




**Revisjonsrapport  
Akershus universitetssykehus HF  
4/2017**

**Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av  
konsernrevisjonen**



Konsernrevisjonen  
Helse Sør-Øst  
Dato: 5.4.2017

Rapport nr.	4/2017
Revisjonsperiode	Januar – mars 2017
Virksomhet	Akershus universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Akershus universitetssykehus HF v/styreleder Administrerende direktør Akershus universitetssykehus HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Oppdragseier	Konsernrevisor Espen Anderssen
Revisor	Internrevisor Sissel Korshavn, internrevisor Torun Vedal (oppdragsleder)

## Innholdsfortegnelse

1.0	Sammendrag.....	3
1.1	Om revisjonen.....	3
1.2	Konklusjon .....	4
2.0	Innledning.....	6
2.1	Bakgrunn og beskrivelse av området .....	6
2.2	Formål, mål og problemstillinger .....	6
2.3	Tilnærming og avgrensning .....	7
2.4	Metode .....	9
2.5	Intern styring og kontroll .....	9
2.6	Revisjonsgrunnlag.....	10
2.7	Revisjonskriterier .....	11
3.0	Observasjoner og funn .....	12
3.1	Problemstilling 1 - oppfølging av revisjoner og tilsyn.....	12
3.2	Problemstilling 2 .....	19
4.0	Informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter.....	24

## 1.0 Sammendrag

### 1.1 Om revisjonen

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen» i Akershus universitetssykehus HF. Revisjonen er gjennomført i perioden januar - mars 2017.

Målet med denne revisjonen er å kartlegge og vurdere om helseforetakene har fulgt opp de anbefalinger som er gitt etter revisjoner utført av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets styre og ledelse. Vi har valgt å belyse dette gjennom følgende problemstillinger:

1. *Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?*
2. *Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?*

For å svare opp problemstillingene har vi tatt utgangspunkt i følgende tidligere revisjoner:

*Nasjonal revisjon av medisinske kodepraksis gjennomført i 2011:* Målet med revisjonen var å avklare om helseforetakene hadde etablert god intern styring og kontroll som kunne gi rimelig sikkerhet for korrekt koding. Vi undersøker om de fem hovedanbefalingene som ble gitt i hovedrapporten er implementert, og om det kan vises til bedret praksis og positiv utvikling.

*Revisjon av det pasientadministrative arbeidet gjennomført i 2012:* Målet med revisjonen var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak om det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Vi undersøker om forbedringsarbeidet ut fra egne handlingsplaner er implementert i ordinær drift, om helseforetaket monitorerer, følger utviklingen og kan vise til forbedring på fem sentrale kvalitetsindikatorer.

*2014-revisjonen:* Målet med revisjonen var å undersøke om helseforetaket har god intern styring og kontroll på områdene virksomhetsstyring, kompetansestyring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Her undersøker vi om helseforetaket har gjennomført tiltak ut fra egne handlingsplaner og om de har fulgt opp styrets vedtak.

*Revisjon Tilgjengelige helsetjenester gjennomført i 2016:* Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket sikrer at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. I denne revisjonen undersøker vi om helseforetaket har startet tiltaksarbeidet, om de er i rute i henhold til egne fremdriftsplaner og om de har fulgt opp styrets vedtak.

#### Metode

Revisjonen har ved dokumentgjennomgang testet hvordan helseforetaket har fulgt opp vedtak, egne føringer og beslutninger. I tillegg har vi intervjuet styrets leder og nestleder, administrerende direktør, sentral stab og divisjonsdirektører og avdelingssjefer i Medisinsk divisjon, Kirurgisk divisjon og Divisjon psykisk helsevern.

## 1.2 Konklusjon

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll inkluderer oppfølging etter revisjoner og tilsyn, og at prosedyrene som regulerer arbeidet har et innhold som i tilstrekkelige grad skal sikre at forbedringsarbeid iverksettes og følges opp etter den enkelte revisjon. Men selv om helseforetaket har systemer som regulerer dette området, er det likevel et forbedringspotensiale i etterlevelsen av føringene på enkelte områder.

Konsernrevisjonen vil særlig trekke frem følgende tre forbedringsområder:

- Helseforetakets rapporter inkluderer ikke i tilstrekkelig grad informasjon om fremdriften av tiltaksarbeidet
- Gjennomføringen av tiltaksarbeidet er forsinket på området kompetansestyring
- Læring og forbedring fra tiltaksarbeid kan styrkes ved økt systematikk for hvordan dette skal gjennomføres

### **Helseforetakets rapporter inkluderer ikke i tilstrekkelig grad informasjon om fremdriften av tiltaksarbeidet**

Etter styrets ønske har helseforetakets tertialrapporter fått et «slankere» oppsett der det har vært et mål å redusere omfanget for å fremheve vesentlig informasjon enda tydeligere. Konsernrevisjonen støtter denne omleggingen, men ved gjennomgang av styrende dokumenter og rapporter ser vi at status for tiltaksarbeidet etter revisjoner ikke har blitt inkludert slik som helseforetaket har beskrevet at det skal gjøres. Dette innebærer at vesentlig informasjon om forsinkelser i tiltaksarbeid ikke har blitt fremlagt for styret i noen tilfeller.

Konsernrevisjonen anbefaler at styret holdes orientert om fremdrift av tiltaksarbeidet på områder med høy risiko og vesentlighet i gjennomføringsperioden. Konsernrevisjonen anbefaler videre at styret vurderer hvordan kravene i Oppdrag- og bestillerdokument i 2012, om at styret skal følge opp om tiltaksarbeidet gir forventet effekt, best kan ivaretas.

### **Gjennomføringen av tiltaksarbeidet er forsinket på området kompetansestyring**

Konsernrevisjonen ser at helseforetaket har arbeidet målrettet med forbedringsarbeidet etter 2014-revisjonen. Tiltaksarbeidet for områdene virksomhetsstyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i hovedsak i rute i henhold til egne fremdriftsplaner. På området virksomhetsstyring avdekket revisjonen i 2014 omfattende svakheter, og vi ser nå at tiltakene som er gjennomført har styrket virksomhetsstyringen.

For området kompetansestyring har helseforetaket også nedlagt et betydelig forbedringsarbeid, men de er forsinket i henhold til egne føring, og det gjenstår fremdeles mye arbeid før systemet for kompetansestyring er implementert. For at helseforetaket skal lykkes med å gjennomføre en kompetansekartlegging og å utarbeide kompetanseplaner i helseforetaket, er det viktig at lederforankringen på alle nivåer styrkes slik at det iverksettes tiltak for implementering.

Det er viktig at handlingsplaner som utarbeides har en fremdriftsplan som er realistisk å nå. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket er tydelige på hvilke prosesser som skal prioriteres

med bakgrunn i vesentlighet og risiko, og at endringer eller uforutsatte hendelser som kan ha betydning for gjennomføring av tiltaksarbeidet behandles i sykehusledelsen.

### **Læring og forbedring fra tiltaksarbeid kan styrkes ved økt systematikk for hvordan dette skal gjennomføres**

Revisjonen viser at helseforetaket har lagt til rette for at tiltaksarbeidet skal bidra til læring og forbedring ved at roller og ansvar er fordelt. Foreløpig mangler det likevel en systematikk for hvordan forbedringsarbeidet skal gjennomføres i praksis. Helseforetaket har imidlertid iverksatt flere tiltak som skal øke fokuset på tiltaks- og forbedringsarbeidet. Det blir viktig at helseforetaket fortsetter arbeidet og implementerer endringer slik at forbedringsarbeidet får den ønskede effekt.

Helseforetaket har gjennom flere år arbeidet systematisk for å imøtekomme hovedanbefalingene som ble gitt etter Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis, men vi ser at det er noe manglende systematikk knyttet til nødvendig opplæring for å få ønsket effekt av dette arbeidet. Denne vurderingen styrkes av funn i Revisjon av legemidler fra 2016, der konsernrevisjonen også fant svakheter knyttet til opplæring av helsepersonell. Det er derfor viktig at helseforetaket styrker systematikken i opplæringen slik at helseforetaket sikrer at selve kodingen gjøres på en korrekt måte.

Tiltaksarbeidet etter revisjon av det pasientadministrative arbeidet er formelt avsluttet, og resterende tiltaksarbeid er lagt til linjeledelsen. Helseforetaket mangler imidlertid overordnede føringer som regulerer det pasientadministrative arbeidet, og det er avdekket negativ utvikling på noen sentrale områder. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket formaliserer ansvar, roller og oppgaver knyttet til pasientadministrativt arbeid, og at status og endringer i prosesser i pasientforløpet inkluderes i den regulære rapporteringen da dette vil bidra til økt fokus og dermed bedre resultatoppnåelse.

## 2.0 Innledning

### 2.1 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.

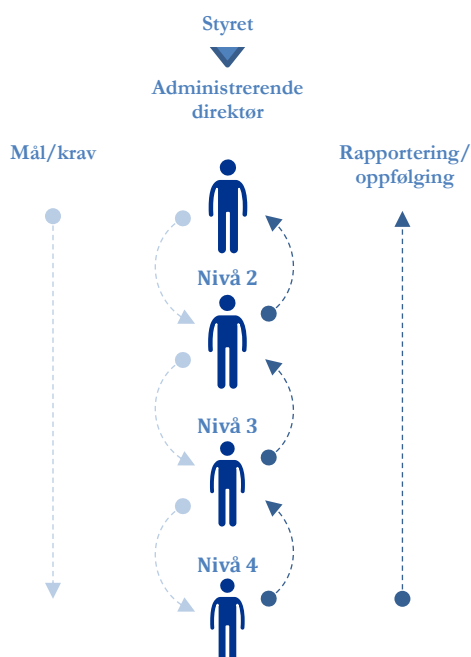
Bakgrunn for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt ønske fra styret i RHFet om å undersøke hvordan det sikres at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring.

### 2.2 Formål, mål og problemstillinger

Formålet med revisjonene som konsernrevisjonen gjennomfører er å bekrefte styring og kontroll i risikostyring og virksomhetsstyring i helseforetakene, og å 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 følgende problemstillinger:

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

For å kunne følge opp anbefalinger og implementere endringer, forutsettes det at helseforetaket har etablert et system som tilrettelegger for tiltaksarbeidet. Ut fra denne forutsetningen undersøker revisjonen hvordan helseforetaket følger opp eget tiltaksarbeid og om beslutninger knyttet til tiltaksarbeid forankres og implementeres i styring- og oppfølgingsprosesser.



Figuren visualiserer styring og oppfølgingsprosesser gjennom de ulike nivåene i helseforetaket. I henhold til god praksis for intern styring og kontroll skal tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn være en integrert del av den ordinære virksomhetsstyringen.

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

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

Revisjonen undersøker om helseforetaket monitorerer og følger utviklingen knyttet til sentrale kvalitetsindikatorer, og om endret praksis forankres og implementeres i daglig drift. Sentralt i denne revisjonen er også om helseforetaket kan vise til varig forbedring og om erfaringer breddes.



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

Figur 2: Demings sirkel, modell for kontinuerlig forbedring.

### 2.3 Tiltærning og avgrensning

For å svare på problemstillingene har vi ved gjennomgang av styrevedtak, styrende dokumenter/prosedyrer, ledermøtereferater og dokumentasjon på rapportering og oppfølging testet hvordan helseforetaket har fulgt opp egne føringer og beslutninger. Dette med utgangspunkt i følgende revisjoner:

Årstall	Revisjoner gjennomført i Akershus universitetssykehus HF
2015	Tilgjengelige helsetjenester
2014	2014-revisjonen – virksomhetsstyring, kompetansestyling, utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten
2012	Intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Tabell 1: Revisjoner gjennomført i Akershus universitetssykehus HF

For å svare på problemstilling en benytter vi 2014-revisjonen og Revisjon tilgjengelige helsetjenester. I problemstilling to benytter vi Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis og revisjon av det pasientadministrative arbeidet.

#### Tilgjengelige helsetjenester

Revisjonen ble gjennomført høsten 2015. Målet med revisjonen var å undersøke hvordan helseforetaket planlegger og følger opp pasientforløpet for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Revisjonen ble gjennomført i to divisjoner i helseforetaket. Revisjonen

anbefalte helseforetaket å iverksette ytterligere tiltak for å ivareta pasientenes rettigheter og sikre god ressursbruk, for linjeledelsen som gjennomfører og for staben som tilrettelegger.

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

#### *2014-revisjonen*

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2014 en revisjon av intern styring og kontroll i Kirurgisk divisjon og Medisinsk divisjon innen områdene virksomhetsstyring, kompetansestyring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Revisjonen avdekket svakheter i helseforetakets interne styring og kontroll der roller, ansvar og oppgaver i og mellom linje og stab ikke var tydelig eller avklart tilstrekkelig.

Her undersøker revisjonen om helseforetaket har iverksatt og gjennomført tiltak ut fra egne handlingsplaner og om de har fulgt opp styrets vedtak.

#### *Pasientadministrativt arbeid*

Revisjonen av det pasientadministrative arbeidet ble gjennomført i Akershus universitetssykehus HF i 2012. Målet med revisjonen var å bekrefte overfor det enkelte helseforetak om det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll for det pasientadministrative arbeidet.

Konsernrevisjonen undersøker om helseforetaket kan fremlegge status over gjennomførte tiltak, at arbeidet er implementert i ordinær drift, om helseforetaket monitorerer og følger utviklingen, og kan vise til forbedring.

#### *Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis*

Revisjonen ble gjennomført i 2011 av internrevisjonene i de fire helseregionene. Hensikten var å avklare om helseforetakene hadde etablert god intern styring og kontroll som kan gi rimelig sikkerhet for korrekt koding. Revisjonen ble gjennomført i to faser. Fase en ble gjennomført som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet, og fase to som nærmere undersøkelser ved ni utvalgte helseforetak. Akershus universitetssykehus HF ble valgt ut for fase 2. Resultater og konklusjoner i hovedrapporten bygger på datagrunnlaget for begge fasene i revisjonen, og de anbefalinger som ble gitt i hovedrapporten gjelder for alle landets helseforetak med somatisk virksomhet.

Revisjonen undersøker om helseforetaket har implementert hovedanbefalingene, og om det kan vises til bedret praksis og positiv utvikling. Konsernrevisjonen undersøker ikke kvaliteten på selve kodingen og kan således ikke bekrefte om kodingen er korrekt. Divisjon psykisk helsevern unntas revisjon på dette området.

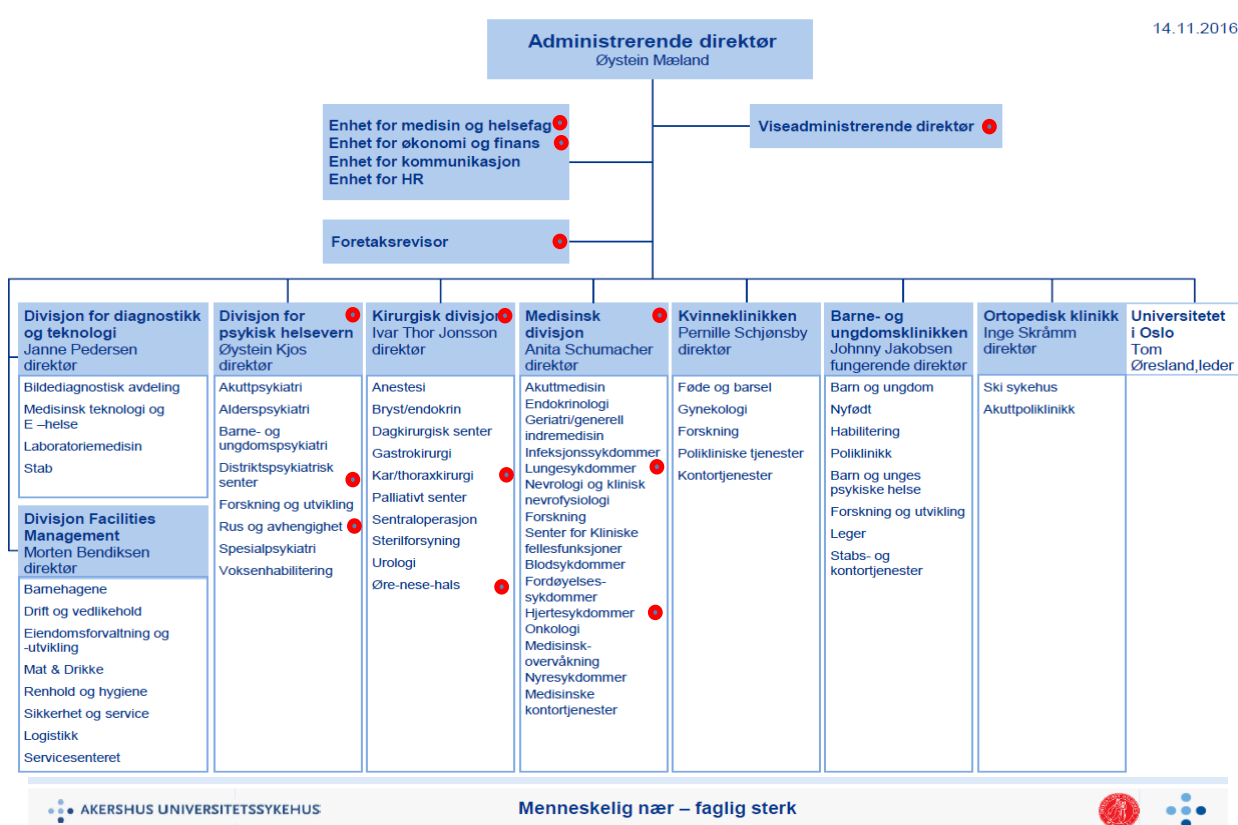


## 2.4 Metode

Revisjonen har benyttet dokumentgjennomgang og intervjuer som metode.

Leder på følgende nivåer har blitt intervjuet: Styreleder og nestleder, administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, divisjonsdirektørene i Kirurgisk divisjon, Medisinsk divisjon og Divisjon psykisk helsevern og to avdelingsledere fra hver divisjon. Noen av informantene hadde sine medarbeidere med i intervjuet.

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

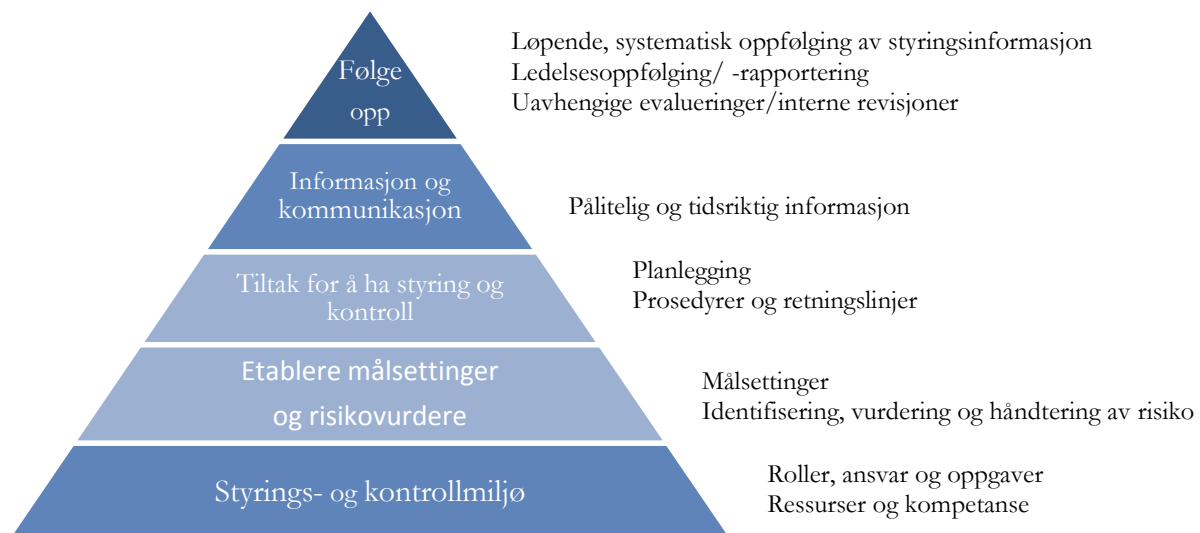


Figur 3: Organisasjonskart Akershus universitetssykehus – enheter og divisjoner revisjonen har omfattet er markert med rødt.

Revisjonsteamet har i tillegg hatt informasjonsmøter med helseforetakets brukerutvalg (nye medlemmer), foretakstillitsvalgte og hovedverneombud.

## 2.5 Intern styring og kontroll

Rammeverk for god virksomhetsstyring for Helse Sør-Øst, fra 2011, beskriver fem elementer for intern styring og kontroll. Elementene er oppfølging, informasjon og kommunikasjon, tiltak for å ha styring og kontroll, etablering av målsettinger og risikostyring og styrings- og kontrollmiljø.



**Figur 4: Intern styring og kontroll**

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

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

## 2.6 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 bestillerdokumentene.

- Helsetilsynsloven § 3
- Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a
- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Rammeverk for virksomhetsstyring for Helse Sør-Øst (2011)
- Veileder for styrearbeid i helseforetak for Helse Sør-Øst (2011)

Følgende spesifikke krav er gitt i Oppdrag og bestillerdokumentet:

- 2012: Krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og at 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 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.
- 2016: Krav knyttet til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet; at ventetiden er redusert, pasienten ikke opplever fristbrudd og at pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Det gis også krav til at helseforetaket etablerer klare rutiner for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og kompetanseplaner.

## 2.7 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene som benyttes er utarbeidet med utgangspunkt i revisjonsgrunnlaget, og beskriver hva som kjennetegner god praksis for området tiltaksarbeid. Revisjonen har følgende 10 kriterier:

1. Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks.
2. Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet. Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.
3. Helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.
4. Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak og inkluderer områder med høy risiko i helseforetakets ordinære risikohåndtering.
5. Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter 2014-revisjonen og Tilgjengelige helsetjenester er startet opp, og er i rute i henhold til plan.
6. Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i helseforetakets gjennomgående system for rapportering og oppfølging.
7. Helseforetaket har mål om at tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for at erfaringer deles og spres.
8. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis.
9. Helseforetaket har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid.
10. Helseforetaket monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.

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

## 3.0 Observasjoner og funn

### 3.1 Problemstilling 1 - oppfølging av revisjoner og tilsyn

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

#### ***Revisjonskriterie 1: Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks.***

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

Revisjonsrapportene fra konsernrevisjonen oversendes styret som overordnet ansvarlig for helseforetakets styring og kontroll, og til administrerende direktør som har det utøvende ansvaret. Konsernrevisjonen forventer at ivaretagelse av dette ansvaret er avstemt slik at man har en felles forståelse for hva forventningene i instruksene innebærer.

#### **Revisjonen viser:**

Instruksene for styret og administrerende direktør er samstemte, og innholdet er i overensstemmelse med *Veileder for styrearbeid*. Instruksene samsvarer i hovedsak med regionale maler og det bekreftes av styreleder og administrerende direktør at instruksene er gjennomgått. Instruksene er revidert etter at nåværende styreleder og administrerende direktør tiltrådte.

#### **Vurdering og anbefaling**

Forholdet mellom styret og administrerende direktør er regulert i instruks. Styret og administrerende direktør er samstemte om hva deres ansvar er i forhold til intern styring og kontroll, og dette underbygger at forventningene i kriteriet er innfridd. 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.***

Oppdrag og bestillerdokumentet i 2012 stiller krav om at alle rapporter fra konsernrevisjonen skal styrebehandles og at styret skal følge opp at tiltaksarbeidet gir forventet effekt. I henhold til veileder for styrearbeid skal styret holdes orientert om status for oppfølging av revisjoner og tilsyn, og styrets

årsplan og utestående saker/pendinglist skal vise når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp.

Videre følger det at saksdokumentene skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak, at sakene fremstilles konsist, informasjonen er sortert og at den vesentlige informasjonen er trukket ut. Saksdokumentene skal beskrive status på oppfølging, og om tiltaksarbeidet skjer i henhold til plan.

### **Revisjonen viser:**

Årsplaner for styrearbeid styrebehandles og oppfølging av styresaker skjer i henhold til styrets årsplan. Styret får hvert tertial en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker.

Gjennom intervju med styrets leder og nestleder fremkommer det at saksdokumentasjonen er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag. Det legges vekt på at styret har tillitt til at helseforetaket følger opp handlingsplanene i tråd med de frister som er satt, og at de er fornøyd med detaljeringsnivå og hyppighet på status av tiltaksarbeidet slik praksis er i dag.

#### *2014-revisjonen*

Revisjonsrapporten og helseforetakets handlingsplan ble styrebehandlet i sak 47/15. Styrets vedtak om å følge opp status for tiltaksarbeidet ble fulgt opp i styresak 64/15. Statusrapporten ble tatt til orientering og styret ba ikke om ytterligere statusrapportering.

#### *Tilgjengelige helsetjenester*

Revisjonsrapporten og helseforetakets handlingsplan ble styrebehandlet i sak 55/16. Styret tok rapporten til etterretning. De var tilfreds med det arbeidet som var påbegynt med å identifisere tiltak knyttet til forbedring og implementering, og at tiltaksarbeidet skulle slutføres i løpet av 2016.

### **Revisjonen viser imidlertid:**

- Informasjon til styret mangler status for tiltaksarbeidet etter 2014-revisjonen og revisjon Tilgjengelige helsetjenester (ses i sammenheng med funnene i kriteriene 5 og 6).

### **Vurdering og anbefaling**

- Etter styrets ønske har tertialrapportene fått et «slankere» oppsett der det har vært et mål å fremheve vesentlige informasjon. «Oppdrag og bestillerdokumentet 2012» stiller imidlertid krav om at styret skal følge opp om tiltaksarbeidet gir ønsket effekt. Ut fra nåværende praksis, og vurdering av saksfremlegg og rapporter som har blitt fremlagt for styret, ser vi at rapportene mangler tilstrekkelig informasjon for at styret kan vurdere dette. Fremdriften for tiltaksarbeidet for de nevnte revisjonene er forsinket i henhold til styrets beslutninger, og informasjon om dette er ikke fremlagt for styret. Konsernrevisjonen anbefaler derfor at styret blir holdt orientert om vesentlige endringer i fremdrift av tiltaksarbeidet på områder med høy risiko eller høy grad av vesentlighet, og at styret følger opp om tiltaksarbeidet gir ønsket effekt.

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

I henhold til revisjonsgrunnlaget forventes det at helseforetaket har styrende dokumenter som beskriver hvordan arbeidet med oppfølging av revisjoner og tilsyn skal gjennomføres. 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 revisjonen.

**Revisjonen viser:**

Helseforetakets prosedyre *Abus - Håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner* beskriver oppfølgingsprosessen, hvor også roller og ansvar er definert. Prosedyren beskriver at foretaksrevisjonen har ansvar for å samordne planlagte tilsyns- og revisjonsaktiviteter, og å oppnevne en ansvarlig direktør med utgangspunkt i fast liste. Ansvarlig direktør har ansvar for å forberede og tilrettelegge for gjennomføring av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner. Vedkommende har også ansvar for å etterkomme pålegg og å lukke avvik innenfor egne ansvarsområder. Ansvarlig direktør kan være stabs- og klinikk/divisjonsdirektør. Informantene bekrefter at prosedyren er kjent.

Gjennomgang av dokumentasjon knyttet til oppfølgingsarbeidet etter 2014-revisjonen og revisjon Tilgjengelige helsetjenester viser at ansvar, roller og oppgaver er definert i henhold til helseforetakets egne føringer.

**Vurdering og anbefaling**

---

- Helseforetaket har prosedyrer som beskriver hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp, og konsernrevisjonen vurderer at prosedyrens innhold er dekkende for å sikre at helseforetaket følger opp i tråd med det som forventes. Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

***Revisjonskriterie 4: Helseforetaket vurderer resultatene fra revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og inkluderer områder med høy risiko i helseforetakets ordinære risikohåndtering.***

I henhold til god praksis for intern styring og kontroll forventes det at helseforetaket vurderer alvorlighetsgrad av funn etter revisjoner, prioriterer mellom ulike tiltak, og diskuterer hensiktsmessig tilnæringsmåte for oppfølgingsarbeidet. Det forventes at funn i revisjonene som vurderes til å ha høy risiko inkluderes i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

**Revisjonen viser:**

Helseforetakets prosedyre *Abus - Ledelsens gjennomgåelse (LGG)* beskriver hvordan risikostyringen skal gjennomføres i helseforetaket. Foretaket beslutter årlig overordnede mål, og målene vedtas på bakgrunn av oppdragsdokumentet fra eier, foretakets strategiske utviklingsplan og risikoområder som identifiseres.

Ledere på de ulike nivåene vurderer risiko for manglende måloppnåelse hvert tertial, og disse risikovurderingene genererer helseforetakets overordnede risikovurdering som vedlegges tertialrapportene. To av målene er relatert til sentrale kvalitetsindikatorer som denne revisjonen følger opp. Områder/funn fra revisjoner utført av konsernrevisjonen som vurderes med høy risiko er således inkludert i helseforetakets ordinære risikohåndtering.

#### *2014-revisjonen*

I styresak 47/15 der handlingsplanen ble vedtatt ble forslag til vedtak endret da styret ønsket statusrapportering desember -15 istedenfor juni -16. Gjennom intervju med styret og administrerende direktør fremkommer det at årsaken til endringen var vurdering av alvorlighetsgrad av funn på revisjonsområdet virksomhetsstyring.

#### *Tilgjengelige helsetjenester*

I sak 46/16 behandlet sykehusledelsen revisjonen og vedtok handlingsplanen. Gjennom intervju fremkommer det at helseforetaket har vurdert alvorlighetsgrad av sentrale funn i denne revisjonen tidligere og at risikoen som ble avdekket allerede var håndtert i den ordinære virksomhetsstyringen.

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

- Referater fra møter i sykehusledelsen eller saksfremlegg til styresaker etter 2014-revisjonen gir ikke en beskrivelse av at det er gjort en vurdering av alvorlighetsgrad av funn.

#### **Vurdering**

- Gjennom møter med helseforetaket går det frem at handlingsplanens tidsfrister for det enkelte tiltak kan forstås som en refleksjon av alvorlighetsgraden. Konsernrevisjonens vurdering er at tidsfrister ikke nødvendigvis gjenspeiler områdets alvorlighetsgrad og helseforetakets prioritering. Det kan være områder der funnene er svært alvorlige, og hvor det er nødvendig med omfattende og langsiktig tiltaksarbeid for å få god intern styring og kontroll. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket tydeliggjør sine vurderinger av funnenes alvorlighetsgrad ved oppstart av tiltaksarbeidet slik at alvorlige funn blir prioritert og får tilstrekkelig oppmerksomhet og oppfølging.

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

Det forventes at helseforetaket har utarbeidet handlingsplaner etter 2014-revisjonen og revisjon Tilgjengelige helsetjenester og at de angir tiltak, ansvar og frister. Videre forventes det at helseforetaket har gjort en vurdering av hva som eventuelt kan hemme gjennomføring av tiltakene, og at handlingsplanene er kjent. Det forventes også at helseforetaket har satt i gang tiltaksarbeidet, og at det finnes dokumentasjon som beskriver status for om helseforetaket er i rute i henhold til plan. Dersom tiltaksarbeidet er inkludert i helseforetakets øvrige planer bør dette fremgå.

### Revisjonen viser for 2014-revisjonen:

Helseforetaket nedsatte en arbeidsgruppe for utarbeiding av en felles handlingsplan for områdene virksomhetsstyring, kompetansestyring og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten.

Arbeidsgruppen bestod av ansvarlige direktører for de tre områdene samt relevante personer fra divisjonene. Som grunnlag for utarbeidelse av handlingsplanen ble det laget en ROS-analyse.

Handlingsplanen ble vedtatt i møte i sykehusledelsen sak 52/15. Handlingsplanen inneholder tiltak, ansvar og frister. Status for tiltaksarbeidet for alle tre områdene var sak i møte i sykehusledelsen 107/15, og i forkant av styrets behandling av status for tiltaksarbeidet. Handlingsplanene er kjent i helseforetaket.

#### Status for tiltaksarbeidet

- For virksomhetsstyring har helseforetaket i stor grad gjennomført tiltakene som beskrevet i handlingsplanen.
- For utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten forteller helseforetaket at tiltaksarbeidet i stor utstrekning er gjennomført. Rutinen *Abus - Utskrivingsrutine PLO-meldinger for pasienter i behov av kommunale tjenester* beskriver utskrivningsprosessen. Avdelingslederne orienterer om at rutinen er kjent, at PLO-meldinger benyttes i henhold til rutinen og at det er gitt opplæring.
- For kompetansestyring er resultatet av tiltaksarbeidet, som i hovedsak har vært å utarbeide en rekke overordnede føringer og verktøy, samlet i prosedyren *Abus - Planlegging gjennomføring og evaluering av kompetansestyring*. Den inneholder også en tidsplan med frist for implementering innen 2016. I møte i sykehusledelsen juni 2016 ble det orientert om at tidsplanen for implementeringen ble forskjøvet med ett år for at 2016 skulle brukes til opplæring av kompetanseprosessen og i de ulike verktøyene. Informasjon og opplæring er gitt, og det er nå klart for implementering.

### Revisjonen viser imidlertid:

- Konsernrevisjonen har ikke gjennom revisjonen kunnet bringe på det rene i hvilken grad sykehusledelsen har diskutert hva som kan hemme gjennomføringen etter 2014-revisjonen.
- Status for helseforetakets arbeid har ikke vært tatt opp i møte i sykehusledelsen etter at helseforetaket vedtok handlingsplanen.
- I henhold til prosedyre *Abus - Planlegging gjennomføring og evaluering av kompetansestyring* er implementering av modellen for kompetansestyring forsinket med et år, og prosedyren er ikke revidert i henhold til endrede tidsfrister.
- Divisjon psykisk helsevern har startet arbeidet i en avdeling for å teste ut om modellen er hensiktsmessig. Divisjonsledere i Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon har ikke planlagt tiltak for å implementere gjennomgående modell for kompetansestyring innen fastsatt frist. Avdelingssjefene i reviderte enheter er ikke kjent med at de har fått ansvar for å implementere gjennomgående modell for kompetansestyring.

### Revisjonen viser for revisjon Tilgjengelige helsetjenester:

I referat fra møte i sykehusledelsen sak 46/16 gis det tilslutning til handlingsplanen. I følge fagdirektør er status på arbeidet diskutert på et senere tidspunkt og lagt frem i stabdirektørmøtene. Det orienteres om at helseforetaket har kommet langt i arbeidet, men at det ikke er slutført.



Status for tiltaksarbeidet:

- Revisjon Tilgjengelige helsetjenester hadde anbefalinger knyttet til virksomhetsstyring, ref. anbefalinger som ble gitt etter 2014-revisjon. Disse er nå i stor grad gjennomført.
- Helseforetaket etablerte i 2015 ressursgruppen Tilgjengelighet. Gruppen skal gi fagavdelingene bistand og opplæring til å øke tilgjengeligheten i sykehuset, med fokus på tilpasset kompetanseheving, kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til pasientadministrativt arbeid og god ressursutnyttelse i poliklinikk.
- For å imøtekomme foreslåtte tiltak i rapporten etter revisjon Tilgjengelige helsetjenester februar 2016, ble mandatet for ressursgruppen revidert juli 2016. Saksfremlegget til ledermøtesaken beskriver ressursgruppens nåværende aktiviteter og oppgaver. Disse samsvarer med anbefalinger som er gitt i revisjonsrapporten.

#### Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetaket er noe forsinket i henhold til styrets beslutning om at arbeidet skulle vært fullført innen 2016.
- På enkelte områder i handlingsplanen er det vanskelig å se sammenhengen mellom anbefalinger, tiltak og status.

#### Vurdering og anbefaling

- Konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har arbeidet godt med forbedring av virksomhetsstyring og utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, men at de er forsinket i implementering av gjennomgående kompetansestyring. Prosedyren beskriver systemet for kompetansestyring og den har en datosatt plan for implementering. Konsernrevisjonen anbefaler at prosedyren revideres da tidsfristene er foreldet. For at helseforetaket skal lykkes med å gjennomføre kompetansekartleggingen anbefaler konsernrevisjonen også at arbeidet styrkes i lederlinjen og at det iverksettes konkrete tiltak for implementering. Gjennomføringen bør følges opp gjennom den regulære virksomhetsstyringen.
- Styrevedtak 46/16 beskriver at tiltaksarbeidet etter Revisjon tilgjengelige helsetjenester skulle vært gjennomført innen utgangen av 2016. Status for tiltaksarbeidet har ikke vært rapportert i møtet til sykehusledelsen eller til styret. Konsernrevisjonen anbefaler at status fremlegges for styret og sykehusledelsen slik at de får informasjon om tiltaksarbeidet er gjennomført, eller om det er nødvendig å iverksette ytterligere tiltak.

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

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

### Revisjonen viser:

Helseforetaket har etter 2014-revisjonen utarbeidet flere prosedyrer som regulerer virksomhetsstyringen, blant annet *Overordnet prosedyre for virksomhetsstyring*, *Abus- ledelsens gjennomgåelse* og *Abus - Planlegging gjennomføring og dokumentasjon av oppfølgingsmøter*. Sentrale elementer i oppfølging av virksomheten er månedsrapporter, LGG, tertialrapporter og oppfølgingsmøter. Informantene orienterer om at virksomhetsstyringen skjer i henhold til prosedyrene.

I helseforetakets prosedyre *Abus - Håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner* er det beskrevet at foretaksrevisjonen skal gi en samlet rapportering over tilsyn og revisjoner i Årlig melding. Videre står det at foretaksrevisjonen skal utarbeide tekst for rapportering på eksterne tilsyn og revisjoner til styret som del av administrerende direktørs orienteringer og til tertialrapporteringen. Prosedyren gir føringer for at lederlinjen er ansvarlig for videre oppfølging når revisjonen er gjennomført.

### Revisjonen viser imidlertid:

- Tertialrapportene for 2015 og 2016 gir en tabellarisk informasjon om revisjoner og tilsyn, men innholdet gir ikke en beskrivelse av status på tiltaksarbeidet.
- Helseforetakets prosedyre *Abus - Håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner* beskriver at det skal gis en samlet rapportering over tilsyn og revisjoner i Årlig melding, men dette er ikke inkludert i Årlig melding for 2015 og 2016.
- I prosedyre *Abus - Planlegging gjennomføring og evaluering av kompetansestyling* beskrives det at rapportering av strategisk kompetansestyling skal inngå i ledelsens tertialvise oppfølgingsmøter, men gjennom intervju fremkommer det at dette ikke er gjennomført.

### Vurdering og anbefaling

- Konsernrevisjonens vurdering er at tertialrapportene ikke i tilstrekkelig grad beskriver status for tiltaksarbeidet etter 2014-revisjonen og Revisjon tilgjengelige helsetjenester. Dette innebærer at eventuelle forsinkelser ikke synliggjøres slik at korrigerende tiltak kan iverksettes. Vurderingen ses i sammenheng med at helseforetaket, i tråd med egne føringer, ikke har inkludert status over tiltaksarbeidet de siste to årene i Årlig melding. Konsernrevisjonen anbefaler at styret og ledere i helseforetaket blir holdt orientert om vesentlige endringer i fremdrift av tiltaksarbeidet på områder med høy risiko eller høy grad av vesentlighet (jmf kriterie 2).

## 3.2 Problemstilling 2

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

***Revisjonskriterie 7: Helseforetaket har føringer for at tiltaksarbeidet etter tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og for hvordan erfaringer deles og spres.***

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

### **Revisjonen viser:**

Prosedyre *Håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner* beskriver at administrerende direktør har det overordnede ansvaret for at revisjoner og tilsyn skal bidra til læring og forbedring.

Foretaksrevisjonen skal vurdere behovet for å spre tiltaks- og forbedringsarbeid på tvers av virksomheten, og følge opp om tiltak iverksettes. Ansvarlig direktør (ref kriteriet 3) skal sørge for at det utarbeides og gjennomføres tiltak for å forbedre virksomheten på tvers av divisjoner og klinikker i de tilfeller hvor resultater tilsier dette.

Helseforetaket har Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) på nivå 1 og Kvalitet- og arbeidsmiljøutvalg (KAM) på nivå 3. Gjennom intervjuer går det frem at helseforetaket høsten 2016 satte i gang et arbeid med å vurdere organiseringen av KAM og KPU hvor målet er å innføre en enhetlig struktur for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Dette planlegges gjennomført i 2017. Medisinsk divisjon har hatt KPU siden oktober 2015.

I henhold til helseforetakets revisjonsplan for 2016 ble det gjennomført en kartlegging og vurdering av status for internkontroll, tiltaks- og forbedringsarbeid i divisjonene, klinikkene og i sentrale stabsenheter. Målet med kartleggingen var å sikre at sykehusledelsen får et godt grunnlag for å prioritere tiltak for å utvikle og forbedre sykehusets internkontrollarbeid, herunder tiltaks- og forbedringsarbeidet. Foretaksrevisjonen vil følge opp forbedringsarbeidet etter denne interne revisjonen, og dette er planlagt gjennomført i 2017/18.

Helseforetaket har etablert flere prosjekter og nettverk som ivaretar ulike områder som omfattes av denne revisjonen, blant annet kodenettverk, ventelistenettverket og tilgjengelighetsprosjektet. Arbeidet er forankret i helseforetakets lederlinje.

### Revisjonen viser imidlertid:

- Kvalitet – og pasientsikkerhetsutvalgene har pr i dag i hovedsak fokus på korrekt behandling av klage - og avvikssaker og tar i liten grad opp erfaringer og endret praksis etter revisjoner og tilsyn.

### Vurdering

- Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets føringer for hvordan det skal arbeides med å bidra til læring og forbedring etter revisjoner og tilsyn er tilfredsstillende, da roller og ansvar er fordelt, men det mangler en systematikk for hvordan forbedringsarbeidet skal gjennomføres. Helseforetaket har imidlertid igangsatt aktiviteter som skal sikre ytterligere fokus på tiltaks- og forbedringsarbeid, og konsernrevisjonen vurderer at det arbeidet som er igangsatt er hensiktsmessig, og det er viktig at helseforetaket fortsetter dette arbeidet og implementerer endringene, slik at forbedringsarbeidet får den ønskede effekt og nok oppmerksomhet videre.

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

Det forventes at styret og ledergruppen har fulgt opp status for tiltaksarbeidet etter Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011, og at helseforetaket kan fremvise oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår.

Følgende anbefalinger ble gitt i hovedrapporten:

- Felles rutiner for organisering av medisinsk koding
- Føringer som gir tilstrekkelig vern av den som melder om feilkoding
- Regelmessige risikovurderinger av prosessene med medisinsk koding
- Opplæring slik at alle avdelinger har tilstrekkelig kompetanse
- Iverksetting av tiltak for å etablere læringsløyper ved at det gis regelmessige tilbakemeldinger på egen kodepraksis til alle som koder
- Hensiktsmessige IT-systemer

### Revisjonen viser:

Saksfremlegget til styresak 100/11 beskriver hvordan helseforetaket ville imøtekomme hovedanbefalingene som er angitt i hovedrapporten etter denne revisjonen. Etter dette ble fase to av revisjonen gjennomført i helseforetaket. Konklusjonen etter denne viser at det ikke var stor risiko knyttet til områdene gitt i hovedanbefalingene, men at det var rom for noen forbedringer. Rapporten ble fulgt opp i møte i sykehusledelsen mars 2012 der det ble gitt en overordnet vurdering av status, en risikovurdering og plan for videre arbeid.

Helseforetakets rutine *Abus - Økonomi - Ansvarsforhold vedrørende medisinsk koding* beskriver fordeling av ansvar og myndighet der administrerende direktør har delegert det overordnede ansvaret for kodearbeidet til klinikk- og divisjonsdirektørene. Prosedyren beskriver videre hvilke oppgaver som er pålagt avdelingsledere og kodeansvarlige leger, og hvilke oppgaver som er delegert til

kodekonsulentene. Medisinsk divisjon har valgt å ha divisjonsansvarlig kodekonsulent. Divisjonen har utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for denne funksjonen.

Arbeidsmiljølovens krav om forsvarlig varsling ivaretas gjennom prosedyren *Abus - Varsling av kritikkverdige forhold*.

Helseforetaket gjennomfører årlig en intern benchmarking av medisinsk kodepraksis, der det presenteres en analyse av helseforetakets interne resultater sett opp mot hverandre. Resultatene sammenlignes også med andre helseforetak. Resultatene fra benchmarkingen behandles av sykehusledelsen. Klinikk/divisjonsdirektørene er ansvarlige for å følge opp sine enheter ut fra de resultater som foreligger. Området følges også gjennom økonomirapportene der DRG-produksjonen fremkommer.

Konsernrevisjonens *Rapport 12/2016 Revisjon av Legemidler* beskriver hvordan medisinsk kodepraksis utføres i Medisinsk divisjon, og innsendt dokumentasjon fra divisjonen viser hvilke avdelinger som har gjennomført opplæring av legene. Kirurgisk divisjon kan i stor grad vise til samme praksis, der kodeansvarlig lege i avdelingen, sammen med kodekonsulentene i divisjonen, kvalitetssikrer kodingen, gjør korreksjoner og ved behov gir tilbakemelding til den enkelte lege.

Informantene gir ingen spesielle merknader knyttet til IT-systemene som benyttes.

---

#### Vurdering og anbefaling

---

- Revisjonen viser at helseforetaket har arbeidet systematisk i å imøtekomme hovedanbefalingene som ble gitt etter Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis, og konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har implementert et tilstrekkelig system som skal sikre god praksis og oppfølging på området. Denne revisjonen har imidlertid ikke testet kvaliteten på kodingen, og gjennom intervjuer og dokumentgjennomgang orienteres det om at det fortsatt er mye etterkoding, og at det er noe manglende systematikk vedrørende opplæring av leger. Revisjon av legemidler gjennomført av konsernrevisjonen i 2016 fant også svakheter knyttet til opplæring av helsepersonell. Revisjonen har ingen spesifikke funn, men konsernrevisjonen vil likevel anbefale helseforetaket å iverksette kontrolltiltak for å undersøke om nåværende opplæring gir den kompetanse som trengs for at selve kodingen gjøres på en korrekt måte. Dette vil styrke helseforetakets interne styring og kontroll på området.

#### ***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. Føringerne skal tydeliggjøre roller, ansvar og oppgaver, krav og forventninger til opplæring og kompetansebygging samt beskrivelse av hvordan registrering og rapportering skal gjøres. Det forventes videre at helseforetaket har iverksatt tiltak som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i DIPS, og at helseforetaket kan fremvise oversikt over hvilke tiltak

som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Tiltakene skal være dekkende i forhold til de anbefalinger som ble gitt av konsernrevisjonen.

#### **Revisjonen viser:**

Konsernrevisjonen gjennomførte revisjon av pasientadministrativt arbeid i 2012. I saksfremlegg til styresak 6/14 er det beskrevet at rapport og tiltaksplan ble behandlet i styresak 70/12 og 82/12. I denne styresaken fremlegger også helseforetaket status for tiltaksarbeidet og hvilke områder som ble vurdert som fortsatt alvorlige. Det går frem at det har vært gjennomført et oppfølgingsmøte mellom konsernrevisjonen og helseforetaket der det ble lagt frem resultater fra datauttrykk som viste at det fortsatt var høy risiko knyttet til indikatorene *ikke godkjente dokumenter i DIPS, andel direktebooking, kontrollpasienter og usignerte prøvesvar*. Det var også flere andre områder der risikoen ble vurdert som moderat. Videre står det i saksfremlegget at konsernrevisjonen forutsatte at styret i helseforetaket ville holdes orientert om status for helseforetakets pågående arbeid. Ansvar for videre tiltaksarbeid ble lagt til linjeledelsen, og styret tok saken til orientering.

Divisjon psykisk helsevern har en rutine i kvalitetssystemet "*DIPS rydderutiner med rapportoversikt*". Den ivaretar en systematisk gjennomgang av alle rapporter som sendes HSØ RHF hver måned.

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

- Helseforetaket mangler overordnede føringer som regulerer det pasientadministrative arbeidet.

---

#### **Vurdering og anbefaling**

- Denne revisjonen viser at helseforetaket mangler overordnede føringer som regulerer det pasientadministrative arbeidet, og konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket utarbeider dette da det er vedvarende høy risiko knyttet til pasientadministrativt arbeid.

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

I henhold til Oppdrag – og bestillerdokumentet 2013 skal helseforetaket gjennomføre tiltak for løpende å følge utviklingen knyttet til sentrale indikatorer for pasientadministrativt arbeid.

Revisjonen gjennomgår utviklingen på følgende fem indikatorer: *Ventende pasienter over et år, fristbrudd, åpne henvisningsperioder uten ny kontakt, andel pasienter direkte time og ikke signerte dokumenter i DIPS*. Det forventes at helseforetaket har definerte terskelverdier og mål for indikatorene og kan vise til resultater for at det har skjedd forventet forbedring.

#### **Revisjonen viser:**

Helseforetaket monitorerer og følger utviklingen på kvalitetsindikatorerne *fristbrudd* og *andel pasienter direkte time* opp mot faste mål, og på terskelverdier gjennom månedsrapporter og tertialrapporter. Status for måloppnåelse tas regelmessig opp i sykehusledelsen og i de faste oppfølgingsmøtene

mellom ledernivåene. Rapportene gir informasjon både for den enkelte klinikk/divisjon og samlet for helseforetaket.

Enhet for medisin og helsefag sender regelmessig ut oversikt pr avdeling/seksjon over status for kvalitetsindikatorerne *ikke godkjente dokumenter i DIPS* (inkludert usignerte prøvesvar) og *andel direktebooking*. Arbeidet følges opp i Nettverk for kontorfaglig samarbeid og i ressursgruppe Tilgjengelighet.

Tabellen under viser status på kvalitetsindikatorerne for 2015 og 2016. Dataene for kvalitetsindikatorerne *fristbrudd* og *andel pasienter direkte time* er hentet ut fra helseforetakets tertialrapporter, og dataene på *ventende pasienter over et år*, *åpne henvisninger uten ny kontakt* og *ikke signerte dokumenter i DIPS* er hentet fra helseforetakets rapportering til Helse Sør-Øst RHF.

Indikatorer	2015	2016	Mål
<i>Fristbrudd</i>	7,1 % pr aug	1,7 % pr des	0
<i>Andel pasienter direkte time</i>	61 % pr aug	77 % pr des	80 %
<i>Åpne henvisningsperioder uten ny kontakt</i>	1131 pas pr jan	2084 pas pr des	100 %
<i>Ventende pasienter over et år (somatikk)</i>	1484 pas pr jan	112 pas pr des	0
<i>Ikke signerte dokumenter i DIPS</i>	8279 dok pr jan	10 449 dok pr des	Mindre enn 14 dgr

Tabell 2: Status for 2015 og 2016.

Helseforetaket kan vise til gode resultater på indikatorene *fristbrudd*, *andel pasienter direkte time* og *ventende pasienter over et år*.

#### Revisjonen viser imidlertid:

- *Åpne henvisninger uten ny kontakt* har doblet seg og *ikke signerte dokumenter i DIPS* har økt med ca 2000 dokumenter på et år.
- Indikatorene *åpne henvisningsperioder uten ny kontakt* og *ikke signerte dokumenter i DIPS* er ikke inkludert i månedsrapporter eller i tertialrapporteringen.

#### Vurdering og anbefaling

- Indikatorene *åpne henvisninger uten ny kontakt* og *ikke signerte dokumenter i DIPS* viser en negativ utvikling. Selv om helseforetaket følger indikatorene i andre sammenhenger, overføres ikke denne informasjonen til styret. Konsernrevisjonen anbefaler at indikatorene inkluderes i den regulære rapporteringen da det vil kunne bidra til økt fokus og dermed en bedret resultatoppnåelse.

## 4.0 Informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter

### Informasjonsgrunnlag

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

### Gjennomførte intervjuer

Dato	Navn og tittel
11.1.17	Styret v/ leder Per Christian Voss, og nestleder Gunn-Elin A. Bjørneboe
12.1.17	Administrerende direktør, Øystein Mæland
12.1.17	Foretaksrevisor Karl-Helge Storhaug
16.1.17	Viseadministrerende direktør Tone Ikdal
16.1.17	Leder for sekretariatet Hilde Alstad
16.1.17	Fagdirektør Pål Wiik
16.1.17	Økonomidirektør Jørn Limi
16.1.17	Avdelingssjef for analyse Lars Åge Møgster
18.1.17	Avdelingssjef Anne Marie Lervik
18.1.17	Spesialrådgiver Heidi Ness Johnsen
18.1.17	Kirurgisk divisjon, divisjonsdirektør Ivar Thor Jonsson
18.1.17	Kirurgisk divisjon, avdelingssjef Frode Olsbø
23.1.17	Medisinsk divisjon, divisjonsdirektør Anita Schumacher og assisterende divisjonsdirektør Anita Bjørnstad
23.1.17	Medisinsk divisjon, avdelingssjef Torhild Ugelstad



23.1.17	Medisinsk divisjon, avdelingssjef Frank Kjelsberg
23.1.17	Kirurgisk divisjon, avdelingssjef Erik S. Lie
24.1.17	Divisjon Psykisk helse, divisjonsdirektør Øystein Kjos
24.1.17	Divisjon Psykisk helse, avdelingssjef Tom Ellingsen
24.1.17	Divisjon Psykisk helse, avdelingssjef Geir Ebbestad

### Gjennomførte møter

Dato	Navn og tittel
14.11.16	Oppstartmøte
16.11.16	Styremøte
12.1.17	Åpningsmøte
5.12.16	Tillitsvalgte og vernetjenesten
13.1.17	Brukerutvalget (nye medlemmer)

### Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
2.3.17	Oversendelse av funn fra revisjonen til administrerende direktør
2.3.17	Oversendelse av funn fra revisjonen til styreleder
	Verifiseringsmøte med styret v/styrets leder
8.3.17	Verifiseringsmøte med administrerende
20.3.17	Oversendelse av utkast rapport
5.4.17	Oversendelse av endelig rapport
	Presentasjon av rapport i helseforetakets ledermøte
24.5.17	Behandling av rapport i helseforetakets styre