




# Revisjonsrapport Sykehuset Innlandet HF 2/2016

## Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
02.03.2016

Rapport nr.	2/2016
Revisjonsperiode	Oktober - november 2015
Virksomhet	Sykehuset Innlandet HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset Innlandet HF v/styreleder Administrerende direktør Sykehuset Innlandet HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Oppdragseier	Konsernrevisor Liv Todnem
Revisor	Oppdragsleder Sissel Korshavn, internrevisorer Torun Vedal og Tuva Elgaen

## 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 Samlet vurdering og hovedkonklusjon .....	20
Hovedkonklusjon .....	20
Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, intervjuer, samtaler og rapportbehandling.....	21

## Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av konsernrevisjonens revisjon "Tiltaksarbeid etter revisjoner" i Sykehuset Innlandet HF i perioden oktober - november 2015. 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 revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring.

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

Revisjonen er gjennomført i de divisjonene som ble revidert i 2014, det vil si divisjon Lillehammer og divisjon Psykisk helse. I tillegg til linjen har sentral stab vært inkludert i revisjonen. Revisjonsteamet har i også hatt informasjonsmøter med administrasjonsleder, leder og nestleder av helseforetakets brukerutvalg og foretakstillitsvalgte.

I dokumentgjennomgangen har konsernrevisjonen benyttet styresaker, helseforetakets styrende dokumenter, strategier og planer, dokumentasjon på rapportering og oppfølging, agenda og referater fra ledermøter nivå 1 og 2, og helseforetakets kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011, revisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2011 og 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?*

### Vurdering av problemstilling 1

Revisjonen viser at styret følger opp revisjoner og tilsyn, og at styret holdes orientert om status for arbeidet gjennom tertialrapporter og saksfremlegg.

På overordnet nivå har helseforetaket etablert strukturer og god praksis for å ha intern styring og kontroll for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Oppfølgingsarbeidet gjenfinnes imidlertid ikke i samme grad på divisjons- og avdelingsnivå. Helseforetaket kommuniserer mål for oppfølging av det pasientadministrative arbeidet og mål for alle områdene i 2014-revisjonen til ledere. Revisjonen viser imidlertid at ledere på divisjons- og avdelingsnivå ikke dokumenterer hvordan målene operasjonaliseres. Dermed er det utfordrende å gjenfinne tiltaksarbeidet på de ulike ledernivåene.

Helseforetaket har igangsatt en rekke tiltak etter 2014-revisjonen, og arbeidet er i rute på overordnet nivå i henhold til vedtatte planer.

## **Vurdering av problemstilling 2**

Revisjonen viser at helseforetaket har lagt til rette for at revisjoner og tilsyn skal bidra til læring og forbedring gjennom prosedyre for kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg på overordnet nivå, men at revisjoner i liten grad blir satt på dagsorden. Helseforetaket har nettverk for arbeid med medisinsk koding og pasientadministrativt arbeid. Erfaringene fra nettverkene tas imidlertid i liten grad opp i helseforetakets formelle arenaer, som ledermøter og kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg, med den hensikt å bidra til læring på områder nettverkene arbeider med. Når dette ikke tas opp, svekkes muligheten for forbedring på tvers i helseforetaket.

Helseforetaket har gjennomført flere tiltak for å følge opp den nasjonale revisjonen av medisinsk kodepraksis, men mangler oversikt over hva som er gjennomført av de anbefalinger gitt i hovedrapporten, og over gjennomføringen av egne handlingsplaner. Dermed finnes det ikke en beskrivelse av om det har skjedd en varig forbedring.

Status for tiltaksarbeidet av pasientadministrativt arbeid har vært hyppig behandlet i styremøter og ledermøter, men helseforetaket har ikke en status for hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen knyttet til faste indikatorer, men har ikke definert ønsket mål og toleranse for variasjon for alle indikatorene. Dette gjør det vanskelig å vurdere om det har skjedd en forventet forbedring.

## **Hovedkonklusjon**

Konsernrevisjonen ser at helseforetakets tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen, og da særlig tiltak som har blitt gjennomført i forhold til virksomhetsstyring, har bidratt til at det er lagt til rette for et godt system for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har på overordnet nivå etablert strukturer og en fast praksis for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Det er imidlertid utfordrende å gjenfinne systematikken i tiltaksarbeidet på samme måte på divisjons- og avdelingsnivå.

Ut fra analyser fra helseforetakets, måneds- og tertialrapporter er det vanskelig å vurdere om tiltaksarbeidet har medført en varig forbedring. Dersom helseforetaket i større grad tydeliggjør hva som forventes oppnådd av tiltaksarbeidet, vil det være enklere å gjøre en slik vurdering. Tiltaksarbeidet kan styrkes dersom erfaringsoverføring fra nettverksarbeidet 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* gjennomføres 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.

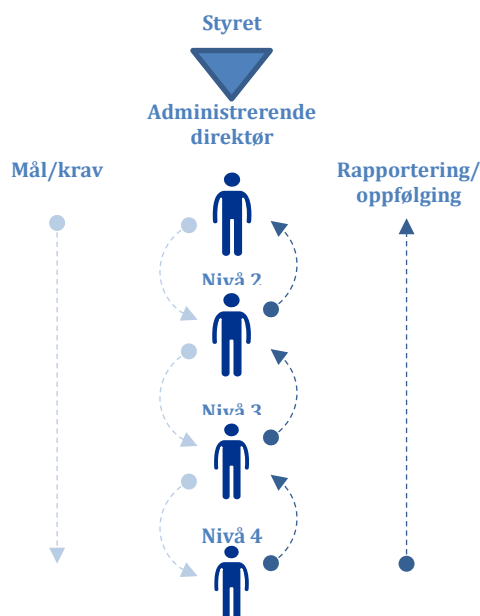
### 1.2 Formål, mål og problemstillinger

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 helseforetakets tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn er satt i system, og om revisjoner utført av konsernrevisjonen har bidratt til læring og forbedring.

Vi har valgt å belyse dette gjennom to problemstillinger:

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

For å kunne følge opp anbefalinger og implementere endringer, forutsettes det at helseforetaket har etablert et system som tilrettelegger for tiltaksarbeid etter revisjoner og tilsyn. På bakgrunn av dette undersøker revisjonen hvordan helseforetaket følger opp eget tiltaksarbeid, og ser på om beslutninger knyttet til tiltaksarbeid er forankret, fulgt opp og implementert i helseforetakets regulære virksomhetsstyring. For å undersøke dette er det tatt utgangspunkt i 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 konsernrevisjonens bidrar til læring og forbedring og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?*

For å undersøke om helseforetaket kan vise til resultatoppnåelse i forhold til de anbefalinger konsernrevisjonen har gitt i tidligere revisjoner, og om endret praksis er forankret og implementert i daglig drift, er det tatt utgangspunkt i nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011 og oppfølgingsrevisjonen av det pasientadministrative arbeidet i 2013.

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



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 SIHF
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 SIHF**

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.

Sykehuset Innlandet 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 denne revisjonen i Sykehuset Innlandet HF. Formålet med oppfølgingsrevisjonene var å undersøke om helseforetakene hadde fulgt opp anbefalingene i konsernrevisjonens revisjonsrapporter, herunder om styrevedtatte handlingsplaner for helseforetakene var gjennomført som forutsatt, og om tiltakene hadde gitt resultater.

På bakgrunn av funn og vurderinger i oppfølgingsrevisjonen i Sykehuset Innlandet HF anbefalte konsernrevisjonen at helseforetaket oppdaterte handlingsplanen fra 2011 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 virksomhetsstyring og intern styring og kontroll i kompetansestyling, ressursstyring og utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten ble gjennomført i helseforetakene i Helse Sør Øst i 2014. I Sykehuset Innlandet HF ble områdene virksomhetsstyring, ressursstyring og utskrivelse av pasienter til kommunehelsetjenesten revidert.

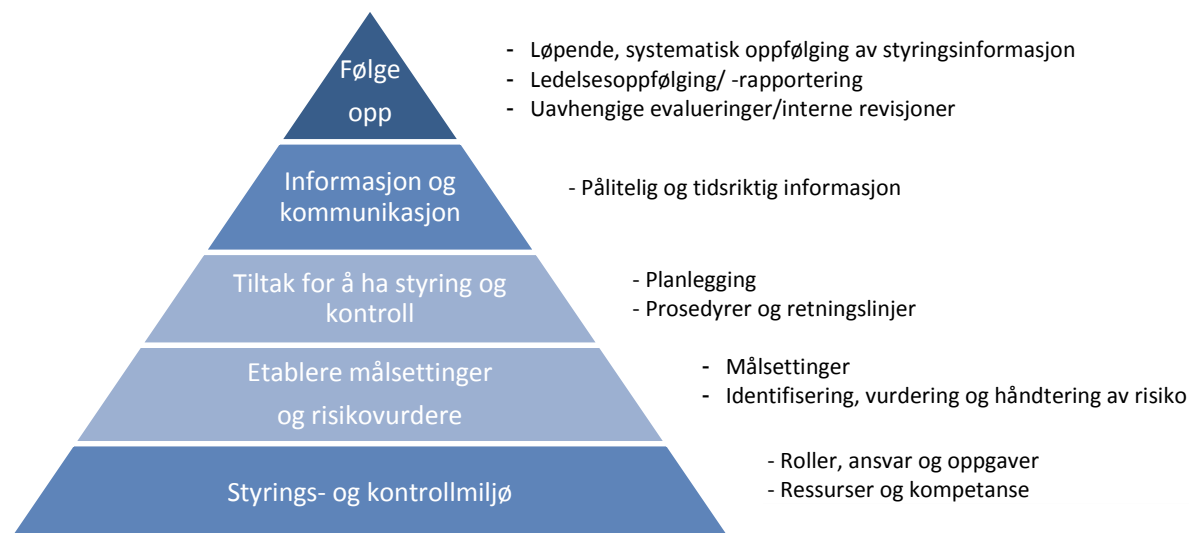
#### **1.4 Metode**

Revisjonen er utført ved bruk av intervjuer og dokumentgjennomgang. For å innhente informasjon har konsernrevisjonen valgt å inkludere ledere fra de samme divisjonene som ble revidert i 2014, det vil si divisjon Lillehammer og divisjon Psykisk helse. Følgende personer er intervjuet: Styreleder og nestleder, viseadministrerende direktør som stedfortreder for administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, divisjon Lillehammer v/divisjonsdirektør og avdelingsjefer, divisjon Psykisk helsevern v/divisjonsdirektør og avdelingsledere. Flere av informantene ønsket sine rådgivere med i intervjuet. Detaljert oversikt på de som er intervjuet finnes på siste side. Revisjonsteamet har i tillegg hatt informasjonsmøter med administrasjonsleder, leder og nestleder av helseforetakets brukerutvalg og foretakstillitsvalgte.

I dokumentgjennomgangen har konsernrevisjonen benyttet styresaker, helseforetakets styrende dokumenter, strategier og planer, dokumentasjon på rapportering og oppfølging, agenda og referater fra ledermøter nivå 1 og 2, og helseforetakets kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalg.

#### **1.5 Intern styring og kontroll**

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



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

- 2012: Krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og handlingsplaner som utarbeides skal angi tiltak, ansvar og frister. Krav til at fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styrene i helseforetakene. 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 ti revisjonskriterier. Disse presenteres fortløpende i kapittel 2.0.

## 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 Sykehuset Innlandet HF er samstemt med instruks for administrerende direktør og innholdet er i overensstemmelse med "Veileder for styrearbeid i helseforetak". Innhold i mal gitt i instruks fra RHF er benyttet.

#### **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. Saken skal fremstilles konsist, informasjonen skal være sortert og det vesentlige skal være trukket ut. Styresaker skal beskrive status på oppfølging, og om tiltaksarbeidet skjer i henhold til plan.

#### **Revisjonen viser:**

Styrets årsplan viser når revisjoner utført av konsernrevisjonen følges opp, og protokoller viser at styret har fått fremlagt saker til oppfølging i henhold til denne. Styret holdes orientert om status for oppfølging av alle revisjoner og tilsyn gjennom tertialrapportene.

Revisjon av pasientadministrativt arbeid har vært fulgt opp i styresaker flere ganger pr år siden 2013. I 2015 henholdsvis 20. mars, 28. mai og 3. september. Styresakene er fremstilt på en oversiktlig måte. Status er i tillegg rapportert i forbindelse med tertialrapporteringen i 2014 og 2015.

2014-revisjonen ble fulgt opp i styresak 002-2015. I denne styresaken er det vedlagt egen handlingsplan for virksomhetsstyring. Videre er tiltaksarbeidet etter utskriving av pasienter innarbeidet i handlingsplanen for kvalitet og pasientsikkerhet, vedtatt i styresak 49-2015. Tiltaksarbeidet etter revisjon av ressursstyring er innarbeidet i handlingsplan for HR-strategi, vedtatt i styresak 105-2014. Saksfremleggene er fremstilt konsist, informasjonen er sortert og det vesentlige er trukket ut. Status for oppfølging av 2014-revisjonen gjøres i tertialrapporteringen i henhold til styrevedtak 002-2015.

## Vurdering og anbefaling

---

- 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. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

### *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 en 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:**

Prosedyre SI/08.02-01 "Eksterne tilsyn-gjennomføring" gir føringer for hvordan arbeidet med oppfølging av revisjoner og tilsyn skal gjennomføres. Prosedyre SI/08.01-01 "Intern revisjon" beskriver hvordan helseforetakets egne revisjoner skal følges opp, og hvem som er ansvarlig for dette. Dokumentene foreligger i godkjent versjon og er tilgjengeliggjort i kvalitetssystemet.

Det er utpekt stabsdirektører eller avdelingssjefer i sentral stab som har fått delegert oppgaver for å følge opp de ulike områdene etter 2014-revisjonen, pasientadministrativt arbeid og medisinsk kodepraksis.

Oppgaver for linjeledere som skal implementere forbedringsarbeidet er kommunisert i gjennomgående lederavtaler. Disse omfatter forventninger knyttet til oppfølging av revisjon av pasientadministrativt arbeid, utskriving av pasient til kommunehelsetjenesten, ressursstyring og virksomhetsstyring. Alle ledere som er intervjuet har lederavtale der det presiseres at revisjonene skal følges opp.

## Vurdering og anbefaling

---

- Helseforetaket har styrende dokumenter som gir føringer for hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

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

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

**Revisjonen viser:**

Prosedyre SI/04.02.02-01 "Ledelsens gjennomgåelse" (LGG) beskriver at oppfølging av risikoutsatte områder skal dokumenteres gjennom LGG. Prosedyre SI/04.02.02-02 "Ledelsens gjennomgåelse-gjennomføring" fremviser kolonne for grad av risiko på de ulike områdene som beskrives.

Det bekreftes gjennom intervjuer at områder for prioriteringer av tiltaksarbeidet drøftes i helseforetakets ledermøte. LGG gjennomført i forbindelse med tertialrapporteringen viser at funn fra revisjon av pasientadministrativt arbeid og områdene i 2014-revisjonen er inkludert i overordnet risikovurdering.

**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 resultatmål og effektmål, ansvarsatte og tidsatte tiltak, vurdering av resultatoppnåelse og 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:**

Prosedyre SI/08.02-01 "Eksterne tilsyn-gjennomføring" gir føringer for at handlingsplanen skal inneholde tiltak, frister og ansvar for lukking.

Ressursstyring som inngikk i 2014-revisjonen inngår i handlingsplan HR-strategi 2015 og 2016, og utskrivning pasienter inngår i handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er sporbart og gjenfinnes lett. Det er utarbeidet egen handlingsplan for virksomhetsstyring og for det pasientadministrative arbeidet. Planene er oversiktlige og systematisk framstilt og inneholder mål, ansvarsatte og tidsatte tiltak.

I intervjuene fremkommer det at det både i ledermøter og i det ukentlige koordineringsmøtet for sentral stab diskuteres hva som kan hindre eller begrense gjennomføringen av planlagte tiltak.

Gjennomgang av handlingsplanene etter 2014-revisjonen viser at helseforetaket har igangsatt en rekke tiltak. Tertialrapport 1 og 2 for 2015 gir oversikt over status for områdene i 2014-revisjonen. Tertialrapport 2 2015 inneholder et vedlegg der det rapporteres på status på handlingsplan for virksomhetsstyring. Statuskolonnen viser at helseforetakets tiltaksarbeid i hovedsak er i rute. Ressursstyring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten er behandlet i egne styresaker og fulgt opp der.

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

- Prosedyren inneholder ikke krav til at handlingsplanene skal omfatte resultatmål, effektmål og plan for statusrapportering.
- Helseforetaket dokumenterer ikke vurderinger de gjør av hva som kan hemme eller begrense gjennomføringen av planlagte tiltak som for eksempel kompetanse, budsjettmidler, kapasitet, motkrefter og kulturelle ulikheter.
- Handlingsplanen for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten inneholder ikke beskrivelse av når tiltakene skal gjennomføres og hvem som har ansvar for gjennomføringen.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetakets føringer er ikke dekkende for hva handlingsplanen skal innholde. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket gir føringer for hva som søkes oppnådd med tiltaksarbeidet, oversikt over status for arbeidet og grad av måloppnåelse.
- 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.

#### ***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 på at ledere på alle nivåer skal følge opp revisjoner utført av konsernrevisjonen, og at tiltaksarbeidet blir gjennomført.

#### **Revisjonen viser:**

Prosedyre SI/02.02-04 "Virksomhetsstyring" gir beskrivelse av helseforetaket etablerte system for rapportering og oppfølging. Prosedyre SI/08.02-01 "Eksterne tilsyn-gjennomføring" beskriver at status for alle tilsyn, interne revisjoner, samt revisjoner utført av konsernrevisjonen skal rapporteres til styret hvert tertial.

Helseforetaket har styregodkjente maler for lederavtaler på alle nivåer. Status for inngåelse av lederavtaler følges opp gjennom oppfølgingsmøter og tertialrapporter. Lederavtalene inneholder mål for oppfølging av det pasientadministrative arbeidet og for alle områdene i 2014-revisjonen.

Det fremgår av intervju med stabsdirektørene at saker knyttet til oppfølging av revisjoner og tilsyn som skal styrebehandles, diskuteres i ukentlig koordineringsmøte, samt at dokumentene kvalitetssikres i dialog mellom styreleder og administrerende direktør i forkant av styremøtet. Helseforetaket har en praksis hvor styresaker som hovedregel behandles i ledermøtet før styrebehandling.

Det avholdes faste og regelmessige oppfølgingsmøter mellom nivå 1 og 2 og mellom 2 og 3 i henhold til overordnet møteplan for helseforetaket. Oppfølgingsmøtene har fast agenda, og det føres referat. Måned rapportene går gjennom i oppfølgingsmøtene.

Status for revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets tertialrapporter på divisjons- og foretaksnivå. Tertialrapportene inneholder status for arbeidet med tiltak/hovedaktiviteter for å følge opp 2014-revisjonen. Status for pasientadministrativt arbeid følges opp gjennom beskrivelse av området og utviklingen følges opp gjennom indikatorer. Måned rapportene på divisjons- og foretaksnivå inneholder tilsvarende informasjon knyttet til det pasientadministrative arbeidet. Revidert handlingsplan for pasientadministrativt arbeid ble behandlet i ledermøtene i sak 191-2013, 209-2013 og 241-2013. Tiltaksarbeidet for utskrivelse av pasient ble behandlet i sak 108-2015. Tiltaksarbeid for ressursstyring ble behandlet i sak 182-2015.

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

- Ledere på divisjon- og avdelingsnivå kan ikke vise til hvordan målene i lederavtalene knyttet til tiltaksarbeidet etter revisjonene er operasjonaliserte i for eksempel den enkelte leders plan for sin enhet.
- Referater fra oppfølgingsmøtene for divisjonene viser at temaer som er knyttet til tiltaksarbeidet har vært tatt opp i enkelte møter, men ikke på regelmessig basis.
- Handlingsplanene har ikke vært tatt opp i divisjonene sine ledermøter eller avdelingsmøter, og det bekreftes i intervjuene at de er lite kjent.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Når ledere på divisjon- og avdelingsnivå ikke kan dokumentere hvordan målene skal operasjonaliseres, er det utfordrende å gjenfinne tiltaksarbeidet. Konsernrevisjonen vurderer at manglende oppfølging og forankring av tiltaksarbeidet kan svekke mulighet til å gjennomføre arbeidet på de ulike nivåene. Det anbefales at helseforetaket tydeliggjør forventninger til oppfølgingen, og at tiltak som skal gjennomføres for å nå mål inkluderes i planer, og at dette tas opp i oppfølgingsmøter.

## 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:**

I helseforetakets strategi for “Kvalitet- og pasientsikkerhet 2014-2017” gis det føringer for at kvalitetsnettverk og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg nivå 1 og 2 skal ha fokus på læring og forbedring. Helseforetaket har etablert kvalitetsnettverk som har som oppgave å ha fokus på læring og forbedring.

I helseforetakets prosedyre SI/08.02-01 “Eksterne tilsyn – gjennomføring” gis det føringer for at revisjoner skal benyttes til læring og forbedring. I prosedyren SI/06.04-02 “Mandat - Kvalitet - og pasientsikkerhetsutvalg” beskrives det at pasientsikkerhetsutvalgene på foretaksnivå (SIKPU) skal sikre at funn fra eksterne tilsyn og interne revisjoner fører til forbedring på tvers av foretaket. Helseforetaket har, i henhold til egen prosedyre, etablert kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg på foretaksnivå og divisjonsnivå.

Gjennomgang av referater fra SIKPU for 2013, 2014 og 2015 viser at utvalget setter saker på dagsorden knyttet til læring i enkeltsaker. Læring etter helseforetakets interne revisjoner har vært satt på dagsorden vedrørende blodtransfusjoner mai 2014 og strålevern juni 2015. Pasientadministrativt arbeid ble tatt opp tre ganger i 2013.

### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Temaer knyttet til revisjoner og tilsyn har ikke vært på dagsorden i 2014 eller 2015 i SIKPU.
- I prosedyre SI/06.04-02 “Mandat - Kvalitet - og pasientsikkerhetsutvalg” er det ikke gitt føringer for at divisjonsvise kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (DKPU) skal sikre læringseffekt etter revisjoner og tilsyn.
- Temaer knyttet til læring og forbedring etter revisjoner og tilsyn settes, i følge intervjuer, ikke på dagsorden i DKPU.
- I intervju fremgår det at erfaringene fra nettverkene i liten grad tas opp i helseforetakets formelle arenaer, som ledermøter på divisjons- og avdelingsnivå, med den hensikt å bidra til læring på områder nettverkene arbeider.

- Helseforetaket mangler føringer for at divisjonsvise kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (DKPU) skal ta opp temaer knyttet til læring og forbedring etter revisjoner og tilsyn. Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene på nivå 1 og 2 benyttes i liten grad som arena for læring etter revisjoner utført av konsernrevisjonen, og erfaringer fra nettverkene settes ikke på dagsorden i divisjonenes ledermøter. 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:**

Som en del av oppfølging av Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis ble hovedrapporten behandlet i styresak 085-2012, og det ble fattet vedtak om tiltak som skulle gjennomføres for å sikre korrekt koding. I ledermøtesak 140-2014 behandlet ledermøtet et notat utarbeidet av fagdirektør der det ble fremmet forslag til tiltak for forbedringer på medisinsk koding. Medisinsk koding har etter dette vært på dagsorden i ledermøtet tre ganger.

Helseforetaket har prosedyre SI/15-09 "Pasientjournal-koding av medisinske diagnoser". Prosedyren er utarbeidet i 2011 og er under revisjon. Divisjon Lillehammer har, i henhold til helseforetakets føringer, egen prosedyre som beskriver nærmere praksis spesifikt for divisjonen. Divisjon Psykisk helsevern koder for eget område, og har prosedyre som regulerer dette.

I prosedyre SI/09.01.07-01 "Varsling-kritikkverdige forhold" fremkommer det hvordan ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold i helseforetaket i henhold til føringer i arbeidsmiljøloven. Prosedyren oppfordrer avsender til å identifisere seg for å sikre at rett og viktig informasjon blir gjengitt, dvs å sikre forsvarlig varsling. Varslingen kan gis ved personlig oppmøte, via e-post eller pr brev. Varsler har anledning til å være anonym.

Helseforetaket benytter NIMES (et verktøy for å sikre at somatiske sykehus i Norge utfører medisinsk koding på mest mulig korrekt vis) for å følge opp kodingen. I 2014 etablerte helseforetaket et kodenettverk som har som funksjon å bidra til lik forståelse og praktisering av det til enhver tid gjeldende regelverk. Kodenettverket skal sørge for gode rutiner i forbindelse med NPR-rapportering, avdekke behov for opplæring og være bindeleddet i egen divisjon til de kodeansvarlige. Helseforetaket har e-læringskurs for leger i medisinsk koding.

Analysesenteret AS har siden 2011, på vegne av helseforetaket, gjennomført årlige revisjoner av utvalgte områder innen medisinsk koding. Valg av områder diskuteres i kodenettverket og velges ut



med hensyn til usikkerhet om det kodes korrekt. Rapport etter revisjon av området sepsis ble behandlet i styresak 020-2013.

Gjennom intervju fremgår det at helseforetaket ikke har særskilte utfordringer knyttet til IT-systemer som benyttes for gjennomføring av medisinsk koding.

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

- Helseforetaket har ikke oversikt som beskriver status for gjennomførte tiltak som ble vedtatt jfr. styresak 085-2012 og ledermøtesak 140-2014 knyttet til medisinsk koding.
- For medisinsk koding har ikke helseforetaket systematisk oppfølging som viser utvikling for området over tid.
- Helseforetaket har ikke gjennomført risikovurdering av medisinsk koding siden 2012.
- Helseforetaket har ikke oversikt over i hvilken grad leger mottar opplæring i medisinsk koding, og det frem kommer i intervjuer utfordringer med å gjennomføre opplæringen.
- Oppgaver og ansvar for overlege/fagsjef som har fått i oppgave å følge opp medisinsk koding er ikke beskrevet.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket mangler status over gjennomførte tiltak knyttet til medisinsk kodepraksis for perioden 2012-2015. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket gjør en overordnet risikovurdering av medisinsk kodepraksis og at det ut fra denne utarbeides en plan for hvordan dette arbeidet skal følges opp.

#### ***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 prosedyre som beskriver kontrollrutiner i det pasientadministrative arbeidet, prosedyre SI/15.01.05-09 "DIPS – kontrollrutiner pasientadministrativt arbeid". Denne tydeliggjør roller, ansvar og oppgaver. Helseforetaket har også prosedyrer og sjekklister som beskriver at nyansatte skal ha opplæring i DIPS, ref prosedyre SI/09.01.09-06 "HR-nyansatt-Mottak av nyansatte" og SI/09.01.09-02 "Sjekkliste for opplæring av nyansatte".

Helseforetaket har igangsatt tiltaksarbeid etter oppfølgingsrevisjon av pasientadministrativt arbeid, og status for enkeltområder har vært hyppig behandlet i styremøter og ledermøter i 2013-2015. Tertialrapportene for 2014 og 2015 beskriver status innenfor enkelte områder.

Ansvarlig for oppfølging av det pasientadministrative arbeidet er lagt til avdelingssjef for kvalitet og pasientsikkerhet, som er underlagt fagdirektør. Arbeidet følges i hovedsak opp av fagkontroller som leder et nettverk bestående av divisjonskoordinatorer fra prosjektet "Glemt av sykehuset" etablert i 2012. Nettverket møtes ca 1/mnd, og arbeidet gjøres kjent via referater som sendes til divisjonsdirektørene. Det pasientadministrative arbeidet følges opp gjennom faste indikatorer, og er integrert i regulær styring og kontroll i helseforetaket

Helseforetaket har prosedyrer for at nyansatte skal ha opplæring i DIPS. Gjennom intervju kommer det frem at opplæring er avgjørende for å lykkes i forbedringsarbeidet.

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

- Styresakene for pasientadministrativt arbeid for 2014-2015 og statusrapporteringen i tertialrapportene gir ikke en oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført, og hva som eventuelt gjenstår med hensyn til handlingsplanen fra 2013. Det bekreftes at helseforetaket ikke har utarbeidet en slik oversikt.
- Informasjon om arbeidet i gruppen for divisjonskoordinatorer i "Glemt av sykehuset" viser ikke at det er jobbet systematisk med å følge opp handlingsplanen etter oppfølgingsrevisjonen for pasientadministrativt arbeid i 2013.
- 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.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Status for tiltaksarbeidet har vært hyppig behandlet i styremøter og ledermøter, men helseforetaket har imidlertid ikke oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Det anbefales at helseforetakets planlagte interne revisjon av det pasientadministrative arbeidet gir helseforetaket en slik oversikt, og at denne benyttes for å sikre oppfølging på områder der det fortsatt er risiko.

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

I henhold til revisjonsgrunnlaget bør helseforetaket gjennomføre tiltak for løpende å følge utviklingen og monitere 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 månedsrapporteringen og tertialrapportene. Det er mulig for ledere å gå inn i ledelsesinformasjonssystemet Min Side for å hente ut data for sin enhet. Det bekreftes gjennom intervju at dette blir gjort.

Konsernrevisjonen innhentet oversikt over utviklingen for 2014 og 2015 i divisjon Lillehammer og divisjon Psykisk helsevern for det pasientadministrative arbeidet. Grafer for følgende fem indikatorer ble mottatt: Antall ventende uten kontakt, fristbrudd, direkte time, ikke godkjente

dokumenter i DIPS og ventende over 1 år. For antall ventende uten kontakt viser tallene i divisjon Psykisk helsevern en svak nedgang i løpet av perioden, men med en økning i november 2015. Psykisk helsevern har nedgang i antall fristbrudd i 2015. For andel pasienter “direkte time” viser tallene at divisjon Psykisk helsevern synes å ha en liten økning i antall pasienter som får direkte time.

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

- Begge divisjonene har månedlige variasjoner knyttet til antall ventende uten kontakt. I divisjon Lillehammer er det en økning i perioden.
- Begge divisjonene hadde fristbrudd i 2014 og 2015. Divisjon Lillehammer har en svak økning i fristbrudd i 2015.
- For andel pasienter “direkte time” viser oversikten at Divisjon Lillehammer har variasjoner fra måned til måned, og har i perioden ikke økt antall pasienter som får direkte time.
- For ikke godkjente dokumenter i DIPS er det i begge divisjonene variasjoner fra måned til måned. I 2015 er det et økende antall ikke godkjente dokumenter i begge divisjoner.
- For ventende over et år i 2015 varierer det pr måned mellom 7 og 15 i divisjon Lillehammer. Divisjon Psykisk helsevern har en ventende i januar og en i november 2015.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet knyttet til faste indikatorer definert av Helse Sør-Øst RHF, men helseforetaket har ikke definert ønsket mål og toleranse for variasjon for tre av indikatorene helseforetaket monitorerer på. 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 hvor vidt det har skjedd en forbedring i henhold til definerte mål for det pasientadministrative arbeidet.

### 3.0. Samlet vurdering og 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.

Revisjonen viser at styret følger opp revisjoner og tilsyn, og styret holdes orientert om status for arbeidet gjennom tertialrapporter og saksfremlegg.

På overordnet nivå har helseforetaket etablert strukturer og god praksis for å ha intern styring og kontroll for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Oppfølgingsarbeidet gjenfinnes imidlertid ikke i samme grad på divisjons- og avdelingsnivå. Helseforetaket kommuniserer mål for oppfølging av det pasientadministrative arbeidet og mål for alle områdene i 2014-revisjonen til ledere. Revisjonen viser imidlertid at ledere på divisjons- og avdelingsnivå ikke dokumenterer hvordan målene operasjonaliseres. Dermed er det utfordrende å gjenfinne tiltaksarbeidet på de ulike ledernivåene.

Helseforetaket har igangsatt en rekke tiltak etter 2014-revisjonen, og arbeidet er i rute på overordnet nivå i henhold til vedtatte planer.

Helseforetaket har gjennomført flere tiltak for å følge opp den nasjonale revisjonen av medisinsk kodepraksis, men mangler oversikt over hva som er gjennomført av de anbefalinger gitt i hovedrapporten, og over gjennomføringen av egne handlingsplaner. Dermed finnes det ikke en beskrivelse av om det har skjedd en varig forbedring.

Status for tiltaksarbeidet av pasientadministrativt arbeid har vært hyppig behandlet i styremøter og ledermøter, men helseforetaket har ikke en status for hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Helseforetaket monitorerer og rapporterer utviklingen knyttet til faste indikatorer, men har ikke definert ønsket mål og toleranse for variasjon for alle indikatorene. Dette gjør det vanskelig å vurdere om det har skjedd en forventet forbedring.

Revisjonen viser at helseforetaket har lagt til rette for at revisjoner og tilsyn skal bidra til læring og forbedring gjennom prosedyre for kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg på overordnet nivå, men at revisjoner i liten grad blir satt på dagsorden. Helseforetaket har nettverk for arbeid med medisinsk koding og pasientadministrativt arbeid. Erfaringene fra nettverkene tas imidlertid i liten grad opp i helseforetakets formelle arenaer som ledermøter og kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg med den hensikt å bidra til læring på områder nettverkene arbeider med. Når dette ikke tas opp, svekkes muligheten for forbedring på tvers i helseforetaket.

#### Hovedkonklusjon

Konsernrevisjonen ser at helseforetakets tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen, og da særlig tiltak som har blitt gjennomført i forhold til virksomhetsstyring, har bidratt til at det er lagt til rette for et godt system for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Helseforetaket har på overordnet nivå etablert strukturer og en fast praksis for å ha intern styring og kontroll for oppfølging av revisjoner og tilsyn. Det er imidlertid utfordrende å gjenfinne systematikken i tiltaksarbeidet på samme måte på divisjons- og avdelingsnivå. Ut fra analyser fra helseforetaket, måneds- og tertialrapporter er det vanskelig å vurdere om tiltaksarbeidet har medført en varig forbedring. Dersom helseforetaket i større grad tydeliggjør hva som forventes oppnådd av tiltaksarbeidet, vil det være enklere å gjøre en slik vurdering. Tiltaksarbeidet kan styrkes dersom erfaringsoverføring fra nettverksarbeidet 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
Analyser av pasientadministrativt arbeid
Risikovurderinger

### Gjennomførte intervjuer og samtaler

Dato	Navn og tittel
19.11.15	Bente Holm Mejdell styreleder, Paul Hellandsvik nestleder
20.11.15	Astrid Bjugge Mjærum, viseadministrerende direktør, Borghild Hammer, avdelingssjef virksomhetsstyring, Linda Nyfløt, administrasjonsleder
20.11.15	Torill Kolås fagdirektør, Geir Silseth spesialrådgiver
25.11.15	Rune Hummelvoll HR-direktør, Ragnhild Wulfsberg stedfortreder for HR-direktør og avd.sjef organisasjon leder og medarbeiderutvikling, Anita Mundheim Alm avd.sjef forvaltning og ressursstyring
25.11.15	Grethe Fossum samhandlingsdirektør
25.11.15	Björg Simonsen avdelingssjef kvalitet og pasientsikkerhet
26.11.15	Gunn G. Bakke Divisjonsdirektør og Svandis Gudmundsdottir fagkontroller, Psykisk helsevern
26.11.15	Susan Juell avdelingssjef - alderspsykiatri Psykisk helsevern
26.11.15	Marianne Gade, avdelingssjef DPS Hamar – Elverum
26.11.15	Liv Hammerstad avdelingssjef og Lene Berntzen rådgiver, Gjøvik DPS
27.11.15	Ole Jonas Rolstad avdelingssjef, Gro Fallingen avdelingssykepleier, medisinsk avdeling Lillehammer

27.11.15	Øyvind Bernersen, konstituert avdelingssjef akuttmedisin Lillehammer, Per Arne Lien, stabsdirektør helse (tidligere avdelingssjef)
27.11.15	Rolf Kulstad, divisjonsdirektør og Erik Qvam administrasjonssjef, Divisjon Lillehammer
30.11.15	Christian Fossum, overlege og fagsjef– medisinsk koding

#### Gjennomførte informasjonsmøter

Dato	Navn og tittel
18.11.15	Linda E. Nyfløt administrasjonsleder
18.11.15	Brukerutvalget v/ leder Marthe Kraabøl og nestleder Per Rasmussen
30.11.15	Foretakstillitsvalgte TV6 v/ Wenche Hansen foretakstillitsvalgt for Fagforbundet, Liv Haugli UNIO foretakstillitsvalgt NSF og foretakshovedverneombud Leif Ole Ø. Bach

#### Saksgang og rapportbehandling (ferdigstilles i endelig rapport)

Dato	Aktivitet
25.1.2016	Oversendt utkast funn fra revisjonen til administrerende direktør
29.1.2016	Verifiseringsmøte av funn gjennomført
5.2.2016	Tilbakemelding på funn fra administrerende direktør
8.2.2016	Oversendt funn fra revisjonen til styreleder (skifte av styreleder, ikke utført)
29.1.2016	Verifiseringsmøte av funn gjennomført
23.2.2016	Oversendelse av utkast rapport
2.3.2016	Oversendelse av endelig rapport