

**Internrevisjonsrapport 03/2013**

**Henvisninger og ventelister i  
Helgelandssykehuset HF**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 01.10.2013**

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk.....	6
3 Metoder.....	6
3.1 Vurderingsskala.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	7
4.1 Mottak av henvisninger.....	8
4.1.1 Kriterier med vurderingsresultat.....	8
4.1.2 Observasjoner og begrunnelser.....	8
4.1.3 utfordringer og anbefalinger.....	10
4.2 Vurdering av henvisninger.....	13
4.2.1 Kriterier med vurderingsresultat.....	13
4.2.2 Observasjoner og begrunnelser.....	14
4.2.3 utfordringer og anbefalinger.....	15
4.3 Oppdatering av ventelister.....	16
4.3.1 Kriterier med vurderingsresultat.....	16
4.3.2 Observasjoner og begrunnelser.....	17
4.3.3 utfordringer og anbefalinger.....	18
4.4 Oppstart av helsehjelp (ventetid sluttdato).....	19
4.4.1 Kriterier med vurderingsresultat.....	19
4.4.2 Observasjoner og begrunnelse.....	19
4.4.3 utfordringer og anbefalinger.....	20
4.5 Effekt på statistikker.....	21
5 Konklusjon.....	21
6 Vedlegg.....	22

## **Sammendrag**

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helgelandssykehuset HF i perioden mars – august 2013.

### **Formål med revisjonen**

Revisjonens formål er å bekrefte at etablert praksis knyttet til

- mottak av henvisninger
- vurdering av henvisninger
- oppdatering av ventelister
- oppstart helsehjelp/ventetid sluttdato

samsvarer med nasjonale føringer og gir pålitelig grunnlag for rapportering om ventetider og fristbrudd.

### **Metoder**

Revisjonen er utført ved gjennomgang av interne retningslinjer/prosedyrer og et utvalg tester i foretakets journalsystem.

### **Konklusjon**

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.

De viktigste årsakene til feil i datagrunnlaget for ventelistestatistikker ved Helgelandssykehuset HF, vurderes å være:

- mangelfulle registreringer ved mottak av henvisninger fra andre helseforetak
- unødvendig og uriktig bruk av interne primærhenvisninger
- manglende 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 av de observasjoner og vurderinger som er gjort, har Internrevisjonen i denne rapporten gitt til sammen 10 anbefalinger om forbedringstiltak ved Helgelandssykehuset HF.

# 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helgelandssykehuset HF (HSYK) i perioden mars – august 2013. Prosjektet inngår i vedtatt revisjonsplan for 2013/2014 og gjennomføres i alle de fire sykehusforetakene i Helse Nord.

Revisjonen er utført av internrevisor Hege Knoph Antonsen fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret.

Internrevisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt ut 01.03.2013
- Datauttrekk for verifikasjoner/tester utført i perioden 08.04. – 30.04.2013
- Faktagrunnlag fra gjennomførte tester oversendt til verifikasjon 25.06.2013
- Forespørsel om rapportering av nøkkeltall for omfang av henvisninger i 2012 sendt ut 27.06.2013
- Rapportutkast oversendt 22.08.2013 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta

## 1.1 Bakgrunn

Helseforetakene plikter å ha en intern styring og kontroll som gir rimelig grad av sikkerhet for at henvisninger og ventelister håndteres i samsvar med nasjonale føringer, og gir pålitelig ventelisterapportering. I Rundskriv IS-10/2009, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet, forklares ventelisterapporteringen til NPR slik:

*Det er pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten som regnes som ventende. Disse henvisningene betegnes som eksterne henvisninger. Disse henvisningene fører alltid til oppretting av en ny henvisningsperiode i det pasientadministrative systemet eller i den elektroniske pasientjournalen. Pasientene kan vente på utredning og/eller behandling.*

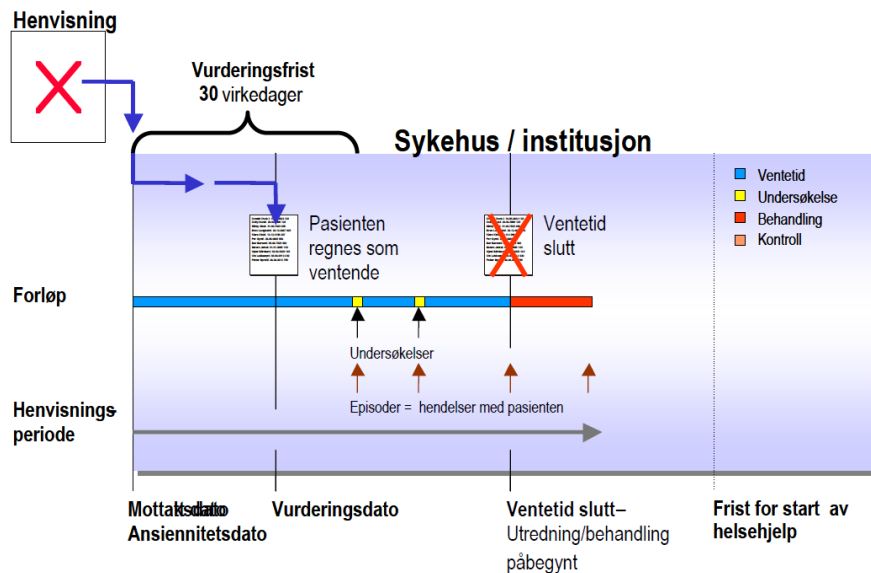
*Alle henviste pasienter skal rapporteres til NPR. Etter vurdering av henvisningen blir pasienten regnet som ventende og er inkludert i ventelisterapporteringen til NPR. Dette er uavhengig av om pasienten er gitt rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven eller ikke.*

*Pasienter står som ventende inntil utredning eller behandling er påbegynt, eller at ventetiden er slutt av andre årsaker. Pasienter som er tatt til behandling vil fortsatt ha en åpen henvisningsperiode når det er planlagt senere behandlinger eller kontroller. En henvisningsperiode lukkes først når behandlingen er avsluttet og det ikke er planlagt nye episoder. Figur 1 illustrerer ventelisteforløpet.*

*Kronisk syke pasienter som mottar regelmessig behandling fra et sykehus i flere år, vil være registrert med en sammenhengende henvisningsperiode.*

Når en henvisningsperiode er lukket skal denne ikke åpnes igjen dersom en ny ekstern henvisning kommer for samme sykdom eller lidelse. I slike tilfeller skal en ny henvisningsperiode åpnes og det skal registreres at tilstanden er diagnostisert tidligere.

**Figur 1.** Ventelisteforløpet (Kilde: IS-10/2009)



## 2 Formål og omfang

### 2.1 Formål med revisjonen

Revisjonens formål er å bekrefte at etablert praksis knyttet til

- mottak av henvisninger
- vurdering av henvisninger
- oppdatering av ventelister
- oppstart helsehjelp (ventetid sluttdato)

samsvarer med nasjonale føringer og gir pålitelig grunnlag for rapportering om ventetider og fristbrudd.

### 2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter psykisk helsevern, rusbehandling og somatisk virksomhet, herunder:

- Registreringer i DIPS<sup>1</sup>
- Interne prosedyrer relatert til de aktuelle prosessene

Følgende omfattes ikke av denne revisjonen (de viktigste avgrensninger):

<sup>1</sup> DIPS: Foretakets dataverktøy for pasientadministrasjon (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ)

- Henvisninger til radiologiske avdelinger
- Etterlevelse av nasjonale prioriteringsveiledere og krav til forsvarlighet ved rettighetsvurdering og fristfastsettelse
- Vurderinger av om det er gitt riktig og tilstrekkelig helsehjelp
- Hvordan foretaket for øvrig har innrettet sin interne styring og kontroll med de aktuelle prosessene

## 2.3 Regelverk

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 relevante føringer i følgende dokumenter:

- Rundskriv IS-10/2009, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet (IS-10/2009)
- Veileder IS-1541, Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern, Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR), september 2010 (IS-1541)
- Brev fra Helsedirektoratet 27.06.2012, "Henvisning til radiologiske avdelinger – vurdering av rett til nødvendig helsehjelp"

## 3 Metoder

Revisjonens fokusområder er de fire områdene som framgår av formålet: mottak av henvisninger, vurdering av henvisninger, oppdatering av ventelister og oppstart helsehjelp/ventetid sluttdato. For hvert av fokusområdene er det, basert på regelverket, definert konkrete revisjonskriterier (se kapittel 4).

Etterlevelse av revisjonskriteriene er undersøkt ved bruk av følgende metoder:

- **Dokumentgjennomgang (interne retningslinjer/prosedyrer)**  
Dokumenter tilsendt fra foretaket er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene. Se vedlegg 1, *Dokumentoversikt*.
- **Verifikasjoner/tester basert på pasientadministrative registreringer i DIPS**  
Tester i DIPS er avgrenset til *HSYK, Mo – somatikk, HSYK, Mo– PHV/RUS og HSYK, Mo - BUP*. Datauttrekk etter spesifiserte søkekriterier er utført sammen med HF-representant med nødvendige tilganger og kjennskap i DIPS.

Innenfor det enkelte fokusområde er følgende verifikasjoner/tester utført:

- Mottak av henvisninger:
  - Test 1: Mottaksdato
  - Test 2: Ansiennitetsdato fra annet HF/sykehus
  - Test 3: Bruk av interne primærhenvisninger
  - Test 4: Ansiennitetsdato for henvisninger fra privatpraktiserende spesialister
  - Test 11: Flere henvisningsperioder for samme tilstand?
- Vurdering av henvisninger:
  - Test 5: Manglende vurdering
  - Test 6: Innkalling for utredning av rett til helsehjelp
  - Test 7: Avvisning av henvisninger
- Oppdatering av ventelister:
  - Test 8: Oppdatering av ventelister
  - Test 9: Bruk av utsettelseskoder
- Oppstart helsehjelp/ventetid sluttdato
  - Test 10: Ventetid sluttdato

Testen er avgrenset til seks utvalgte fagområder, og er utført med bistand fra én til to lege-/psykologspesialister for hvert fagområde.

Vedlegg 2, *Verifikasjoner/tester basert på pasientadministrative registreringer i DIPS*, gir en nærmere metodebeskrivelse for den enkelte test.


- **Gjennomgang av nøkkeltall for omfang av henvisninger**

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 foretakets omfang av henvisninger i 2012. Se vedlegg 3, *Mottatte henvisninger i Helgelandssykehuset HF – omfang 2012*.

### 3.1 Vurderingsskala

Internrevisjonens vurdering av foretakets etterlevelse av det enkelte kriterium uttrykkes gjennom en fargeskala med symboler. Skalaen tar utgangspunkt i resultatet fra de gjennomførte testene, men i vurderingen tas det også hensyn til kriteriets kompleksitet og foretakets prosedyrer.

: Kriteriet er innfridd i > 90 % av det testede utvalget. Kan justeres skjønnsmessig.

: Kriteriet er innfridd i 70 – 90 % av det testede utvalget. Kan justeres skjønnsmessig.

: Kriteriet er innfridd i < 70 % av det testede utvalget. Kan justeres skjønnsmessig.





## 4 Observasjoner og vurderinger

For hvert av de fire fokusområdene oppgis først revisjonskriteriene og Internrevisjonens vurdering av foretakets status for disse. Deretter følger observasjoner og begrunnelser for vurderingene. Til slutt framkommer en oppsummering av de viktigste utfordringene sett opp mot kriteriene, og våre anbefalinger om tiltak.

## 4.1 Mottak av henvisninger

Henvisninger mottas elektronisk eller på papir, fra interne eller eksterne avsendere. Mottaksdato, eventuelt ansiennitetsdato fra annet sykehus, er utgangspunktet for beregning av ventetid. Riktig mottaksregistrering er derfor avgjørende for pålitelig ventelisterapportering.

### 4.1.1 Kriterier med vurderingsresultat

1	Kriterium	Hjemmel	Vurdering*
a)	Henvisninger registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen.	VFOR § 3	
b)	Dersom sykehuset ikke har registrert mottaksdato eller ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.	IS-10/09	
c)	Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen.	VFOR § 3	
d)	Intern primærhenvisning opprettes bare når dette er riktig og nødvendig, vurdert bl.a. ut fra følgende: <ul style="list-style-type: none"><li>- I utgangspunktet skal én ekstern henvisning generere én henvisningsperiode for samme lidelse.</li><li>- Hvis pasienten endrer omsorgsnivå innenfor samme helseinstitusjon/behandlingssted, bør dette skje i samme henvisningsperiode.</li><li>- Henvisningsperioden skal ikke lukkes når pasienten er utredet og pasienten skal ha behandling, og det skal ikke opprettes en ny henvisningsperiode på nytt omsorgsnivå med ny frist for behandling.</li><li>- Intern primærhenvisning skal opprettes dersom det er behov for undersøkelse/behandling av en annen (ny) sykdomstilstand enn det pasienten allerede behandles for.</li><li>- I enkelte spesielle situasjoner der man helt endrer behandlingsopplegg, vil det av medisinske grunner være riktig å opprette en ny, intern primærhenvisning for samme lidelse.</li><li>- Mellom psykiatrisk og somatisk virksomhet må primærhenvisning benyttes.</li><li>- Tilsyn for inneliggende pasienter skal ikke registreres som henvisning. Dette registreres som tjeneste i bildet medisinsk registrering.</li></ul>	IS-10/09 IS-1541 DIPS ASA Venteliste	

\*Se kapittel 4.5 for vurderinger av effekt på statistikker om ventetider og fristbrudd.

### 4.1.2 Observasjoner og begrunnelser

Følgende observasjoner og begrunnelser ligger til grunn for vurderingene:



#### *Mottak av henvisninger generelt:*

- Prosedyrer for registrering av mottatte henvisninger er publisert i Docmap<sup>2</sup>, med gyldighet på foretaksnivå.
- En stor andel av henvisningene til foretaket er eksterne henvisninger fra primærhelsetjenesten som mottas elektronisk i DIPS. Internrevisjonen har ikke testet mottaksregistrering av slike henvisninger.

#### *Registrering av mottaksdato (kriterium 1 a og b):*

- Det framgår ikke av prosedyrene at datoen henvisningen ble skrevet skal gjelde som mottaksdato dersom sykehuset ikke har registrert mottaksdato eller ikke vet når henvisningen ble mottatt.
- De fleste henvisningene som er kontrollert (henvisninger mottatt på annen måte enn som elektronisk henvisning), er påført mottaksdato (test 1).
- For 7 av 24 (29 %) kontrollerte henvisninger er det påvist feil i registrert mottaksdato (test 1).
  - Tre av disse mangler et tilknyttet dokument som dokumenterer henvisningen (her definert som manglende samsvar med kriterium 1 a).
  - De fire øvrige har forskjell mellom registrert mottaksdato og påført mottaksdato.

I tilknytning til kriteriene har vi også observert at:

- Datert dato er feil utfylt i 6 av de 24 kontrollerte registreringene (test 1). I disse tilfellene er datert dato registrert lik mottaksdato, ikke den dato henvisningen ble skrevet. Dette har ikke betydning for ventelistestatistikk.

#### *Mottak av henvisninger fra annet sykehus (kriterium 1 c):*

- Det er utarbeidet egne prosedyrer for mottak av henvisninger fra annet sykehus (PR31821) og sending av henvisninger til annet sykehus (PR31818). Disse ble i april 2013 godkjent i HSYK og distribuert til Docmap.17.06.2013 ble tilsvarende prosedyrer med regional gyldighet distribuert til Docmap (PR25586 og PR23898).
- Ingen av de 18 kontrollerte henvisningene som er mottatt fra annet sykehus, er registrert med riktig ansiennitetsdato (mottaksdato ved den første institusjonen) (test 2).
  - I tre av henvisningene er ansiennitetsdato oppgitt fra avsender.
  - Der opplysninger om opprinnelig vurdering mangler, finnes ingen spor etter initiativ for å innhente dette.

I tilknytning til kriteriet har vi også observert at:

- Noen av de kontrollerte henvisningene fra andre sykehus er mottatt som epikrise eller poliklinisk journalnotat. Opplysninger om at epikrisen/notatet også skal forstås som henvisning er lite framhevet i epikrisen/notatet (test 1 og 2).
- Heller ikke når privatpraktiserende spesialister videresender henvisning til sykehuset, registreres opprinnelig mottaksdato som ansiennitetsdato (test 4). Dette er i samsvar med regelverket.

---

<sup>2</sup> Helse Nords dokumentstyringsverktøy

#### *Interne henvisninger (kriterium 1 d):*

- I foretakets prosedyre PR28972 fokuseres det på hovedregelen om én henvisning for hver tilstand, og hvordan man ved behov manuelt oppretter en ny primærhenvisning. Interne henvisninger omtales ikke spesifikt i foretakets prosedyrer.
- I 2012 var 17 % (5739 henvisninger) av alle primærhenvisninger som ble tatt til behandling i foretaket, interne henvisninger (vedlegg 3).
- 14 av 19 kontrollerte interne primærhenvisninger gjelder, etter Internrevisjonens forståelse, ikke en ny sykdomstilstand eller annen situasjon hvor det er åpenbart at slik henvisning er riktig og nødvendig (test 3). For disse henvisningene (74 %) ser det ut til at registreringene tilfører uriktig informasjon i ventelistestatistikken. Disse henvisningene gjelder én av følgende situasjoner: <sup>1</sup>) oppvæsking før røntgen, <sup>2</sup>) kontroll etter røntgen, <sup>3</sup>) ergo-/fysioterapi, <sup>4</sup>) tilsyn med inneliggende pasient ved annet fagområde, <sup>5</sup>) endring av omsorgsnivå og <sup>6</sup>) ingen åpenbar forklaring til registreringsmåten.
- I test 11 ble det ikke funnet noen eksempler på brudd på kravet om at henvisningsperioden ikke skal lukkes når pasienten er utredet, for så å opprette en ny henvisningsperiode med ny frist for behandling.
- Test 3 er mer omfattende enn test 11, og i vår samlede vurdering av kriterium 1 d vektlegges derfor resultatet i denne testen sterkest.

#### **4.1.3 Utfordringer og anbefalinger**

Internrevisjonens tester har vist at HSYK ikke registrerer henvisninger fra andre sykehus/foretak på en slik måte at ansiennitetsdato, rettighetsvurdering og eventuelt dato for oppstart av behandling videreføres fra henvisende foretak. Dette medfører feil i grunnlaget for ivaretagelse/ oppfølging av pasientens rettigheter og feil i rapporter om ventetider og fristbrudd. Også Fylkesmannen i Nordland har tidligere påpekt mangler ved Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen, knyttet til viderehenvisninger av pasienter, jf. *Rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen* datert 12.06.2012.

Internrevisjonen vurderer risikoen ved dagens måte å kombinere epikrise/notat og henvisning mellom sykehus på, som høy. Dersom mottaker ikke oppfatter at epikrisen også er en henvisning, kan dette medføre at pasienten ikke blir fulgt opp. Denne risikoen er også påpekt i *Rapport fra HOS Planleggingsprosjekt<sup>3</sup>, Kartlegging av DIPS i Helse Nord – resultater og anbefalinger*, 27.11.12, hvor det framgår:

*”Det er sentrale mangler i elektronisk kommunikasjon mellom sykehusene i Helse Nord fordi regionen ikke har lagt til rette for dette. Manglene «oppheves» av brukeren ved at henvisninger noen ganger bakes inn i elektroniske epikriser. Dette er uheldig fordi en henvisning potensielt kan bli oversett i en slik forsendelse. Det finnes funksjonalitet i DIPS*

---

<sup>3</sup> HOS Planleggingsprosjekt er et av flere delprosjekter som inngår i FIKS (foretaksgruppens program for Felles Innføring av Kliniske Systemer).

*for å utveksle elektroniske henvisninger mellom sykehusene, men dette er ikke tatt i bruk. Å ta i bruk denne funksjonaliteten er en del av "Nasjonalt meldingsløft" og Helse Nords "Tjenbar" prosjekt."*

Av prosedyrene for sending og mottak av henvisning mellom sykehus framgår at man har opprettet en egen dokumenttype og mal for "Henvisning til annet sykehus", som kan sendes elektronisk eller på papir. Implementering av de beskrevne rutinene vil etter Internrevisjonens vurdering redusere den omtalte risikoen, og bringe registreringspraksisen i samsvar med dagens regelverk.

### **Anbefaling 1**

Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.

Foretaket skriver selv i sin prosedyre PR28972: "En av de hyppigste feilene er multiple registreringer. Hovedregelen er én henvisning for hver tilstand". Dette gjelder både eksterne og interne primærhenvisninger. Opprettelse av unødvendige og uriktige primærhenvisninger øker omfanget av ventelistene og gir risiko for uriktige, nye fristbrudd. De interne henvisningene som ble gjennomgått i test 3, kan tyde på behov for mer detaljerte prosedyrer og/eller opplæring på dette området. Vi vil her også trekke fram noen muligheter i DIPS som, brukt på riktig måte, kan bidra til riktigere grunnlag for oppfølging av den enkelte pasient og til mer pålitelig statistikk.

- Henvisningstype "kontroll". Hovedregelen er at planlagte kontroller skal inngå i den aktuelle henvisningsperioden. I noen tilfeller, for eksempel dersom en henvisningsperiode har blitt avsluttet for tidlig, kan det være riktig å bruke henvisningstypen "kontroll". Disse ekskluderes fra NPRs ventelistestatistikk.
- Sekundærhenvisning. Slik henvisning kan benyttes mellom avdelinger internt i sykehuset til supplerende utredning/behandling som gjelder samme sykdomstilfelle som primærhenvisningen omfatter. En sekundærhenvisning knyttes til primærhenvisningen, gir ingen juridisk bindende frister iht. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, og kan dermed ikke utløse fristbrudd. Sekundærhenvisningen forholder seg til fristen som er satt på primærhenvisningen. Oppfølging av pasienten skal skje i henhold til krav om medisinsk forsvarlighet. Internrevisjonen gjør oppmerksom på at Universitetssykehuset Nord-Norge HF har utarbeidet et dokument som beskriver bruk av sekundærhenvisninger. Dette kan være til nytte også i HSYK, se Docmap RL3320.

### **Anbefaling 2**

Foretaket bør i sine prosedyrer gi nærmere presiseringer om bruk av interne henvisninger og sørge for at dette implementeres i hele virksomheten, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.

Henvisninger til radiologiske avdelinger er ikke omfattet av denne revisjonen. Våre observasjoner i test 3 (interne primærhenvisninger benyttet for oppvæsking før røntgen og til kontroll etter røntgen) indikerer likevel at foretaket selv bør se nærmere på sin registreringspraksis for ventelisteforløp som involverer radiologisk avdeling. Det vises i denne sammenheng til brev fra Helsedirektoratet, datert 27.06.2012, "Henvisning til radiologiske avdelinger – vurdering av rett til nødvendig helsehjelp". Her skilles det mellom eksterne henvisninger til radiologisk undersøkelse (som ikke skal rettighetsvurderes og ekskluderes fra NPRs ventelistestatistikk) og eksterne henvisninger som sendes radiologisk avdeling for klinisk utredning og diagnostikk. Henvisninger som tilhører den siste gruppen omfattes av vurderingsgarantien og skal inngå i ventelistestatistikken. Her må mottaksdato, vurdering og ventesluttdato synliggjøre det helhetlige utrednings- og behandlingsforløpet.

### **Anbefaling 3**

Foretaket bør gjennomgå egen praksis for å forsikre seg om at henvisninger som involverer radiologisk avdeling blir behandlet i samsvar med brev fra Helsedirektoratet, datert 27.06.2012, og slik at mottaksdato, vurdering og ventesluttdato synliggjør det helhetlige utrednings- og behandlingsforløpet.

For elektroniske henvisninger kan korrekt mottaksdato ved behov finnes i historikken i DIPS. Internrevisjonens gjennomgang har vist at HSYK, Mo vanligvis noterer mottaksdato når papirhenvisninger mottas. Likevel kan det oppstå situasjoner der man ikke vet sikkert når en henvisning ble mottatt ved sykehuset.

### **Anbefaling 4**

Foretaket bør inkludere i sin prosedyre at dersom en ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.

## 4.2 Vurdering av henvisninger






Når henvisningen er mottaksregistrert sendes den elektronisk til aktuell behandler/ gruppe for vurdering innen vurderingsfristen.


Resultatet av vurderingen vil være ett av følgende:

- Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (med oppstart innen definert frist)
- Pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Pasienten har ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

I DIPS registreres også "Resultat" fra vurderingen i et eget felt med følgende valg: Behandles, Henv. annet sykehus, Avvist eller Forespørsel.

### 4.2.1 Kriterier med vurderingsresultat

2	Kriterium	Hjemmel	Vurdering*
a)	Pasient som henvises har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.	PBRL § 2-2	
b)	Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig, skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse(r) innen 30 virkedager.	PBRL § 2-2	
d)	En henvisning kan bare avvises <u>før</u> pasienten føres på venteliste, og med følgende begrunnelser: <ul style="list-style-type: none"><li>• Vurdering av henvisningen viser at pasienten ikke har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.</li><li>• Henvisningen er feilsendt, for eksempel at tilbudet ikke finnes ved sykehuset.</li><li>• Pasienten står allerede på venteliste for samme tilstand ved denne eller annen institusjon.</li><li>• Retten til fritt sykehusvalg gjelder ikke for denne pasienten (at andre steder vil være bedre egnet, er ikke en gyldig avvisningsårsak).</li><li>• Institusjonen må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion, og må derfor avvise pasienter fra andre helseregioner. Slik begrunnelse må sannsynliggjøres.</li></ul> Videresending til riktig institusjon/spesialist av faglige grunner er ikke å oppfatte som en avvisning. En henvisning kan ikke avvises fordi den er mangelfull.	VFOR § 3 merkna IS-10/09	
e)	Lege/spesialist som vurderer henvisningen skal registrere Henvisningstype (utredning/behandling) på grunnlag av beskrivelsen i henvisningen.	IS-10/09	
f)	Lege/spesialist skal registrere Omsorgsnivå, dvs. om pasienten skal til innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. Poliklinisk behandling omfatter også ambulant spesialisttilbud.	VFOR § 3 merkna IS-10/09	

g)	Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en rettighetspasient senest skal få nødvendig helsehjelp (når helsehjelpen senest skal settes i gang).	PBRL § 2-1b PFOR § 4	
----	---	-------------------------	---

Kriterium 2 c) utgikk.

\*Se kapittel 4.5 for vurderinger av effekt på statistikker om ventetider og fristbrudd.

#### 4.2.2 Observasjoner og begrunnelser

Følgende observasjoner og begrunnelser ligger til grunn for vurderingene:

*Vurdering av henvisninger generelt:*

- Prosedyre for vurdering av henvisninger er publisert i Docmap, med gyldighet på foretaksnivå (PR29537). Flere av kriteriene framgår klart av prosedyren.

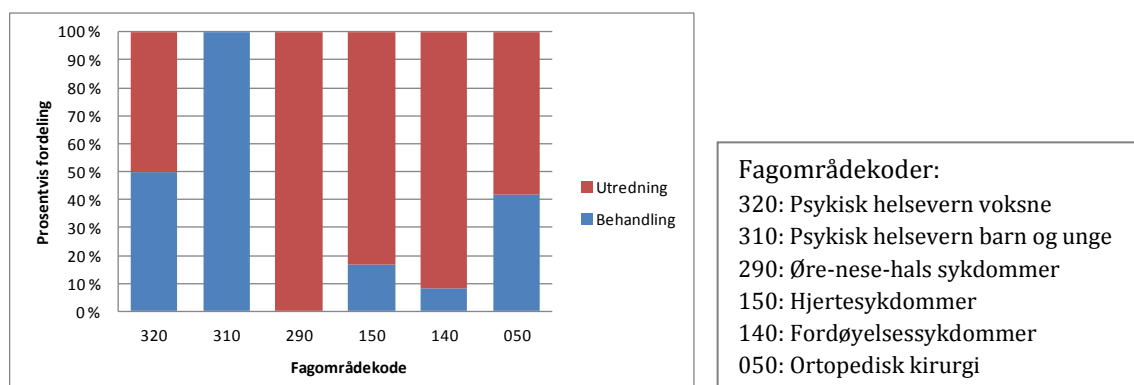
*Overholdelse av vurderingsfristen (kriterium 2 a, b, c og g):*

- Kriterium 2 c (10 dager vurderingsfrist for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet) omtales ikke i de mottatte prosedyrene. Internrevisjonen har ikke testet etterlevelse av denne fristen og har derfor ikke grunnlag for å gi en oppsummerende vurdering for etterlevelse av kriteriet.
- På testdatoene (08./09./30.04.2013) var 4 henvisninger, mottatt i perioden fra 01.11.12 og inntil for 30 virkedager siden, fortsatt ikke vurdert (test 5).
- Kontakttypen "Utredning av rett til helsehjelp", som skal benyttes dersom pasienten må innkalles i vurderingsfasen som del av rettighetsvurderingen, er ikke benyttet i den utvalgte perioden verken ved HSYK, Mo, somatikk eller ved HSYK, Mo, BUP.
- Ved HSYK, Mo, PHV/RUS, er "Utredning av rett til helsehjelp" benyttet i nokså stor grad (20 %).
- I alle undersøkte tilfeller (5 henvisninger) hvor kontakttipe "Utredning av rett til helsehjelp" er benyttet, er undersøkelse (oppmøte) gjennomført innen 30 virkedager (test 6).
- Når "rett til helsehjelp" tildeles, er "frist for start helsehjelp" et obligatorisk felt i DIPS.

*Øvrige registreringskrav ved vurdering av henvisninger (kriterium 2 e og f):*

- Behandler må registrere "Omsorgsnivå" når vurderingsbildet i DIPS benyttes (obligatorisk felt). Aktuelle valg forklares i intern prosedyre.
- Det framgår av HSYKs prosedyre for vurdering av henvisninger at feltet "Henvisningstype" i DIPS (med valgene: Behandling/Utredning/Kontroll) skal utfylles/kontrolleres av behandler, og at dette feltet skal gjenspeile behandler vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller ikke avklart på vurderingstidspunktet. Samtidig observerer vi at:
  - Henvisningstype er forhåndsutfylt av henviser.
  - Det er stor forskjell i bruken av feltet mellom ulike fagområder, se Figur 2, og også noen eksempler på klart uriktig valg (dokumenter mottatt til test 10).
  - Av alle eksterne henvisninger som ble tatt til behandling ved foretaket i 2012, var 86 % kodet "Utredning". Se vedlegg 3.
  - I test 10 skiller psykisk helsevern for barn og unge (kode 310) seg ut, med 100 % "Behandling".

**Figur 2.** Valgt henvisningstype i ulike fagområder



Figuren illustrerer fordelingen mellom henvisningstypene i utvalget til test 10. Her inngår 12 eksterne henvisninger innenfor hvert av de 6 utvalgte fagområdene.

#### *Henvisninger som avvises (kriterium 2 d):*

- 15 % av mottatte henvisninger i utvalgsperioden ble avvist (test 7).
- 27 av 28 undersøkte avvisinger er i samsvar med regelverket (test 7). For den siste henvisningen hadde det nok vært mer korrekt å innhente ytterligere informasjon.

I tilknytning til kriteriet har vi også observert at:

- I DIPS Mo, somatikk er 22 ulike avvistkoder tilgjengelige. Disse er identiske med avsluttkoder både for henvisningsperiode og kontakt. "Andre årsaker" er den nest hyppigst benyttede avvistkoden, etter "Allerede behandlet" (test 7). Noen av kodene ser ut til å være lite egnet som begrunnelse for å avvise henvisninger. Dette gjelder eksempelvis "Pasientønsket utsatt" og "Pasienten er syk".
- Også i DIPS Mo, psyk/rus og i DIPS BUP er avvistkoder (20 tilgjengelige) identisk med avsluttkoder både for henvisningsperiode og kontakt.
- I 43 % av de undersøkte avvisingene er ikke den mest beskrivende kode benyttet (test 7).

#### **4.2.3 Utfordringer og anbefalinger**

Henviste pasienter kan vente på utredning eller behandling. Dette skal avhenge av behandlers vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet (ved vurdering av henvisningen). Resultatet fra denne vurderingen skal framkomme gjennom behandlers utfylling av feltet "Henvisningstype". Internrevisjonen finner det naturlig at feltets plassering i DIPS inngår i vurderingsdelen av henvisningsbildet (høyresiden av F7-bildet), ikke i registreringsdelen (venstresiden) som i dag. Vi stiller også spørsmål ved hensiktsmessigheten av at dette feltet utfylles av avsender.

Videre må det være en felles forståelse av begrepenes betydning og praktisering i organisasjonen. Fra statistikken for 2012 har Internrevisjonen merket seg at 86 % av de eksterne henvisningene er kodet som "Utredning", noe som innebærer at det ikke har vært mulig å avklare pasientens tilstand i vurderingsperioden. Figur 2 viser at det er betydelig forskjell i andel "Utredning" mellom psykisk helsevern og somatisk

virksomhet for de fagområdene som inngikk i vår test 10. Andelen "Utredning" i de psykiatriske fagområdene er her 25 %, mens den tilsvarende andelen i de somatiske fagområdene er 83 %. Vi er kjent med at somatiske symptomer ofte trenger bred utredning, da symptomene kan skyldes mange ulike diagnoser. Vi stiller likevel spørsmål ved om dette kan forklare den store forskjellen mellom somatisk og psykiatrisk virksomhet.

Pasientens tilstand på vurderingstidspunktet utgjør grunnlaget for korrekt fastsetting av ventetid sluttdato og er derfor avgjørende for all ventetidsberegning. Det vises videre til kapittel 4.4.3 om sammenhengen mellom henvisningstype og ventetid sluttdato.

### **Anbefaling 5**

Foretaket bør legge bedre til rette for at feltet "Henvisningstype" i DIPS skal gjenspeile behandlers vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet.

Det bør bare være tilgjengelige avvistkoder i datasystemet som samsvarer med regelverkets tillatte begrunnelser for å avvise en henvisning.



### **Anbefaling 6**

Foretaket bør gjennomgå behovet for avvsningskoder og gjøre tilgjengelig et separat kodesett i DIPS til dette formålet.


## **4.3 Oppdatering av ventelister**

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.

### **4.3.1 Kriterier med vurderingsresultat**

<b>3</b>	<b>Kriterium</b>	<b>Hjemmel</b>	<b>Vurdering*</b>
a)	Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte undersøkelse eller behandling, skal heller ikke regnes som ventende lenger. Ventetid sluttdato/-kode skal registreres.	VFOR § 4 IS-10/09	
b)	De pasientene som har vært registrert på venteliste i seks måneder bør kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell.	VFOR § 4	



c)	Utsettelse av planlagte pasientmottak, eller at pasienten ikke har møtt til avtalt kontakt, skal kodes med Utsettelsesdato/-kode.	IS-10/09	
----	---	----------	---

\*Se kapittel 4.5 for vurderinger av effekt på statistikker om ventetider og fristbrudd.

### 4.3.2 Observasjoner og begrunnelser

Følgende observasjoner og begrunnelser ligger til grunn for vurderingene:

*Ventelister generelt:*

- Retningslinjer for rydding og kontroll av ventelister er publisert i Docmap, med gyldighet på foretaksnivå. Her gis det veiledning om hvordan man kan avdekke og korrigere feil og mangler. Det framgår at hver enhet må gjennomføre ventelistrydding og kontrollrutiner basert på foretakets retningslinjer.
- Det gjøres også regelmessige kontroller på foretaksnivå, blant annet knyttet til kontroll av NPR-rapportering.
- Oversikt over antall ventende over seks måneder og over tolv måneder inngår i ledelsens månedlige kvalitetsrapport.

*Er pasientene på venteliste fortsatt aktuelle for den planlagte undersøkelse/behandling (kriterium 3 a og b):*

- Den pasienten på venteliste Mo somatikk som på testdatoen (08.04.13) har ventet lengst, har ventet 1089 dager. De 13 neste pasientene som har ventet lengst her, har ventet mellom 397 og 660 dager (test 8).
- I tillegg er det her registrert én ventende pasient (henvisningstype "kontroll") med ventetid > 5 år. Denne ekskluderes fra NPRs ventelistestatistikk.
- Den pasienten med lengst ventetid på venteliste innenfor Mo psykiatri/rus, har på testdatoen ventet 286 dager.
- Journalopplysninger for 19 av de pasientene som har ventet lengst ble gjennomgått i test 8. Kun for tre av disse finnes det journalførte tegn på at pasienten har blitt kontaktet. Med dette menes brev til pasienten som er tilknyttet den aktuelle henvisningsperioden, eller anmerkninger om telefonisk kontakt.
- I henvisningsbildet i DIPS finnes feltet "Ikke send 6-mnd brev" som, etter Internrevisjonens forståelse, er ment benyttet i tilfeller der dette er avtalt med pasienten. Dette feltet var ikke brukt for henvisningene gjennomgått i test 8.
- Ettersom det ikke finnes journalførte tegn på kommunikasjon med pasientene i test 8, kan brudd på kriterium 3a verken påvises eller utelukkes.

*Utsettelse av planlagte pasientmottak (kriterium 3 c):*

- Rutiner i forbindelse med at planlagt utredning eller behandling utsettes, herunder bruk av utsettelseskoder, omtales i HSYKs prosedyre PR31803 (gyldig fra 18.04.13).
- Test 9 viser at det er en rekke pasienter på venteliste, der tidspunkt for avtalt kontakt er passert.
  - Et utvalg på 22 av disse henvisningene, hvor det ikke er registrert utsettelseskode, ble nærmere gjennomgått. For 13 av henvisningene (59 %) viser registrert avsluttkode eller annen notert informasjon, at utsettelseskode skulle vært registrert. Manglene gjelder somatisk virksomhet.

- 10 av de 13 som mangler utsettelseskode (45 % av testens utvalg) er utsatt av pasientbestemte eller medisinske årsaker, uten at dette er korrekt registrert.
- 8 av de 22 gjennomgåtte henvisningene tilhører psykisk helsevern/rus. For disse viser gjennomgangen at det er korrekt at utsettelseskode ikke er benyttet.

### 4.3.3 utfordringer og anbefalinger

Langtidsventende innenfor enkelte fagområder er en kjent utfordring i regionen. Foretakets prosedyrer konkretiserer ikke at og hvordan pasienter som må vente mer enn seks måneder skal kontaktes, og hvordan dette skal journalføres. For noen pasienter blir ventetiden lengre enn opprinnelig antydnet. Andre pasienter orienteres allerede i svar på vurdering av henvisningen om at ventetiden vil bli mer enn seks måneder. Behovet for oppfølgende kontakt kan være ulikt mellom disse gruppene.

#### Anbefaling 7

Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente mer enn seks måneder.

Våre tester har avdekket manglende bruk av utsettelseskoder ved HSYK. Korrekt registrering av utsettelse som er pasientbestemt eller begrunnet i medisinske årsaker, ville medført at pasienten ble ekskludert fra offisiell ventelistestatistikk.

Foretakets prosedyre om utsettelse av planlagt kontakt forelå kun som utkast på testtidspunktet. Godkjent versjon, med beskrivelse av korrekt registreringspraksis, ble distribuert til Docmap 18.04.13. Også andre tiltak som kan bidra til riktig og mer fullstendig bruk av utsettelseskoder kan være aktuelle. Internrevisjonen er kjent med at noen foretak har valgt å lage koblinger på systemnivå i DIPS som medfører at når utvalgte koder for avslutning av kontakt velges, registreres tilhørende utsettelseskode automatisk.

#### Anbefaling 8

Foretaket bør følge opp at prosedyre om utsettelse av planlagt kontakt implementeres i hele virksomheten.

Foretaket har retningslinjer for rydding og kontroll av ventelister med veiledning om hvordan man kan avdekke og korrigere feil og mangler. Våre tester har vist at det er behov for tettere oppfølging av etterlevelsen av eksisterende kontrollrutiner.


## Anbefaling 9

Foretaket bør etablere en systematisk oppfølging av at ordningen for rydding og kontroll med henvisningsforløp og ventelister etterleves.

### 4.4 Oppstart av helsehjelp (ventetid sluttdato)

Pasienter står som ventende inntil utredning eller behandling er påbegynt, eller inntil ventetiden avsluttes av andre årsaker.

#### 4.4.1 Kriterier med vurderingsresultat

4	Kriterium	Hjemmel	Vurdering*
a)	Ventetiden slutter den dato behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes.	VFOR § 4	

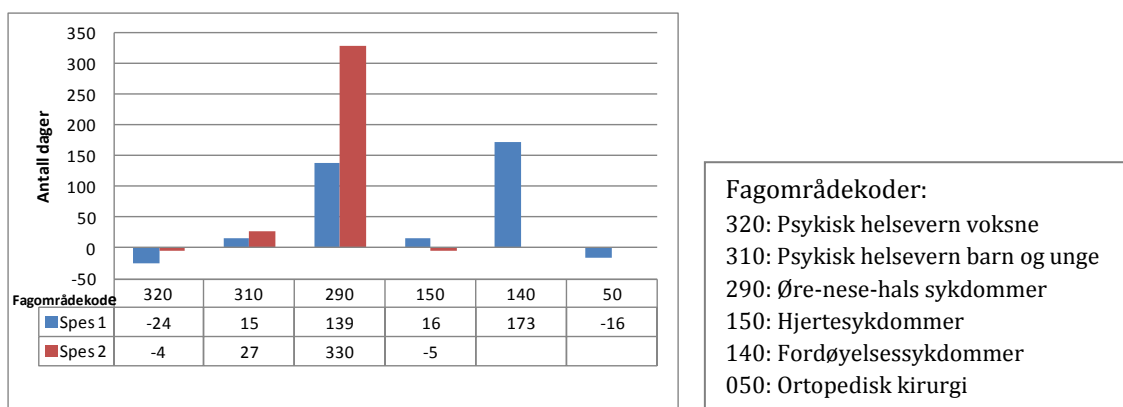
\*Se kapittel 4.5 for vurderinger av effekt på statistikker om ventetider og fristbrudd.

#### 4.4.2 Observasjoner og begrunnelse

Følgende observasjoner og begrunnelser ligger til grunn for vurderingene:

- HSYK beskriver hvordan ventetid sluttdato fastsettes i PR31972 (gyldig fra 13.05.13). Denne var ikke iverksatt da revisjonens tester ble gjennomført.
- Ny, uavhengig fastsetting av ventetid sluttdato for til sammen 63 pasienter (test 10), utført av én til to fagspesialister, viser en samlet differanse til foretakets registrerte ventetid på mellom 282 og 526 dager tillegg (se Figur 3).

**Figur 3** Forskjell i antall dager fra registrert ventesluttdato, fordelt etter fagområdekode



For hvert av de seks utvalgte fagområde illustreres samlet forskjell i antall dager fra foretakets registrerte ventesluttdato til ny ventesluttdato satt av lege-/psykologspesialist(er) i fagområdet.

- Observasjonene knyttet til det enkelte av fagområdene omtales i vedlegg 4.

- For mange av pasientene tyder registreringene, inkludert spesialistenes nye vurderinger, på ulik forståelse og inkonsekvent praksis for fastsetting av ventesluttdato, spesielt innenfor psykisk helsevern og øre-nese-hals sykdommer.
- Forskjellene i ventesluttdato gjenspeiler også ulik vurdering av om pasientens tilstand var avklart eller ikke på vurderingstidspunktet, altså om ventesluttdato skal settes ved utredningsstart eller ved behandlingsstart.

#### 4.4.3 utfordringer og anbefalinger

Inkonsekvent praksis for fastsetting av ventesluttdato kan gi store utslag på ventelistestatistikken. I vår gjennomgang (test 10), har spørsmålet om hvorvidt tilstanden er avklart eller ikke gitt stort utslag på antall dager ventetid for fagområdet øre, nese, halssykdommer. Også innen psykisk helsevern ser vi at ulik oppfatning om ventesluttdato gjelder mange pasienter. IS-1541, Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern, september 2010, gir i kap. 2.6 veiledning om dette tema. Her framkommer blant annet "Generelt for hele sektoren gjelder at skillet mellom vurdering (som handler om kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp) og utredning ofte er problematisk" og "Når det gjelder forholdet mellom utredning og når behandling er påbegynt vil man i psykisk helsevern aldri komme utenom det faglige kliniske skjønnet, da det her vil være glidende overganger". IS-1541 omtaler verken begrepene "avklart/uavklart tilstand" eller "Henvisningstype". Veilederen viser generelt til IS-10/2009 og eksemplene i denne som illustrerer ulike kliniske forløp. I mange av eksemplene som omhandler psykiatri/rus, er også disse begrepene utelatt. Manglende presiseringer i rundskriv og veileder kan være en av årsakene til usikkerheten omkring henvisningstype og ventesluttdato for psykisk helsevern.

Etter Internrevisjonens vurdering vil foretaket kunne oppnå mer pålitelig registrering innen alle fagområder ved å fokusere mer på sammenhengen mellom korrekt valg av henvisningstype og fastsetting av ventetid sluttdato.

#### Anbefaling 10

Foretaket bør iverksette tiltak for å forsterke forståelsen og etterlevelsen av følgende registreringskjeder:

Behandlers vurdering: pasientens tilstand er avklart → Henvisningstype: behandling  
→ Ventesluttdato: oppstart behandling

Behandlers vurdering: pasientens tilstand er uavklart → Henvisningstype: utredning  
→ Ventesluttdato: oppstart utredning

## 4.5 Effekt på statistikker

Internrevisjonen har gjort en kvalitativ vurdering av hvilken effekt funnene i denne revisjonen har på foretakets statistikker om ventetider og fristbrudd. I vedlegg 5 finnes en oversikt over disse vurderingene for alle revisjonens kriterier. Her fremgår det at flere av observasjonene gjelder feil som kan medføre både uriktig forverring og forbedring av statistikker.

Ved å sammenholde nøkkeltall om foretakets mottak og vurdering av henvisninger i 2012 (vedlegg 3), resultatene fra revisjonens tester og de kvalitative vurderingene (vedlegg 5), har vi grunnlag for å gi en samlet konklusjon opp mot revisjonens formål (se kap. 5).

## 5 Konklusjon

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.

De viktigste årsakene til feil i datagrunnlaget for ventelistestatistikker ved Helgelandssykehuset HF, vurderes å være:

- mangelfulle registreringer ved mottak av henvisninger fra andre helseforetak
- unødvendig og uriktig bruk av interne primærhenvisninger
- manglende 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 av de observasjoner og vurderinger som er gjort, har Internrevisjonen i denne rapporten gitt til sammen 10 anbefalinger om forbedringstiltak ved Helgelandssykehuset HF. En samlet oversikt over anbefalingene finnes i vedlegg 6.

## 6 Vedlegg

### Vedlegg 1 - Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

#### *Styrende dokumenter:*

DS0784, Ventelistehåndbok, Helgelandssykehuset HF, med følgende innhold:

- PR28972, Henvisning -registrering (v 1)
- PR31821, Mottak av henvisning fra annet sykehus (v 1)
- PR29537, Henvisning – vurdering (v 1)
- PR31803, Utsettelse av planlagt kontakt (v 1)
- PR31972, Ventetid slutt – registrering (v 1)
- PR31818, Sending av henvisning til annet sykehus (v 1)
- RL3475, Kvalitetssikring, rydding og kontroll av ventelister (v 1)
- PR29531, Rapportering av pasientdata (v 1.5)
- PR00017, Mandat Ventelisteutvalget (v 1)
- PR23013, Ventelister – ansvar (v 1)
- FB0877, Ventelistekontroller (v 1)
- PR23025, Kompetanse og opplæring ventelister (v 1)

Regionale prosedyrer:

- PR12080, Henvisningsrutiner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk – Helse Nord (v 2)
- PR25586, Mottak av henvisning fra annet sykehus (v 1.1), gyldig fra 17.06.2013
- PR23898, Sending av henvisning til annet sykehus (v 1.1), gyldig fra 17.06.2013

#### *Resultatdokumenter:*

Rapporter fra tilsynsmyndigheter:

- Fylkesmannen i Nordland: Rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen 2012, 12.06.2012
- Fylkesmannen i Nordland: Rapport fra tilsyn med pasientrettigheter knyttet til henvisning og overholdelse av behandlingsfrist ved kirurgisk dagavdeling/poliklinikk ved Helgelandssykehuset Mosjøen 2011, 13.03.2012

## Vedlegg 2 - Verifikasjoner/tester basert på pasientadministrative registreringer i DIPS

Fokusområde	Test	Test av	Kriterium	Beskrivelse	Utvalg	Kommentar til gjennomføring av test
Mottak av henvisninger	1	Mottaksdato	1 a 1 b	<p>Samsvarer registrert mottaksdato med opplysninger på skannet henvisning?</p> <p>Samsvar defineres som at reg. mottattdato er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lik påført mottattdato, dersom dette framgår av skannet henvisning</li> <li>• ikke tidligere enn påført dato på skannet henvisning</li> </ul> <p>Ingen tilgjengelig henvisning reg. som manglende samsvar.</p>	<p>Rapport 6813. Fra 01.01.2013.</p> <p><u>Filter:</u> Ekskluder avdelingene RTG, NUK, LAB, PAT, IMM, MIK og KFS (forskning)*.</p> <p>Primærhenvisning=1. Ekstern=1. Vurderingsdato= utfylt.</p> <p><u>Sortering:</u> mottatt dato.</p> <p><u>Velg:</u> de 20 (15+5) henvisninger med senest reg. mottattdato som ikke er mottatt som elektronisk henvisning. Disse identifiseres ved at de ikke har klokkeslett i feltet mottattdato.</p>	<p>Dersom forskjell mellom datert dato og mottatt dato er &gt; 7 dager, anmerkes dette.</p> <p>Indikasjon på mulig feilregistrering.</p>
	2	Ansiennitetsdato fra annet HF	1 c	<p>Er ansiennitetsdato fra annet sykehus registrert?</p> <p>Les henvisningene.</p> <p>Er dette en primærhenvisning (ny tilstand)?</p> <p>Hvis nei: er det gitt opplysninger om rettighetsstatus, evt. frist og ans.dato?</p> <p>Hvis nei: er det spor etter at opplysningene er etterlyst?</p>	<p>Rapport 6813. Fra 01.01.2013</p> <p><u>Filter:</u> Henvistfratype: Spes.helsetjeneste, somatisk spesialisthelsetjeneste eller DPS. Primærhenvisning=1. Ekstern=1. Behandles=1.</p> <p><u>Sortering:</u> mottattdato.</p> <p><u>Velg:</u> de 20 (15+5) sist mottatte som er henvist fra enheter i annet HF.</p>	<p>Henvistfratype er frivillig felt i DIPS, og utfylles ikke alltid.</p>

Fokusområde	Test	Test av	Kriterium	Beskrivelse	Utvalg	Kommentar til gjennomføring av test
	4	Ansiennitetsdato for henvisninger fra privatpraktiserende spesialister	1 c	Er Ansiennitetsdato = Mottattdato? Det skal ikke være dato i Ans.dato fra annet sykehus.	Rapport 6813. Fra 01.01.2013 <u>Filter:</u> Henvistfratype: Privatpraktiserende spesialister. Behandles=1. Ans.dato annet sykehus= utfylt.  Dersom her er noen treff, ta <u>utskrift</u> .	Avtalespes. er IKKE institusjon. Mottaksdato skal derfor være lik ansiennitetsdato. Antall/andel noteres.
	3	Bruk av interne primærhenvisninger	1 d	Benyttes primærhenvisning riktig internt i foretaket?  Les henvisningene. Gjelder henvisningen ny tilstand?  Ingen tilgjengelig henvisning registreres som manglende samsvar.	Rapport 6813. <u>Filter:</u> Henvistfratype: Spesialisthelsetjeneste, somatisk spesialisthelsetjeneste eller DPS. Ekstern=0. Primærhenvisning=1. Behandles=1. <u>Sortering:</u> Mottattdato. <u>Velg:</u> de 20 (15+5) sist mottatte i forrige måned fra eget HF (tilpass utvelgelsen for å få spredning på fagområde/henviser).	Tilsyn for inneliggende pasient anmerkes.
	11	Flere henvisningsperioder for samme tilstand?	1 d	Opprettes det en ny henvisning når utredning er foretatt for å vente på behandling, evt. ved bytte av omsorgsnivå?	Rapport 6813. Fra 01.01.13. <u>Filter:</u> Avdeling KIR Behandles=1. <u>Sortering:</u> NPR-id <u>Velg:</u> Velg de 6 første NPR-id-er som har mer enn en henvisning.	



Fokusområde	Test	Test av	Kriterium	Beskrivelse	Utvalg	Kommentar til gjennomføring av test
Vurdering av henvisninger	5	Manglende vurdering	2 a	Hvor i arbeidsflyten har henvisningen stoppen opp? Sjekk Arbeidsflyt, Eksisterende oppgaver. Hvilken type arbeidsgruppe ligger henvisningen i (privat/felles/ingen arbeidsgruppe)?	Rapport 6813. Fra 01.11.12 tom for 30 virkedager (42 dager) siden. <u>Filter:</u> Vurderingsdato=ikke fylt ut. Primærhenvisning=1. <u>Sortering:</u> mottattdato. <u>Velg:</u> de 20 (15+5) eldste.	Henvisninger eldre enn 30 virkedager som per dato ikke er vurdert.  Fra dato er satt slik for å få "rapporten gjennom".
	6	Innkalling for utredning av rett til helsehjelp	2 b 2 c	Benyttes kontakten til å avklare rettighetsspørsmålet, og skjer dette innen vurderingsfristen?	Rapport 6813. Fra 01.01.13 <u>Filter:</u> Primærhenvisning=1. Kontakttype: Utredning av rett til helsehjelp. Behandles=1. Ventetid sluttdato =utfylt. <u>Sortering:</u> motattdato. <u>Velg:</u> de 15 (totalt) nyeste der det ikke er registrert pasientbestemte utsettelse.	
	7	Avvisning av henvisninger	2 d	Er begrunnelse (kode og tilleggsopplysninger i brev) for avvisning/viderehenvisning i henhold til regelverk?  Er den mest beskrivende kode valgt?	Rapport 6813. Fra 01.01.13 <u>Filter:</u> Behandles=0. Avvistkode= utfylt. Ta utskrift. Legg deretter inn filter som inkluderer bare avsluttkodene: -Andre årsaker -Manglende kapasitet -Til annen avd/oms.nivå -Til annen institusjon -Tilh. annet sykehus <u>Sortering:</u> Vurderingsdato. <u>Velg:</u> de 20 (15+5) nyeste.	Ta <u>utskrift</u> av fordelingen på bruk av kodene. Andre tilgjengelige koder noteres også.

Fokusområde	Test	Test av	Kriterium	Beskrivelse	Utvalg	Kommentar til gjennomføring av test
Oppdatering av ventelister	8	Oppdatering av ventelister	3 a 3 b	Har pasienter som har ventet > 6 mnd (180 dager) blitt kontaktet? Se etter tegn til kontakt.	8192 NPR siste sendte uttrekk. Ventende ved periodeslutt. <u>Filter:</u> Ventende > 6 mnd. <u>Sortering:</u> ventetid. <u>Velg:</u> de 20 (15+5) eldste.	Pasientutsatte er filtrert bort i NPR-uttrekket.
	9	Bruk av utsettelseskoder	3 c	Mangler registrering av utsettelseskode?	8192 NPR siste uttrekk som er sendt. Ventende ved periodeslutt. <u>Filter:</u> Tildeltdato < siste uttrekksdato og utfylt. Utsettelse kapasitet =0. <u>Sortering:</u> mottattdato <u>Velg:</u> de 20 (15+5) eldste	Antall noteres også. Pasientutsatte er filtrert bort i NPR-uttrekket.
Oppstart helsehjelp/ ventetid sluttdato	10	Ventetid sluttdato	4 a	Lege-/psykologspesialister skal, uavhengig av hverandre og ukjent med opprinnelig ventetid sluttdato, fastsette ventetid sluttdato basert på mottatte journaldokumenter (henvisning, utskrift av henvisningsbildet i DIPS og notater fra de tre første kontakter i henvisningsperioden). Alle utskrifter er anonymisert slik at verken pasient-ID, navn på personell eller	Rapport D 8192. <u>Bruk:</u> Siste uttrekk for 2012 som er sendt til NPR (01.01.2013). Ordinært avsluttet i valgt datoperiode, inkl. utsettelse. <u>Datoperiode:</u> 01.11.-31.12.2012 <u>Filter:</u> enkeltvis for NPR fagområdene 320, 310, 290, 150, 140 og 050. <u>Sortering:</u> Ventetidslutt. <u>Velg:</u> de 6 siste med ventetid slutt før 30.11. og de 6 siste før 31.12.12.	Ta utskrift av lister som inkl. feltene: -Pasientnr -NPR fagområde -Fagområdenavn -Avdeling -Seksjon -Henvisningstype -Mottaksdato -Ventetid sluttdato  Listene benyttes som grunnlag for videre innhenting av journaldokumentasjon.

Fokusområde	Test	Test av	Kriterium	Beskrivelse	Utvalg	Kommentar til gjennomføring av test
				helseforetak framgår. Internrevisor sammenligner deretter spesialistenes nye ventesluttdato med foretakets registrerte ventetidsluttdato og beregnet eventuell differanse til registrert dato som +/- antall dager.		

\*Disse avdelingene er unntatt ved samtlige tester.

Pasientnr=NPR-id

Ventetid sluttdato=ventesluttdato

### Vedlegg 3

## Mottatte henvisninger i Helgelandssykehuset HF, omfang 2012

Databasen omfatter følgende virksomhet: MJF\_ Mosjøen

Beskrivelse	Bruk DIPS-rapport 6813 m/følgende filter*	Antall i 2012
Antall mottatte primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1	11 310
Antall interne primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=0	2 040
Antall eksterne primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1	9 270
Antall eksterne henvisninger fra spesialisthelsetjenesten (HF-ene) tatt til behandling (her inkluderes alle "henvistfratyper" som tilhører HF-ene) "Henvistfratype" er et frivillig felt, så registreringen er ikke fullstendig.	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvistfratype= (velg alle typer som tilhører HF-ene)	2 953 utfylt med henvistfra type
Antall eksterne henvisninger med henvisningstype "Utredning" tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Utredning	7 627
Antall eksterne henvisninger med henvisningstype "Behandling" tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Behandling	1 428

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

**Databasen omfatter følgende virksomhet: MQN - Mo i Rana**

<b>Beskrivelse</b>	<b>Bruk DIPS-rapport 6813 m/følgende filter*</b>	<b>Antall i 2012</b>
Antall mottatte primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1	11585
Antall interne primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=0	1716
Antall eksterne primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1	9869
Antall eksterne henvisninger fra spesialisthelsetjenesten (HF-ene) tatt til behandling (her inkluderes alle "henvistfratyper" som tilhører HF-ene) "Henvistfratype" er et frivillig felt, så registreringen er ikke fullstendig.	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvistfratype= (velg alle typer som tilhører HF-ene)	3327 med utfylt henvistfra type
Antall eksterne henvisninger med henvisningstype "Utredning" tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Utredning	8 310
Antall eksterne henvisninger med henvisningstype "Behandling" tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Behandling	1190

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

**Databasen omfatter følgende virksomhet: SSJ- Sandnessjøen**

<b>Beskrivelse</b>	<b>Bruk DIPS-rapport 6813 m/følgende filter*</b>	<b>Antall i 2012</b>
Antall mottatte primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1	10 973
Antall interne primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=0	1 983
Antall eksterne primærhenvisninger tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1	8 990
Antall eksterne henvisninger fra spesialisthelsetjenesten (HF-ene) tatt til behandling (her inkluderes alle "henvistfratyper" som tilhører HF-ene) "Henvistfratype" er et frivillig felt, så registreringen er ikke fullstendig.	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvistfratype= (velg alle typer som tilhører HF-ene)	2 060 med henvistfratype utfyllt
Antall eksterne henvisninger med henvisningstype "Utredning" tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Utredning	8 152
Antall eksterne henvisninger med henvisningstype "Behandling" tatt til behandling	Primær=1 Behandles =1 Ekstern=1 Henvisningstype=Behandling	586

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

## Vedlegg 4 - Vurdering av ventetid slutt

I test 10 ble det utført en ny, uavhengig fastsetting av ventetid sluttdato for til sammen 63 pasienter fra HSYK, fordelt på 6 utvalgte fagområder. Testen ble utført av én til to fagspesialister fra helseregionen og resulterte i en samlet differanse til registrert ventetid på mellom 282 og 526 dager tillegg (se kap. 4.4.2).

### Ved vurdering av fagområdene hver for seg, ser man at:

- Innen psykisk helsevern for voksne (fagområdekode 320) utgjør spesialistenes nye ventesluttdato et fratrekk i ventetid på 4 – 24 dager. Forskjellen gjelder tre pasienter med henvisningstype "Utredning".
  - Den ene pasienten var vurdert å ha behov for døgnbehandling. Foretaket har satt venteslutt ved dato for poliklinisk forvernsamtale. Dette samsvarer ikke med retningslinjene gitt i IS-10/2009 og IS-1541. Differanse: + 4 dager.
  - For de to andre pasientene tyder registreringene på ulik oppfatning av korrekt ventesluttdato, her oppstart utredning.
- Innen psykisk helsevern barn og unge (310) har én eller begge spesialistene oppgitt ventesluttdato som avviker fra foretakets dato for 9 av de 12 pasientene. Spesialistenes nye datoer utgjør et samlet tillegg på 15 – 27 dager.
  - For én pasient er det ikke mottatt dokumentasjon som bekrefter den ventesluttdato foretaket har satt. Ingen utsettelseskode er registrert. Spesialistenes dato er basert på den dokumentasjon som foreligger.
  - For de øvrige pasientene tyder registreringene, inkludert spesialistenes nye vurderinger, på ulik forståelse og inkonsekvent praksis for fastsetting av ventesluttdato. De aktuelle henvisningene er kodet som henvisningstype "Behandling". Etter Internrevisjonens vurdering burde flere av disse vært "Utredning".
- Innen fagområdet ØNH-sykdommer (290) er det lagt til 139 – 330 dager ventetid. Differansen knyttes til syv av pasientene, som alle er kodet med henvisningstype "Utredning". Forskjellen gjenspeiler ulik vurdering av om pasientens tilstand var avklart eller ikke på vurderingstidspunktet, altså om ventesluttdato skal settes ved utredningsstart eller ved behandlingsstart.
- Innen fagområdet hjertesykdommer (150) har spesialistene satt ventesluttdato identisk med foretakets dato for alle unntatt to av pasientene.
  - For den ene av disse er det ulik oppfatning av hva som er korrekt ventesluttdato for pasienter som er henvist til utredning. HSYK har registrert venteslutt når første diagnostiske undersøkelse startes. Spesialistene er uenig i dette, men også uenig seg imellom. Den ene har satt ventesluttdato til tidspunkt der den diagnostiske undersøkelsen avsluttes (+1 dag), og den andre til datoen der behandler samtaler med pasient om resultatet fra undersøkelsen (+ 22 dager).
  - Den andre pasienten har fått ny ventesluttdato 6 dager tidligere enn registrert.

- For fagområdet fordøyelsessykdommer (140) er nye vurderinger kun foretatt av én spesialist. Her er forskjellen fra foretakets registrering et tillegg på 173 dager, som knyttes til seks av pasientene.
  - For to pasienter gjelder ulikhetene samme problematikk som for hjertesykdommer, ulik forståelse av når utredning starter. Her har spesialisten forklart sine vurderinger slik: "Jeg bedømmer det slik at utredningsstart er når fagpersonen pasienten er henvist til gjør en helhetlig vurdering, enten mhp. utredningsstrategien fremover eller i form av en konklusjon". Dette utgjør 81 av de 173 dagene tillegg.
  - For to pasienter er det ikke mottatt dokumentasjon som bekrefter den ventesluttdato foretaket har satt. Spesialistenes dato er basert på den dokumentasjon som foreligger. Dette utgjør en differanse på + 121 dager.
  - De to siste pasientene har fått ny ventesluttdato tidligere enn foretakets dato. For den ene av disse måtte undersøkelsen avbrytes av medisinske årsaker.
- Fagområdet ortopedi (050) er også vurdert kun av én spesialist. Her har spesialisten trukket fra henholdsvis 15 og 1 dager ventetid for to av pasientene.
  - For den ene av disse pasientene ser det til at behandlingen startet som ø-hjelp på bakgrunn av en telefon, og ble fulgt opp med ny time 15 dager senere. Det synes derfor som om pasienten feilaktig har vært registrert på venteliste i 15 dager.
  - For den andre pasienten ser det ut til at man refererer til samme aktivitet, men at foretakets dato er satt dagen etter den aktuelle konsultasjonen.



## Vedlegg 5 – Observasjoners effekt på statistikker om ventetider og fristbrudd

Fokusområde	Kriterier	Vurdering	Gir riktig statistikk	Gir uriktig forbedring	Gir uriktig forverring	Kommentar	
1. Mottak av henvisninger	a) Henvisninger registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen.	☺		X		Observerte feil viser at mottaksdato er registrert senere enn reell mottaksdato.	
	b) Dersom sykehuset ikke har registrert mottaksdato eller ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.	☺	X	(X)		Som hovedregel noteres mottaksdato på papirhenvisninger. Denne har likevel blitt feilregistrert i noen tilfeller, se 1 a).	
	c) Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen.	☹			X	X	Ved rene viderehenvisninger der behandling ikke er startet, gir dagens praksis for lav ventetid. Når behandling er startet hos avsender, gir dagens praksis motsatt effekt.
	d) Intern primærhenvisning opprettes bare når dette er riktig og nødvendig.	☹				X	Øker omfanget av ventelistene og gir risiko for uriktige, nye fristbrudd. Ikke undersøkt om det er forskjell mellom gjennomsnittlig ventetid for interne og eksterne primærhenvisninger.
2. Vurdering av henvisninger	a) Pasient som henvises har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.	☺	X			Ventetid beregnes fra vurderingsdato. Har kun effekt for pasienten.	
	b) Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse(r) innen 30 virkedager.	☺	X				
	c) Barn og unge under 23 år med psykiske lidelse eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering innen 10 dager fra henvisningen er mottatt.	Ikke vurdert					

Fokusområde	Kriterier	Vurdering	Gir riktig statistikk	Gir uriktig forbedring	Gir uriktig forverring	Kommentar
	d) En henvisning kan bare avvises før pasienten føres på venteliste, og med gitte begrunnelser.	☺	X			
	e) Lege/spesialist som vurderer henvisningen skal registrere Henvisningstype (utredning/behandling) på grunnlag av beskrivelsen i henvisningen.	☺		X	X	Viktig grunnlag for ventesluttdato. Inkonsekvent registrering gir effekt i begge retninger.
	f) Lege/spesialist skal registrere Omsorgsnivå, dvs. om pasienten skal til innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. Poliklinisk behandling omfatter også ambulant spesialisttilbud.	☺	X			
	g) Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en rettighetspasient senest skal få nødvendig helsehjelp (når helsehjelpen senest skal settes i gang)	☺	X			
3. Oppdatering av ventelister	a) Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte undersøkelse eller behandling, skal heller ikke regnes som ventende lenger. Ventetid sluttdato/-kode skal registreres.	☺	X		(X)	Evt. ekstraordinær avslutning vil medføre at henvisningen ekskluderes fra ventelistestatistikken. Statistikk over ventende kan påvirkes uriktig negativt.
	b) De pasientene som har vært registrert på venteliste i seks måneder bør kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell.	☹			(X)	Se kommentar til 3 a).
	c) Utsettelse av planlagte pasientmottak, eller at pasienten ikke har møtt til avtalt kontakt, skal kodes med Utsettelsesdato/-kode.	☹			X	
4. Oppstart helsehjelp	a) Ventetiden slutter den dato behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes.	☹		X	X	Se kommentar til 2 e)

## Vedlegg 6 – Rapportens anbefalinger

Internrevisjonen har, i tilknytning til det enkelte fokusområde i rapporten, gitt følgende anbefalinger til Helgelandssykehuset HF:

1. Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.
2. Foretaket bør i sine prosedyrer gi nærmere presiseringer om bruk av interne henvisninger og sørge for at dette implementeres i hele virksomheten, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.
3. Foretaket bør gjennomgå egen praksis for å forsikre seg om at henvisninger som involverer radiologisk avdeling blir behandlet i samsvar med brev fra Helsedirektoratet, datert 27.06.2012, og slik at mottaksdato, vurdering og ventesluttdato synliggjør det helhetlige utrednings- og behandlingsforløpet.
4. Foretaket bør inkludere i sin prosedyre at dersom en ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.
5. Foretaket bør legge bedre til rette for at feltet "Henvisningstype" i DIPS skal gjenspeile behandlers vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet.
6. Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og gjøre tilgjengelig et separat kodesett i DIPS til dette formålet.
7. Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente mer enn seks måneder.
8. Foretaket bør følge opp at prosedyre om utsettelse av planlagt kontakt implementeres i hele virksomheten.
9. Foretaket bør etablere en systematisk oppfølging av at ordningen for rydding og kontroll med henvisningsforløp og ventelister etterleves.
10. Foretaket bør iverksette tiltak for å forsterke etterlevelsen av følgende registreringskjeder:  
Behandlers vurdering: pasientens tilstand er avklart  
→ Henvisningstype: behandling → Ventesluttdato: oppstart behandling  
Behandlers vurdering: pasientens tilstand er uavklart  
→ Henvisningstype: utredning → Ventesluttdato: oppstart utredning