarle Kristensen HVO SSA, Egil Hagen drlf SSA, Hilde Fleitscher Ergoterapiforbundet FTV, Thor Erling Fosse Engemyr Ylf SSA, Merete Hoel Fagforbundet FTV

#### Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
9.5.2016	Oversendt utkast funn fra revisjonen til administrerende direktør
12.5.2016	Verifiseringsmøte av funn gjennomført
23.5.2016	Tilbakemelding på funn fra administrerende direktør
16.5.2016	Oversendt funn fra revisjonen til styreleder (skifte av styreleder, ikke utført)
27.5.2016	Verifiseringsmøte av funn gjennomført, tilbakemelding er gitt
30.5.2016	Oversendelse av rapport
15.6.2016	Styrebehandling av revisjonsrapport