

5/2016 Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen						
Ansvarlig	Anbefaling/t	nr	Problemstilling	Status	Ansvarlig	Tidsfrist
			Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i HF-ets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetake?			
		Kriterie 1	Forhold mellom styret og adm.dir. er regulert i instruks			
	Anbefaling		Ingen	OK		
		Kriterie 2	Styret følger opp revisjoner og tilsyn i tråd med krav i Oppdrag og bestilling. Styret holdes orientering om oppfølging av revisjoner og tilsyn, og dokumentasjonen skal være utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i de enkelte sak.			
Org	Anbefaling		Dokumentere at saker om revisjoner og tilsyn settes opp til videre behandling i styret. Oppfølgingen bør beskrives for å sikre oppfølging i tråd med beslutninger. Styresaker som skal følges opp bør følge styrets besluttede intervaller og årsak til eventuell utsettelse bør framkomme slik at det blir kommunisert til styret			
	Tiltak	a	Sette status for oppfølging av konsernrevisjonens rapporter på årsplanen for styret.		Styreserkr.	
		b	Rapportere status for tiltakene etter konsernrevisjonen sammen med øvrige tilsyn hvert tertial.			jan 2017
		Kriterie 3	SSHFs styrende dokumenter som gir føringer for hvordan revisjoner og tilsyn skal følge opp, og ansvar for oppfølgingen er bestemt og kommunisert.			
	Anbefaling		Det anbefales at oppfølgingen av revisjoner utført av konsernrevisjonen inkluderes i SSHFs eksisterende prosedyrer, videre at driftsavtaler for alle besluttede ledernivåer etableres, og hvor det fremkommer forvetninger til hvordan revisjonene skal følges opp.			
	Tiltak	a	Beskrive i styrende dokumenter hvordan konsernrevisjoner skal følges opp		Fag avd	31.12.2016
	Tiltak	b	Innarbeide et punkt i driftsavtalene om ansvar for tilsyn og konsernrevisjoner			31.10.2016
	Tiltak	c	Oppdatere malene for driftsavtalene for alle ledernivåer med tanke på 2017.			31.10.2016
		Kriterie 4	Resultater fra revisjoner utført av konsernrevisjonen vurderes for prioritering av tiltaksarbeidet, og områder med høy risiko inkluderes i SSHFs ordinære risikohåndtering.			
	Anbefaling		Ingen	OK		
		Kriterie 5	SSHFs handlingsplaner for tiltaksarbeid er oversiktlige og systematisk fremstilt. Tiltaksarbeid etter 2014-revisjonene er startet opp, og er i rute i henhold til plan.			

	Anbefaling		Styrende dokumenter er ikke dekkende for hva handlingsplaner skal inneholde - det anbefales å dokumentere dette.			
	Anbefaling		Anbefales at SSHF dokumenterer vurderinger av hva som kan hemme gjennomføring av tiltak, og at denne vurderingen legges til grunn i utarbeidelse av tiltaksplaner.			
	Anbefaling		Manglende lukking av tiltak, spesielt i forhold til tiltaksplan for virksomhetsstyring. Det anbefales å utarbeide oversikt over tiltak som gjenstår å lukke, og ser dette i sammenheng med områdene som er forsinket i forhold til framdriftsplan for innføring av endret organisasjonsmodell.			
	Tiltak	a	Beskrive krav til handlingsplan og utarbeide maler. Beskrive hvordan tiltakene følges opp slik at avvik lukkes		Inngår i arb. med nytt avvikssystem	31.01.2017
Kriterie 6 Tiltaksarbeidet etter revisjoner og tilsyn er inkludert i SSHFs gjennomgående system for rapportering og oppfølging						
	Anbefaling		Det anbefales at SSHF tydeliggjør forventninger til oppfølging av tiltaksplaner i styrende dokumenter, og innlemmer revisjoner utført av konsernrevisjonen i oversikten som inngår i den ordinære rapporteringen. Tiltak som skal gjennomføres for å nå mål bør inkluderes i oppfølgingsmøter med den enkelte leder.			
	Tiltak	a	Beskrive krav til håndtering av avvik og tiltak for å lukke dem, f.eks. i Virksomhetsstyring og Oppfølgingsmøter		Fag avd	31.01.2017 Jf over
	Tiltak	b	Innarbeide status for tiltak etter konsernrevisjonen i tertialrapportene for tilsyn og avvik			
	Tiltak	c	Sette tilsyn/revisjoner på agenda for oppfølgingsmøtene hvert tertial			31.10.2016
		Problemstilling 2	Har SSHF lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet SSHF om det har skjedd en varig forbedring i forhold til anbefalinger som er gitt?			
Kriterie 7 SSHF har føringer for at tilsyn og revisjoner skal bidra til læring og forbedring, og at erfaringer deles og spres.						
	Anbefaling		SSHF mangler føringer for at OKU og KR skal ta opp tema knyttet til læring og forbedring etter revisjoner og tilsyn. Erfaringer som diskuteres i ledermøter blir ikke dokumentert. Det anbefales at arbeidet systematiseres og styrkes, slik at læringseffekten øker.			
	Tiltak	a	Avklare stabdsdir og OKUs rolle i SSHF mht til læring og forbedring		Org dir	31.01.2017
Kriterie 8 SSHF har gjennomført tiltak etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis						
	Anbefaling		SSHF er lite kjent med og har ikke fulgt opp anbefalingene i den nasjonale rapporten. Det anbefales at gruppen som skal vurdere framtidig organisering av arbeidet gjør en overordnet risikovurdering av medisinsk kodepraksis, og ut fra denne utarbeider plan for hvordan arbeidet skal følges opp. Det forventes av SSHF tar nasjonale anbefalinger til etterretning og vurderer disse i sammenheng med ny organisering og oppfølging av medisinsk kodepraksis.			
	Tiltak	a	Etablere en kompetansegruppe medisinsk koding, KMK		Økonomi	31.12.2016

	Tiltak	b	Eablere felles overordnet prosedyre for medisinsk koding		KMK	31.12.2016
		c	Utarbeide plan for internrevisjoner av medisinsk koding		KMK	31.01.2017
	Tiltak	d	EK-prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold må angi at varsling kan skje anonymt		Inge V.Bakken	30.11.2016
Kriterie 9 SSHF har gjennomført tiltak etter revisjon av pasientadministrativt arbeid						
	Anbefaling		Konsernrevisjonen anbefaler at SSHF følger opp styrets vedtak om halvårlig statusoppfølging med oversikt over hva som er utført og hva som gjenstår. Forslår at SSHF følger opp føringer om årlig revisjon, og beslutningen om at den enkelte klinikk har ansvar for å påse implementering av resterende tiltak.			
	Tiltak	a	Oppdatert statusoversikt styrebehandlet juni 2016. Arbeidet videreføres i ordinær drift.			
	Tiltak	b	Dokumentere i GAT kompetasnemodul hvem som har fått opplæring		Klinisk IKT	31.12.2017
	Tiltak	c	Gjøre kjent og implementere vedtatte rutiner			
	Tiltak	d	Gjennomføre internrevisjon Pasientadministrativt arbeid 2017		Klinisk IKT	01.04.2017
	Tiltak	e	Reetablere organ som følger opp Pasientadministrativt arbeid på klinikkene		Klinisk IKT	31.12.2016
Kriterie 10 SSHF monitorerer utviklingen av det pasientadministrative arbeidet, og kan vise til forventet forbedring.						
	Anbefaling		Det anbefales å definere ønsket mål og toleranse for variasjon på flere av de indikatorene som monitoreres. Det bør tydelig framgå i den informasjon som gis til styret hva som er ønsket mål og i hvilken grad disse oppnås.			
	Tiltak					
6/2016 Endret organisasjonsmodell						
Ansvarlig	Anbefaling/t	nr	Problemstilling	Status	Ansvarlig	Tidsfrist
			Problemstilling Er arbeidet med virksomhetsstyring i SSHF innrettet slik at det understøtter mål med endret organisasjonsmodell?			
			Kriterie 1 Det er definert tydelige mål for endret organisasjonsmodell			
	Anbefaling		Ingen	OK		
			Kriterie 2 Innføring av endret organisasjonsmodell er planlagt og informert om. Risiko knyttet til gjennomføring er vurdert jevnlig			
	Anbefaling		Effekt av aktiviteter knyttet til implementering av endret org.modell er ikke tydelig angitt. Det anbefales at det for hver aktivitet knyttet til implementering utarbeides målkriterier som blir gjenstand for regelmessig oppfølging. Det er ikke dokumentert vurderinger knyttet til om det er budsjettmidler til å gjennomføre aktiviteter i planen for ny organisasjonsmodell. Det anbefales at risiko knyttet til innføringen gis høy prioritet, spesielt økonomiområdet.			
	Tiltak	a	Den nye organisasjonen er i ferd med å etableres - evalueres/revideres			2017

		Kriterie 3	SSHF har organisert arbeidet med virksomhetsstyring i samsvar med anbefalingene fra konsernrevisjonens rapport 05/2015, område virksomhetsstyring, og tiltakene dekker behovene i endret organisasjonsmodell.			
	Anbefaling		Flere av fristene i tiltakslistene for virksomhetsstyring er ikke overholdt. Etablert system for virksomhetsstyring etter rapport 05/2015 dekker behovet i endret organisasjonsmodell. men arbeidet er forsinket i henhold til plan. Konsernrevisjonen anbefaler at SSHF følger opp at alle enheter implementerer det etablerte systemet for virksomhetsstyring.			
			Tiltakene for virksomhetsstyring følges opp, og for øvrig er dette ivarett i andre punkter.	OK		
		Kriterie 4	Det er definert og kommunisert rolle, ansvar og oppgaver for virksomhetsstyringen i stab og linje.			
	Anbefaling		Maler for driftsavtaler er ikke ferdigstilt for alle nivå. Det anbefales at malene ferdigstilles, slik at den enkelte leders ansvar og oppgaver knytting til virksomhetsstyring blir beskrevet og formalisert.			
	Tiltak	a	Mal driftsavtaler for alle ledernivåer utarbeides			
		Kriterie 5	Mål og krav for endret organisasjonsmodell er operasjonalisert og forankret hos den enkelte leder, og implementert i daglig drift.			
	Anbefaling		Det anbefales at SSHF følger opp slik at ledere får driftsavtaler der ansvarsområder, roller, mål og krav inngår. Det bør gå tydelig fram hvilke effekter implementering av endret avdelingsstruktur og nytt ledernivå skal ha for de enheter som omfattes av dette.			
	Tiltak	a	En del enhetsledere har ikke inngått driftsavtale for 2016. Alle skal ha driftsavtale for 2017.		Alle ledere	31.03.2017
	Tiltak	b	Virksomhetsplanene for 2017 må gjenspeile ny organisasjonsstruktur for klinikk/avd/seksjon. Driftsavtalen skal angi ansvarsområder, roller, mål og krav for enheten.		Klinikkene	31.01.2017
		Kriterie 6	Ledere på alle nivå har tilgang til nødvendig styringsinformasjon slik at de løpende kan følge opp daglig drift.			
	Anbefaling		Konsernrevisjonen anbefaler at SSHF sikrer at alle ledere har tilgang på og benytter samme informasjon som danner grunnlag for løpende å følge opp egen enhet.			
		a	Portalen med styringsinformasjon rulles ut		Økonomi	
	Tiltak	a	Opplæring i bruk av portalen med styringsinformasjon		Økonomi	
		Kriterie 7	Det er etablert føringer som sikrer oppfølging av drift og risikokovurderinger på alle nivå i helseforetaket.			
	Anbefaling		Konsernrevisjonen anbefaler at SSHF gjennomfører oppfølgingsmøter gjennomgående fra laveste til øverste ledernivå i alle klinikker slik retningslinjene legger opp til. Alle tiltak som identifiseres må ansvarssettes og tidfestes, samt målekriterier for hvert tiltak må utarbeides.			
	Tiltak	a	Oppfølgingsmøter skal gjennomføres på alle nivå.		Alle ledere	31.01.2017
	Tiltak	b	Tiltakene etter oppfølgingsmøtene med adm. direktør må angi forventet effekt, ansvarlig og tidsfrist.		Alle ledere	31.01.2017