

Internrevisjonsrapport 10/2023

Registreringspraksis i DIPS i Helse Nord, oppsummering

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 21.12.2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Revisjonsgrunnlag.....	5
2 Formål og omfang.....	6
2.1 Formål med revisjonen.....	6
2.2 Omfang og avgrensninger.....	6
2.3 Fokusområder og revisjonskriterier.....	7
3 Metoder.....	8
4 Observasjoner og vurderinger.....	9
4.1 Opplæring og prosedyrer for registrering i DIPS.....	9
4.1.1 Observasjoner.....	9
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	11
4.2 Kontroll av datakvalitet og forbedringstiltak.....	11
4.2.1 Observasjoner.....	11
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	13
4.3 Registreringer i DIPS.....	14
4.3.1 Observasjoner.....	14
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	19
5 Konklusjon og anbefalinger.....	20
5.1 Konklusjon.....	20
5.2 Anbefalinger.....	21

Vedlegg

1. Definisjoner knyttet til ventetidsdata
2. Datauttrekk, dataanalyser og utvelgelse til journalgjennomgang

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i sykehusforetakene i perioden mars-november 2023.

Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge om sykehusforetakene har en styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS som gir pålitelig datagrunnlag for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet.

Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter, intervjuer, dataanalyser og journalgjennomgang.

Konklusjon

Alle sykehusforetakene i Helse Nord bør eller kan øke påliteligheten i datagrunnlaget for rapporteringer om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet, gjennom bedre styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS. Den interne styringen og kontrollen med registreringspraksisen i DIPS er svakest i Helgelandssykehuset. De viktigste forbedringspunktene i sykehusforetakene er å styrke opplæringen for ansatte innen den medisinske kontortjenesten og for leger som vurderer henvisninger, samt å gjennomføre kontroller av ventelistedata i samsvar med regional retningslinje. I tillegg bør spesifikke kontroller innen de reviderte risikoområdene innarbeides i det regionale kontrollopplegget.

Anbefalinger

Internrevisjonen har, i rapportene til de enkelte sykehusforetakene, gitt hvert foretak fem til åtte anbefalinger som omhandler blant annet kompetansekrav, kontroll av arbeidsflyt, kontroll av ventelistedata og avviksregistrering.

Internrevisjonen anbefaler i tillegg Helse Nord RHF å:

1. Sørge for at det innarbeides spesifikke kontroller knyttet til viderehenvisninger fra annet foretak, interne primærhenvisninger og endring av ventetid sluttdato i kontrollopplegget som beskrives i regional retningslinje RL7233, og samtidig vurdere behovet for endringer i de eksisterende kontrollene.
2. Etablere en felles regional løsning for kontroll av ventelister i Helse Nord LIS, som samsvarer med RL7233.
3. Sørge for at regional prosedyre PR49196 gir klar og tilstrekkelig informasjon om registrering ved vurdering av henvisninger vedrørende graviditet.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i regionens sykehusforetak i perioden mars-november 2023. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret.

I denne rapporten oppsummeres revisjonene i sykehusforetakene, rapportert som følger:

- Nordlandssykehuset HF (NLSH), IR-rapport 06/2023, 18.12.2023
- Finnmarkssykehuset HF (FIN), IR-rapport 07/2023, 15.12.2023
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), IR-rapport 08/2023, 15.12.2023
- Helgelandssykehuset HF (HSYK), IR-rapport 09/2023, 20.12.2023

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Helse Nord HF v/styreleder
- Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF v/leder
- Helse Nord RHF v/adm. direktør
- Sykehusforetakene i Helse Nord v/adm. direktører

Alle internrevisjonens rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

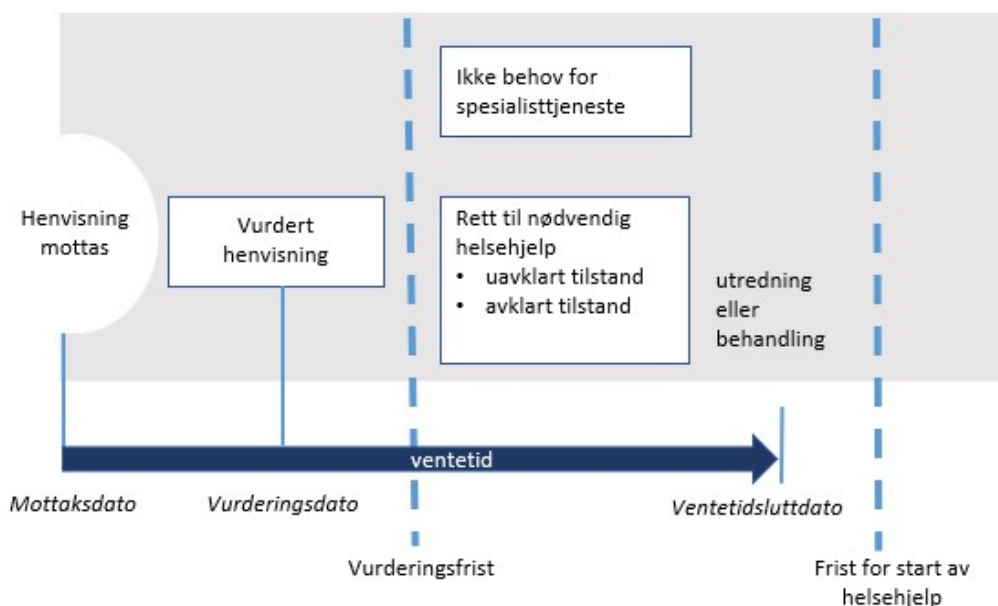
helse-nord.no/internrevisjonen.

1.1 Bakgrunn

Pålitelig informasjon er sentralt for styringen av virksomheten på alle nivåer i Helse Nord, blant annet som grunnlag for sammenligninger, vurderinger av utvikling og beslutninger om tiltak. Norsk pasientregister (NPR) er en sentral kilde for styringsdata for spesialisthelsetjenesten og inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på, eller har fått, behandling i spesialisthelsetjenesten. Rapportering til NPR gjøres i Helse Nords pasientjournalssystem, DIPS, via egne rapporteringsklienter som hvert foretak har tilgang til. Helseforetakene i Helse Nord rapporterer aktivitetsdata til NPR etter hver måned, for hvert tertial og ved årsrapportering. Vedlegg 1 gjengir definisjoner fra Helsedirektoratet for viktige parametere knyttet til ventetidsdata.

Foretakenes registreringspraksis i DIPS er avgjørende for pålitelig rapportering og informasjon om ventetider og fristbrudd, jf. Figur 1.

Figur 1. Ventetidsforløpet, gjengitt fra IS-2331, Helsedirektoratet



Våre tidligere revisjoner, Helsedirektoratets *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten* (05/2017), samt dialog i planprosessen med representanter fra foretakene, har gitt innsikt i hvilke registreringer som har medført kvalitetsutfordringer i datagrunnlaget. Denne innsikten er benyttet for å innrette dette revisjonsoppdraget mot områder med høy risiko.

1.2 Revisjonsgrunnlag

Følgende regelverk er særlig aktuelt i denne revisjonen:

- LOV-1999-07-02-63, Lov om pasient- og brukerrettigheter
- LOV-1999-07-02-61, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- FOR-2000-12-01-1208, Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, m.m.
- FOR-2000-12-07-1233, Forskrift om ventelisterregistrering
- FOR-2007-12-07-1389, Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister
- FOR-2016-10-28-1250, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I tillegg er det gitt nasjonale føringer i følgende dokumenter:

- Rundskriv IS-2331, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister, Helsedirektoratet, sist oppdatert 01/2019

Regionale prosedyrer som gir utdypende føringer innen revisjonens tema, inngår i revisjonsgrunnlaget, i hovedsak følgende dokumentsamlinger om EPJ DIPS i Helse Nords kvalitetssystem, Docmap: DS13683 (henvising), DS13743 (poliklinikk), DS13803 (kvalitetssikring) og DS13737 (arbeidsflyt).

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge om sykehusforetakene har en styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS som gir pålitelig datagrunnlag for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet.

2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen har omfattet foretakenes prosedyrer, opplæring og kontrollrutiner i forbindelse med ventetidsregistreringer i DIPS, med spesielt fokus på:

- henvisninger som mottas fra annet helseforetak
- interne primærhenvisninger
- utsettelse av planlagte kontakter
- endring av ventetid sluttdato

Revisjonen har vært avgrenset til somatisk virksomhet, med fordypning innen følgende fagområder og lokasjoner i foretakene:

Fagområde	NLSH	FIN	UNN	HSYK
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)	Bodø, Vesterålen	Hammerfest	Tromsø, Narvik	Mo i Rana
Øre-nese-hals sykdommer	Bodø, Lofoten	Alta	Tromsø, Harstad	Sandnessjøen
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	Bodø	Hammerfest	Tromsø	Sandnessjøen
Hjertesykdommer	Bodø	Kirkenes		Mo i Rana
Fordøyelsesykdommer			Tromsø	

Utvalget er gjort på bakgrunn av betraktninger om vesentlighet ut fra antall ordinært avviklede henvisninger, samt gjennomsnittlig ventetid og andel fristbrudd, jf. Helsedirektoratets ventetidsstatistikk for 2022.

Denne revisjonen har ikke omfattet om rettighetsvurderingen, fristfastsettelsen, den faktiske ventetiden og helsehjelpen til den enkelte pasienten, samsvarer med nasjonale føringer og krav til forsvarlighet.

2.3 Fokusområder og revisjonskriterier

Følgende fokusområder og kriterier basert på revisjonsgrunnlaget er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Opplæring og prosedyrer for registrering i DIPS
 - a. Det er klart hvem som skal holde oversikt over den enkelte medarbeiders kompetanse og behov for opplæring innen temaet.
 - b. Det gjennomføres egnet opplæring ved behov.
 - c. Regionale prosedyrer innen revisjonstemaet er gjort kjent for de som skal utføre oppgavene.
 - d. Det er utviklet og iverksatt nødvendige lokale prosedyrer for å spesifisere/supplere de regionale prosedyrene.

2. Kontroll av datakvalitet og forbedringstiltak
 - a. Foretaket praktiserer gjennomgående rutiner for jevnlig kontroll av ventelister, i samsvar med regionale prosedyrer.
 - b. Resultater fra gjennomførte kontroller som angitt i a., følges opp med korrigerende og forebyggende tiltak ved behov.
 - c. Foretaket benytter tilsendte tilbakemeldinger fra NPR til korrigerende og kontinuerlig forbedring.
 - d. Foretaket gjennomfører jevnlig interne revisjoner eller lignende for å evaluere registreringspraksisen i kliniske IKT-systemer, herunder i DIPS.

3. Registreringer i DIPS
 - a. Avslutt- og utsettelseskoder benyttes i samsvar med nasjonale føringer og regional retningslinje.
 - b. Rettighetspasienter som er flyttet fra annet foretak for å fullføre den helsehjelpen de er vurdert å ha behov for, fortsetter i samme henvisningsperiode. Dersom det teknisk må opprettes en ny periode, registreres data fra den primære henvisningsperioden.
 - c. Intern primærhenvisning opprettes bare når dette er riktig og nødvendig.
 - d. Ventetiden slutter den dato helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for, påbegynnes.

Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- Dokumentgjennomgang: Prosedyrer, rapporter og evt. andre dokumenter tilsendt fra foretakene og innhentet via foretakenes websider, er vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til øvrige revisjonshandlinger. Dokumentoversikter følger de foretaksvise rapportene som vedlegg.
- Intervju: Det er gjennomført intervjuer på foretaks-/overordnet nivå, blant annet med sentrale stabsledere, utvalgte klinikkledere og ledere innen medisinsk kontortjeneste. Innen de utvalgte fagområdene er overleger i lederroller intervjuet, samt ansatte i kontortjenesten tilknyttet de samme fagområdene. Til sammen har 24-32 personer i hvert foretak blitt intervjuet. Mer utdypende informasjon om dette framkommer i de foretaksvise rapportene.
- Dataanalyser: Datauttrekk ved bruk av DIPS-rapport 6813, henvisninger mottatt i perioden 01.01.-31.12.2022 ble benyttet til dataanalyser for utvalgte fagområder/lokasjoner, jf. *Vedlegg 2 – Datauttrekk, dataanalyser og utvelgelse til journalgjennomgang*.
- Journalgjennomgang: Med utgangspunkt i dataanalysene over, identifiserte vi aktuelle fagområder/lokasjoner og valgte konkrete henvisninger til journalgjennomganger for å undersøke om:
 - registrert pasientbestemt utsettelseskode før fristbrudd var berettiget, jf. kriterium 3a.
 - viderehenvisning fra annet helseforetak er registrert med korrekt ventetid og eventuelt korrekt fristbrudd, jf. kriterium 3b.
 - det er registrert informasjon som berettiger opprettet intern primærhenvisning, jf. kriterium 3c.Detaljerte oversikter over resultater fra journalgjennomgangene følger de foretaksvise rapportene som vedlegg.

På grunn av metodevalgene i revisjonen, har internrevisjonen gjennomført en personvernkonsekvensvurdering, og denne er gjennomgått av personvernombudet i Helse Nord RHF.

4 Observasjoner og vurderinger

4.1 Opplæring og prosedyrer for registrering i DIPS

4.1.1 Observasjoner

Organisering av medisinsk kontortjeneste

Den medisinske kontortjenesten i de fire foretakene er ulikt organisert:

- Nordlandssykehuset: Kontortjenesten er samlet i Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD). Avdeling for klinisk støtte Bodø og Avdeling for klinisk støtte Lofoten og Vesterålen yter medisinske kontor- tjenester til klinikker/avdelinger basert på tjenesteavtaler som beskriver ansvar og oppgaver.
- Finnmarkssykehuset: Kontortjenesten er organisert i egne enheter tilknyttet det enkelte sykehus eller klinikk. Klinikk Alta overtok ansvaret for innkalling av pasienter innen øre-nese-halssykdommer fra 1. april 2023, som et prøveprosjekt ut 2023.
- UNN: Kontortjenesten er organisert innenfor de enkelte klinikkene, i hovedsak per avdeling.
- Helgelandssykehuset: Kontortjenesten er hovedsakelig samlet i Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner, i Klinikk for diagnostikk og medisinsk service. Det foreligger ingen beskrivelse av ansvars- og oppgavedelingen mellom avdelingen og de kliniske klinikkene.

Lederansvaret

Ved samtlige foretak er det et lederansvar å holde oversikt over den enkelte medarbeiders kompetanse og behov for opplæring. Det er også leders oppgave å følge opp status i gjennomføringen av opplæringen. Ved Nordlandssykehuset tildeler ledere spesifikke kompetansekrav innen revisjonens tema i Kompetanseportalen til sine ansatte, men dette gjøres i liten grad ved de øvrige foretakene.

Ved alle foretakene unntatt UNN, finnes det en intern enhet på foretaksnivå som tilbyr rolletilpasset opplæring i bruk av DIPS basert på regionale prosedyrer, til ansatte i klinikkene og i den medisinske kontortjenesten. Opplæringen gis på forespørsel fra ledere og ved identifiserte behov, av følgende enheter:

- Nordlandssykehuset: Avdeling for Klinisk IKT, i SKSD, som også har utarbeidet kompetanseplaner i Kompetanseportalen.
- Finnmarkssykehuset: Avdeling Kvalitet, i Fag, forskning og samhandling (FFS), ved EPJ-konsulenter.
- Helgelandssykehuset: Avdeling IKT, E-helse og Informasjonssikkerhet, i Drift og eiendom, ved DIPS-instruktører.

Opplæring og prosedyrer for medisinsk kontortjeneste

Tabellen under oppsummerer hvordan opplæringen innen revisjonens tema er organisert og gjennomføres for ansatte i den medisinske kontortjenesten:

Om opplæringen	NLSH	FIN	UNN	HSYK
Foretaket har en dokumentert opplæringsplan	Ja	<ul style="list-style-type: none">• Kirkenes: Ja• Hammerfest: Under utarbeidelse• Alta: Nei, er i prøveperiode	Kun ved sengepost Fordøyelses-sykdommer	Nei
Opplæringsaktiviteter som benyttes	<ul style="list-style-type: none">• E-læring i DIPS• Klasseroms-kurs• Individuell opplæring fra kollega• Praktisk læring	<ul style="list-style-type: none">• E-læring i DIPS• Individuell opplæring fra kollega/EPJ-konsulent.• Praktisk læring	<ul style="list-style-type: none">• E-læring i DIPS• Individuell opplæring fra kollega• Praktisk læring	<ul style="list-style-type: none">• E-læring i DIPS• Halvdags grunnkurs i DIPS v/DIPS-instruktør• Individuell opplæring fra kollega• Praktisk læring
Leder har dokumentasjon på ansattes opplæring	Ja	Kun i Kirkenes	I liten grad	Nei

Ansatte i Nordlandssykehuset og i Finnmarkssykehuset opplyste at de var kjent med de regionale prosedyrene. Ved UNN og Helgelandssykehuset var de vi intervjuet i varierende grad kjent med innholdet i de regionale prosedyrene. Ved samtlige foretak fikk vi opplyst at de mottok informasjon om endringer i regionale prosedyrer. De regionale prosedyrene ble av alle foretakene vurdert som dekkende for behovene. I tillegg foreligger det enkelte lokale prosedyrer som utdyper eller supplerer de regionale.

Opplæring og prosedyrer for leger

Tabellen under oppsummerer hvordan opplæringen for leger innen revisjonens tema er organisert og gjennomføres:

Om opplæringen	NLSH	FIN	UNN	HSYK
Foretaket har en dokumentert opplæringsplan	Nei	Nei	Nei	Nei
Opplæringsaktiviteter som inngår	<ul style="list-style-type: none">• E-læring i DIPS• Individuell opplæring fra kollega	<ul style="list-style-type: none">• Kirkenes: DIPS-opplæring v/EPJ-konsulent• Individuell opplæring fra kollega	<ul style="list-style-type: none">• Individuell opplæring fra kollega	<ul style="list-style-type: none">• Halv dags grunnkurs v/DIPS-instruktør• Individuell opplæring fra kollega
Leder har dokumentasjon på ansattes opplæring	Ja	Nei	Nei	Nei

De intervjuede overlegene, som i stor grad også er legeledere, kjente i liten grad til de regionale prosedyrene, blant annet knyttet til vurdering av henvisninger. Ved UNN har leger innen fordøyelse en egen prosedyre for vurdering av henvisninger, jf. PR5912. Kirkenes sykehus har en egen prosedyre som beskriver hvilke rutiner leger bør kjenne til, og et eget informasjonsskriv til nyansatte leger som omtaler roller og ansvar.

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt at den enkelte leder ved Nordlandssykehuset tildeler kompetanseplaner og kurs til sine ansatte i Kompetanseportalen. Ved Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og UNN er det uheldig at det innen revisjonstemaet i liten grad finnes kompetansekrav og oversikter over gjennomført opplæring for kontoransatte og for leger.

Nordlandssykehuset sitt felles opplæringsprogram for nyansatte i kontortjenesten, samt jevnlig internundervisning, gir et godt grunnlag for korrekte registreringer i DIPS. De øvrige helseforetakene har en fragmentert tilnærming til opplæring av kontoransatte. Fraværet av et helhetlig og felles opplæringsprogram øker risikoen for feilregistreringer i DIPS.

Det er uheldig at overleger/legeledere i liten grad har kjennskap til de relevante regionale prosedyrene, og at disse heller ikke er kjent for alle ansatte i kontortjenesten ved to av foretakene. Dette kan svekke påliteligheten i dataene ved registrering og vurdering av eksterne henvisninger, og ved utarbeidelse og mottak av interne henvisninger. Det kan også svekke kvaliteten i opplæringen av nye kollegaer.

Det er videre en svakhet at det i Helgelandssykehuset ikke foreligger en beskrivelse som avklarer ansvars- og oppgavedeling mellom Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner og de kliniske klinikkene.

4.2 Kontroll av datakvalitet og forbedringstiltak

4.2.1 Observasjoner

Ansvar for oppfølging av arbeidsflyt i DIPS, herunder å peke ut en «arbeidsflyt-ansvarlig», ligger i lederlinjen i den enkelte klinikk, jf. regional prosedyre *PR49195 Arbeidsflyt ansvar og oppgaver DIPS Arena*. Rapporteringsoppgavene som er tillagt de arbeidsflytansvarlige ivaretas som følger:

- Nordlandssykehuset: SKSD rapporterer månedlig et utvalg av parametere knyttet til arbeidsflyt og ventetider til den enkelte klinikk, i samsvar med tjenesteavtaler.
- Finnmarkssykehuset: Oppgaven håndteres ulikt mellom klinikkene. I Hammerfest blir ansvaret utøvd av klinikkrådgiver, mens det i Kirkenes er utnevnt en arbeidsflytansvarlig per enhet. For Alta er det noe uklart hvem som konkret ivaretar arbeidsflytansvaret.

- UNN: Fra overordnet nivå ble det opplyst at kontorleder har ansvar for, eller ivaretar, rollen som arbeidsflytansvarlig, men ikke alle kontorlederne har bekreftet dette.
- Helgelandssykehuset: Foretaket ivaretok på revisjonstidspunktet ikke kravene som er tillagt de arbeidsflytansvarlige, men oppgaven var nylig tildelt enhetsledere innen kontortjenesten og opplæring av disse er startet.

Tjenesteavtalene i Nordlandssykehuset tillegger videre SKSD «ansvar for å følge opp venteliste og rapportering, jf. RL7233». Den medisinske kontortjenesten, eventuelt i samarbeid med klinikkrådgivere, er tillagt et tilsvarende ansvar også ved de øvrige foretakene, uten at dette framkommer tydelig av interne styrende dokumenter.

Tabellen nedenfor oppsummerer våre observasjoner relatert til foretakenes kontrollopplegg og etterlevelsen av regional retningslinje *RL7233 Venteliste- og rapporteringsansvar – oversikt over prosedyrer og kontrollskjema*.

Om kontrollopplegget	NLSH	FIN	UNN	HSYK
Er foretakets opplegg for kontroll av ventelistekvalitet, herunder roller og ansvar, beskrevet i lokale prosedyrer?	Nei	Nei	Nei	Nei
Forventes det at Helse Nord LIS skal benyttes til kontroll av ventelistekvalitet?	Ja, samt noen DIPS-rapporter	Ja, samt noen DIPS-rapporter	Ja	Ja
Er rapportene i Helse Nord LIS til kontroll av ventelistekvalitet, samlet under felles overskrift?	Nei	Ja	Ja	Ja
Finnes skriftlig veiledning, evt. referanse til aktuell regional prosedyre for den enkelte kontroll?	I liten grad	Nei	Ja	I liten grad
Gjennomføres det opplæring i kontroll av ventelistekvalitet til dem det angår?	I liten grad	Nei	Ja, på forespørsel	Nei
Dekker rapportene omfanget i RL7233?	Delvis	Delvis	Ja, med ett unntak ¹⁾	Ja, med ett unntak ¹⁾
Gjennomføres kontrollene jevnlig, minimum som angitt i RL7233?	Delvis	Uklart	I stor grad	Kun for Medisin Mo
Utføres andre jevnlig kontrollen enn de som inngår i RL7233?	Ja ²⁾	Nei	Ja ³⁾	Nei
Dokumenteres gjennomførte kontroller?	Nei	Nei	Bare ØNH	Nei

¹⁾ Unntaket gjelder at det ikke utføres ukentlig kontroll av at ø-hjelpspasienter fjernes fra venteliste ved samme tilstand.

²⁾ Viderehenvisninger (arv) – ukentlig kontroll på foretaksnivå i Nordlandssykehuset.

³⁾ Endring av ventetid slutt – jevnlig kontroll på foretaksnivå i UNN.

Finnmarkssykehuset har siden 2021 hatt et lokalt innsatsteam for å kvalitetssikre foretakets registreringsrutiner, og foretaket har hatt stort fokus på å unngå unødvendige fristbrudd. Høsten 2023 ble det besluttet endringer i organiseringen av innsatsteamet, og på revisjonstidspunktet var teamets videre arbeidet fortsatt noe uklart.

Tilbakemeldingene fra NPR på månedlige ventelisterapporteringer følges i liten grad opp i foretakene. Informasjonen anses som foreldet, ettersom avvik i hovedsak allerede er fanget opp av andre kontroller.

Vi har fått opplyst at korrigeringer i stor grad gjøres av medisinsk kontortjeneste. I enkelte tilfeller kontaktes den som har utført registreringen for å forklare og forebygge nye feil, og hos noen ble det opplyst at slike forhold tas opp på personalmøter. Avvikssystemet benyttes i liten grad innen dette temaet. I tre av foretakene er det etablert faste møtearenaer som er egnet for erfaringsdeling og læring, både for leger og ansatte innen medisinsk kontortjeneste. I Helgelandssykehuset har ikke alle enheter innen kontortjenesten en fast møtestruktur. Her er det heller ikke faste møtestrukturer for leger, utover morgenmøter per fagområde.

Nordlandssykehuset, UNN og Finnmarkssykehuset har gjennomført interne revisjoner som omhandler registreringspraksis i DIPS i 2021 eller senere. UNN har også gjennomført andre evalueringer og programmer, med rapporter som inkluderer anbefalinger om tiltak som angår kvaliteten i ventetidsregistreringer. Temaet er også inkludert i foretakets revisjonsprogram for 2023-2025. De interne revisjonene i Finnmarkssykehuset, gjennomført jevnlig siden 2022, har spesifikt omhandlet viderehenvisninger, men resultatene av disse har i liten grad vist forbedring i registreringskvalitet. Helgelandssykehuset har ikke gjennomført egne internrevisjonsaktiviteter. Basert på antagelse om mange feilregistreringer, besluttet foretaket i september 2023 å iverksette tiltak for ventelistrydding.

4.2.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at bare Nordlandssykehuset har en gjennomgående praksis for kontroll av arbeidsflyt som ivaretar rapporteringskravene som er tillagt arbeidsflyt-ansvarlige i henhold til PR49195. Praksisen framstår som uklar i Finnmarkssykehuset, fragmentert i UNN, og ordningen er under etablering i Helgelandssykehuset.

Det er positivt at UNN har etablert et egnet kontrollopplegg i Helse Nord LIS og har en gjennomgående praksis for kontroll av ventelister som i hovedsak samsvarer med RL7233. For Helgelandssykehuset anser vi kontrollpraksisen som fragmentert, til tross for at foretaket har etablert et kontrollopplegg i Helse Nord LIS, basert på metodikk utarbeidet ved UNN. Av de reviderte fagområdene i Helgelandssykehuset, var det kun Medisinsk område Mo i Rana, som benyttet dette kontrollopplegget. Praksisen i Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset har mangler i forhold til RL7233. Det kan

være hensiktsmessig for alle foretakene å benytte et samlet kontrollopplegg i Helse Nord LIS, slik som UNN gjør.

En mer systematisk oppfølging i alle foretakene av gjentakende feilregistreringer ved bruk av avvikssystemet, kan bidra til en tydeligere sammenheng mellom risiko for feil og forebyggende tiltak.

Internrevisjonen vurderer det som en svakhet at Nordlandssykehuset og Helgelands-sykehuset ikke gjennomfører jevnlige evalueringer av egen registreringspraksis. Å innføre slike evalueringer vil øke modenheten av internkontrollen innen temaet, og dermed bidra til økt pålitelighet i datagrunnlaget for ventetidsregistreringer.

4.3 Registreringer i DIPS

4.3.1 Observasjoner

Internrevisjonen har hatt spesielt fokus på registreringene i DIPS innen fire risiko-områder, jf. 4.3.1.1 – 4.3.1.4 nedenfor.

4.3.1.1 Utsettelseskode før oppstart av helsehjelp

Risiko: Uberettiget registrering av pasientbestemt utsettelse før helsehjelpen er startet, medfører at pasienten feilaktig mister sin juridiske rett til oppstart av helsehjelp innen gitt frist, og at ventetid og eventuelt fristbrudd feilaktig blir ekskludert fra offisiell ventetidsstatistikk.

Observasjoner knyttet til pålitelighet i registrering av avsluttårsak og utsettelseskode:

- Vi fikk opplyst at det vanligvis dokumenteres en begrunnelse for valgt avsluttårsak i merknadsfeltet når man mottar muntlig beskjed om utsettelse av planlagt time, og dette ble delvis bekreftet i internrevisjonens journalgjennomgang, som omtalt nedenfor.
- Det er ikke etablert kontroller knyttet til valgt avsluttårsak og utsettelseskode.
- I Nordlandssykehuset inngår oversikt over antall for utvalgte utsettelseskode i statusrapporter fra SKSD til klinikkene.

Internrevisjonens journalgjennomgang:

Ved journalgjennomgangen ble det undersøkt om henvisningene hadde merknad/ dokumentasjon som bekreftet at registrert utsettelse av velferdsgrunner (pasientbestemt), var henholdsvis berettiget eller uberettiget, eller som manglet relevant dokumentasjon. Tabellen under viser resultatene fra journalgjennomgangen, oppsummert per foretak. I tillegg framkommer det hvor stor andel dette utgjorde av det testede utvalget.

Foretak	Antall testet	Antall (andel) berettiget	Antall (andel) uberettiget	Antall (andel) uten dokumentasjon
NLSH	55	43 (78 %)	0	12 (22 %)
FIN	34	26 (76 %)	1 (3%)	7 (21 %)
UNN	43	35 (81 %)	0	8 (18 %)
HSYK	41	27 (66 %)	5 (12 %)	9 (22 %)

De 5 henvisningene i Helgelandssykehuset hvor registrert utsettelseskode var uberettiget, resulterte i 608 unndratte ventedager og 4 unndratte fristbrudd. For Finnmarkssykehuset utgjorde den ene uberettigede utsettelseskode 96 unndratte ventedager.

Utsettelseskode, «Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted», var benyttet ved følgende av de utvalgte fagområdene/lokasjonene i 2022:

- UNN: Øre-nese-hals, Harstad: 45 henvisninger, hvorav 7 ble gjennomgått.
- Helgelandssykehuset: Øre-nese-hals, Sandnessjøen: 216 henvisninger, hvorav 5 ble gjennomgått.

Utsettelseskode var urettmessig brukt i henholdsvis 6 av 7 gjennomgåtte henvisninger i Harstad og i minst 3 av 5 gjennomgåtte henvisninger i Sandnessjøen.

4.3.1.2 Viderehenvisninger fra annet helseforetak

Risiko: Uriktig opprettelse av ny henvisningsperiode når rettighetspasienter er viderehenvist fra annet helseforetak for å fullføre den helsehjelpen de er vurdert å ha behov for, kan medføre at pasienten feilaktig får ny juridisk rett til oppstart av helsehjelp innen gitt frist, og at ny og/eller tidligere ventetid og eventuelt fristbrudd feilaktig blir inkludert i offisiell ventetidsstatistikk.

Observasjoner knyttet til pålitelighet i registrering av viderehenvisninger fra annet helseforetak:

- Ansatte i kontortjenesten mottaksregistrerer og innhenter eventuell manglende informasjon.
- Flere har fått tilgang til å gjøre journaloppslag hos annet foretak for å innhente slik informasjon selv.
- Nordlandssykehuset og UNN benytter hver sin spesifikke sjekklister i Helse Nord LIS for kontroll av henvisninger fra annet sykehus.
- Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har ikke etablert spesifikke kontroller av om riktig ansiennitetsdato, ventetid sluttdato og fristdato fra annet sykehus er satt, som del av regelmessige kontroller.
- Viderehenvisninger fra annet helseforetak utgjorde en relativt stor andel av mottatte primærhenvisninger i 2022 innen noen av våre utvalgte fagområder/lokasjoner, særlig innen hjertesykdommer i Bodø (15 %) og ortopedisk kirurgi i Tromsø (11 %).

- I Finnmarkssykehuset var andel registrerte viderehenvisninger fra annet sykehusforetak så lav, 2 % av primærhenvisningene i 2022, at journaloppslag på denne tematikken ikke ble inkludert. Foretakets egne interne revisjoner, gjennomført jevnlig de siste tre årene, viser imidlertid at det fortsatt gjøres mange feil ved registrering av viderehenvisninger fra annet foretak.

Internrevisjonens journalgjennomgang:

Ved journalgjennomgangen ble det undersøkt om ansiennitetsdato og ventetid sluttdato fra henvisende foretak var registrert riktig, slik at ventetiden framkommer korrekt. Tabellen under viser resultatene fra journalgjennomgangen, oppsummert per foretak. Der ansiennitetsdato eller ventetid sluttdato var registrert feil, er konsekvensen oppgitt i form av sum antall ventedager som feilaktig (unødvendig) framkommer i DIPS, antall ventedager som feilaktig (unødvendig) har inngått i NPR-tall (her utelates henvisninger eldre enn 10 år) og antall unødvendige fristbrudd for foretaket.

Foretak*	Antall testet	Antall hvor ventetid er registrert for lang	Antall unødvendige ventedager i DIPS	Antall unødvendige ventedager i NPR	Antall unødvendige fristbrudd i NPR
NLSH	26	8	22 102	1 643	1
UNN	33	20	10 395	5 742	6
HSYK	6	4	9 539	893	2

*Det ble ikke gjennomført journaloppslag på denne tematikken i Finnmarkssykehuset.

Observasjoner vedrørende viderehenvisninger til ortopedi i UNN:

Noen av de utvalgte viderehenvisningene til ortopedi i UNN gjaldt vurdering i et multi-disiplinært teammøte (MDT-møte). Pasienten deltar ikke i MDT-møter. Henvisningene var registrert med ansiennitetsdato fra henvisende sykehus, og med ventetid sluttdato lik den aktuelle møtedatoen i UNN. Internrevisjonen har lagt til grunn at disse pasientene har startet utredningen i henvisende sykehus, og at ventetid sluttdato dermed burde fulgt med derfra. Vi anser dermed henvisningene som feilregistrert med til sammen 921 ekstra ventedager. Vi konstaterer likevel at det er usikkerhet om hva som er korrekt registreringspraksis i denne situasjonen. Usikkerheten gjelder:

- Bør slike henvendelser faktisk registreres som henvisninger?
- Hvis ja på spørsmål over, og ventetid slutt ikke er satt i henvisende sykehus, er det da riktig å sette denne på møtedatoen, når pasienten ikke deltar?

Observasjoner vedrørende pasienter henvist fra avtalespesialist til Nordlandssykehuset:

I forbindelse med intervjuer om registrering av viderehenvisninger fra annet helseforetak, framkom det i Nordlandssykehuset at det var ulik forståelse av behovet for å rettighetsvurdere henvisninger som mottas fra avtalespesialister, og at dette håndteres ulikt mellom fagområdene. Helse Nord RHF har per i dag ingen avtaler med avtalespesialister innen somatikk som inkluderer rettighetsvurdering av henvisninger i samsvar med pasientrettighetsloven § 2-1b. Dette innebærer at ventetidsdata ikke skal

videreføres fra avtalespesialist, slik vi har fått opplyst at gjøres innen minst ett fagområde i Nordlandssykehuset.

4.3.1.3 Interne henvisninger i eget helseforetak

Risiko: Ny primærhenvisning mellom enheter i foretaket, uten at dette gjelder ny tilstand (eller annen særskilt berettigelse), medfører at pasienten feilaktig får ny juridisk rett til oppstart av helsehjelp innen gitt frist, og at ny ventetid og eventuelt fristbrudd feilaktig blir inkludert i offisiell ventetidsstatistikk.

Observasjoner knyttet til pålitelighet i registrering av interne henvisninger:

- Legene bruker ulike metoder for å henvide internt, noe som krever ulik form for oppfølging fra ansatte i medisinsk kontortjeneste.
- Det kan være uklart for ansatte i kontortjenesten som mottaksregistrerer/oppretter henvisningen om den gjelder en ny tilstand.
- Ved Nordlandssykehuset uttalte noen av legene at de ikke har kjennskap til forskjellen mellom primær- og sekundærhenvisning, og flere i kontortjenesten uttalte at det oftest velges primærhenvisning, dersom det mangler avklaring om korrekt henvisningstype.
- I Finnmarkssykehuset fikk vi opplyst at det er noe usikkerhet rundt registreringsrutiner og skillet mellom primær- og sekundærhenvisning, både blant ansatte i den medisinske kontortjenesten og blant leger.
- I UNN og Helgelandssykehuset fikk vi opplyst at skillet mellom primær- og sekundærhenvisning er kjent.
- Det gjøres ikke jevnlig kontroll som gjelder riktig bruk av interne henvisninger i noen av foretakene.

Internrevisjonens journalgjennomgang:

Ved journalgjennomgangen ble det undersøkt om interne primærhenvisninger i eget helseforetak hadde en registrert henvisningsårsak i eget felt og/eller i tilknyttede dokumenter, som gjaldt en ny tilstand hos pasienten (eller annen særskilt berettigelse), og som dermed berettiget at henvisningen var opprettet som primærhenvisning. I enkelte tilfeller så vi, sammen med lege, også etter informasjon blant ikke-tilknyttede dokumenter for å avgjøre om registreringen var berettiget. I tabellen under oppsummeres resultatene fra journalgjennomgangen som antall per foretak. I tillegg oppgis andelen dette utgjorde av det testede utvalget. Antall uten tilknyttet henvisningsårsak er oppgitt som «Antall uklare». Der bruk av primærhenvisning framsto som uberettiget, oppsummeres konsekvensen i form av sum antall unødvendige ventedager og antall unødvendige fristbrudd for foretaket.

Foretak	Antall testet	Antall berettiget	Antall uklare	Antall uberettiget	Antall unødvendige ventedager	Antall unødvendige fristbrudd
NLSH*	19	6 (32 %)	10	3 (16 %)	30	1
FIN	17	15 (88 %)	1	1 (6 %)	23	0
UNN	34	24 (71 %)	2	8 (24 %)	292	0
HSYK	20	10 (50 %)	0	10 (50 %)	891	2

*Resultatene i NLSH må sees i sammenheng med informasjonen nedenfor om henvisninger til audiologi.

Andre observasjoner i forbindelse med journalgjennomgangen:

- I Nordlandssykehuset er det registrert 214 interne primærhenvisninger til audiologi i Lofoten i 2022. Henvisningene er i stor grad opprettet og vurdert av samme person, med oppmøte samme eller nærliggende dag. 8 av henvisningene inngikk i vår journalgjennomgang, og de var uten tilknyttet henvisningsinformasjon. Internrevisjonen har ikke fått avklart om denne registreringspraksisen er riktig.
- I Helgelandssykehuset viste vår undersøkelse tilfeller der interne primærhenvisninger vedrørende graviditet er blitt rettighetsvurdert, noe som ikke er i samsvar med regional prosedyre *PR49196 Vurdering av elektive henvisninger EPJ DIPS*. Prosedyren er imidlertid klar på hvordan vurderinger av henvisninger vedrørende graviditet skal registreres.

4.3.1.4 Endring av ventetid sluttdato

Risiko: Endring av ventetid sluttdato, etter at helsehjelpen pasienten var vurdert å ha behov for er startet, medfører at ventetiden som inngår i offisiell ventetidsstatistikk endres, og at fristbrudd kan oppstå feilaktig.

Observasjoner knyttet til endring av ventetid sluttdato:

- Ved utprøving i Nordlandssykehuset har det framkommet at bruk av vurderingsmal ved vurdering av viderehenvisninger i DIPS Arena, sletter tidligere satt ventetid sluttdato. Både i Nordlandssykehuset og i UNN har vi fått opplyst at det er vanlig å bruke vurderingsmaler innen noen av fagområdene.
- I UNN ble vi orientert om at foretakets egne kontroller hadde vist at ventetid sluttdato i noen tilfeller endres etter at den er satt første gang. Videre fikk vi opplyst at det var meldt til DIPS at layout kan «forlede» behandler til å sette ny ventetid sluttdato ved hver konsultasjon, med tilbakemelding fra DIPS om at dette anses som brukerfeil.
- Ny regional rapport i Helse Nord LIS om endring av ventetid sluttdato, ble tilgjengelig fra november 2022, og den brukes jevnlig ved UNN, jf. kap. 4.2.1. Denne rapporten inkluderer ikke endring i ventetid sluttdato for henvisninger som er eldre enn 5 år.
- Øvrige foretak har ikke tatt den regionale rapporten i bruk, og etablerte kontroller omfatter ikke endringer i ventetid sluttdato.

- Internrevisjonen kjørte den nevnte rapporten medio oktober for hvert helseforetak. UNN hadde lavest andel henvisninger med endret ventetid sluttdato i 2023, og Helgelandssykehuset hadde høyest, vurdert opp mot foretakets aktivitet.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Bruk av utsettelseskoder

Det har i denne revisjonen ikke framkommet tegn på at det registreres uberettigede utsettelseskoder før oppstart av helsehjelp, med unntak av innenfor fagområdet øre-nese-hals. Internrevisjonen vil derfor ikke anbefale egne kontroller innen dette tema. Vi anser det likevel som naturlig at det følges med på utviklingen i bruk av utsettelseskoder, eksempelvis gjennom å utvikle en rapport i Helse Nord LIS, hvor bruk og variasjon over tid framkommer.

Vi anser det som uheldig at koden «Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske», feilaktig er blitt benyttet i forbindelse med enkelte utsettelse, i Sandnessjøen og i Harstad.

Viderehenvisninger fra annet helseforetak

Viderehenvisninger fra annet helseforetak utgjør fortsatt en risiko for feilregistreringer som gir utslag i ventetidsstatistikken i alle foretakene, til tross for at viktige kontrolltiltak er implementert i Nordlandssykehuset og UNN. Feilregistrering av én enkelt henvisning kan utgjøre et stort antall ventedager som gir utslag på månedlig statistikk. For å unngå feilaktige svingninger i statistikken, er det derfor avgjørende at kontroller og korrigeringer gjennomføres innen frist for månedlig rapportering.

Internrevisjonen har konstatert at det er usikkerhet om hva som er korrekt registreringspraksis for henvendelser fra annet sykehus om vurdering i MDT-møter ved UNN, og at dagens registreringspraksis i forbindelse med sarkommøter medfører at ventetid ikke framkommer riktig.

Interne primærhenvisninger

Interne primærhenvisninger opprettes i mange tilfeller uten at dette gjelder en ny tilstand hos pasienten, og den største andelen av uberettiget bruk av interne primærhenvisninger ble identifisert i Helgelandssykehuset. Ettersom andelen interne primærhenvisninger er betydelig innen noen fagområder, vurderer vi at disse kan utgjøre en feilkilde i ventetidsstatistikken og bør overvåkes med egen kontroll. Risikoen for at det oppstår unødvendige fristbrudd, øker for hver uberettiget primærhenvisning som registreres. Videre vurderer vi at det er behov for at Nordlandssykehuset ser nærmere på praksisen for registrering av interne primærhenvisninger til audiologi i Lofoten, for å forsikre seg om at dette gjøres i samsvar med nasjonale og regionale føringer.

Det er også behov for å tydeliggjøre i den regionale prosedyren hvordan vurderinger av henvisninger vedrørende graviditet skal registreres. Ved korrekt registrering, utfall av vurdering lik «graviditet», vil henvisninger vedrørende graviditet ekskluderes i den offisielle ventetidsstatistikken, jf. samtale med rådgiver hos Helsedirektoratet.

Endringer i ventetid sluttdato

Internrevisjonen vurderer videre at påliteligheten i datagrunnlag ved Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset kan styrkes ved å ta i bruk den tilgjengelige rapporten om endringer i ventetid sluttdato, som del av foretakenes kontrollrutiner.

Innspill til endringer i regional retningslinje for kontroll av ventelister, RL7233

Viderehenvisninger fra annet foretak og interne primærhenvisninger utgjør betydelige andeler av primærhenvisningene innen noen av fagområdene i regionen. Etter vår vurdering vil det være hensiktsmessig å innarbeide spesifikke kontroller knyttet til disse områdene i det regionale kontrollopplegget. Det samme gjelder endring av ventetid sluttdato, som også har vist seg å være en risiko for feil i datagrunnlaget for ventetidsberegning. Det kan også med fordel gjøres en vurdering av om enkelte av de eksisterende kontrollene bør justeres eller fjernes, basert på endringer i risiko etter innføring av DIPS Arena. Internrevisjonen vurderer videre at det vil være hensiktsmessig å etablere en felles regional løsning for kontroll av ventelister i Helse Nord LIS, som samsvarer med RL7233, slik at det tilrettelegges for lik praksis.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Alle sykehusforetakene i Helse Nord bør eller kan øke påliteligheten i datagrunnlaget for rapporteringer om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet, gjennom bedre styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS. Den interne styringen og kontrollen med registreringspraksisen i DIPS er svakest i Helgelandssykehuset. De viktigste forbedringspunktene i sykehusforetakene er å styrke opplæringen for ansatte innen den medisinske kontortjenesten og for leger som vurderer henvisninger, samt å gjennomføre kontroller av ventelistedata i samsvar med regional retningslinje. I tillegg bør spesifikke kontroller innen de reviderte risikoområdene innarbeides i det regionale kontrollopplegget.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen har, i rapportene til de enkelte foretakene, gitt følgende anbefalinger (tall: anbefalingens nummer i den enkelte HF-rapport):

Anbefaling	NLSH	FIN	UNN	HSYK
Fastsette kompetansekrav for ansatte i medisinsk kontortjeneste om ventetidsregistreringer i DIPS.		1	1	1
Fastsette kompetansekrav for leger om vurdering av eksterne henvisninger og om utarbeidelse og mottak av interne henvisninger.	1	2	2	2
Påse at henvisninger til audiologi ved Nordlands-sykehuset Lofoten blir registrert i samsvar med nasjonale og regionale føringer.	2			
Sørge for at utdaterte, lokale prosedyrer vedrørende registreringspraksis i DIPS, blir fjernet fra Docmap.				3
Sørge for at arbeidsflyt kontrolleres jevnlig, i samsvar med regional prosedyre, PR49195.		3	3	4
Utarbeide beskrivelse som avklarer ansvars- og oppgavedeling mellom Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner og de kliniske klinikkene.				5
Forbedre strukturen for kontroll av ventelistedata, eksempelvis ved å ta i bruk et tilsvarende kontrollopplegg i Helse Nord LIS som Universitetssykehuset Nord-Norge benytter.	3			
Beskrive kontrollene som skal gjennomføres ved bruk av rapporter i Helse Nord LIS, slik at det framkommer at disse samsvarer med regional retningslinje RL7233, eksempelvis slik Universitetssykehuset Nord-Norge har gjort		4		
Sørge for at kontroller av ventelistedata gjennomføres i samsvar med regional retningslinje RL7233, samt inkludere kontroll av endringer i ventetid sluttdato, basert på regional rapport i Helse Nord LIS.	4	5		
Ta i bruk kontrollopplegget i Helse Nord LIS knyttet til ventelistrydding innen alle fagområder, herunder inkludere rapporten om endring av ventetid sluttdato i kontrollopplegget.				6
Øke bruken av avvikssystemet ved gjentakende feilregistreringer i DIPS.	5	6	4	7
Gjennomføre jevnlig evalueringer eller interne revisjoner innen temaet, pålitelig datagrunnlag for ventetidsregistreringer.	6			8
Avklare hva som er korrekt registreringspraksis for henvisninger fra annet sykehus om vurdering i multidisiplinære teammøter, og sørge for at slik praksis innføres.			5	

Internrevisjonen anbefaler i tillegg Helse Nord RHF å:

1. Sørge for at det innarbeides spesifikke kontroller knyttet til viderehenvisninger fra annet foretak, interne primærhenvisninger og endring av ventetid sluttdato i kontrollopplegget som beskrives i regional retningslinje RL7233, og samtidig vurdere behovet for endringer i de eksisterende kontrollene.
2. Etablere en felles regional løsning for kontroll av ventelister i Helse Nord LIS, som samsvarer med RL7233.
3. Sørge for at regional prosedyre PR49196 gir klar og tilstrekkelig informasjon om registrering ved vurdering av henvisninger vedrørende graviditet.

Vedlegg 1 – Definisjoner knyttet til ventetidsdata

I Helsedirektoratets/Norsk pasientregister (NPR)s ventelistestatistikk telles antall henvisninger og ikke antall pasienter til spesialisthelsetjenesten.

Følgende definisjoner er sentrale:

- **Ventende:**
Antallet som venter på helsehjelp på ett gitt tidspunkt, eller som ikke har en ventetid-sluttdato/ kode ved periodeslutt. Henvisninger med utsattkode 21, 22, 3 og 5 (pasient- og medisinsk bestemte utsettelse) holdes utenfor. Dubletter der all henvisningsinformasjon er lik, utelates.
- **Ventetid for avviklede:**
Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) til ventetid-sluttdato er satt. Beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet.
- **Ventetid for ventende:**
Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) til periodeslutt. Beregnes for alle pasienter som er ventende ved utgangen av den enkelte rapporteringsperiode.
- **Fristbrudd:**
Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt.
- **Andel fristbrudd avviklede:**
Antall ordinært avviklede pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp og som har fristbrudd, dividert med antall ordinært avviklede i rapporteringsperioden. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse med utsettelsesdato før ventetid-sluttdato, samt henvisninger uten gyldig frist holdes utenfor i NPR-data.
- **Andel fristbrudd for ventende:**
Antall ventende pasienter som har fristbrudd, dividert med alle som er ventende ved rapporteringsperiodens utgang. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse med utsettelsesdato før periodeslutt, samt henvisninger uten gyldig frist holdes utenfor i NPR-data.

Vedlegg 2 – Datauttrekk, dataanalyser og utvelgelse til journalgjennomgang

Datauttrekk

I hvert av sykehusforetakene ble det gjort datauttrekk fra DIPS for valgte fagområder/avdelinger ved bruk av rapport 6813, Henvisninger mottatt i periode.

Uttrekkene ble utført i perioden: 28.03.-09.05.2023.

Valgt periode: 01.01.-31.12.2022.

Følgende filter ble benyttet: Henvisningstype= utredning OR behandling, Primær=1, Behandles=1, Sec. opinion=ikke utfylt.

Totalt antall ble notert, og internrevisjonen fikk overlevert datauttrekk i excel-format (forhåndsvalgte parametere) for utvalgte lokasjoner. Uttrekkene inkluderte ikke annen pasientidentifikasjon enn NPR-nummer.

Dataanalyser

Uttrekkene ble ytterligere filtrert og benyttet til følgende dataanalyser:

1. Andel med fristbrudd hvor det er registrert pasientbestemt utsettelseskode, jf. kriterium 3a.
 - a) Pasientbestemt utsettelse av velferdsgrunner.
 - b) Pasientbestemt utsettelse ved utsettelseskoden "Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske".
2. Andel av mottatte primærhenvisninger som er henvist fra annet sykehus, jf. kriterium 3b.
3. Andel av mottatte primærhenvisninger som er henvist fra behandler internt i eget helseforetak, jf. kriterium 3c.

Med utgangspunkt i resultatene fra de tre dataanalysene, identifiserte vi hvilke fagområder/lokasjoner som var aktuelle til journalgjennomgang knyttet til kriteriene 3a-c. Vi valgte hovedsakelig områder hvor analysen viste et omfang på minst 5 % innen valgt fagområde/lokasjon.

Utvelgelse av henvisninger til journalgjennomgang

Konkrete henvisninger til journalgjennomgang ble valgt ut slik:

- Hvert av utvalgene ble sortert etter mottattdato (nyest-eldst).
- Antall valgte henvisninger: ca. 5 % innen hvert av utvalgene, men minimum 7.
- Utvelgelse av henvisninger til test av kriterium 3a og 3c ble foretatt systematisk, hver x. rad ble valgt.
- Utvelgelsen av henvisninger til test av kriterium 3b ble gjort strategisk ut fra internrevisjonens betraktninger om risiko for feil.