



Styresak 084-2017

Orienteringssak - Internrevisjonsrapport 3-2017 Henvisninger og ventetid i Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Terje Svendsen og Lars Eirik Hansen

Dato dok: 29.09.2017

Møtedato: 04.10.2017

Vår ref: 2017/306

Vedlegg (t): Internrevisjonsrapport 3-2017 Henvisninger og ventetid i Nordlandssykehuset

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført en revisjon hvor formålet har vært å bekrefte at svakheter omtalt i *internrevisjonsrapport 06/2013: Henvisninger og ventelister i Helse Nord - oppsummering*, er korrigert, og bidrar til at helseforetakene har et pålitelig grunnlag for rapporteringer om ventetider og fristbrudd.

Følgende fokusområder ble vurdert:

1. Viderehenvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten
2. Vurdering av henvisninger
3. Registrering av utsettelse
4. Oppstart helsehjelp/ventetid slutt
5. Kontroll og oppfølging av ventelister

Direktørens vurdering:

Internrevisjon er en viktig del av vårt styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring. Selv om denne revisjonen viser at det fortsatt er behov for forbedring innenfor området, synliggjøres at det i etterkant av forrige revisjon innenfor området er arbeidet målrettet for å forbedre påviste svakheter. Nordlandssykehuset vil jobbe videre med anbefalingene fra denne revisjonen, og som denne saken viser er det allerede gjort tiltak som vi mener vil bidra til betydelig forbedring innenfor disse områdene.

Internrevisjonsrapporten konkluderer følgende:

Internrevisjonen konstaterer at de fleste svakheter omtalt i internrevisjonsrapport 02/2013 er korrigert, og at kontrollen med langtidsventende pasienter er betydelig forbedret.

Nordlandssykehuset vurderes å ha et grunnlag for rapporteringer om ventetid til første oppmøte, som i hovedsak er pålitelig. Gjeldende krav om differensiering mellom uavklarte tilstander («venter på utredning») og avklarte tilstander («venter på behandling») etterleves imidlertid ikke. Ut over dette synes de vesentligste feilkildene for venteliste data å være uriktig bruk av interne primærhenvisninger (istedenfor sekundærhenvisninger) og mangelfull videreføring av henvisningsdata ved mottak av viderehenvisninger fra andre helseforetak. Internrevisjonen vurderer det dessuten som uheldig at noen pasienter taper sin juridiske rett til oppstart av helsehjelp innen fastsatt frist, fordi de ikke kan møte på svært kort varsel.

Følgende anbefalinger ble gitt:

På bakgrunn av de observasjoner og vurderinger som ble gjort, har internrevisjonen i denne revisjonen gitt Nordlandssykehuset HF til sammen 10 anbefalinger om forhold knyttet til:

- Fastsetting av henvisningstype
- Overholdelse av vurderingsfristen
- Informasjon til pasienter om hva den juridiske fristen for oppstart av helsehjelp gjelder
- Tilrettelegging for tildeling av timer minst fire måneder fram i tid
- Riktig registrering av ventetid sluttdato
- Opprettelse av interne primærhenvisninger
- Videreføring av henvisningsdata mellom helseforetak
- Bruk av utsettelseskoder
- Rutiner for regelmessige kontroller av henvisningsdata.

Foretakets plan for å følge opp anbefalingene som fremkom etter internrevisjon:

Internrevisjonen konstaterer at de fleste svakheter omtalt i rapport 02/2013 er korrigert i henhold til forelagt plan for lukking, men at det fremdeles er områder som krever forbedring. Revisjonen har gitt NLSH ti klare anbefalinger for arbeidet videre. Dette omhandler i stor grad registreringspraksis knyttet til henvisninger og ventelister.

Nordlandssykehuset HF har forut for revisjonen valgt å gjøre strukturelle endringer i organisasjonen. Administrerende direktør har allerede iverksatt to overordnede tiltak som skal bidra til at det jobbes strategisk og kontinuerlig med disse utfordringene.

A. Opprettelse av Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD).

Nordlandssykehuset er i gang med prosess for å samle alle merkantile ressurser i somatisk virksomhet i ett senter. Dette for å sikre at prosedyrer og retningslinjer praktiseres på lik linje på alle lokasjoner, uavhengig av hvilken klinikk pasient er knyttet mot. SKSD skal utarbeide og kvalitetssikre gjeldende prosedyrer og retningslinjer, samt drive opplæring av ansatte og ha overordnet rapporteringsansvar på status henvisninger og ventelister. SKSD har påbegynt overføringen av merkantile ressurser og per i dag er somatisk kontortjeneste i Lofoten og Vesterålen samt merkantilt personell fra Hode Bevegelse klinikk overført til senteret. I løpet av oktober vil også personell i AKUM og KIROT klinikk overføres. De øvrige klinikker følger fortløpende og det forventes at alle merkantile ressurser er overførte i løpet av Q1 2018.

Dette skal bidra til at foretaket får større overordnet oversikt over utfordringer, og sikre at merkantile arbeidsoppgaver utføres på lik måte. I tillegg vil man ved å samle ansatte mer hensiktsmessig kunne drive med større grad av kompetanseheving og ressursutnyttelse. Sårbarhet rundt merkantile

arbeidsoppgaver har i stor grad påvirket drift og resultat, og vi vil nå kunne dra nytte av stordriftsfordel. SKSD vil drive kontroll over viktige parametere som avdekkes som problemområder\utfordringer i internrevisjonen og vil således kunne gi både foretaksledelse og klinikkene en bedre oversikt over drift.

B. Strategi for opplæring i DIPS EPJ

For å kunne etablere gode rutiner rundt henvisningsmottak og ventelister er det avgjørende at ansatte har mottatt god og målrettet opplæring. Foretaket skal legge til rette for at ansatte har den kunnskap som kreves for å kunne utføre sitt arbeide. Vi vil både forbedre og strukturere opplæringen i bruk av DIPS EPJ, både for merkantile og andre yrkesgrupper. Oppfølging av denne opplæringen skal dokumenteres i kompetansemoduleen som settes i drift i NLSH ila 2017.

Internrevisjonsrapport 03/2017

**Henvisninger og ventetid i
Nordlandssykehuset HF**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 21.08.2017

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	6
2.1 Formål med revisjonen.....	6
2.2 Omfang og avgrensninger.....	6
2.3 Regelverk og andre føringer.....	6
2.4 Fokusområder og revisjonskriterier.....	7
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Vurdering av henvisninger.....	9
4.1.1 Observasjoner.....	9
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger – vurdering av henvisninger.....	13
4.2 Viderehenvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten.....	14
4.2.1 Observasjoner.....	14
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger – viderehenvisninger.....	16
4.3 Registrering av utsettelse.....	16
4.3.1 Observasjoner.....	17
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger – registrering av utsettelse.....	17
4.4 Oppstart av helsehjelp/ventetid slutt.....	18
4.4.1 Observasjoner.....	18
4.4.2 Internrevisjonens vurderinger – ventetid sluttdato.....	19
4.5 Kontroll og oppfølging av henvisningsdata.....	19
4.5.1 Observasjoner.....	19
4.5.2 Internrevisjonens vurderinger – kontroll og oppfølging.....	20
5 Konklusjon og anbefalinger.....	21
5.1 Konklusjon.....	21
5.2 Anbefalinger.....	21

Vedlegg:

- 1 – Regionale prosedyrer
- 2 – Revisjonskriterier
- 3 – Utførte tester, metodebeskrivelse
- 4 – Mottatte henvisninger i Nordlandssykehuset HF, 2016

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset HF (NLSH) i perioden januar – august 2017.

Formål med revisjonen

Revisjonens formål er å bekrefte at svakheter omtalt i internrevisjonsrapport fra 2013, Henvisninger og ventelister, er korrigert og bidrar til at Nordlandssykehuset har et pålitelig grunnlag for rapporteringer om ventetider og fristbrudd.

Metoder

Revisjonen er utført ved dokumentgjennomgang, intervjuer og tester basert på datauttrekk fra foretakets journalsystem (DIPS) og datavarehus (Helse Nord LIS).

Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at de fleste svakheter omtalt i internrevisjonsrapport 02/2013 er korrigert, og at kontrollen med langtidsventende pasienter er betydelig forbedret. Nordlandssykehuset vurderes å ha et grunnlag for rapporteringer om ventetid til første oppmøte, som i hovedsak er pålitelig. Gjeldende krav om differensiering mellom uavklarte tilstander («venter på utredning») og avklarte tilstander («venter på behandling») etterleves imidlertid ikke. Ut over dette synes de vesentligste feilkildene for aggregerte data å være unødvendig og uriktig registrering av interne primærhenvisninger og mangelfull videreføring av henvisningsdata ved mottak av viderehenvisninger fra andre helseforetak. Internrevisjonen vurderer det dessuten som uheldig at noen pasienter taper sin juridiske rett til oppstart av helsehjelp innen fastsatt frist, fordi de ikke kan møte på svært kort varsel.

Anbefalinger

Internrevisjonen gir til sammen ti anbefalinger til Nordlandssykehuset om forhold knyttet til fastsetting av henvisningstype, overholdelse av vurderingsfristen, informasjon til pasienter om hva den juridiske fristen for oppstart av helsehjelp gjelder, tilrettelegging for tildeling av timer minst fire måneder fram i tid, riktig registrering av ventetid sluttdato, opprettelse av interne primærhenvisninger, videreføring av henvisningsdata mellom helseforetak, bruk av utsettelseskoder, og rutiner for regelmessige kontroller av henvisningsdata.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset HF (NLSH) i perioden januar – august 2017. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2017-2018, og er utført av Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon er gjennomført ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Internrevisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 25.01.2017
- Gjennomgang av innhentede dokumenter
- Datauttrekk fra DIPS¹ og fra Helse Nord LIS² (HNLIS)
- Intervjuer og verifikasjoner i Bodø 10.04 og 19.-20.04.2017
- Oppsummeringsmøte 24.04.2017
- Utkast til rapport oversendt 22.06.2017 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta, tilbakemelding mottatt 17.08.2017

1.1 Bakgrunn

Helseforetakene plikter å ha en intern styring og kontroll som gir rimelig grad av sikkerhet for at ventetidsrapporteringen er pålitelig. Dette forutsetter lik og korrekt registreringspraksis, i samsvar med gjeldende regelverk. I Rundskriv IS-2331, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet, utdypes dette slik:

Ventelistestatistikk brukes som grunnlag for styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Ventelistene skal bidra til å danne grunnlag for å avgjøre om retten til vurdering, og retten til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen, oppfylles overfor den enkelte pasient. Riktig registrering og rapportering er en forutsetning for å kunne ivareta pasientenes rettigheter.

Videre skal statistikken bidra til vurderingene av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helsetjenesten. Statistikken står og faller med hvor nøyaktig helseforetakene fører ventelister og registrerer riktige data.

Figur 1 (neste side) illustrerer ventelisteforløpet.

I 2013 gjennomgikk internrevisjonen håndtering av henvisninger og ventelister i Helse Nord. Oppsummeringsrapport 06/2013 fra revisjonen ble lagt fram for styret i Helse Nord RHF i sak 116-2013. Internrevisjonens konklusjon var da:

Lange ventetider innenfor enkelte fagområder er en kjent utfordring i regionen.

Denne revisjonen har vist at enkelte pasienter venter uakseptabelt lenge (opptil flere

¹ Helse Nords dataverktøy for pasientadministrasjon (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ)

² Helse Nords ledelsesinformasjonssystem/regional datavarehusløsning

år) på den behandling de er vurdert å ha behov for, også uten at det er dokumentert at pasienten er blitt kontaktet av helseforetaket. Dette gjelder både Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Finnmark HF. Det ble ikke konstatert tilsvarende lange ventetider ved Helgelandssykehuset HF.

Deler av regelverket som regulerer ventelisteforløp etterleves ikke i tilstrekkelig grad, noe som medfører både systematiske og tilfeldige feil i rapporteringer om ventetider og fristbrudd ved alle helseforetakene.

De viktigste årsakene til feil i datagrunnlaget for ventelistestatistikker ved alle helseforetakene i regionen, vurderes å være:

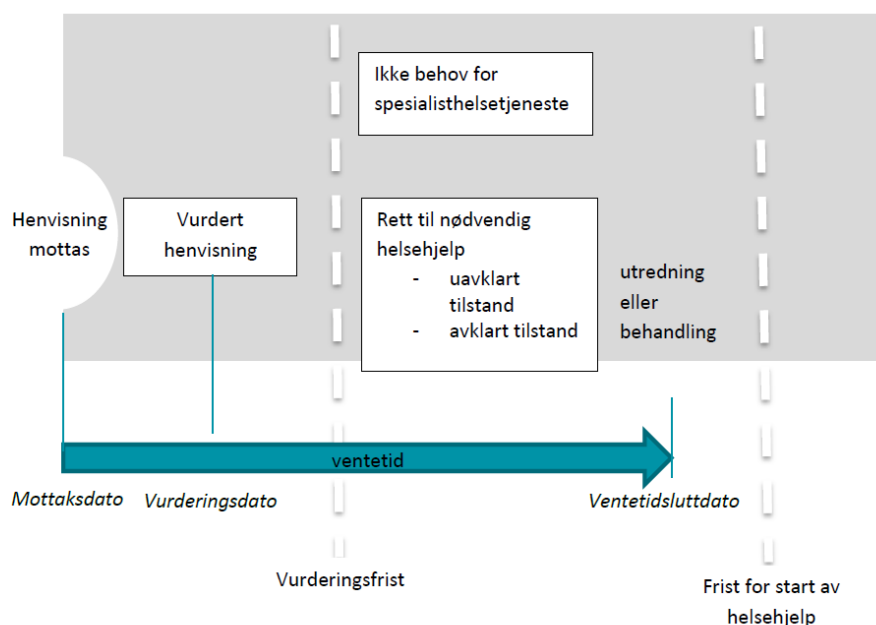
- mangelfulle registreringer ved mottak av henvisninger fra andre helseforetak
- unødvendig og uriktig bruk av interne primærhenvisninger
- mangelfull bruk av utsettelseskoder
- ulik forståelse og inkonsekvent praksis knyttet til vurderinger og registreringer som avgjør om ventetiden er slutt ved oppstart av utredning eller ved oppstart av behandling

På bakgrunn observasjonene og vurderingene som ble gjort, ga internrevisjonen 10-15 anbefalinger til hvert av helseforetakene, 12 til Nordlandssykehuset (rapport 02/2013).

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har senere orientert styret om oppfølging av anbefalingene fra internrevisjonen i sak 46-2015 og i sak 45-2016/4. Den siste av disse oppfølgingssakene ble avsluttet med følgende konklusjon fra adm. direktør:

De fleste anbefalinger er tilfredsstillende ivaretatt. Adm. direktør vil påse at problemstillingene som omtales i denne saken følges opp separat, og anser for øvrig oppfølgingen av Internrevisjonsrapport 06/2013 som avsluttet fra RHF-ets side.

Figur 1. Ventelisteforløpet (Kilde: IS-2331)



2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Revisjonens formål er å bekrefte at svakheter omtalt i internrevisjonsrapport fra 2013, *Henvisninger og ventelister*, er korrigert og bidrar til at Nordlandssykehuset har et pålitelig grunnlag for rapporteringer om ventetider og fristbrudd.

2.2 Omfang og avgrensninger

Svakheter avdekket i internrevisjonen i 2013 omfattet både mottak og vurdering av henvisninger, oppdatering av ventelister og fastsetting av sluttdato ventetid. Denne oppfølgingsrevisjonens omfang er basert på internrevisjonens vurderinger av risiko for gjenstående svakheter, med utgangspunkt i administrasjonens rapportering til styret i Helse Nord RHF om foretakenes oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. I tillegg revideres det opp mot enkelte nye kriterier, som følge av endret regelverk.

Revisjonen er avgrenset til somatisk virksomhet, med fordypning innenfor følgende fagområder:

NPR-fagområdekode	NPR-fagområdenavn
050	Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)
240	Hud
250	Nevrologi
290	Øre-nese-hals-sykdommer

Tabell 1. Oversikt over fagområder utvalgt for fordypning

Andre avgrensninger:

Ved denne revisjonen har vi ikke sett på begrunnelse og registreringspraksis for andre henvisninger enn de som er vurdert til at pasienten skal motta tilbud om helsehjelp i foretaket (resultat av vurderingen = «behandles»).

2.3 Regelverk og andre føringer

Følgende regelverk er særlig aktuelt ved denne revisjonen:

- LOV-1999-07-02-63, Lov om pasient- og brukerrettigheter (PBRL)
- FOR-2000-12-01-1208, Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (PFOR)
- FOR-2000-12-07-1233, Forskrift om ventelisterregistrering (VFOR)

I tillegg er det gitt nasjonale føringer i følgende dokumenter:

- Rundskriv IS-2331, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister, Helsedirektoratet (utgitt 10/2015, erstattet tidligere rundskriv IS-10/2009)
- Rundskriv IS-08/2015, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer (oppdatert 05/2016)

- Brev fra HOD 05.11.2015, Spørsmål om plikten til å melde fristbrudd til HELFO - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2
- Saksbehandling ved HELFO pasientformidling, fra 01.11.2015, Helfo (Docmap PR32978)

En rekke regionale prosedyrer gir utdypende føringer og forklaringer om ønsket praksis. *Vedlegg 1* gir en oversikt over dokumentsamlinger i Docmap³ som har inngått i revisjonsgrunnlaget.

2.4 Fokusområder og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i formålet har revisjonen vært konsentrert om følgende fem fokusområder:

1. Vurdering av henvisninger
2. Viderehenvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten
3. Registrering av utsettelse
4. Oppstart helsehjelp/ventetid slutt
5. Kontroll og oppfølging av henvisningsdata

Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier med grunnlag i gjeldende regelverk. Disse er presentert samlet i *Vedlegg 2, Revisjonskriterier*, samt innledningsvis i delkapitlene til kapittel 4. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet:

- **Dokumentgjennomgang**
Internrevisjonen etterspurte interne dokumenter fra foretaket og fikk tilsendt Rapport fra Regionalt innsatsteam, 20.09.2016, *Reduksjon av ventetid og fristbrudd, Kirurgisk-Ortopedisk klinikk, NLSH*. Rapporten er benyttet i forberedelser til øvrige revisjonshandlinger.
- **Tester**
Internrevisjonen har gjort datauttrekk fra Helse Nord LIS og fra DIPS som grunnlag for tester. Uttrekk fra Helse Nord LIS er utført ved hjelp av en rapport tilpasset dette revisjonsoppdraget. Datauttrekk i DIPS er utført av representant fra foretaket, etter avtale med internrevisjonen. Noen av uttrekkene er benyttet som grunnlag for journaloppslag på enkeltpasienter, for kontroll av pasientadministrative registreringer. Oppslagene er utført av foretakets representanter fra de utvalgte fagområdene sammen med internrevisjonen.

³ Helse Nords elektroniske dokumentstyringsverktøy og avvikssystem

Følgende tester er utført, fordelt på de enkelte fokusområder:

Vurdering av henvisninger:	
Test 1	Overholdelse av vurderingsfrist
Test 2	Informasjon i første svarbrev til pasient
Test 3	Andel pasienter med frist de nærmeste 6 månedene som ikke hadde fått oppmøtedato
Viderehenvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten:	
Test 4	Videreføring av ventelistedata fra første institusjon
Test 5	Bruk av interne primærhenvisninger
Registrering av utsettelse:	
Test 6	Dokumentasjon for bruk av Utsettelseskode 5 (har takket nei til annet tilbud)
Oppstart helsehjelp/ventetid sluttdato:	
Test 7	Dokumentasjon for bruk av Ventetid sluttkode 5 (mottar helsehjelp via HELFO)
Kontroll og oppfølging av henvisningsdata:	
Test 8	Antall langtidsventende

Tabell 2. Oversikt over utførte tester

En nærmere metodebeskrivelse for den enkelte test er gitt i *Vedlegg 3, Utførte tester*.

For å bidra til å plassere alle enkeltobservasjonene i et mer helhetlig bilde, har vi innhentet en oversikt fra foretaket som viser utvalgte nøkkeltall for omfanget av henvisninger i 2016, se *Vedlegg 4, Mottatte henvisninger i Nordlandssykehuset HF, 2016*.

- **Intervju**

Det er gjennomført intervju med helsepersonell (individuell eller i små grupper) innenfor de utvalgte fagområdene, som følger:

<i>NPR-fagområdenavn</i>	<i>Antall overleger</i>	<i>Antall helsesekretærer</i>
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	1	2*
Hud	1	1
Nevrologi	1	2
Øre-nese-hals-sykdommer	1	2

Tabell 3. Antall personer intervjuet innen utvalgte fagområder

*Inkl. telefonintervju etter de planlagte intervjuene.

Det har også vært intervju med medisinsk direktør og med representanter fra Brustdiagnostisk senter (BDS). Til sammen har 14 personer ved NLSH deltatt i intervju.

4 Observasjoner og vurderinger

I dette kapitlet beskrives hvert av de fem fokusområdene ved en kort innledning og presentasjon av revisjonskriteriene. Deretter omtales konkrete observasjoner fra de gjennomførte revisjonshandlinger, og avslutningsvis internrevisjonens vurderinger av observasjonene sett opp mot de valgte revisjonskriteriene.

4.1 Vurdering av henvisninger

Når henvisningen er mottaksregistrert i DIPS sendes den elektronisk til aktuell fagenhet/gruppe for vurdering innen vurderingsfristen på ti dager. Resultatet av vurderingen vil være ett av følgende:

- Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (med oppstart innen en definert frist). For pasienter som skal motta helsehjelpen ved eget foretak, registreres også utfallet av vurderingen som «Resultat = Behandles».
- Pasienten har ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (avvises)

Valgt «Henvisningstype» (Utredning/Behandling/Kontroll/Opplæring m.m.) skal gjenspeile behandlerens vurdering av om pasientens tilstand på vurderingstidspunktet oppfattes som uavklart eller avklart. Både «Utredning» og «Behandling» inngår i offisiell ventetidsstatistikk, mens henvisningstypene «Kontroll» og «Opplæring m.m.» ekskluderes.

Revisjonskriterier for vurdering av henvisninger:

- a) Lege/spesialist beslutter i løpet av vurderingsperioden om pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har rett til utredning eller rett til vurdering, slik:
avklart tilstand – rett til behandling
uavklart tilstand – rett til utredning
- b) Henvisninger blir vurdert innen fristen, og dette framgår av registreringene.
- c) Svarbrev til pasienten er sendt innen 10 virkedager.
- d) I svarbrevet til pasienten har foretaket informert om juridisk frist, og om fristen gjelder for oppstart av utredning eller oppstart av behandling.
- e) I svarbrevet til pasienten har foretaket informert om tidspunkt for oppstart av helsehjelpen. Hvis oppmøtetid er om mer enn fire måneder, angis den med uke-år.

4.1.1 Observasjoner

4.1.1.1 Valg av henvisningstype

Det er valgt et felles systemoppsett i Helse Nord, der henvisningstype for eksterne, elektroniske henvisninger er forhåndsutfylt til «Utredning». Ved mottaksregistrering kontrollerer kontorpersoneell om henvisningen/henvendelsen gjelder forhold som ikke skal rettighetsvurderes, og korrigerer i slike tilfeller henvisningstypen til «Kontroll» eller «Opplæring m.m.».

Det framkommer av regional prosedyre at vurderende lege må sjekke at valgt henvisningstype er riktig. Ingen av legene vi intervjuet forholdt seg aktivt til feltet «Henvisningstype», som er plassert i det de oppfatter som «kontorsiden» av henvisningsbildet i DIPS. Enkelte hadde imidlertid en oppfatning om at deres betraktninger om hvorvidt pasientens tilstand var å anse som avklart eller uavklart, kom til uttrykk gjennom deres valg av «Kontakttype» for pasientens første kontakt (oppmøte). Foretaket har verken automatiske eller manuelle rutiner der ulogiske/uønskede kombinasjoner av «Henvisningstype» og «Kontakttype» blir vurdert og eventuelt

korrigert. Legens vurdering av hvilken helsehjelp det skal innkalles til i første kontakt, påvirker altså ikke valgt henvisningstype.

Tallmaterialet vi har mottatt, jf. *Vedlegg 4*, viser følgende fordeling mellom henvisningstyper for pasienter tilbudt helsehjelp innen alle fagområder i 2016:

Henvisningstype	Fordeling av primærhenvisninger	Fordeling av eksterne primærhenvisninger	Fordeling av interne primærhenvisninger
Utredning	88,9 %	93,5 %	63,2 %
Behandling	7,3 %	4,3 %	24,4 %
Annet	3,8 %	2,2 %	12,4 %

Tabell 4. Fordelingen mellom henvisningstyper, alle fagområder, 2016

Interne primærhenvisninger omtales nærmere i kap. 4.2.1.2.

4.1.1.2 Bruken av nasjonale prioriteringsveiledere

Nasjonale, fagspesifikke prioriteringsveiledere, utgitt av Helsedirektoratet, skal være en beslutningsstøtte ved vurdering av henvisninger og skal bidra til mer lik praktisering av prioriteringsvilkårene. Veilederne gir råd om tildeling av rettighetsstatus, inkludert om aktuell helsehjelp er utredning eller behandling, og om maksimal frist for start helsehjelp.

Internrevisjonen har ikke gjort egne tester for å kontrollere utførte vurderinger opp mot anbefalingene i de nasjonale prioriteringsveilederne. Gjennom intervjuene har det imidlertid framkommet at disse i varierende grad benyttes som beslutningsstøtte i vurderingsprosessen. Ingen av legene vi snakket med forholdt seg aktivt til anbefalingene vedrørende om aktuell behandling er utredning eller behandling. Et par av dem uttalte at de eventuelt slår opp for å sjekke anbefalinger om maksimal ventetid. Fra ett av fagområdene var tilbakemeldingen at veilederen ikke brukes, med følgende begrunnelse: «*De fristene som anbefales der er ikke mulig å forholde seg til hos oss. Jeg har gjort mine vurderinger av hva som haster mest i forhold til tilgjengelig kapasitet.*»

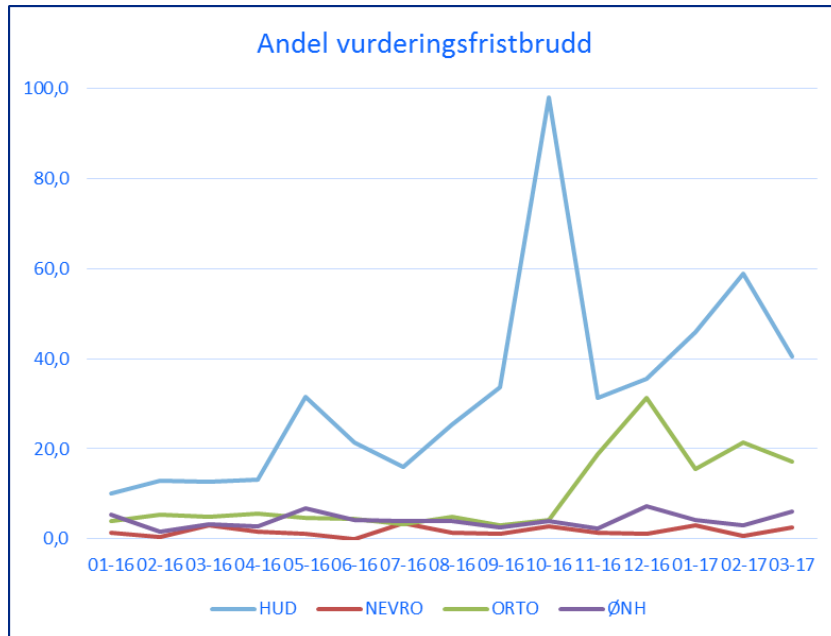
Forøvrig har vi merket oss at det ikke er praksis for, eller lagt opp til, noen form for dokumentasjon av begrunnelser for de valg man gjør ved vurdering, eksempelvis dersom man avviker fra prioriteringsveilederens anbefalinger om aktuell helsehjelp (utredning eller behandling) eller veiledende frist for oppstart.

4.1.1.3 Overholdelse av vurderingsfrist og tilbakemelding til pasient

Andelen av henvisningene som i en gitt periode er vurdert senere enn 10 dager etter mottattdato, omtales som andel vurderingsfristbrudd. Datauttrekk fra Helse Nord LIS (test 1) viser at månedlig andel vurderingsfristbrudd i Nordlandssykehuset (alle fagområder) i 2016 varierte mellom 8 % og 14 %. I mars 2017 var andelen 9,5 % (592 henvisninger).

Andelen vurderingsfristbrudd varierer mellom fagområdene, slik det framkommer av Figur 2. Internrevisjonen fikk opplyst at det våren 2017 var iverksatt tiltak innen ortopedi, slik at den enkelte lege nå lettere finner de henvisninger han/hun skal vurdere.

Figur 2. Andel vurderingsfristbrudd pr. måned for de utvalgte fagområdene i NLSH



Tilbakemeldinger til pasienter

For å undersøke tilbakemeldingene som gis til pasienter som er vurdert til rett til nødvendig helsehjelp i foretaket, gjennomgikk internrevisjonen 34 eksemplere på første svarbrev fordelt mellom de utvalgte fagområdene (test 2). Testen viste at:

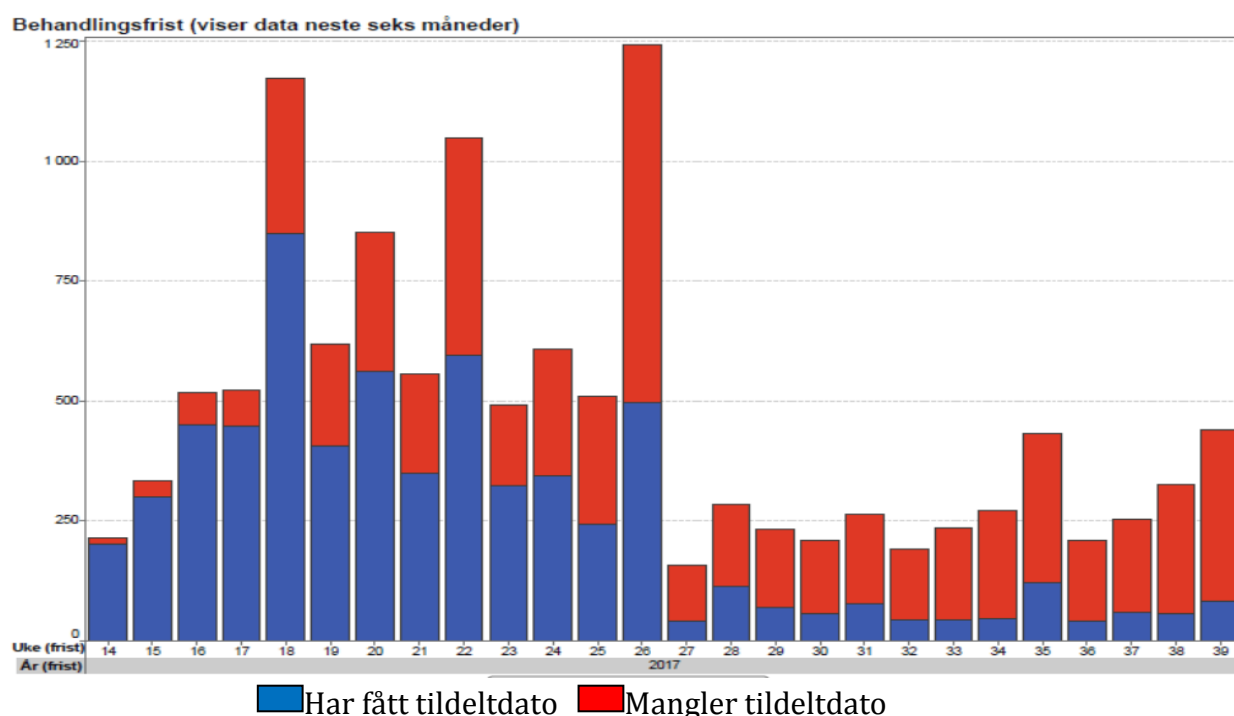
- 30 av 34 svarbrev var sendt innen 10 dager.
- 7 av 34 brev manglet informasjon om juridisk frist. 5 av disse gjaldt øre-nese-hals.
- Ingen av brevene inneholdt informasjon om hvorvidt fristen gjaldt oppstart av behandling eller oppstart av utredning. Formuleringene som var benyttet var: «Du har rett til utredning/behandling innen fristdato» og «Vi har plikt til å starte utredning eller behandling innen fristen».
- 25 av 34 (74 %) fikk tildelt time i første brev (oppmøtedato). Innen fagområdet hud fikk bare 2 av 7 (29 %) time i første brev.
- Det var stor likhet i valg av brevmal/overskrifter, men øre-nese-hals har benyttet ulike maler med samme overskrift.

4.1.1.4 Planleggingshorisont for tildeling av oppmøtetid

Regelverket stiller krav til foretakene om å opplyse oppmøtetid i første svarbrev. Helsedirektoratet har ved flere anledninger gitt uttrykk for at dette bør praktiseres slik at planlagt oppmøte innen fire måneder skal angis med dato, mens oppmøtetid lenger fram spesifiseres med uke-år. I 2016 ble det også stilt krav til foretakene om å ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging med seks måneders planleggingshorisont i DIPS. «Åpen timebok» i DIPS er en forutsetning for tildeling av timer.

I intervjuene framkom at tidshorizonten som er tilgjengelig for tildeling av timer («Åpen timebok» for legene) gjerne er betydelig kortere enn det som forventes fra myndighetene. Status ved intervjutidspunktet ble opplyst å være omtrent to måneder fram i tid, med noe variasjon mellom fagområdene. For å se nærmere på planleggingshorisonten har vi innhentet øyeblikkstill fra HNLIS per 03.04.17 (uke 14, alle fagområder inkludert). Figur 3 viser antall pasienter med frist for oppstart av helsehjelp i løpet av de kommende seks månedene, fordelt mellom gruppene «Har fått tildeltdato» og «Mangler tildeltdato». Analyse (test 3) viste at 2842 (47 %) pasienter med frist de nærmeste 6 månedene ikke hadde fått tildelt oppmøtedato.

Figur 3. Andel pasienter med frist for oppstart av helsehjelp i perioden som har fått/ikke har fått oppmøtedato



Nedbryting av datamaterialet viser følgende situasjon innen de utvalgte fagområdene:

Pr. 03.04.2017	HUD	NEVRO	ORTO	ØNH
Ventende med frist neste 6 md.	397	294	850	1037
Har fått tildeltdato	97	183	558	469
Mangler tildeltdato	300	111	292	568
Andel mangler tildeltdato	76 %	38 %	34 %	55 %

Tabell 5. Andel pasienter med frist for start helsehjelp de kommende seks månedene som mangler tildeltdato

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger – vurdering av henvisninger

Pasientens tilstand på vurderingstidspunktet (avklart/uavklart) skal, i henhold til regelverket, utgjøre grunnlaget for korrekt fastsetting av ventetid sluttdato og er derfor avgjørende for all ventetidsberegning. Internrevisjonen konstaterer at feltet «Henvisningstype» ikke er utfyllt på bakgrunn av vurderende leges oppfatning om pasientens tilstand på vurderingstidspunktet. Dette medfører at registrert informasjon om hvorvidt en pasients juridiske rettighet gjelder oppstart av utredning eller oppstart av behandling, er upålitelig. Den informasjon som rutinemessig gis til pasientene om hva deres tildelte rettighet gjelder, innfrir ikke prioriteringsforskriftens krav etter internrevisjonens oppfatning.

Internrevisjonen anbefalte i sin rapport 02-2013 til Nordlandssykehuset at «Foretaket bør legge bedre til rette for at feltet «Henvisningstype» i DIPS skal gjenspeile behandleres vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet». Vi har konstatert at feltets plassering fortsatt er uendret, altså ikke en del av «vurderingsbildet» som legen forholder seg til, men at regional prosedyre PR33256 nå inneholder en presisering om at «den som vurderer må sjekke at informasjonen i feltet henvisningstype er riktig». Et slikt tiltak kan bidra til å kompensere for feltets uheldige plassering i skjermbildene, forutsatt at prosedyren etterleveres og at «riktig» gjenspeiler vurderende leges oppfatning forankret i prioriteringsveilederne (aktuell helsehjelp). Internrevisjonen er kjent med at DIPS ASA 27. mars 2017 gjorde tilgjengelig på kundeportalen en versjon hvor feltet «Henvisningstype» er flyttet over til vurderingsdelen (legefeltet). Regionalt forvaltningssenter for DIPS EPJ har opplyst at denne versjonen vil bli tatt i bruk i Helse Nord i forbindelse med planlagt oppdatering i november 2017. Senteret opplyste videre at de vil sende ut informasjon i forbindelse med oppdateringen, men at man ut over dette anser nødvendig opplæring for leger som gjennomført.

Helsedirektoratet har i sin rapport, *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten, IS-2626*, utgitt 05-2017, foreslått å forenkle regelverket slik at pasientene tildeles frist til oppstart av helsehjelp uten at det skilles mellom frist til utredning og behandling. Pasientrettigheten kan da vurderes innfridd ved første kontakt. Internrevisjonen gjenkjenner deler av Helsedirektoratets argumenter for en slik endring fra våre egne observasjoner, og deler direktoratets oppfatning om at en slik omlegging vil øke mulighetene for lik praktisering av regelverket.

Det vises videre til kapittel 4.4 om sammenhengen mellom henvisningstype og ventetid sluttdato.

Internrevisjonen ser positivt på tiltakene som nylig er iverksatt innen ortopedi for å bedre tilretteleggingen for overholdelse av vurderingsfristen. Vi forventer at tiltakene følges opp for å sikre at de gir dokumentert effekt. Etter vår vurdering er den høye andelen vurderingsfristbrudd innen fagområdet hud, uheldig. Videre er vår oppfatning

at kontrolltiltakene for dette trinnet i prosessen bør styrkes for å redusere risikoen for at henvisninger ikke vurderes innen forsvarlig tid. Forsinket vurdering fører isolert sett ikke til feil i ventetidsstatistikken, men kan utgjøre en vesentlig pasientsikkerhetsrisiko. Se også kap. 4.5 om kontroll og oppfølging av henvisningsdata.

Internrevisjonen har konstatert at en stor andel av de ventende pasientene ikke har fått tildelt time. Vi anser det som uheldig at det ikke er lagt bedre til rette for å kunne tildele og opplyse om oppmøtetid i første svarbrev. Fagområdet hud skiller seg negativt ut også her, og internrevisjonen har fått forklart at tallene har sammenheng med en vedvarende mangel på fast tilsatte hudleger.

Manglende informasjon om frist for oppstart helsehjelp i svarbrev til rettighetsvurderte pasienter er pliktbrudd. Det kan være ulike årsaker til de mangler vi har konstatert, spesielt innen øre-nese-hals, f.eks. at feil valgt kontaktype har generert feil utvalg av brevmaler, at det er feil i brevmal eller at henvisningen ikke skulle vært rettighetsvurdert nå, men inngått i eksisterende pasientforløp (eks. ved henvisningstype kontroll eller ansiennitetsdato fra annet sykehus), jf. kap. 4.2. Internrevisjonen har ikke undersøkt årsaksforholdene nærmere.

4.2 Viderehenvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten

En henvisningsperiode strekker seg fra spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning og til all aktivitet knyttet til denne henvisningen er avsluttet. Et pasientforløp kan involvere flere avdelinger eller institusjoner, og viderehenvisninger kan skje både før og etter at helsehjelpen har startet. Alle nødvendige opplysninger om henvisningsperioden skal følge med en videresendt henvisning. Dersom slik informasjon mangler, skal mottakende enhet sørge for å innhente dette.

Hovedregelen er: én pasient – én tilstand – én henvisningsperiode.

Revisjonskriterium for viderehenvisninger:

- a) Rettighetspasienter som flyttes til annen enhet (internt eller eksternt) for å fullføre den helsehjelpen de er vurdert å ha behov for, fortsetter i samme henvisningsperiode. Dersom det teknisk må registreres en ny periode, følger data fra det primære forløpet/henvisningsperioden med pasienten.

4.2.1 Observasjoner

4.2.1.1 Henvisninger mellom helseforetak

I 2016 var det 2039 henvisninger til behandling ved NLSH som er registrert avsendt fra ekstern spesialisthelsetjeneste⁴. Internrevisjonen så nærmere på 17 slike henvisninger,

⁴ Reelt antall kan være høyere, da «henvist fra type» ikke er et obligatorisk felt.

fordelt på de fire fagområdene, sammen med overlege fra aktuelt fagområde (test 4). Legene vurderte at 15 av disse henvisningene gjaldt fortsettelse av et pasientforløp som var startet ved annet HF (viderehenvisning for samme tilstand). For disse 15 fant vi at 8 var korrekt registrert ved at ansiennitet og evt. ventestlutt dato var videreført fra første foretak, mens dette manglet for de resterende 7. Dette betyr at 7 av 17 (41 %) kontrollerte henvisninger fra annet helseforetak sannsynligvis er mangelfullt registrert og medfører feil i grunnlaget for ventetidsberegninger. Flere av disse pasientene fikk trolig sin juridiske rett oppfylt ved første foretak, og skulle dermed ikke vært rettighetsvurdert på nytt og inkludert i offisiell ventetidsstatistikk ved NLSH.

4.2.1.2 Interne primærhenvisninger

Interne primærhenvisninger krever rettighetsvurdering og skal i hovedsak benyttes ved henvisning til helsehjelp for en annen sykdomstilstand enn den tilstanden pasienten allerede har et påbegynt henvisningsforløp for, internt i foretaket. Ved behov for interne henvisninger for forhold som har sammenheng med sykdomstilstanden i opprinnelig primærhenvisning, skal det velges sekundærhenvisning.

I 2016 ble 8 311 interne primærhenvisninger vurdert til rett til helsehjelp ved NLSH, noe som utgjorde 15 % av alle primærhenvisninger med slik rett. Sammen med overlege, så vi nærmere på 31 interne primærhenvisninger til de utvalgte fagområdene (test 5), og konstaterte at:

- For flere av henvisningene var registrert henvisningsårsak mangelfull eller manglende (ingen tilknyttet henvisning og ingen årsakinformasjon i selve registreringsbildet).
- 14 av de 31 henvisningene (45 %) ble i gjennomgangen vurdert av lege til ikke å gjelde en ny sykdomstilstand. For disse 14 kan det ikke bekreftes at primærhenvisning med ventetidsregistrering er riktig valg, ettersom:
 - Halvparten av henvisningene manglet dokumentasjon av henvisningsårsak/forklaring på hvorfor de var opprettet.
 - Den andre halvparten burde, ut fra legenes vurderinger, vært enten «sekundærhenvisninger» eller «ny kontakt» tilknyttet annen henvisningsperiode, eller henvisningstype «kontroll». De skulle altså ikke inngått i ventetidsstatistikken.

4.2.1.3 Henvisninger til klinisk utredning og diagnostikk ved Brystdiagnostisk senter (BDS)

Henvisninger til klinisk utredning og diagnostikk som først mottas ved Diagnostisk klinikk eller BDS, og deretter skal videre til andre avdelinger, omfattes av vurderingsgarantien og skal inngå i ventetidsstatistikken. I 2013 anbefalte internrevisjonen foretaket å gjennomgå egen praksis for å forsikre seg om at ventetid for slike pasienter ble rapportert korrekt. I forbindelse med oppfølging av anbefalingene, har foretaket meldt at tiltak forutsatte implementering av røntgensystemet Sectra. Sectra ble implementert høsten 2016, og internrevisjonen har derfor inkludert spesifikke revisjonshandlinger innen dette temaet.

I intervjuer har det framkommet at innføring av Sectra ikke har medført endringer av betydning for oppfølgingen av anbefalingen fra 2013. For henvisninger som først er registrert i Sectra, kreves det fortsatt korrekt, manuell registrering i DIPS når pasienten skal ha konsultasjon hos lege. Registreringspraksis for disse pasientene ble beskrevet å være at mottattdato i DIPS skal samsvare med registreringsdato i Sectra. Vi fikk videre opplyst at disse pasientene ikke står på venteliste, men undersøkes hos lege samme dag.

4.2.2 Internrevisjonens vurderinger – viderehenvisninger

Gjennomførte revisjonshandlinger har vist at Nordlandssykehuset ikke alltid registrerer henvisninger fra andre helseforetak på en slik måte at aktuelle data om henvisningsperioden videreføres fra henvisende foretak. Internrevisjonen vurderer at praksis er forbedret sammenlignet med situasjonen i 2013, men at manglende registreringer ved viderehenvisninger fortsatt har et omfang som medfører at dette er en feilkilde i foretakets rapporteringer om ventetid og fristbrudd.

Når det gjelder interne primærhenvisninger er internrevisjonens vurdering at disse utgjør et upålitelig grunnlag for ventetidsregistrering. Vurderingen baseres på vår test og det høye antallet av slike henvisninger. Opprettelse av unødvendige/uriktige interne primærhenvisninger øker omfanget av ventelistene. Det kreves nærmere undersøkelser for å si noe om hvordan dette påvirker gjennomsnittlig ventetid.

Internrevisjonen har ingen indikasjoner på feil registrering av ventetidsdata for henvisninger til Brystdiagnostisk senter. Selv om internrevisjonens anbefaling fra 2013 ikke har blitt løst ved tekniske tiltak, slik foretaket tidligere har meldt forventninger om, ser det ut til at man har et henvisningsforløp som ikke medfører feil i ventetidsstatikken.

4.3 Registrering av utsettelse

Alle situasjoner der oppstart av helsehjelp utsettes, skal registreres ved bruk av ulike utsettelseskoder. Dersom utsettelsen skyldes medisinske forhold eller er ønsket av pasienten selv, inklusive at pasienten ikke har møtt til tildelt time, telles pasienten ikke som ventende i nasjonal statistikk, og henvisningen inngår ikke når en teller fristbrudd og ved beregning av ordinær ventetid.

Tilfeller der pasienten tilbys oppstart av helsehjelp, men velger å vente lenger for å få behandling ved et bestemt behandlingssted, forstås også som en pasientbestemt utsettelse. Utsettelsen skal registreres med kode 5 *Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske*, og pasienten telles da ikke som ventende. (IS-2331). Det framgår av IS-2388 og er bekreftet av Helsedirektoratet i kommunikasjon med internrevisjonen, at bruk av denne koden forutsetter at pasienten har takket nei til et konkret tilbud om helsehjelp, og at koden ikke skal brukes for å angi at pasienten ikke ønsker varsling til Helfo.

Revisjonskriterier for registrering av utsettelse:

- a) Utsettelseskoder som har medført tap av juridisk frist for oppstart av helsehjelp, er begrunnet med en gyldig årsak i henhold til nasjonale retningslinjer.
- b) Utsettelseskode 5, *Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske*, benyttes i samsvar med regelverket, og det foreligger dokumentasjon som bekrefter dette.

4.3.1 Observasjoner

Alle registrerte pasientkontakter skal avsluttes med en avsluttkode. I tillegg finnes et register av utsettelseskoder som kan velges direkte eller aktiveres via koplinger fra enkelte avsluttkoder. Internrevisjonen har innhentet oversikt over alle tilgjengelige avsluttkoder for kontakt, og hvordan disse er koplet til utsettelseskoder. I tillegg har vi i intervjuene spurt hvordan koder benyttes og om eventuelle utfordringer. Vi har merket oss at:

- Det er lagt inn koplinger som medfører automatisk registrering av aktuell utsettelseskode ved bruk av relevante avsluttkoder.
- Det er mange avsluttkoder å velge blant, og veiledningsmaterieell er ikke tilgjengelig for brukerne. De fleste vi snakket med opplevde likevel at det er klart hvordan kodene skal benyttes.
- I to av intervjuene framkom det at man prøver å velge koder slik at fristbrudd unngås. En av dem uttalte: «Vi har lært hvilke koder som vi skal velge, slik at det ikke blir fristbrudd».
- Utsettelser på grunn av transportvansker registreres med egen utsettelseskode internt, men omregistreres i nasjonal statistikk til «pasientbestemt utsettelse».

Avslutt-/utsettelseskoder når det per telefon tilbys time med kort varsel, og pasienten avslår denne, benyttes i ulik grad. Noen utviser skjønn knyttet til pasientens alder, bosted og begrunnelse for å avslå timen, og skriver eventuelt bare en merknad. De fleste opplyste imidlertid at de konsekvent registrerer pasientbestemt utsettelse, uansett hvor kort varsel pasienten har fått om timen (eksempelvis time neste dag). Pasienten informeres ikke alltid om at de med dette har «brukt opp/tapt» sin juridiske rett til oppstart innen fristdatoen.

Internrevisjonen har ikke funnet noen indikasjoner på at utsettelseskode 5, *Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted*, brukes uberettiget. Ingen av de undersøkte fagområdene hadde benyttet denne koden i løpet av andre halvår 2016 og få av de vi snakket med hadde kjennskap til koden. Det framkom derimot informasjon om at fagområdet ortopedi hadde hatt enkelte pasienter som har takket nei til konkret tilbud ved annet behandlingssted, uten at denne utsettelseskoden var brukt.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger – registrering av utsettelser

Riktig bruk av utsettelseskoder er avgjørende for pasientens juridiske rettigheter og for statistikk i samsvar med nasjonale føringer. Ved revisjonen i 2013 ble manglende bruk av utsettelseskoder vurdert som en vesentlig feilkilde, og foretakene har tidligere rapportert om oppfølging av denne svakheten. I denne revisjonen har undersøkelsene

våre primært vært rettet mot å bekrefte at det kodes pasientbestemt utsettelse kun når det er grunnlag for dette.

Uttalelsene som har framkommet om valg av utsettelseskoder for å unngå fristbrudd, kan være en indikasjon på risiko for at noen pasienter urettmessig mister sin juridiske rett på oppstart innen fastsatt frist. Etter vår oppfatning, bør foretaket selv undersøke dette nærmere, og også forsikre seg om at begrunnelser for valgt utsettelseskode dokumenteres tilfredsstillende.

Internrevisjonen anser det som uheldig at det ikke er gitt klare føringer for registreringspraksis i tilfeller der pasienten er forhindret fra å takke ja til oppstart av helsehjelp som blir tilbudt med kort varsel. Etter vår oppfatning framstår det ikke som en rimelig tolkning at pasienten til enhver tid må være klar til å stille på svært kort varsel for å beholde sin juridiske rett til oppstart innen fastsatt frist.

4.4 Oppstart av helsehjelp/ventetid slutt

Revisjonskriterier for oppstart av helsehjelp/ventetid slutt:

- a) Ventetiden slutter den dato behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes. Datoen representerer en reell start av pasientforløpet, uavhengig av om dette starter med utredning eller behandling.
- b) Pasienten beholder sin plass på venteliste til pasienten har akseptert et konkret behandlingstilbud fra Helfo. Pasienten fjernes fra venteliste når foretaket har mottatt kopi av bekreftelse på inngått avtale med annen behandler.

4.4.1 Observasjoner

Det gjøres ingen faglig vurdering av om behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for er påbegynt ved ventetid sluttdato. Dette kan vi konstatere ut fra følgende observasjoner:

- Ventetid sluttdato fastsettes av kontorpersoneell. Behandler involveres ikke.
- Ventetid sluttdato defineres konsekvent som dato for pasientens første oppmøte, uavhengig av henvisningstype.

En alternativ avslutningsårsak er at pasienten behandles ved annen institusjon. Dersom Helfo har skaffet tilbudet, skal det benyttes avsluttkode 5 – «*Pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av Helfo*». Datauttrekk fra DIPS viste at det var registrert 38 tilfeller der avsluttkode 5 var benyttet innen de utvalgte fagområdene i 2016 (hvorav 35 innen ortopedi). Vi undersøkte 9 av de 38 (test 7) og konstaterte at denne koden kun så ut til å være riktig for 3 av tilfellene (alle innen ortopedi). Registrert informasjon tyder på at riktig kode for de øvrige seks tilfellene ville vært «*Til annen institusjon*». Dette feilvalget skyldes trolig at skjermbildet ikke viser hele kodens tekst når avsluttkode skal velges.

I pasientenes journaler var det ingen dokumentasjon fra Helfo som bekreftet at de tre ortopediske pasientene hadde akseptert Helfos tilbud. Vi fikk opplyst at denne dokumentasjonen kun forelå i Helfos fristbruddportal. Vedkommende som koordinerte henvendelsene til og fra Helfo mottok ikke, og kjente ikke til, de separate meldingene om enkeltpasienter som Helfo rutinemessig sender til foretaket når de skaffer tilbud om helsehjelp.

4.4.2 Internrevisjonens vurderinger – ventetid sluttdato

For pasienter som starter sin helsehjelp ved Nordlandssykehuset, registreres ventetid konsekvent fram til første konsultasjon, uavhengig av hva som har skjedd under konsultasjonen. Dette fører til at det ikke er noen sammenheng mellom om pasienten ble henvisst for en avklart eller uavklart tilstand, og fastsetting av ventetid sluttdato. For avklarte tilstander vil dagens praksis kunne gi feil (for kort) registrert ventetid. Dette gjelder spesielt for kirurgiske pasienter hvor det kan være behov for en poliklinisk konsultasjon for forberedelse av operasjon. I slike tilfeller skal ventesluttdato være lik operasjonsdato, jf. IS-2331 s. 32 og IS-2626.

Etter internrevisjonens vurdering er det uheldig at man ikke finner korrespondanse med Helfo dokumentert i pasientens journal. Mye tyder på at informasjonen fra Helfo ikke når fram til relevant(e) mottaker(e) i Nordlandssykehuset.

Revisjonen har også vist at kodene kan misforstås, dersom man ikke leser hele beskrivelsen. Det synes derfor naturlig å endre ordlyden i avsluttkoden som gjelder Helfo, slik at «Helfo» framkommer først/tidlig i beskrivelsen.

4.5 Kontroll og oppfølging av henvisningsdata

Foretaket skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert, jf. Forskrift om ventelisterregistrering. Dette forutsetter at løpende registreringer utføres riktig, samt at det foretas regelmessige gjennomganger for å kvalitetssikre disse.

Revisjonskriterier for kontroll og oppfølging av henvisningsdata:

- a) Foretaket praktiserer gjennomgående rutiner for jevnlig kontroll og rydding i ventelister og systematisk oppfølging av at rutinene etterleves.
- b) Foretaket benytter tilsendte korrekturlister fra NPR til korrigering og kontinuerlig forbedring.

4.5.1 Observasjoner

Median og gjennomsnittlig vurderingstid inngår i foretakets virksomhetsportal i HNLIS og rapporteres månedlig til Helse Nord RHF. De vi intervjuet fra fagområdene opplevde imidlertid ikke at overholdelse av vurderingsfrist vektlegges i oppfølgingsrutiner, heller ikke i enheter hvor overholdelse er særlig utfordrende.

Gjennomføringen av jevnlig kontroll og korrigeringer i ventelistedata varierer mellom enhetene. Vi intervjuet bare to som selv utfører slike kontroller. Disse opplyste at kontrollene er basert på rapporter i DIPS, og at ikke alle kontrollene som er definert i regional oversikt over kontrolltiltak (OL1937) blir gjennomført. Den ene av dem dokumenterer utførte kontroller i egen, papirbasert sjekklister som ingen etterspør, den andre opplyste at utførte kontroller ikke dokumenteres.

Vi har for øvrig konstatert at oppdateringer i OL1937 har vært forsinket, og at det ikke har vært mulig å gjennomføre alle tester slik de var beskrevet her. Oppdatering utført 20.02.17 korrigerer de vesentligste feilene i oversikten, men ikke i tilknyttede prosedyrer.

Kontroll av antall langtidsventende som pr. 03.04.17 hadde ventet mer enn ett år (test 8), viste:

- 22 pasienter, hvorav de med lengst ventetid hadde ventet siden august 2015 (ca. 20 måneder).
- Det har vært kontinuerlig reduksjon i antall langtidsventende ved månedsslutt i løpet av siste år.

Regelmessige tilbakemeldinger fra NPR på datakvalitet mottas av foretaket. Disse har, inntil i vinter, ikke blitt distribuert og fulgt opp så systematisk som foretaket ønsker. Fra nyttår ble det ansatt en rådgiver hos medisinsk direktør som blant annet skal bidra til bedre struktur og oppfølging av dette arbeidet.

4.5.2 Internrevisjonens vurderinger – kontroll og oppfølging

Revisjonshandlingene har bekreftet at antallet registrerte langtidsventende er betydelig redusert fra revisjonstidspunktet i 2013, og kontinuerlig gjennom det siste året. Vi vurderer at den positive utviklingen har sammenheng med forbedret kontroll og oppfølging.

Internrevisjonen mener likevel det er behov for en samlet gjennomgang og oppdatering av kravene i OL1937 med tilhørende prosedyrebeskrivelser og kontrollskjemaer. Etterlevelse av gjeldende kontrollkrav bør følges opp i lederlinjen. Vi har i internrevisjonsrapport 02-2017 anbefalt UNN å: «Ta initiativ, via Regionalt forvaltningssenter for DIPS EPJ, til en samlet gjennomgang og oppdatering av kontrollkravene i OL1937 med tilhørende prosedyrebeskrivelser og dokumentasjonsskjemaer». I den rapporten framkommer videre at vi anser det som naturlig at kontrollopplegget videreutvikles basert på en kombinasjon av uttrekk fra HNLIS og DIPS-rapporter, og at en forenkling av dokumentasjonskravene for utførte kontroller synes hensiktsmessig (felles skjema).

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at de fleste svakheter omtalt i internrevisjonsrapport 02/2013 er korrigert, og at kontrollen med langtidsventende pasienter er betydelig forbedret. Nordlandssykehuset vurderes å ha et grunnlag for rapporteringer om ventetid til første oppmøte, som i hovedsak er pålitelig. Gjeldende krav om differensiering mellom uavklarte tilstander («venter på utredning») og avklarte tilstander («venter på behandling») etterleves imidlertid ikke. Ut over dette synes de vesentligste feilkildene for aggregerte data å være unødvendig og uriktig registrering av interne primærhenvisninger og mangelfull videreføring av henvisningsdata ved mottak av viderehenvisninger fra andre helseforetak. Internrevisjonen vurderer det dessuten som uheldig at noen pasienter taper sin juridiske rett til oppstart av helsehjelp innen fastsatt frist, fordi de ikke kan møte på svært kort varsel.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset å:

1. Sørge for at henvisninger vurderes innen lovbestemt tid.
2. Sørge for at feltet «Henvisningstype» i DIPS fylles ut på bakgrunn av vurderende leges oppfatning av om pasientens tilstand betraktes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet.
3. Sørge for at det framkommer klart i svarbrev til pasienter om oppgitt frist gjelder rett til oppstart av utredning eller rett til oppstart av behandling.
4. Sørge for at det til enhver tid er tilrettelagt for tildeling av timer minst fire måneder fram i tid, slik at informasjon om time i større grad kan gis i første svarbrev.
5. Innføre rutiner som sikrer at det for pasienter med rett til «behandling» registreres en ventetid sluttdato som representerer en reell start på den behandlingen pasienten var vurdert å ha behov for.
6. Sikre korrekt bruk og registrering av interne primærhenvisninger, inkludert registrering av årsak til henvisningen.
7. Fortsette arbeidet for å sikre at relevante data om pasientforløpet innhentes og registreres slik at pasienter som mottar helsehjelp ved flere helseforetak for samme tilstand har en sammenhengende henvisningsperiode.
8. Gi klare føringer for registreringspraksis (eventuell bruk av utsettelseskoder) i tilfeller der pasienten er forhindret fra å takke ja til oppstart av helsehjelp som blir tilbudt med kort varsel.
9. Gi klare føringer for hvordan begrunnelser/forklaring for valgt avsluttkode/ utsettelseskode skal registreres for økt trygghet for at pasienter ikke urettmessig mister sin juridiske rett på oppstart innen fastsatt frist.
10. Sørge for at gjeldende opplegg for kontroll av henvisningsdata etterleves og følges opp i lederlinjen.

Vedlegg 1 – Regionale prosedyrer

Oversikt over regionale styringsdokumenter som har inngått i revisjonsgrunnlaget:

DS8484, Henvisning pasientadministrative rutiner EPJ DIPS:

Dokumenter som inngår i denne samlingen	
RL3976	Definisjon av henvendelser til HF, og funksjonene primær-, sekundær- og forenklet henvisning EPJ DIPS
PR11287	Elektronisk henvendelse (som ikke er henvisning) EPJ DIPS
PR39149	Henvisning til privat avtaleinstitusjon for rusbehandling EPJ DIPS
PR29911	Innleggelse øyeblikkelig hjelp
PR38022	Mottak og videresending av rettighetsvurdert henvisning mellom helseforetak EPJ DIPS
PR33373	Registrering av henvisninger EPJ DIPS
PR34302	Tilsyn, tilsynsanmodning og svar EPJ DIPS
PR33256	Vurdering av elektive henvisninger EPJ DIPS
PR33678	Vurdering og videre oppfølging av henvisning til terapeuter EPJ DIPS
PR33369	Øyeblikkelig hjelp henvisninger EPJ DIPS
PR33322	Åpne avsluttet eller avvist henvisning EPJ DIPS

DS8332, Kontinuerlig kvalitetssikring av venteliste EPJ DIPS:

Dokumenter som inngår i denne samlingen	
PR30689	Finn fristbrudd EPJ DIPS
PR30691	Finn langtidsventende som ikke har fått innkalling EPJ DIPS
PR27138	Finn truende fristbrudd EPJ DIPS
PR27932	Kontroll feil/manglende utfylling av datoer i henvisninger på venteliste EPJ DIPS
PR27717	Kontroll fristbrudd som mangler ventetid sluttdato EPJ DIPS
PR27714	Kontroll manglende ventetid sluttdato på henvisningen når behandling er påbegynt EPJ DIPS
PR27713	Kontroll manglende utfylling av data i kontaktbildet EPJ DIPS
PR30684	Kontroll utgåtte oppmøtedatoer i oppmøtelisten EPJ DIPS
PR30683	Kontroll utgåtte oppmøtemåneder i Vis-venteliste-venteliste EPJ DIPS
PR27715	Kontroll øyeblikkelig hjelpinnleggelse som får betydning for ventelisten EPJ DIPS
PR27718	Kontroll åpne henvisninger der det ikke er planlagt flere oppmøter EPJ DIPS
OL1937	Venteliste- og rapporteringsansvar oversikt over prosedyrer og kontrollskjema EPJ DIPS

DS8480, Kontrollskjema for ventelisteoppfølging EPJ DIPS:

Dokumenter som inngår i denne samlingen	
SJ6036	Kontrollskjema fristbrudd EPJ DIPS
SJ3781	Kontrollskjema fristbrudd som mangler ventetid sluttdato EPJ DIPS
SJ6103	Kontrollskjema langtidsventende som ikke har fått innkalling EPJ DIPS
SJ6098	Kontrollskjema manglende utfylling av data i kontaktbildet EPJ DIPS
SJ3776	Kontrollskjema manglende ventetid sluttdato på henvisningen når behandling er påbegynt EPJ DIPS
SJ6150	Kontrollskjema truende fristbrudd EPJ DIPS
SJ3786	Kontrollskjema utgåtte oppmøtedatoer i oppmøtelisten EPJ DIPS
SJ4560	Kontrollskjema utgåtte oppmøtemåneder i Vis-venteliste-venteliste EPJ DIPS
SJ3778	Kontrollskjema øyeblikkelig hjelp innleggelse som får betydning for ventelisten EPJ DIPS
SJ3784	Kontrollskjema åpne henvisninger der det ikke er planlagt flere oppmøter EPJ DIPS

Vedlegg 2 – Revisjonskriterier

1. Vurdering av henvisninger
 - a) Lege/spesialist beslutter i løpet av vurderingsperioden om pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har rett til utredning eller rett til vurdering, slik:
avklart tilstand – rett til behandling
uavklart tilstand – rett til utredning
 - b) Henvisninger blir vurdert innen fristen, og dette framgår av registreringene.
 - c) Svarbrev til pasienten er sendt innen 10 virkedager.
 - d) I svarbrevet til pasienten har foretaket informert om juridisk frist, og om fristen gjelder for oppstart av utredning eller oppstart av behandling.
 - e) I svarbrevet til pasienten har foretaket informert om tidspunkt for oppstart av helsehjelpen. Dersom tidspunktet ligger mer enn fire måneder fram i tid, angis oppmøtetid med uke-år.

2. Viderehenvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten
 - a) Rettighetspasienter som flyttes til annen enhet (internt eller eksternt) for å fullføre den helsehjelpen de er vurdert å ha behov for, fortsetter i samme henvisningsperiode. Dersom det teknisk må registreres en ny periode, følger data fra det primære forløpet/henvisningsperioden med pasienten.

3. Registrering av utsettelse
 - a) Utsettelseskoder som har medført tap av juridisk frist for oppstart av helsehjelp, er begrunnet med en gyldig årsak i henhold til nasjonale retningslinjer.
 - b) Utsettelseskode 5, *Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske*, benyttes i samsvar med regelverket, og det foreligger dokumentasjon som bekrefter dette.

4. Oppstart helsehjelp/ventetid slutt
 - a) Ventetiden slutter den dato behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes. Datoen representerer en reell start av pasientforløpet, uavhengig av om dette starter med utredning eller behandling.
 - b) Selv om det sendes varsel til Helfo, beholder pasienten sin plass på venteliste fram til pasienten har akseptert et konkret behandlingstilbud fra Helfo. Pasienten fjernes fra venteliste når foretaket har mottatt kopi av bekreftelse på inngått avtale med annen behandler.

5. Kontroll og oppfølging av henvisningsdata
 - a) Foretaket praktiserer gjennomgående rutiner for jevnlig kontroll og rydding i ventelister, og systematisk oppfølging av at rutinene etterleves.
 - b) Foretaket benytter tilsendte korrekturlister fra NPR til korrigerende og kontinuerlig forbedring.

Vedlegg 3 – Utførte tester, metodebeskrivelse

Kriterium	Test	Beskrivelse	Utvalg
Vurdering av henvisninger			
Henvisninger blir vurdert innen fristen, og dette framgår av registreringene.	1 a	Andel vurderingsfristbrudd	HF-nivå + fagområder HNLIS
Svarbrev til pasienten er sendt innen 10 virkedager.	2 a	Overholdelse av svarfrist (10 dager)	DIPS Rapport D-10398. Utvalgte fagområder. <u>Bruk:</u> Siste uttrekk for 2016 som er sendt til NPR. For NLSH: 1002303, kjørt 03.01.17. Ordinært avsluttet i valgt NPR uttrekk. <u>Datoperiode:</u> 01.12.-31.12.2016. Velg aktuelle avd. <u>Filter:</u> Henvisningstype= Behandles eller Utreddes <u>Sortering:</u> Ventetid sluttdato <u>Velg:</u> de 20 siste i 2016 for hvert fagområde.
I svarbrevet til pasienten har foretaket informert om juridisk frist for oppstart av utredning eller behandling.	2 b og 2 c	Informasjon i første svarbrev om juridisk frist og hva fristen gjelder	Bruk uttrekket fra test 2a
I svarbrevet til pasienten har foretaket informert om tidspunkt for oppstart av helsehjelpen. Dersom tidspunktet ligger mer enn fire måneder fram i tid, angis oppmøtetid med uke-år.	2 d	Informasjon om oppmøtetid i første svarbrev	Bruk uttrekket fra test 2a
	3	Andel pasienter med frist de nærmeste 6 månedene som ikke har fått oppmøtedato	HNLIS HF-nivå + utvalgte fagområder
Viderehenvisninger			
Rettighetspasienter som flyttes til annen enhet for å fullføre den helsehjelpen pasienten er henvist for, fortsetter i samme henvisningsperiode. Dersom det teknisk må registreres en ny periode, følger data fra det primære	4	Videreføring av ventelistedata fra første institusjon	DIPS Rapport 6813. Utvalgte fagområder. Velg periode i 2016 (fra 01.07.-31.12.2016) <u>Filter:</u> Primærhenvisning=1 Ekstern=1/Intern=0 Behandles=1 Henvisningstype=utredning eller behandling Henvistfratype= Spes.helsetjeneste

forløpet/ henvisningsperioden med pasienten.			<u>Sortering:</u> Mottattdato. <u>Velg:</u> De 20 sist mottatte innen hvert av fagområdene.
	5	Interne viderehenvisninger mottatt i utvalgt fagområde	DIPS Rapport 6813. Utvalgte fagområder. <u>Filter:</u> Henvisningstype=utredning eller behandling Ekstern=0/Intern=1 Primærhenvisning=1 Behandles=1 <u>Sortering:</u> Mottattdato. <u>Velg:</u> de 20 sist mottatte innen hvert fagområde.
Registrering av utsettelse			
Utsettelseskode 5, Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske, benyttes i samsvar med regelverket, og det foreligger dokumentasjon som bekrefter dette	6	Dokumentasjon for bruk av utsettelseskode 5	Rapport 6813. Utvalgte fagområder. Fra 01.07.-31.12.2016 <u>Filter:</u> Primærhenvisning=1 Behandles=1 Utsettelseskode= 5 <u>Sortering:</u> Mottattdato. <u>Velg:</u> de 10 siste for hvert av fagområdene.
Oppstart helsehjelp/ventetid slutt			
Selv om det sendes varsel til Helfo, beholder pasienten sin plass på venteliste fram til pasienten har akseptert et konkret behandlingstilbud fra Helfo.	7	Dokumentasjon for bruk av Ventetid sluttkode 5 (mottar helsehjelp via HELFO)	Rapport 10398. Utvalgte fagområder. 01.01.-31.12.2016 Utvalg = Alle. Velg aktuell avdeling <u>Filter:</u> Henv.type= behandling eller utredning Ventetid sluttkode=5 <u>Sortering:</u> Ventetid sluttdato <u>Velg:</u> de 10 med ferskest sluttdato for hvert fagområde
Kontroll og oppfølging av henvisningsdata			
Foretaket praktiserer gjennomgående rutiner for jevnlig kontroll og rydding i ventelister, og systematisk oppfølging av at rutinene etterlevs.	8	Antall langtidsventende a) > 6 md. b) > 12 md.	HNLIS HF-nivå + utvalgte fagområder

Vedlegg 4 – Mottatte henvisninger i Nordlandssykehuset HF, 2016

Beskrivelse	Bruk DIPS-rapport 6813 m/følgende filter*	Antall i 2016
Antall mottatte primærhenvisninger i 2016, vurdert til behandles	Primær=1 Behandles =1	54594
• Hvor mange primærhenvisninger var interne?	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=0	8311
○ Hvor mange av disse hadde henvisningstype «Utredning»?	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=0 Henvisningstype=Utredning	5256
○ Hvor mange av disse hadde henvisningstype «behandling»?	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=0 Henvisningstype=Behandling	2026
• Hvor mange primærhenvisninger var eksterne?	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1	46283
○ Hvor mange av disse hadde henvisningstype «Utredning»?	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Utredning	43274
○ Hvor mange av disse hadde henvisningstype «behandling»?	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Behandling	1975
Antall eksterne primærhenvisninger mottatt fra spesialisthelsetjenesten (HF-ene) i 2016, vurdert til behandles «Henvistfratype» er et frivillig felt, så registreringen er ikke fullstendig.	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvistfratype= velg alle typer som tilhører HF-ene	2039

* I alle søkene unntas avdelinger som lab, rtg, forskning, mikrobiologi, patologi og immunologi/blodbank