

## Internrevisjonsrapport 09/2023

# Registreringspraksis i DIPS ved Helgelandssykehuset HF

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 20.12.2023

## 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.....	6
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Opplæring og prosedyrer for registrering i DIPS.....	8
4.1.1 Observasjoner.....	8
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	9
4.2 Kontroll av datakvalitet og forbedringstiltak.....	10
4.2.1 Observasjoner.....	10
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	11
4.3 Registreringer i DIPS.....	11
4.3.1 Observasjoner.....	11
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	14
5 Konklusjon og anbefalinger.....	15
5.1 Konklusjon.....	15
5.2 Anbefalinger.....	15

### Vedlegg

1. Definisjoner knyttet til ventetidsdata
2. Dokumentoversikt
3. Datauttrekk og dataanalyser
4. Journalgjennomgang

## Sammendrag

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

### Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge om Helgelandssykehuset 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

Helgelandssykehuset bør øke påliteligheten i datagrunnlaget for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet, gjennom bedre styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS. De viktigste forbedringspunktene er å styrke opplæringen både for ansatte innen den medisinske kontortjenesten og for leger som vurderer henvisninger, samt å gjennomføre kontroller av ventelistedata i samsvar med regional retningslinje og innen de reviderte risikoområdene.

Anbefaling om å innarbeide spesifikke kontroller innen de reviderte risikoområdene i det regionale kontrollopplegget, vil bli gitt til Helse Nord RHF i oppsummeringsrapporten.

### Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset å:

1. Fastsette kompetansekrav for ansatte i medisinsk kontortjeneste om ventetidsregistreringer i DIPS.
2. Fastsette kompetansekrav for leger om vurdering av eksterne henvisninger og ved utarbeidelse og mottak av interne henvisninger.
3. Sørge for at utdaterte, lokale prosedyrer vedrørende registreringspraksis i DIPS, blir fjernet fra Docmap.
4. Sørge for at arbeidsflyt kontrolleres jevnlig, i samsvar med regional prosedyre, PR49195.
5. Utarbeide beskrivelse som avklarer ansvars- og oppgavedeling mellom Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner og de kliniske klinikkene.
6. Ta i bruk kontrollopplegget i Helse Nord LIS knyttet til ventelistrydding innen alle fagområder, herunder inkludere rapporten om endring av ventetid sluttdato i kontrollopplegget.
7. Øke bruken av avvikssystemet ved gjentakende feilregistreringer i DIPS.
8. Gjennomføre jevnlig evalueringer eller interne revisjoner innen temaet, pålitelig datagrunnlag for ventetidsregistreringer.

# 1 Innledning

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

Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon sendt 19.04.2023
- Datauttrekk fra DIPS 09.05.2023 og påfølgende dataanalyser
- Oppstartsmøte 14.09.2023
- Dokumentgjennomgang av innhentede dokumenter
- Intervjuer på foretaks-/overordnet nivå, uke 37, 2023
- Intervjuer og journalgjennomgang med ansatte i kontortjenesten og overleger knyttet til utvalgte fagområder, uke 39/2023
- Oppsummeringsmøte 26.10.2023
- Rapportutkast sendt 22.11.2023, tilbakemelding mottatt 19.12.2023

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Helgelandssykehuset HF
- Helse Nord RHF v/adm. direktør
- Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF v/leder

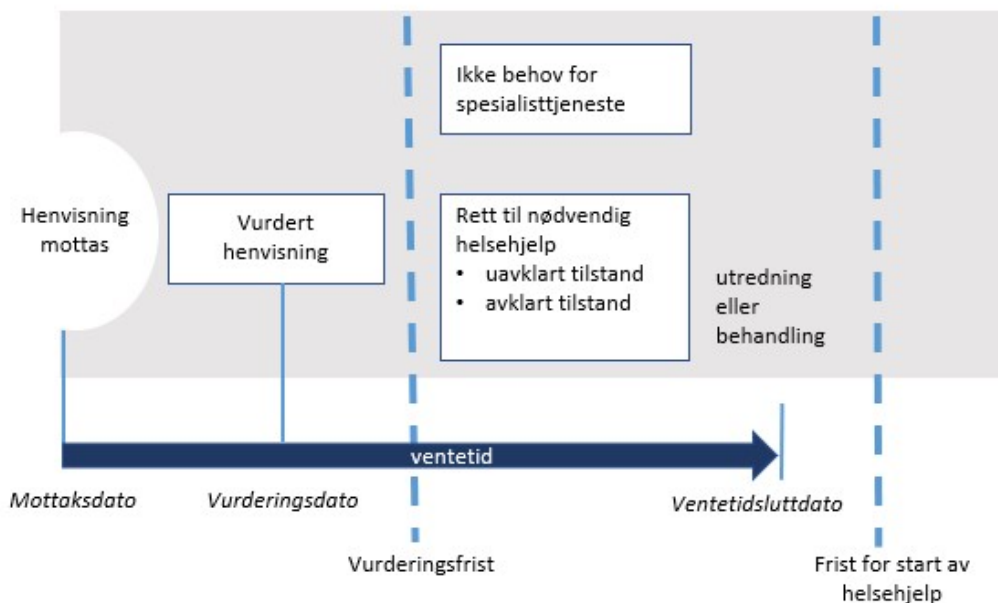
Alle internrevisjonens rapporter er tilgjengelige på følgende web-adresse: [helse-nord.no/internrevisjonen](https://helse-nord.no/internrevisjonen).

## 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 Nord's 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 (henvisning), DS13743 (poliklinikk), DS13803 (kvalitetssikring) og DS13737 (arbeidsflyt).

## 2 Formål og omfang

### 2.1 Formål med revisjonen

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

### 2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen har omfattet foretakets 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, klinikker og lokasjoner ved Helgelandssykehuset:

Fagområde	Klinikk	Lokasjon
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)	Kirurgisk	Mo i Rana
Øre-nese-hals sykdommer	Kirurgisk	Sandnessjøen
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	Kirurgisk	Sandnessjøen
Hjertesykdommer	Medisinsk	Mo i Rana

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 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 revisjonenes observasjoner sammenlignes med.

### 3 Metoder

- Dokumentgjennomgang: Prosedyrer, rapporter og evt. andre dokumenter tilsendt fra foretaket og innhentet via foretakets websider er vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til øvrige revisjonshandlinger.  
*Se Vedlegg 2 – Dokumentoversikt.*
- Intervju: Det er gjennomført intervjuer på foretaks-/overordnet nivå, blant annet med utvalgte klinikkjefer, konst. medisinsk direktør, avdelingsleder og utvalgte rådgivere i Avdeling for IKT, e-helse og informasjonssikkerhet, avdelingsleder og utvalgte enhetsledere i Avdeling kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner. Det er også gjennomført intervjuer med relevante avdelingsledere, enhetsledere og overleger og med kontoransatte tilknyttet de utvalgte fagområdene. Til sammen har 24 personer deltatt i intervjuer.

- Dataanalyser: 09.05.2023 ble det gjort datauttrekk ved bruk av DIPS-rapport 6813, henvisninger mottatt i perioden 01.01.-31.12.2022, jf. *Vedlegg 3 – Datauttrekk og dataanalyser*. Utrekkene ble benyttet til følgende dataanalyser for utvalgte fagområder/lokasjoner:
  - Andel med fristbrudd hvor det er registrert pasientbestemt utsettelseskode, jf. kriterium 3a.
  - Andel av mottatte primærhenvisninger som er henvist fra annet sykehus, jf. kriterium 3b.
  - Andel av mottatte primærhenvisninger som er henvist fra behandler internt i eget helseforetak, jf. kriterium 3c.
- 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 (46 henvisninger, tilfeldig valgt innen aktuelt fagområde).
  - viderehenvisning fra annet helseforetak er registrert med korrekt ventetid og eventuelt korrekt fristbrudd, jf. kriterium 3b (6 henvisninger, strategisk valgt).
  - det er registrert informasjon som berettiger opprettet intern primærhenvisning, jf. kriterium 3c (20 henvisninger, tilfeldig valgt innen aktuelt fagområde).

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*

I Helgelandssykehuset er den medisinske kontortjenesten i all hovedsak samlet i Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner, som del av Klinikk for diagnostikk og medisinsk service. Avdelingens kontortjenester i somatisk virksomhet består av enheter som er organisert og lokalisert på hvert sitt sykehus. Felles inntakskontor er organisert på tvers av lokasjonene med en enhetsleder som leder ansatte på alle tre sykehusene. Det foreligger ikke en beskrivelse av ansvars- og oppgavedelingen mellom Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner (heretter omtalt som medisinsk kontortjeneste/kontortjeneste) og de kliniske klinikkene. I enheten Kvinne- og fødepost Sandnessjøen i Kirurgisk klinikk, ivaretas kontorfaglige/merkantile oppgaver av jordmødrene ved enheten.



### *Lederansvaret*

Det er et lederansvar å holde oversikt over den enkelte medarbeiders kompetanse, men det er ikke fastsatt kompetansekrav, og Kompetanseportalen benyttes i liten grad innen revisjonens tema. Avdeling IKT, eHelse og informasjonssikkerhet, Drift og eiendom, har utarbeidet en lokal sjekklister for opplæring i DIPS, basert på regionale føringer og prosedyrer. Opplæringen er rolletilpasset og tilbys av DIPS-instruktører på bestilling fra ledere.

### *Opplæring av medisinsk kontortjeneste*

For nyansatte i kontortjenesten består opplæringen fra DIPS-instruktør av et grunnkurs på en halv dag, som bestilles av leder. Noen har også opplyst at e-læring i DIPS gjennomføres. Den øvrige opplæringen av nyansatte gjennomføres i stor grad individuelt med tett oppfølging av kollega eller leder, og det er ingen fast struktur for innholdet i denne opplæringen. Ledere har ingen dokumentasjon på den enkeltes deltakelse på opplæring.

### *Opplæring av leger*

Nyansatte leger og vikarer får et grunnkurs på en halv dag med DIPS-instruktør, individuelt eller i grupper, som bestilles av leder. Legeledere får varsel fra instruktør ved manglende oppmøte, og de følger opp at opplæringen blir gjennomført. Det er i all hovedsak fast ansatte overleger som vurderer henvisninger, og opplæring i vurdering av henvisninger gjennomføres også i stor grad individuelt, av en erfaren kollega eller leder. Ledere har ingen dokumentasjon på den enkeltes deltakelse på opplæring.

### *Regionale og lokale prosedyrer*

Få av de vi intervjuet hadde kjennskap til innholdet i de regionale prosedyrene. De som kjente prosedyrene vurderte at disse er dekkende for behovene. Det er ikke avklart om det er Avdeling IKT, eHelse og informasjonssikkerhet eller Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner, som skal sende ut informasjon om endringer i regionale prosedyrer. Flere har likevel opplyst at de får informasjon om slike endringer. Det foreligger mange lokale prosedyrer i Docmap som omhandler registrering i DIPS, men som ikke er oppdatert siden 2012-2013. Vi har fått opplyst at det er igangsatt en prosess for å få disse fjernet.

### **4.1.2 Internrevisjonens vurderinger**

Det er uheldig at det innen revisjonstemaet i liten grad finnes kompetansekrav og oversikter over gjennomført opplæring for kontoransatte og for leger. Fraværet av et helhetlig og felles opplæringsprogram kan øke risikoen for feilregistreringer i DIPS. Det er likevel positivt at det er utarbeidet en rolletilpasset opplæring fra Avdeling IKT/E-helse/Informasjonssikkerhet, som kan gi grunnlag for dokumentasjon i Kompetanseportalen av gjennomførte kurs.

Det er uheldig at kontortjenesten og leger i liten grad har kjennskap til de relevante regionale prosedyrene. Dette kan svekke påliteligheten i registreringene ved vurdering av eksterne henvisninger og ved utarbeidelse og mottak av interne henvisninger. Dette kan også svekke kvaliteten i opplæringen av nye kollegaer. Det er også uheldig at utdaterte lokale prosedyrer ikke blir fjernet fra Docmap.

Det er videre en svakhet at det ikke foreligger en beskrivelse som avklarer ansvars- og oppgavedeling mellom den medisinske kontortjenesten og de kliniske klinikkene. Helgelandssykehusets organisering knyttet til kontortjenesten samsvarer i stor grad med organiseringen i Nordlandssykehuset, hvor den medisinske kontortjenesten er organisert i Senter for kliniske støtte og dokumentasjon (SKSD). SKSD rapporterer et utvalg av parametere knyttet til arbeidsflyt og ventetider hver måned til de respektive klinikker, noe som Helgelandssykehuset også kan vurdere å implementere som praksis.

## 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*. Rollen som arbeidsflytansvarlig er nylig tildelt enhetsledere innen kontortjenesten. Vi har fått opplyst at opplæring for arbeidsflytansvarlige nå er startet, og det er avtalt faste møter om dette. Foretaket ivaretar per revisjonstidspunktet ikke rapporteringsoppgavene som er tillagt de arbeidsflytansvarlige.

Helgelandssykehuset har utarbeidet et sett av sjekklister for ventelistrydding i Helse Nord Ledelses- og informasjonssystem (Helse Nord LIS), basert på metodikk utarbeidet av Universitetssykehuset Nord-Norge. Disse finnes samlet under rapporttittelen, *NPR-Venteliste-kvalitet (ihht krav fra NPR)*, med tilhørende beskrivelse og veiledning for bruk av sjekklister. Det framkommer i forklaringen til rapporten at den erstatter framgangsmåtene som er angitt i *RL7233 Venteliste- og rapporteringsansvar – oversikt over prosedyrer og kontrollskjema*, med unntak for kontroll av at ø-hjelpspasienter fjernes fra venteliste hvis samme tilstand. Internrevisjonen har sammenlignet rapporten med RL7233, og bekrefter at rapporten dekker det beskrevne omfanget. Roller og ansvar i forbindelse med ventelistrydding er ikke beskrevet i lokal prosedyre.

Det er opplyst at ventelistrydding gjennomføres systematisk for Medisinsk område Mo i Rana, basert på ovennevnte metodikk, men gjennomførte kontroller dokumenteres ikke, slik regional retningslinje anbefaler. For de øvrige utvalgte fagområdene gjennomføres ventelistrydding kun sporadisk eller i begrenset grad, til tross for at det er en forventning om at rapportene *Uferdigliste* og *Åpne henvisningsperioder* gjennomgås regelmessig. Helgelandssykehuset har ikke gjennomført egne internrevisjonsaktiviteter.

Basert på antagelse om mange feilregistreringer, besluttet foretaket i september 2023 å iverksette tiltak for ventelistrydding.

Det er opplyst at dersom feil blir avdekket av kontortjenesten, blir disse korrigeret, eventuelt etter dialog med lege. Vi har fått opplyst at det er DRG-kontrollører som mottar og følger opp tilbakemeldinger fra NPR.

Det er ikke fast møtestruktur i alle enheter innen Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner som er egnet for erfaringsdeling og læring for de ansatte. Det er heller ikke faste møtestrukturer for leger utover morgenmøter per fagområde. Medisinsk område Mo i Rana har over lengre tid hatt faste driftsmøter hvor inntakskontor deltar. Vi har fått opplyst at inntakskontor også deltar i driftsmøter innen andre fagområder, men at møtestrukturen ikke er fast.

#### **4.2.2 Internrevisjonens vurderinger**

Det er uheldig at arbeidsflytansvaret har vært uklart i de to årene etter ny klinikkorganisering høsten 2021. Det vurderes videre som viktig at det etableres en gjennomgående praksis for kontroll av arbeidsflyt som ivaretar kravene som er tillagt arbeidsflytansvarlige i samsvar med PR49195. Fravær av slik kontroll kan føre til at ikke fullførte oppgaver blir liggende uten at dette oppdages, og som dermed kan gi uheldige konsekvenser for pasientsikkerheten.

Det er videre uheldig at foretakets praksis for kontroll av ventelister er fragmentert, til tross for at Helgelandssykehuset har et egnet kontrollopplegg i Helse Nord LIS, som i stor grad samsvarer med RL7233. Av de reviderte fagområdene, er det kun Medisinsk område Mo i Rana, som benytter dette kontrollopplegget.

En systematisk oppfølging av gjentakende feilregistreringer ved bruk av avvikssystemet, kan bidra til en tydeligere sammenheng mellom risiko for feil og forebyggende tiltak. Internrevisjonen anser det som positivt at Helgelandssykehuset har besluttet i september 2023 å iverksette tiltak for ventelistrydding, men det er en svakhet at foretaket ikke har gjennomført jevnlig evalueringer av egen registreringspraksis. Å innføre slik oppfølging 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 risikoområder, jf. 4.3.1.1 – 4.3.1.4 nedenfor.

##### **4.3.1.1 Utsettelseskoder 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:*

- Avslutt- og utsettelseskode diskuteres blant kontortjeneste/inntakskontor for å innarbeide felles praksis.
- De fleste opplyste at de vanligvis skriver i merknadsfeltet når de mottar muntlig beskjed om utsettelse av planlagt time.
- Det er ikke etablert kontroller knyttet til valgt avsluttårsak og utsettelseskode.
- Valgt avsluttårsak og utsettelseskode dokumenteres i varierende grad, jf. internrevisjonens journalgjennomgang.

*Internrevisjonens journalgjennomgang:*

27 av de 41 henvisningene som internrevisjonen undersøkte, hadde dokumentasjon eller merknad som bekreftet at pasientbestemt utsettelse var berettiget registrert av velferdsgrunner eller transportproblemer. Journaloppslagene avdekket at det manglet relevant dokumentasjon i 9 tilfeller. Som det framkommer av den detaljerte oversikten over journaloppslagene, jf. *Vedlegg 4 – Journalgjennomgang*, var utsettelseskode uberettiget for 5 henvisninger med dokumentasjon. 4 av disse var innen fagområdet øre-nese-hals, og disse medførte 608 unndratte ventedager og 4 unndratte fristbrudd.

*Observasjoner innen fagområdet øre-nese-hals, Sandnessjøen:*

I tillegg til utsettelsesårsakene nevnt ovenfor, viste analyse at utsettelseskode, «Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted» var benyttet for 216 henvisninger i 2022. Vi undersøkte 5 av henvisningene. 2 av de 5 manglet dokumentasjon. For de øvrige 3 var koden urettmessig brukt, fordi merknad tilsa at time var avlyst grunnet manglende kapasitet, noe som utgjorde 416 unndratte ventedager og 3 unndratte fristbrudd.

#### **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 eventuelt manglende informasjon.
- Det er ikke etablert spesifikke kontroller av om riktig ansiennitetsdato, ventetid sluttdato og fristdato fra annet sykehus er satt.

- Viderehenvisninger fra annet helseforetak utgjorde kun 2 % av antall mottatte primærhenvisninger i 2022, jf. vedlegg 3. Helgelandssykehuset ønsket at internrevisjonen likevel inkluderte viderehenvisninger i sin journalgjennomgang. Vi undersøkte 6 slike henvisninger innen ortopedi Mo i Rana, fagområdet med høyest antall.

*Internrevisjonens journalgjennomgang:*

4 av de 6 viderehenvisningene fra annet helseforetak som internrevisjonen undersøkte, hadde registrert for lang ventetid, jf. vedlegg 4. Til sammen hadde disse henvisningene 2 unødvendige fristbrudd og 9 539 ekstra ventedager på grunn av feilregistreringene, men fordi henvisninger som er eldre enn 10 år, ekskluderes, inngår kun 893 ventedager i den offisielle ventetidsstatistikken.

#### **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 kontortjenesten.
- Leger er kjent med forskjellen mellom primær- og sekundærhenvisning.
- Det framkom usikkerhet om bruk av sekundærhenvisning mellom psykisk helsevern og somatikk ved samme tilstand, jf. RL3976.
- Det gjøres ikke jevnlig kontroll som gjelder riktig bruk av interne henvisninger.

*Internrevisjonens journalgjennomgang:*

For 10 av de 20 undersøkte interne primærhenvisningene, tilsa tilknyttet informasjon at primærhenvisning var unødvendig. 1 av disse henvisningene var fra psykisk helsevern og var knyttet til samme tilstand. Disse ga 891 ekstra ventedager og 2 unødvendige fristbrudd.

Vår undersøkelse innen fagområdet kvinnesykdommer har vist tilfeller der interne primærhenvisninger vedrørende graviditet er blitt rettighetsvurdert. Dette er ikke i samsvar med regional prosedyre, jf. PR49196. Ved korrekt registrering vil henvisninger vedrørende graviditet ekskluderes i den offisielle ventetidsstatistikken.

#### **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:*

- Det er ikke etablert kontroller som omfatter endringer i ventetid sluttdato.
- Ny rapport i Helse Nord LIS om henvisninger der ventetid sluttdato er endret, jf. informasjon i epost fra seniorrådgiver i Helse Nord RHF 15.11.2022, er ikke tatt i bruk. Denne rapporten inkluderer ikke endring i ventetid sluttdato for henvisninger som er eldre enn 5 år.
- Internrevisjonen kjørte den nevnte rapporten for fagområdet øre-nese-hals sykdommer den 18.10.2023, som eksempel. Rapporten viste totalt 21 henvisninger med endret ventetid sluttdato, og disse utgjorde 7 517 ekstra ventedager som har påvirket statistikken for ventetid avviklede. Tilsvarende rapport av samme dato for Helgelandssykehuset totalt, viste 164 henvisninger med til sammen 37 440 ekstra ventedager. Endringene omfatter både bevisste korrigeringer og ubevisste feil.

#### *Observasjoner fra andre helseforetak som øker risikoen for feil i registreringene:*

- Vi er orientert om at det er 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.
- Bruk av vurderingsmal i DIPS Arena ved vurdering av viderehenvisninger sletter tidligere registrert ventetid sluttdato.

### **4.3.2 Internrevisjonens vurderinger**

Det er uheldig at pasienter mister sin juridiske rett til helsehjelp innen frist, grunnet feilaktig kodebruk ved utsettelse som i realiteten skyldes manglende kapasitet innen fagområdet øre-nese-hals Sandnessjøen. Det har ikke framkommet tegn på at det registreres uberettigede utsettelseskoder innen de øvrige fagområdene omfattet av denne revisjonen, og vi vil derfor ikke anbefale egne kontroller innen dette temaet. Vi anser det likevel som naturlig at det følges med på utviklingen i bruk og variasjon av utsettelseskoder, eksempelvis gjennom periodevis rapportering fra Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor, jf. kap. 4.1.2.

Antall viderehenvisninger fra annet helseforetak er forholdsvis lavt, og utgjør 0,8 % av totale henvisninger, innen de utvalgte fagområdene, men henvisningene utgjør likevel risiko for feilregistreringer som gir utslag i ventetidsstatistikken for enkelte fagområder. Feilregistrering av én enkelt henvisning kan utgjøre et stort antall ventedager som gir utslag på månedlig statistikk. Det er derfor uheldig at kontroller og korrigeringer ikke gjennomføres innen frist for månedlig rapportering, for å unngå feilaktige svingninger i statistikken.

Vi har konstatert at interne primærhenvisninger i mange tilfeller opprettes uten at dette gjelder en ny tilstand hos pasienten, og at interne primærhenvisninger vedrørende graviditet er blitt feilaktig rettighetsvurdert. Dersom andel interne primærhenvisninger er betydelig, 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.

Internrevisjonen vurderer videre at påliteligheten i Helgelandssykehusets datagrunnlag kan styrkes ved å ta i bruk den tilgjengelige rapporten om endringer i ventetid sluttdato, som del av foretakets 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, og vi vil anbefale Helse Nord RHF å sørge for dette. Det samme gjelder endring av ventetid sluttdato, som også har vist seg å være en risiko for feil i datagrunnlaget for ventetidsberegning. Internrevisjonen vil videre anbefale Helse Nord RHF å etablere en felles regional løsning for kontroll av ventelister i Helse Nord LIS, som samsvarer med RL7233.

## **5 Konklusjon og anbefalinger**

### **5.1 Konklusjon**

Helgelandssykehuset bør øke påliteligheten i datagrunnlaget for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet, gjennom bedre styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS. De viktigste forbedringspunktene er å styrke opplæringen både for ansatte innen den medisinske kontortjenesten og for leger som vurderer henvisninger, samt å gjennomføre kontroller av ventelistedata i samsvar med regional retningslinje og innen de reviderte risikoområdene.

Anbefaling om å innarbeide spesifikke kontroller innen de reviderte risikoområdene i det regionale kontrollopplegget, vil bli gitt til Helse Nord RHF i oppsummeringsrapporten.

### **5.2 Anbefalinger**

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset å:

1. Fastsette kompetansekrav for ansatte i medisinsk kontortjeneste om ventetidsregistreringer i DIPS.
2. Fastsette kompetansekrav for leger om vurdering av eksterne henvisninger og ved utarbeidelse og mottak av interne henvisninger.
3. Sørge for at utdaterte, lokale prosedyrer vedrørende registreringspraksis i DIPS, blir fjernet fra Docmap.
4. Sørge for at arbeidsflyt kontrolleres jevnlig, i samsvar med regional prosedyre, PR49195.

5. Utarbeide beskrivelse som avklarer ansvars- og oppgavedeling mellom Avdeling for kontortjeneste, felles inntakskontor og kliniske servicefunksjoner og de kliniske klinikkene.
6. Ta i bruk kontrollopplegget i Helse Nord LIS knyttet til ventelistrydding innen alle fagområder, herunder inkludere rapporten om endring av ventetid sluttdato i kontrollopplegget.
7. Øke bruken av avvikssystemet ved gjentakende feilregistreringer i DIPS.
8. Gjennomføre jevnlig evalueringer eller interne revisjoner innen temaet, pålitelig datagrunnlag for ventetidsregistreringer.



## 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 - Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

- Brev til Internrevisjonen i Helse Nord RHF fra Helgelandssykehuset HF, svar på dokumentforespørsel, mottatt 12.05.2023
- Lokale prosedyrer, mottatt 12.05.2023: *Informasjon om at regionale prosedyrer overstyrer de lokale prosedyrene*
  - RL3475: Kvalitetssikring rydding og kontroll av ventelister
  - PR23013: Ventelister ansvar
  - PR23025: Kompetanse og opplæring ventelister
  - PR12228: Registrering i DIPS av pasient med ukjent identitet
  - PR31803: Utsettelse av planlagt kontakt
  - PR31972: Ventetid slutt-registrering
  - PR31821: Mottak av henvisninger fra annet sykehus
- Opplæring i DIPS Arena for kontor SO (Nyansatte og vikarer), mottatt 14.09.2023
- Opplæring i DIPS Arena for Operatører og anestesileger (Nyansatte og vikarer), mottatt 14.09.2023
- E-postutveksling mellom avd. leder kontortjeneste, inntakskontor og servicefunksjoner og konst. medisinsk direktør angående handlingsplan for ventelistebehandling, sendt 18.08.2023
- Beskrivelse av tiltak «Vasking av ventelister Felles inntakskontor», mottatt 14.09.2023
- Styresak 76/2023, Oppdatert handlingsplan, inkludert vedlegg 2 «Handlingsplan for fristbrudd og ventelister» og protokoll

## Vedlegg 3 – Datauttrekk og dataanalyser

### Datauttrekk

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

Uttreksdato: 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:

Fagområde	Totalt antall	Antall utvalgt lokasjon
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)	3 014	3 009 (Mo i Rana)
Øre-nese-hals sykdommer	3 562	3 506 (Sandnessjøen)
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	3 118	1 552 (Sandnessjøen)
Hjertesykdommer	1 621	676 (Mo i Rana)

Uttrekkene inkluderte ikke annen pasientidentifikasjon enn NPR-nummer.

### Dataanalyser

Uttrekkene er benyttet til følgende dataanalyser:

1. Andel med fristbrudd hvor det er registrert pasientbestemt utsettelseskode, jf. kriterium 3a:
  - a) Andel med fristbrudd hvor det er registrert pasientbestemt utsettelse av velferdsgrunner.  
Tilleggsfilter: Fristbrudd=1, Utsettelse= Velferdsgrunner (pasientønsket avbestilt)/Utsettelse pga. transportvansker.
  - b) Andel med fristbrudd hvor det er registrert utsettelseskode "Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske".  
Tilleggsfilter: Fristbrudd=1 og omtalt utsettelseskode.
2. Andel av mottatte primærhenvisninger som er henvist fra annet sykehus, jf. kriterium 3b.  
Tilleggsfilter: Fra Annet Sykehus=Utfylt.

3. Andel av mottatte primærhenvisninger som er henvist fra behandler internt i eget helseforetak, jf. kriterium 3a.

Tilleggsfilter: Ekstern=0, Fra annet sykehus=tom eller fra eget HF.

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 områder hvor analysen viste et omfang på minst 5 % (utvidet til 4 % for ifm. analyse 3). Viderehenvisninger fra annet foretak ble i utgangspunktet utelatt pga. lav andel, jf. analyse 2. Etter ønske fra foretaket ble temaet likevel inkludert i journalgjennomgangen, og vi valgte fagområde/lokasjon med høyest antall av slike henvisninger. Områdene som ble valgt er markert med gult nedenfor. Antall er angitt i parentes.

Fagområde - lokasjon	Analyse 1a	Analyse 1b	Analyse 2	Analyse 3
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi) Mo i Rana	13 % (380)	1 %	1 % (38)	4 % (115)
Øre-nese-hals sykdommer Sandnessjøen	14 % (494)	6 % (216)	0 %	3 %
Kvinnesykdommer Sandnessjøen	17 % (270)	0 %	0 %	4 % (65)
Hjertesykdommer Mo i Rana	8 % (52)	2 %	3 %	5 % (37)

### 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 matematisk, hver x. rad ble valgt.
- Utvelgelsen av henvisninger til test av kriterium 3b ble gjort strategisk ut fra internrevisjonens betraktninger om risiko for feil. Innen ortopedi (jf. \* over ble journaler valgt strategisk basert på høyest antall ventedager.

## Vedlegg 4 - Journalgjennomgang

### Kriterium 3a)

*Avslutt- og utsettelseskode benyttes i samsvar med nasjonale føringer og regional retningslinje (IS-2331, RL5959).*

Ved journalgjennomgangen ble det undersøkt om det var registrert dokumentasjon eller merknad som bekreftet at registrert utsettelseskode før fristbrudd, var berettiget. Utvelgelse av journaler var basert på dataanalyse 1a og 1b i vedlegg 3. I tabellene under oppsummeres resultatene fra journalgjennomgangen. Der utsettelseskode var uberettiget, oppsummeres konsekvensen i form av sum unndratte ventedager og unndratte fristbrudd.

1a) Gjelder pasientbestemt utsettelse av velferdsgrunner eller transportvansker.

Fagområde	Lokalisering	Antall testet	Antall hvor dokumentasjon berettiget	Antall uten relevant dokumentasjon	Antall hvor dokumentasjon tilsa at utsettelseskode var uberettiget	Antall unndratte ventedager	Antall unndratte fristbrudd
Ortopedi	Rana	11	10	1	0	0	0
Øre-nese-hals	Sandnessjøen	13	5	4	4	608	4
Kvinne-sykdommer	Sandnessjøen	11	8	2	1	0	0
Hjerte-sykdommer	Rana	6	4	2	0	0	0
<b>SUM</b>		<b>41</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>608</b>	<b>4</b>

1b) Gjelder pasientbestemt utsettelseskode "Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske"

Fagområde	Lokalisering	Antall testet	Antall hvor dokumentasjon berettiget	Antall uten relevant dokumentasjon	Antall hvor dokumentasjon tilsa at utsettelseskode var uberettiget	Antall unndratte ventedager	Antall unndratte fristbrudd
Øre-nese-hals	Sandnessjøen	5	0	2	3	416	3

### Kriterium 3b)

*Rettighetspasienter som er henvist fra annet foretak for å fullføre den helsehjelpen de er vurdert å ha behov for, fortsetter i samme henvisnings-periode. Dersom det teknisk må opprettes en ny periode, registreres data fra den primære henvisningsperioden. (VFOR § 3, IS-2331, PR49206).*

Ved journalgjennomgangen ble det undersøkt om ansiennitetsdato og ventetid sluttdato fra henvisende foretak (SH1) var registrert riktig, slik at ventetiden framkommer korrekt. Utvelgelse av journaler var basert på dataanalyse 2 i vedlegg 3.

I tabellen under oppsummeres resultatene fra journalgjennomgangen. Der ansiennitetsdato eller ventetid sluttdato var registrert feil, oppsummeres konsekvensen i form av sum antall ventedager som feilaktig framkommer i DIPS, antall ventedager som feilaktig har inngått i NPR-tall (her utelates henvisninger eldre enn 10 år) og antall unødvendige fristbrudd for foretaket.

Fag-område	Lokalisering	Antall testet	Antall hvor ansiennitetsdato og ventetid sluttdato fra SH1 er korrekt	Antall hvor ventetid er registrert for kort	Antall hvor ventetid er registrert for lang	Antall ventedager som feilaktig framkommer i DIPS	Antall vente-dager som feilaktig er inkludert i NPR-tall	Antall unødvendige fristbrudd
Ortopedi	Rana	6	2		4	9 539	893	2

### Kriterium 3c)

*Intern primærhenvisning opprettes bare når dette er riktig og nødvendig (IS-2331).*

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. Utvelgelse av journaler var basert på dataanalyse 3 i vedlegg 3.

I tabellen under oppsummeres resultatene av journalgjennomgangen. Der bruk av primærhenvisning framsto som uberettiget, oppsummeres konsekvensen i form av sum antall unødvendige ventedager og antall unødvendige fristbrudd for foretaket.

Fagområde	Lokalisering	Antall testet	Antall hvor bruk av primærhenvisning framsto berettiget	Antall uten tilknyttet informasjon om henvisningsårsak	Antall hvor bruk av primærhenvisning framsto som uberettiget	Antall unødvendige ventedager	Antall unødvendige fristbrudd
Ortopedi	Rana	7	2	0	5	678	2
Kvinne-sykdommer	Sandnessjøen	7	4	0	3	206	0
Hjerte-sykdommer	Rana	6	4	0	2	7	0
	<b>SUM</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>891</b>	<b>2</b>