




Revisjonsrapport Sykehuset i Vestfold HF 9/2017

Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
Dato: 30.6.2017

Rapport nr.	9/2017
Revisjonsperiode	Mars – juni 2017
Virksomhet	Sykehuset i Vestfold HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset i Vestfold HF v/styreleder Administrerende direktør Sykehuset i Vestfold 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 (oppdragsleder), internrevisor Torun Vedal

Innholdsfortegnelse

1.1	Om revisjonen.....	3
1.2	Mer systematisk oppfølging vil øke utbyttet av revisjoner	4
1.3	Anbefalinger	6
2.1	Bakgrunn og beskrivelse av området	7
2.2	Formål, mål og problemstillinger	7
2.3	Tilnærming og avgrensning	8
2.4	Metode	10
2.5	Intern styring og kontroll	10
2.6	Revisjonsgrunnlag.....	11
2.7	Revisjonskriterier	11
3.1	Problemstilling 1 – oppfølging av revisjoner og tilsyn.....	13
3.2	Problemstilling 2 – læring og forbedring etter revisjoner	20
4.0	Informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter.....	24

1.0 Konklusjon og anbefalinger

1.1 Om revisjonen

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen» i Sykehuset i Vestfold HF (SiV). Revisjonen er gjennomført i perioden mars - juni 2017.

Målet med revisjonen er å kartlegge og vurdere om helseforetakene følger 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 på problemstillingene har vi testet hvordan helseforetaket har fulgt opp egne føringer og beslutninger. Dette er utført ved dokumentgjennomgang og intervjuer av styret og ledere i helseforetaket på overordnet nivå, i medisinsk klinikk, kirurgisk klinikk og klinikk psykisk helse og rusbehandling. Vår gjennomgang har tatt utgangspunkt i følgende fire revisjoner:

Revisjon pasienter får helsehjelp til fastsatt tid fra 2016: Målet var å undersøke hvordan Sykehuset i Vestfold HF har implementert og sikret etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven gjeldende fra 1. november 2015. Revisjonen konkluderte med at det var risiko for at pasienter ikke fikk helsehjelp til fastsatt tid, eller at pasient og henvisende instans ikke mottok riktig og fullstendig informasjon. I denne revisjonen undersøker vi om helseforetaket har startet opp tiltaksarbeidet og om de er i rute i henhold til egne planer og vedtak.

Revisjon utviklingsarbeid fra 2013: Målet med revisjonen var å undersøke om helseforetaket hadde tilfredsstillende intern styring og kontroll i utvalgte pasientforløp innen somatikk og psykisk helsevern og pasientbehandling. Administrative støtteprosesser innenfor lønn, ressursstyring og rapportering av bierverv ble også revidert, men følges ikke opp av denne revisjonen. I denne revisjonen undersøker vi om helseforetaket har gjennomført tiltak ut fra egne handlingsplaner og om de har fulgt opp styrets vedtak.

Oppfølgingsrevisjon av det pasientadministrative arbeidet fra 2013: Målet med oppfølgingsrevisjonen var å bekrefte om det var etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet og om helseforetaket hadde fulgt opp revisjonens anbefalinger og egne handlingsplaner. Vi undersøker om forbedringsarbeidet ut fra egne handlingsplaner er gjennomført og implementert i ordinær drift.

Nasjonale revisjoner av medisinsk kodepraksis fra 2011: Målet med revisjonen var å avklare om helseforetakene hadde etablert god intern styring og kontroll som kunne gi rimelig sikkerhet for

korrekt koding. I denne revisjonen undersøker vi om helseforetaket har implementert hovedanbefalingene og om det kan vises til bedret praksis. Konsernrevisjonen undersøker ikke kvaliteten på selve kodingen og kan således ikke bekrefte om kodingen er korrekt.

1.2 Mer systematisk oppfølging vil øke utbyttet av revisjoner

Revisjoner skal gi ledelsen og styret informasjon om håndteringen av vesentlige risikoer og om potensielle forbedringer i virksomhetsstyringen på sentrale områder. Konsernrevisjonens hovedkonklusjon er at Sykehuset i Vestfold bør videreutvikle en mer systematisk oppfølging av revisjoner, slik at disse får den ønskede effekt. I det følgende begrunner vi denne konklusjonen, strukturert rundt følgende hovedpunkter:

- Helseforetaket har etablert en struktur for oppfølging av revisjoner og tilsyn, men oppfølgingen er varierende
- Varierende oppfølging av revisjoner skyldes at handlingsplaner ikke sees på som styrende for tiltaksarbeidet
- Sykehuset i Vestfold bør utvikle en mer systematisk oppfølging av revisjoner og øke eierskapet til tiltaksarbeidet

Helseforetaket har etablert en struktur for oppfølging av revisjoner og tilsyn, men oppfølgingen er varierende

Prosedyrene som regulerer arbeidet for hvordan revisjoner skal følges opp har et innhold som i tilstrekkelig grad skal sikre at forbedringsarbeid iverksettes og følges opp. Helseforetaket har også føringer for hvordan det skal jobbes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og det er etablert kvalitetsråd/kvalitetsutvalg på de ulike ledernivåene. Revisjonen viser at praksis for å benytte disse til forbedringsarbeid er godt forankret i helseforetaket, og intensjonen er at tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn skal tas opp på disse møtene.

Det er imidlertid ulikt i hvilken grad helseforetaket faktisk følger opp revisjoner. Klinikk psykisk helse og rusbehandling kan dokumentere at de har regelmessig tar opp saker relatert til oppfølging av revisjoner i ledermøter, samt i kvalitetsutvalg og kvalitetsråd. På overordnet nivå og for kirurgisk- og medisinsk klinikk avdekker revisjonen imidlertid flere svakheter. Dette er særlig knyttet til utarbeidelse av handlingsplaner og oppfølgingen av disse og at status for tiltaksarbeidet ikke rapporteres til styret.

Manglende oppfølging av revisjoner kan føre til at eventuelle alvorlige risikoer som fremkommer i revisjonene ikke blir håndtert. Det kan også føre til at helseforetaket ikke tar tak i de bakenforliggende årsakene til svakheter og at man går glipp av gevinsten knyttet til mulige forbedringer.

Varierende oppfølging av revisjoner skyldes at handlingsplaner ikke sees på som styrende for tiltaksarbeidet.

Det fremkommer i revisjonen at handlingsplaner ikke sees på som styrende for tiltaksarbeidet. Konsernrevisjonen har undersøkt tiltaksarbeidet etter fire revisjoner fra perioden fra 2013 - 2016 og

vurderer at det er svakheter knyttet til manglende handlingsplaner, kvaliteten på planer og oppfølgingen av de planene som utarbeides.

For revisjon *Revisjon utviklingsarbeid i 2013* har klinikk psykisk helse og rusbehandling utarbeidet handlingsplan. Denne er forankret i klinikkens ledermøte, tiltakene i handlingsplanen er gjennomført og overført til daglig drift. På foretaksnivå og i kirurgisk- og medisinsk klinikk er det imidlertid ikke utarbeidet handlingsplaner, og revisjonen er lite kjent. I styresak 74/2015 orienteres det om oppfølgingen av revisjonen, men konsernrevisjonen har ikke fått dokumentasjon på at det er gjennomført tiltaksarbeid på foretaksnivå eller i kirurgisk- og medisinsk klinikk.

Handlingsplan etter revisjon *Pasienter får helsehjelp til fastsatt tid fra 2016* mangler beskrivelse av resultater som ønskes oppnådd. Tiltakene fremstår som lite oversiktlige og det går ikke frem når det enkelte tiltak skal være gjennomført. Planen har ikke vært behandlet i ledermøtene i klinikkene og den er i liten grad kjent av ledere i linjen som har blitt intervjuet. Styret og ledermøtet har ikke besluttet hvordan status for tiltaksarbeidet etter revisjonen skal følges opp.

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2013 en *oppfølgingsrevisjon av det pasientadministrative arbeidet*. I styresak 43/2013 ba styret om en oppdatert handlingsplan som skulle dekke alle tidligere anbefalinger. Det refereres til en slik handlingsplan i styresak 42/2014, men denne handlingsplanen har ikke blitt utarbeidet. I styresak 42/2014 det ble orientert om at helseforetaket hadde gjennomført en intern revisjon for å kartlegge status for tiltaksarbeidet. Som følge av funnene i revisjonen besluttet helseforetaket at det skulle gjennomføres en ny intern revisjon i 2015, men det er ikke dokumentert hvordan dette har blitt fulgt opp.

I en del tilfeller går det frem at helseforetaket allerede har iverksatt forbedringsarbeid på områder som skal revideres. I disse tilfellene er det viktig at anbefalinger fra revisjonene blir inkludert i forbedringsarbeidet på en strukturert måte slik at det blir mulig å spore oppfølgingen av de enkelte anbefalinger.

Sykehuset i Vestfold bør utvikle en mer systematisk oppfølging av revisjoner og øke eierskapet til tiltaksarbeidet

For at styret skal kunne utøve sin rolle må de holdes orientert om status for tiltaksarbeidet på områder med høy risiko eller høy grad av vesentlighet. I «Oppdrag og bestillerdokumentet 2012» stilles krav om at styret skal følge opp om tiltaksarbeidet gir ønskede resultater. Rapportene som går til styret mangler informasjon om status for tiltaksarbeidet, og nåværende praksis gir etter konsernrevisjonens vurdering derfor ikke tilstrekkelig informasjon for at styret kan vurdere om revisjonene gir ønsket resultater. Manglende rapportering til styret innebærer også at eventuelle forsinkelser eller problemer med gjennomføringen ikke synliggjøres, og gir risiko for at korrigerende tiltak ikke iverksettes.

Helseforetaket har ikke praksis for å diskutere alvorlighetsgraden av funn som beskrives i revisjonsrapporter. En synliggjøring av at det er gjort en slik vurdering vil tydeliggjøre helseforetakets vurderinger av funnenes alvorlighetsgrad ved oppstart av tiltaksarbeidet, og dermed

sikre at alvorlige funn blir prioritert og får tilstrekkelig oppmerksomhet og oppfølging. En slik vurdering kan også være med å bidra til økt eierskap og forankring av tiltaksarbeidet.

Helseforetakets etablerte struktur med kvalitetsråd/kvalitetsutvalg skal i utvalgspunktet inkludere oppfølging av revisjoner. Men når handlingsplanene mangler eller ikke følges opp, vil ikke tiltaksarbeidet tas opp i læringsøyemed. Helseforetaket mister da den muligheten til læring som disse rådene og utvalgene representerer.

I helseforetaket skal status for revisjoner tas opp i forbindelse med ledelsens gjennomgang (LGG), oppfølgingsmøter og på ledermøter på foretaks- og klinikknivå, men revisjonen viser at dette gjennomføres i varierende grad. For å sikre god implementering av forbedringsarbeidet er det viktig at de ulike ledernivåene i helseforetaket inkluderer rapportering og oppfølging av revisjoner utført av konsernrevisjonen i den etablerte strukturen. Mer systematikk i oppfølgingen av revisjoner vil også gjøre det mulig for helseforetaket å vurdere om tiltaksarbeidet gir en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt.

Ved gjennomgang av tiltaksarbeidet etter de ulike revisjonene kan det fremstå som at den manglende oppfølging av tiltaksarbeidet er systematisk. Dette kan være en av årsakene til at revisjoner innenfor samme tema avdekker de samme svakhetene ved gjentakende anledninger. Helseforetaket bør derfor vurdere hvordan de kan styrke eierskapet og øke systematikken i tiltaksarbeidet.

1.3 Anbefalinger

Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket tar initiativ til å utvikle en mer systematisk oppfølging av revisjoner og tilsyn. Det bør være et mål for dette arbeidet at eierskapet til tiltaksarbeidet etter revisjoner styrkes.

Videre utvikling bør omfatte følgende elementer:

- Ved behandling av revisjonsrapporter bør ledelse og styret vurdere alvorlighetsgraden av funn som fremkommer i revisjonsrapporter for sikre at anbefalinger blir håndtert på en hensiktsmessig måte.
- Handlingsplaner bør inkludere oppfølging av alle anbefalinger som vurderes som vesentlige/alvorlige, og de bør utarbeides på en systematisk måte. Oppfølging av handlingsplaner bør forankres i lederlinjen og det bør følges opp at tiltakene gjennomføres i henhold til plan. Dersom anbefalinger inkluderes i andre regier som prosjekter og arbeidsgrupper bør dette fremgå, og status for tiltakene bør likevel rapporteres i forbindelse med statusrapportering på handlingsplanen.
- Helseforetaket bør inkludere status for tiltaksarbeidet på vesentlige områder i rapporteringen for å gi styret og ledelsen tilstrekkelig grunnlag for videre oppfølging.

2.0 Innledning

2.1 Bakgrunn og beskrivelse av området

Revisjonen *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen* er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2017 for konsernrevisjonen, fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF.

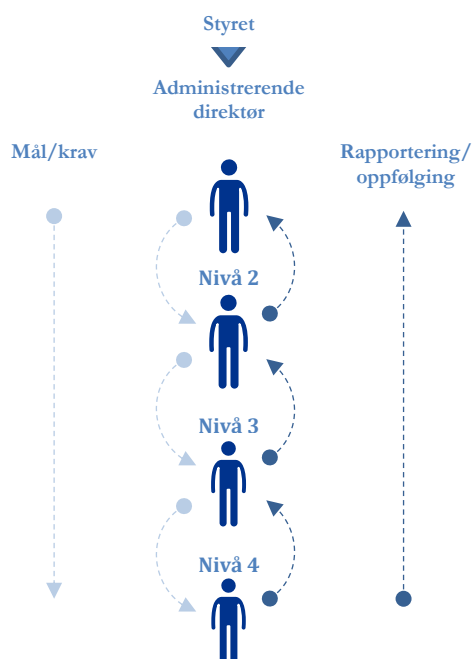
Bakgrunn for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring. Det er også et ønske fra styret i RHFet å undersøke hvordan det sikres at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring.

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 følger opp anbefalinger 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 har satt læring og forbedringsarbeidet i system for områdene kvalitet og pasientsikkerhet. 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 Tilnærming 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 Sykehuset i Vestfold HF
2016	Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid
2013	Revisjon utviklingsarbeid
2013	Oppfølgingsrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet
2011	Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis

For å svare på problemstillingen benytter vi revisjon *Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid* og revisjon *Utviklingsarbeid*. I problemstilling to benytter vi *Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis* og *Oppfølgingsrevisjon av det pasientadministrative arbeidet*.

Revisjon pasienter får helsehjelp til fastsatt tid

Revisjonen ble gjennomført i 2016. Målet var å undersøke hvordan utvalgte enheter i Sykehuset i Vestfold HF har implementert og sikret etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven gjeldende fra 1. november 2015. Revisjonen konkluderte med at det var risiko for at pasienter ikke fikk helsehjelp til fastsatt tid, eller at pasient og henvisende instans ikke mottok riktig og fullstendig informasjon.

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

Revisjonsutviklingsarbeid

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2013 en revisjon av intern styring og kontroll av utvalgte områder innen pasientbehandling i kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og klinikk psykisk helse og rusbehandling. Revisjonen omfattet også administrative støtteprosesser innenfor lønn, ressursstyring og prosess for rapportering av bierverv, men disse prosessene følges ikke opp av denne revisjonen.

Denne revisjonen begrenser seg til å undersøke hvordan helseforetaket har fulgt opp egne vedtak og planer, om de kan fremlegge status for tiltaksarbeidet og om arbeidet er implementert i ordinær drift.

Pasientadministrativt arbeid

Revisjon av det pasientadministrative arbeidet ble gjennomført i SiV for somatikk i 2011 og for psykisk helse og rusbehandling i 2012. Målet var å bekrefte om helseforetaket hadde etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll for det pasientadministrative arbeidet. I 2013 gjennomførte konsernrevisjonen en oppfølgingsrevisjon av helseforetakets tiltaksarbeid etter disse. Revisjonen viste at det var flere svakheter i tiltaksarbeidet, blant annet var ikke handlingsplanene i tilstrekkelig grad dekkende for å imøtekomme konsernrevisjonens anbefalinger, og at det var svakheter knyttet til hvordan handlingsplanene var forankret og fulgt opp i lederlinjen.

Vi har utgangspunkt i oppfølgingsrevisjonen fra 2013, om forbedringsarbeidet ut fra egne handlingsplaner er gjennomført, om helseforetaket kan fremlegge status over gjennomførte tiltak og om arbeidet er implementert i ordinær drift.

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. SiV ble ikke valgt ut for fase to, men 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, med unntak av hensiktsmessig IT-system, og om det kan vises til bedret praksis. Konsernrevisjonen undersøker ikke kvaliteten på selve kodingen og kan således ikke bekrefte om kodingen er korrekt. Klinikk psykisk helse og rusbehandling unntas revisjon på dette området.

2.4 Metode

Revisjonen har benyttet dokumentgjennomgang og intervjuer som metode.

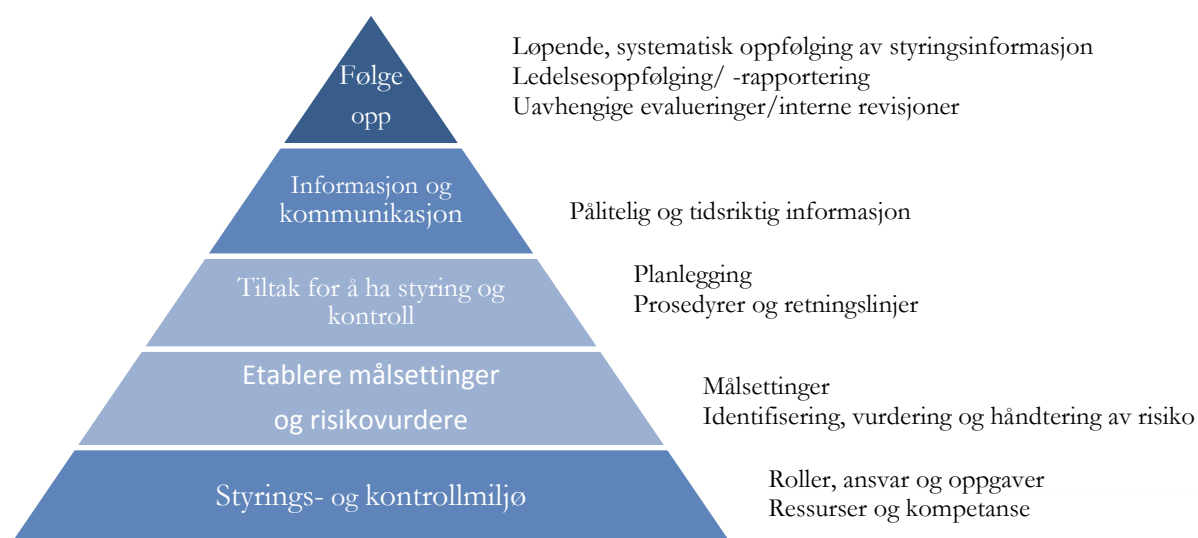
Ledere på følgende nivåer har blitt intervjuet: Styreleder og nestleder, administrerende direktør, utvalgte personer i sentral stab, klinikksefene i kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og klinikk psykisk helse og rusbehandling og tre avdelingssjefer fra hver klinikk.

Detaljert oversikt over de som er intervjuet finnes i kapittel 4.0. Valg av klinikker som utgangspunkt for revisjonen er gjort i samråd med administrerende direktør.

Revisjonsteamet har i tillegg hatt informasjonsmøter med helseforetakets brukerutvalg, tillitsvalgte og verneombud.

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 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 å kunne 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 9 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 revisjoner utført av konsernrevisjonen 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.

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 *Veileder for styrearbeid* fra Helse Sør-Øst stilles det krav om at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og daglig leder. Veilederen gir 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. Dette ansvaret bør være avklart slik at man har en felles forståelse for hva forventningene i instruksene innebærer.

Revisjonen viser:

Instruks for styret og administrerende direktør ble behandlet i styret 12.06.12. Instruksene er utarbeidet i henhold til maler fra Helse Sør-Øst gitt i brev 21.03.12.

Revisjonen viser imidlertid:

- Gjennom intervju går det frem at styret og AD i liten grad er kjent med instruksene.
- Styret og administrerende direktør har ikke diskutert og avklart hva deres ansvar er for å utøve god intern styring og kontroll i SiV.

Vurdering

Med utgangspunkt i intervjuer med styret og administrerende direktør vurderer konsernrevisjonen at forventningene til internkontrollen ytterligere kan avklares ved at styret og administrerende direktør diskuterer hvordan styret bør følge tiltaksarbeidet etter revisjoner. En slik avklaring vil sikre tydeliggjøring og felles forståelse av roller og ansvar for intern styring og kontroll.

Det vil være god praksis om instruksene styrebehandles/gås gjennom ved oppnevning av nytt styre, eller eventuelt ved ansettelse av ny administrerende direktør, slik at disse blir kjent og forankret.

Revisjonskriterie 2: Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestillerdokumentet. Styret holdes orientert om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak.

I henhold til veileder for styrearbeid skal styret holdes orientert om status for oppfølging av revisjoner og tilsyn, og styrets årsplan og utestående saker/pendingliste skal vise når revisjoner utført av konsernrevisjonen skal følges opp.

I veileder for styrearbeid går det frem at saksdokumentene skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak, at sakene fremstilles konsist, at informasjonen er sortert og at den vesentlige informasjonen er trukket ut. Det forventes at saksdokumentene skal beskrive status på oppfølging av tiltaksarbeidet og at tiltakene har blitt gjennomført i henhold til plan.

Revisjonen viser:

Helseforetaket utarbeider årsplan for styrets møter som viser når sakene skal behandles. Årsplanen gjelder for et kalenderår og justeres etter hvert styremøte.

Styresak 38/16 omhandler revisjonsrapporten etter revisjonen *Pasienten får helsehjelp til fastsatt tid fra 2016*. Saken fremstår som oversiktlig, klar og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag. Dette bekreftes gjennom intervju med styret. I styresak 11/17 vedtok styret handlingsplan for revisjonen. Styret ba ikke om ytterligere statusrapportering.

Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetaket utarbeider ikke løpende oversikt over utestående saker/restanser som er tilgjengelige for styret.
- Revisjon *Utviklingsarbeid* ble gjennomført i 2013, men rapporten ble ikke behandlet i styremøte.
- I styresak 74/2015 ble styret orientert om arbeidet etter *Oppfølgingsrevisjonen av det pasientadministrative arbeidet* og Revisjon *Utviklingsarbeid* fra 2013. Det er uklart hvilke revisjoner teksten refererer til, og det er utfordrende å finne sammenhengen i saksfremlegget.

Vurdering

Etter konsernrevisjonens vurdering er det utfordrende å identifisere hvilke saker som skal følges opp videre av styret etter årsslutt. Dette kan føre til at oppfølging av vedtak blir glemt og utelatt, og dette igjen kan svekke helseforetakets implementeringsevne.

Kvaliteten i saksfremleggene kan forbedres ved at de gjøres mer strukturerte og klare, slik at de i større grad gir styret tilstrekkelig oversikt over oppfølgingen av tiltaksarbeidet etter revisjoner.

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:

Helseforetaket har prosedyre *Eksterne tilsyn og revisjoner: Ansvar, gjennomføring og oppfølging* som gir føringer for hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp. Administrerende direktør har overordnet ansvar for at arbeidet gjennomføres i henhold til føringene og for at resultatene brukes til læring. Direktør for virksomhetsstyring har ansvar for å ha oversikt over status knyttet til tilsyn og revisjoner. Prosedyren beskriver hvem som har ansvar for å følge opp ulike revisjoner. Den berørte stabsdirektør/linjeleder har ansvar for å utarbeide handlingsplaner, iverksette og følge opp effekt av tiltakene. Intervjuer bekrefter at prosedyren er kjent.

Revisjonen viser imidlertid:

- Ingen funn

Vurdering

- Helseforetakets prosedyre beskriver hvordan revisjoner og tilsyn skal følges opp. Konsernrevisjonen vurderer at prosedyrens innhold er dekkende og at den legger et grunnlag for at helseforetaket kan følge opp tiltaksarbeidet.

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:

Viktige funn og oppfølging av funn etter revisjoner skal i henhold til prosedyren *Eksterne tilsyn og revisjoner: Ansvar, gjennomføring og oppfølging* tas opp i forbindelse med Ledelsens gjennomgang (LGG).

Ledere på de ulike nivåene vurderer risiko for manglende måloppnåelse to ganger i året i forbindelse med LGG. Disse risikovurderingene genererer helseforetakets overordnede risikovurdering som går til styret. Helseforetaket følger fortsatt opp kvalitetsindikatorer som følge av revisjonen av det

pasientadministrative arbeidet, og funn som vurderes å ha høy risiko er således inkludert i helseforetakets ordinære risikovurdering.

Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetakets vurdering av alvorlighetsgraden av funn i revisjonen *Pasienter får helsehjelp til fastsatt tid* er ikke synliggjort i saksfremlegg eller handlingsplaner ved behandling av revisjonsrapporten i styremøte eller ledermøte.
- For øvrige revisjoner har ikke konsernrevisjonen informasjon som gjør det mulig å vurdere om det er gjort en vurdering av alvorlighetsgrad av funn eller ikke, men gjennom intervju går det frem at helseforetaket ikke har praksis for å gjøre dette.

Vurdering

Helseforetaket har ikke har praksis for å diskutere alvorlighetsgraden av funn etter revisjoner. Dette kan gi risiko for at funn med alvorlige konsekvenser ikke får tilstrekkelig oppfølging.

En synliggjøring av at det er gjort en slik vurdering vil tydeliggjøre helseforetakets vurderinger av funnenes alvorlighetsgrad ved oppstart av tiltaksarbeidet, og dermed sikret at alvorlige funn blir prioritert og får tilstrekkelig oppmerksomhet og oppfølging.

Revisjonskriterie 5: Helseforetakets handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen er startet opp og er i rute i henhold til plan.

Det forventes at helseforetaket har utarbeidet handlingsplaner etter revisjoner utført av konsernrevisjonen 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:

Revisjon *Utviklingsarbeid* ble gjennomført i 2013. Klinikk psykisk helse og rusbehandling har utarbeidet handlingsplaner både for klinikk og avdelinger, og har systematisk fulgt opp tiltaksarbeidet, blant annet i klinikkens ledermøte. Det kan dokumenteres at tiltakene er gjennomført og at arbeidet er implementert i daglig drift.

Handlingsplanen etter revisjon *Pasienter får helsehjelp etter fastsatt tid* ble behandlet i helseforetakets ledermøte i sak 147/2016 og i styresak 11/17.

Revisjonen viser imidlertid:

- Det er ikke utarbeidet handlingsplaner etter revisjon *Utviklingsarbeid* fra 2013 verken på foretaksnivå eller i kirurgisk- og medisinsk klinikk, og få av informantene kjenner til revisjonen. I styresak 74/2015 gis det en orientering om foretaksledelsens oppfølging av

revisjonen, men konsernrevisjonen har ikke fått dokumentasjon på at det er gjennomført tiltaksarbeid på foretaksnivå eller i kirurgisk- og medisinsk klinikk.

- Målene i handlingsplanen etter revisjon *Pasienter får helsehjelp til fastsatt tid* beskriver ikke hvilke resultater som ønskes oppnådd eller hvilken effekt målene skal gi. Tiltakene fremstår som uoversiktlige, og det går ikke frem når det enkelte tiltak skal være gjennomført. Planen er ikke kjent av ledere i linjen som har blitt intervjuet.
- Gjennomgang av saksfremlegg/referater fra ledermøter og styremøter og intervjuer viser at det i liten grad gjøres vurderinger av forhold som eventuelt kan hemme gjennomføringen av tiltaksarbeidet for de undersøkte revisjonene.

Vurdering

Det fremkommer i revisjonen at handlingsplaner ikke anses som førende for tiltaksarbeidet. Konsernrevisjonens vurdering er at det også er svakheter knyttet til å utarbeide handlingsplaner, kvaliteten på planer og oppfølgingen av de planene som utarbeides.

I en del tilfeller vil helseforetaket allerede ha iverksatt forbedringsarbeid på områder som skal revideres. I disse tilfellene er det viktig at anbefalinger fra revisjonene blir inkludert i forbedringsarbeidet på en strukturert måte slik at det blir mulig å spore oppfølgingen av anbefalinger. Manglende oppfølging av anbefalinger kan føre til at eventuelle alvorlige risikoer som fremkommer i revisjonene ikke blir håndtert. Det kan også føre til at helseforetaket ikke tar tak i de bakenforliggende årsakene til svakheter og at man går glipp av gevinsten knyttet til mulige forbedringer.

Det fremstår som at manglende oppfølging av tiltaksarbeidet er systematisk, og at dette kan være en av årsakene til at revisjoner innenfor samme tema avdekker de samme svakhetene ved gjentakende anledninger.

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

Oppdrag og bestillerdokumentet fra 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 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:

Helseforetakets rapportering består av Årlig melding, Ledelsens gjennomgang (LGG) to ganger årlig og månedsrapporter. Disse sendes til styret og til de ulike ledernivåene. I tillegg har helseforetaket en ukentlig rapportering på sentrale kvalitetsindikatorer knyttet til det pasientadministrative arbeidet foruten at ledere har tilgang på styringsdata gjennom ledelsesinformasjonssystemet.

Brev fra administrerende direktør i helseforetaket fra 2012 til ledere i helseforetaket beskriver hvordan LGG skal gjennomføres i klinikkene, samt at risikoområder som avdekkes etter revisjoner og tilsyn skal rapporteres. Klinikk psykisk helse og rusbehandling og kirurgisk klinikk rapporterer i henhold til brev og maler.

Administrerende direktør avholder oppfølgingsmøter med klinikkene i forbindelse med LGG og skal i henhold til fast agenda ta opp status for tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn. I Klinikk psykisk helse og rusbehandling bekrefter informantene at dette gjøres.

Handlingsplanen etter revisjon *Pasienter får helsehjelp etter fastsatt tid* er godkjent av helseforetakets ledermøte i sak 147/2016.

Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetakets etablerte praksis for rapportering og oppfølging er ikke formalisert i godkjent prosedyre.
- Årlig melding omhandler ikke tiltaksarbeidet etter revisjoner utført av konsernrevisjonen.
- Frem til 2016 inneholdt LGG til styret en «status på utvalgte områder» som inkluderte tiltaksarbeid etter tilsyn og revisjoner. Fra 2016 ble denne delen tatt ut av rapporteringen og helseforetakets rapporter til styret beskriver ikke status for tiltaksarbeidet etter konsernrevisjonens revisjoner.
- Medisinsk klinikk har ikke rapportert status for tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn i forbindelse med LGG 2014, 2015 og 2016.
- Helseforetaket har ikke besluttet når status for tiltaksarbeidet etter revisjon *Pasienter får helsehjelp til fastsatt tid* skal følges opp av ledermøtet. Handlingsplanen har ikke vært tatt opp på ledermøter i de tre reviderte klinikkene.

Vurdering

For at styret skal kunne utøve sin rolle må de holdes orientert om status for tiltaksarbeidet på områder med høy risiko eller høy grad av vesentlighet. I «Oppdrag og bestillerdokumentet 2012» stilles det krav om at styret skal følge opp om tiltaksarbeidet gir ønsket effekt.

Nåværende praksis for rapportering og fremlegging av saker, gir etter konsernrevisjonens vurdering ikke tilstrekkelig informasjon for at styret kan vurdere om revisjonene gir ønskede resultater. Mangelfull informasjon til styret innebærer også at eventuelle forsinkelser eller problemer med gjennomføringen ikke synliggjøres, og gir risiko for at korrigerende tiltak ikke iverksettes.

I helseforetaket skal status for revisjoner tas opp i forbindelse med ledelsens gjennomgang (LGG), oppfølgingsmøter og på ledermøter på foretaks- og klinikknivå, men revisjonen viser at dette gjennomføres i varierende grad. For å sikre god implementering av forbedringsarbeidet er det viktig at de ulike ledernivåene i helseforetaket inkluderer rapportering og oppfølging av revisjoner utført av konsernrevisjonen i den etablerte strukturen.

3.2 Problemstilling 2 – læring og forbedring etter revisjoner

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.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet bør 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, og at erfaringer med forbedringsarbeid fra nettverk, prosjektarbeid og arbeidsgrupper formaliseres i helseforetakets lederlinje, slik at kunnskap deles og spres.

Revisjonen viser:

Helseforetaket har føringer for hvordan det skal jobbes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjennom prosedyrene *Hovedkvalitetsutvalg (HKU) Mandat og sammensetning* og *Kvalitetsutvalg-klinikk/divisjon (KKU) Mandat og sammensetning*. Prosedyre *Eksterne tilsyn og revisjoner* beskriver at handlingsplaner etter revisjoner skal behandles i kvalitetsråd/kvalitetsutvalg i den enkelte klinikk.

De ulike ledernivåene i helseforetaket har etablert en gjennomgående struktur med kvalitetsutvalg/råd der det arbeides med læring og forbedring på flere områder. Gjennom intervjuer med ledere på ulike nivå går det frem at disse brukes aktivt i henhold til intensjonen, og klinikk psykisk helse og rus kan dokumentere at de regelmessig tar opp saker relatert til oppfølging av revisjoner.

Revisjonen viser imidlertid:

- Gjennom intervjuer går det frem at tiltaksarbeidet etter revisjoner utført av konsernrevisjonen i liten grad er gjenstand for oppfølging i kvalitetsråd/kvalitetsutvalg i medisinsk- og kirurgisk klinikk.

Vurdering

Helseforetaket har føringer for hvordan det skal jobbes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid og for tiltaksarbeidet etter revisjoner skal tas opp på kvalitetsråd/kvalitetsutvalg. Gjennom intervjuer går det frem at føringene er godt kjent hos ledere ved de ulike ledernivåene, og at helseforetaket har en godt forankret og en systematisk praksis for å jobbe i tråd med føringene. Denne praksisen skal i utgangspunktet også inkludere oppfølging av revisjoner, men når handlingsplanene mangler eller ikke følges opp, vil ikke tiltaksarbeidet tas opp i læringsøyemed. Konsekvensen blir at læringseffekten etter revisjoner svekkes.

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
- 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
- Føringer som gir tilstrekkelig vern av den som melder om feilkoding
- Hensiktsmessige IT-systemer

Revisjonen viser:

Helseforetakets *Prosedyre for koderegistrering* beskriver ansvarsforhold, rollefordeling og hvordan området medisinsk kodepraksis skal ivaretas. Prosedyren gir føringer om at alle leger skal gjennomgå et e-læringskurs i medisinsk koding. Kodeansvarlig overlege i seksjonene har et overordnet ansvar for opplæring av leger og annet involvert personale.

Gjennom intervjuer går det frem at medisinsk kodepraksis fortløpende vurderes som ledd i aktivitetsoppfølging og budsjettprosess. Hver fjortende dag distribueres rapporter for kvalitetssikring av koding fra Analyseseksjonen til kode- og registreringsansvarlige. Årlig lager Analyseseksjonen en oppsummering av vesentlige endringer i regelverket som distribueres til kode- og registreringsansvarlige samt ledere. I tillegg gjennomføres det årlig to til tre revisjoner av kodepraksis innenfor ulike fagområder, der det også opplæring. Generell opplæring ivaretas i klinikkene med støtte fra Analyseseksjonen.

I kirurgisk klinikk har hver seksjon kodeansvarlig lege og sekretær. Klinikken har etablert kodeforum som er ansvarlig for å sikre kontinuerlig opplæring. Leder av kodeforum utarbeider status for arbeidet som forankres i klinikkens ledergruppe og i personalmøtene i avdelingene.

I medisinsk klinikk er det en kodeansvarlig lege på klinikknivå og i hver seksjon. Det gis tilbakemelding til den enkelte lege dersom det er noen som systematisk koder feil. Klinikken har et kodenettverk hvor controller deltar og disse deltar også i klinikkens ledermøter.

Arbeidsmiljølovens krav om vern om den som varsler ivaretas gjennom føringer gitt i personalhåndboka. I tillegg har helseforetaket eget skjema for å varsle om kritikkverdige forhold, og eget skjema for videre oppfølging.

Revisjonen viser imidlertid:

- Medisinsk kodepraksis har ikke vært behandlet som sak i styret etter revisjonen i 2011.

- Gjennomgang av referater fra administrerende direktørs ledermøter i 2015 og 2016 viser at medisinsk kodepraksis ikke har vært på dagsorden.

Vurdering

Fra intervjuer går det frem at helseforetaket har mange aktiviteter for å styrke intern styring og kontroll av medisinsk kodepraksis. Manglede ledermøtesaker og styresaker eller annen dokumentasjon som viser hvordan helseforetaket har fulgt området gjør imidlertid at konsernrevisjonen ikke har grunnlag for å vurdere om tiltakene etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis er gjennomført. Det er derfor heller ikke mulig å vurdere om arbeidet har gitt en varig forbedring i forhold til anbefalingene som ble gitt.

Helseforetaket har siden 2011 ikke utarbeidet en overordnet risikovurdering for medisinsk koding i tråd med hovedanbefalingene. Dette er et område med høy grad av risiko, både faglig, økonomisk og knyttet til misligheter, og en overordnet risikovurdering kan gi ledelse og styret et grunnlag for å vurdere om intern styring og kontroll på området er tilstrekkelig.

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

Det forventes at helseforetaket kan vise til at tiltaksarbeidet er gjennomført og avsluttet, at det kan fremvises oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hva som eventuelt gjenstår. Tiltakene skal være dekkende for de anbefalinger som ble gitt av konsernrevisjonen. Det forventes videre 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 også at helseforetaket har iverksatt tiltak som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i DIPS.

Revisjonen viser:

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2013 en oppfølgingsrevisjon av det pasientadministrative arbeidet. Denne viste at det fremdeles var svakheter knyttet til intern styring og kontroll, og at det var mangler knyttet til tydeliggjøring av roller, ansvar og oppgaver. I styresak 43/2013 ba styret om en oppdatert handlingsplan som skulle dekke alle tidligere anbefalinger.

I styresak 42/2014 henvises det til at handlingsplanene er revidert, og det ble orientert om at helseforetaket hadde gjennomført en intern revisjon for å kartlegge status for tiltaksarbeidet. Konklusjonen var at medisinsk klinikk og klinikk psykisk helse og rusbehandling hadde et «*helhetlig og robust system for intern styring og kontroll av det pasientadministrative systemet*», men at kirurgisk klinikk ikke hadde etablert et tilsvarende system. Dette skulle følges videre opp ved ny intern revisjon i 2015.

Helseforetaket har følgende overordnede prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet: *DIPS-Rapportveiledning kvalitetssikring* og *DIPS - Rapportert - kvalitetssikring for ledere* som beskriver hvilke rapporter som skal tas ut fra DIPS for å følge opp området og hvordan dette skal kvalitetssikres.

Kontoravdelingene for begge nevnte klinikker får felles opplæring i DIPS. Klinikk psykisk helse og rusbehandling fikk tilbud om opplæring ved overgang fra PAPS til DIPS i 2016. Videre er det gjennom lederstøtte ved den enkelte seksjon gjennomgang med nye LIS vedrørende blant annet pasientadministrative oppgaver.

Revisjonen viser imidlertid:

- Helseforetaket har ikke fremlagt revidert handlingsplan som referert til i styresak 42/2014, og konsernrevisjonen har ikke blitt forelagt en status som beskriver hvilke tiltak som er gjennomført på foretaksnivå og i kirurgisk klinikk.
- Prosedyren gir ikke føringer for hvordan opplæring av det pasientadministrative arbeidet skal gjennomføres. Kirurgisk- og medisinsk klinikk orienterer om at det er obligatorisk opplæring av nyansatte, men at det fortsatt mangler systematikk i forhold til vedlikeholdsoplæring.

Vurdering

Oppfølgingsrevisjonen av det pasientadministrative arbeidet i 2013 hadde som hovedanbefaling at helseforetaket skulle utarbeide en revidert handlingsplan. Denne handlingsplanen har ikke blitt utarbeidet, og konsernrevisjonen har derfor ikke grunnlag for å vurdere om tiltaksarbeidet kan anses som avsluttet. Helseforetakets egen interne revisjon fra 2014 viser at det fremdeles var utfordringer knyttet til intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i kirurgisk klinikk. Som følge av funnene i revisjonen besluttet helseforetaket at det skulle gjennomføres en ny intern revisjon i 2015, men det er ikke dokumentert hvordan dette har blitt fulgt opp og om tiltaksarbeidet dermed kan avsluttes.

Vår revisjon viser også at det bør iverksette tiltak for å styrke strukturen i vedlikeholdsoplæringen av det pasientadministrative systemet.

4.0 Informasjonsgrunnlag, gjennomførte intervjuer og møter

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
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
21.4.17	Styret ved styreleder Heidi M. Pettersen og nestleder Arne Bredvei
24.4.17	Administrerende direktør, Stein Kinserdal
24.4.17	Direktør virksomhetsstyring, Sven-Erik Andersen
26.4.17	Fagdirektør, Per Grunde Weydahl
26.4.17	Plan og utviklingsdirektør, Geir Magnussen
26.4.17	HR-direktør, Solveig Jølstad
27.4.17	Kirurgisk sykepleieavdeling, avdelingssjef Marit Karlsnes
27.4.17	Kirurgisk kontoravdeling, avdelingssjef Hilde M. Haugerud
2.5.17	Direktør for forskning, innovasjon og kvalitet Jørn Jacobsen og analysesjef Torgeir Grøtting
2.5.17	Kreft og kirurgi, avdelingssjef Rune Sandbu
2.5.17	Kirurgisk klinikk, klinikkssjef Siri Vedeld Hammer
2.5.17	Medisinsk klinikk, klinikkssjef Jon Anders Takvam
3.5.17	Klinikk psykisk helse og rusbehandling, klinikkssjef Finn Hall
3.5.17	Psykiatrisk fylkesavdeling, avdelingssjef Unni Halvorsrud

3.5.17	Avdeling for rusbehandling, avdelingssjef Ø. Børresen
3.5.17	Nordre Vestfold DPS, avdelingssjef G. Reizer
4.5.17	Medisinsk faglig avdeling, avdelingssjef Remo Gerds
4.5.17	Medisinsk sykepleieavdeling, avdelingssjef M. D. Mikkelsen
4.5.17	Medisinsk kontoravdeling, avdelingssjef Linda G. Warelius

Gjennomførte møter

Dato	Navn og tittel
6.3.17	Innledende møte
30.3.17	Styremøte
24.4.17	Åpningsmøte
17.3.17	Brukerutvalget
21.4.17	Tillitsvalgte og vernetjenesten

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
15.6.17	Oversendelse av funn fra revisjonen til administrerende direktør
15.6.17	Oversendelse av funn fra revisjonen til styreleder
Ikke avklart	Verifiseringsmøte med styret v/styrets leder
21.6.17	Verifiseringsmøte med administrerende direktør
	Oversendelse av utkast rapport
30.6.17	Oversendelse av endelig rapport
	Presentasjon i helseforetakets ledermøte
Tentativ dato: 14.8.17	Behandling av rapport i helseforetakets styre