

Møtedato: 21. og 22. juni 2012  
Arkivnr.: 2011/246/134

Saksbeh/tlf: Tor Solbjørg, 75 51 29 02

Dato: 8.6.2012

## **Styresak 79-2012 Internrevisjonsrapport 04/2012: Bestilling og mottak av prøvesvar i Helse Nord, oppsummering**

### **Formål**

I samsvar med vedtatt *Plan for internrevisjon 2011-2012* har internrevisjonen gjennomført revisjonsprosjektet *Bestilling og mottak av prøvesvar i Helse Nord*. Revisjonens formål har vært å undersøke om det er etablert intern styring og kontroll som gir rimelig grad av sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid.

I denne saken legges revisjonens oppsummerende rapport, Internrevisjonsrapport nr. 04/2012: *Bestilling og mottak av prøvesvar i Helse Nord – oppsummering*, frem for styret, se vedlegg.

### **Kvalitet, trygghet og respekt**

At bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid har stor betydning for helsehjelpens *kvalitet*, pasientens *trygghet* og personalets *respekt* for pasientens og pårørendes behov og rettigheter.

### **Bakgrunn/fakta**

Revisjonsprosjektet er gjennomført i form av fire delprosjekter, rapportert som følger:

Nordlandssykehuset HF	- Internrevisjonsrapport nr. 05/2011, 6.2.2011
Helse Finnmark HF	- Internrevisjonsrapport nr. 01/2012, 26.3.2012
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	- Internrevisjonsrapport nr. 02/2012, 27.4.2012
Helgelandssykehuset HF	- Internrevisjonsrapport nr. 03/2012, 11.5.2012

Av den oppsummerende rapporten framgår Internrevisjonens konklusjon:

*Helseforetakene i Helse Nord har mange viktige rutiner og kontrolltiltak på plass. Det er likevel påvist vesentlige svakheter som bør korrigeres for å gi rimelig grad av sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid.*

### **Anbefalinger til helseforetakene**

Internrevisjonen har gitt en rekke anbefalinger til helseforetakene. En samlet oversikt over disse finnes i rapportens vedlegg 5.

Følgende anbefalinger har blitt gitt til flere av helseforetakene:

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for prosessene relatert til bestilling og mottak av prøvesvar.
2. Benytte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Vurdere endringer knyttet til bestillingsrutiner og mottaksregistrering som kan bidra til at det tydeligere framgår av pasientjournalen hvilke bestillinger som er gjort. Dette gjelder spesielt mikrobiologiske, histologiske og cytologiske undersøkelser.
4. Etablere gjennomgående ordninger for kontroll og oppfølging av at prøvesvar signeres.
5. Innføre ordninger som gjør at bestillende enhet kan ha kontroll med at alle bestilte svar er mottatt.
6. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i rapportene.

### **Anbefalinger til Helse Nord RHF**

På bakgrunn av revisjonens funn gis følgende anbefalinger til Helse Nord RHF i rapporten:

1. Avklare nærmere i hvilken grad svakhetene/utfordringene som er omtalt i kap. 5.2.2 og 5.2.3 planlegges ivaretatt via FIKS-programmet, eventuelt kan inkluderes i dette, og hvilken framdrift som planlegges. Denne informasjonen bør kommuniseres raskt til foretakene som grunnlag for arbeid med anbefaling 3 og 5 ovenfor.
2. Vurdere om noen av svakhetene/anbefalingene som fremgår av rapporten tilsier at foretaksgruppen bør samarbeide om oppfølgingstiltak, og eventuelt ta initiativ til slikt samarbeid.

### **Vurdering**

Revisjonskomiteen er holdt løpende orientert om status i revisjonsprosjektet og behandlet i møte, den 16. mai 2012 (sak 12/12) utkast til oppsummeringsrapport. Av protokoll fra møtet framgår at:

*Revisjonskomiteen mener de påviste svakheter gir grunnlag for bekymring for pasientsikkerheten, og understreker viktigheten av at det raskt iverksettes nødvendige forbedringstiltak. For vesentlige svakheter som ikke kan korrigeres raskt og virkningsfullt via det regionale FIKS-programmet, bør det iverksettes andre risikoreduserende tiltak. Revisjonskomiteen mener en forpliktende tiltaksplan bør presenteres for styret innen utgangen av oktober 2012.*

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Internrevisjonsrapport nr. 04/12: *Bestilling og mottak av prøvesvar i Helse Nord – oppsummering* tas til orientering.

2. Styret ber adm. direktør påse at det utarbeides en forpliktende tiltaksplan for oppfølging av anbefalingene som er gitt til Helse Nord RHF, samt til det enkelte helseforetak, og presentere denne for styret innen utgangen av oktober 2012.

Bodø, den 8. juni 2012

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Internrevisjonsrapport nr. 04/2012: *Bestilling og mottak av prøvesvar i Helse Nord – oppsummering*

Vedlegget er lagt ut på vårt nettsted – se:  
[Styremøte i Helse Nord RHF, den 21. og 22. juni 2012](#)

# **Bestilling og mottak av prøvesvar i Helse Nord - oppsummering**

Internrevisjonsrapport nr.: 04/2012

Dato: 23.05.2012

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
2.1	Begrepsbruk .....	4
<b>3</b>	<b>FORMÅL OG OMFANG .....</b>	<b>5</b>
3.1	Formål med revisjonen .....	5
3.2	Omfang og avgrensninger .....	5
3.3	Revisjonskriterier .....	6
<b>4</b>	<b>METODER .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>OBSERVASJONER OG VURDERINGER .....</b>	<b>7</b>
5.1	Målsettinger og risikovurderinger .....	7
5.2	Bestilling .....	8
5.3	Mottak, registrering og prioritering av bestillinger .....	9
5.4	Adressering og utlevering av svar .....	9
5.5	Bestillers metode for å lese og signere svar .....	11
5.6	Etablerte etterkontroller .....	12
5.7	Oppfølging av internkontroll .....	13
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>14</b>
6.1	Konklusjon .....	14
6.2	Anbefalinger til helseforetakene .....	14
6.3	Anbefalinger til Helse Nord RHF .....	15
<b>7</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>16</b>

# 1 SAMMENDRAG

Rapporten er utarbeidet etter internrevisjon ved alle sykehusforetak i regionen i perioden 06.10.2011-15.03.2012, rapportert i Internrevisjonsrapport nr. 05/2011 og 01-03/2012.

## **Formålet med revisjonen:**

Revisjonens formål har vært å undersøke om det er etablert intern styring og kontroll som gir rimelig grad av sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid.

## **Begrepsbruk:**

*Bestilling:* Fellesbetegnelse for henvisning til radiologiske undersøkelser og rekvisisjon til ulike laboratorie- og patologiundersøkelser.

*Prøvesvar:* Svar på diagnostiske undersøkelser innenfor områdene radiologi, patologi og ulike laboratoriefag.

## **Konklusjon:**

Internrevisjonens konklusjon er:

Helseforetakene i Helse Nord har mange viktige rutiner og kontrolltiltak på plass. Det er likevel påvist vesentlige svakheter som bør korrigeres for å gi rimelig grad av sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid.

## **Anbefalinger til helseforetakene:**

En samlet oversikt over alle anbefalingene Internrevisjonen har gitt i revisjonsprosjektets rapporter finnes i Vedlegg 5. Følgende anbefalinger har blitt gitt til flere av foretakene:

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for prosessene relatert til bestilling og mottak av prøvesvar.
2. Benytte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Vurdere endringer knyttet til bestillingsrutiner og mottaksregistrering som kan bidra til at det tydeligere framgår av pasientjournalen hvilke bestillinger som er gjort. Dette gjelder spesielt mikrobiologiske, histologiske og cytologiske undersøkelser.
4. Etablere gjennomgående ordninger for kontroll og oppfølging av at prøvesvar signeres.
5. Innføre ordninger som gjør at bestillende enhet kan ha kontroll med at alle bestilte svar er mottatt.
6. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i rapportene.

## **Anbefalinger til Helse Nord RHF:**

1. Avklare nærmere i hvilken grad svakhetene/utfordringene som er omtalt i kap. 5.2.2 og 5.2.3 planlegges ivaretatt via FIKS-programmet, eventuelt kan inkluderes i dette, og hvilken framdrift som planlegges. Denne informasjonen bør kommuniseres raskt til foretakene som grunnlag for arbeid med anbefaling 3 og 5 overfor.
2. Vurdere om noen av svakhetene/anbefalingene som fremgår av rapporten tilsier at foretaksgruppen bør samarbeide om oppfølgingstiltak, og eventuelt ta initiativ til slikt samarbeid.

## 2 INNLEDNING

Bestilling og mottak av prøvesvar har stor betydning for den helsehjelp som ytes i spesialisthelsetjenesten. I samsvar med vedtatt revisjonsplan for 2011/2012 har Internrevisjonen i Helse Nord RHF revidert disse prosessene gjennom fire delprosjekter. Denne rapporten oppsummerer disse delprosjektene, rapportert som følger:

Nordlandssykehuset HF (NLSH)	- Internrevisjonsrapport nr. 05/2011, 06.02.2011
Helse Finnmark HF (Finnmark)	- Internrevisjonsrapport nr. 01/2012, 26.03.2012
Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)	- Internrevisjonsrapport nr. 02/2012, 27.04.2012
Helgelandssykehuset HF (HSYK)	- Internrevisjonsrapport nr. 03/2012, 11.05.2012

Internrevisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Oppstartsmøter ved hvert av foretakene.
- Dokumentgjennomgang.
- Intervju av til sammen 190 ledere og øvrige medarbeidere ved helseforetakene, hovedsakelig gjennom gruppeintervjuer.
- Verifikasjoner/tester. Se nærmere beskrivelse i kapittel 4, *Metoder*.
- Oppsummeringsmøter ved hvert av foretakene.

Rapportutkast har vært sendt de reviderte enhetene for uttalelse og kvalitetssikring av fakta før endelige rapporter ble skrevet.

### 2.1 Begrepsbruk

<i>Henvising:</i>	Formell forespørsel om at en annen helsefaglig instans skal utrede eller behandle pasientens helseproblem. Her: kliniske avdelingers/poliklinikkens henvendelse til Røntgenavdelingen med forespørsel om radiologiske undersøkelser.
<i>Rekvisisjon:</i>	Dokument eller blankett der det bestilles noe som inngår i arbeidet med et helseproblem. Her: bestillingsskjema for ulike laboratorie- og patologiundersøkelser.
<i>Bestilling:</i>	Her: fellesbetegnelse for utfylte henvisninger til radiologiske undersøkelser og rekvisisjoner til ulike laboratorie- og patologiundersøkelser. Der begrepene henvisning eller rekvisisjon benyttes i teksten, tillegges ikke disse begrepene annen betydning enn bestilling.
<i>Prøvesvar:</i>	Her: svar på diagnostiske undersøkelser innenfor områdene radiologi, patologi og ulike laboratiefag.

## 3 FORMÅL OG OMFANG

### 3.1 Formål med revisjonen

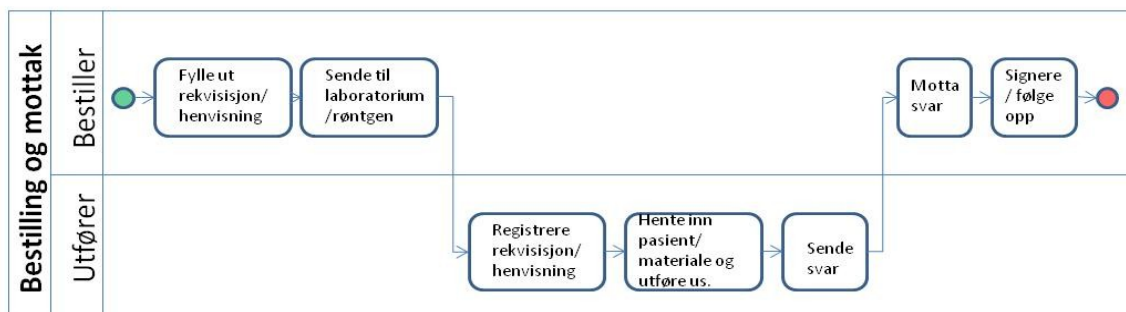
Revisjonens formål har vært å undersøke om det er etablert intern styring og kontroll som gir rimelig grad av sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid.

### 3.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfattet prøvesvar fra undersøkelser ved røntgenavdelinger og ulike laboratorier som:

- Rekvireres av Bestiller ved utvalgte enheter i revidert helseforetak, og utføres av diagnostiske enheter (Utfører) i eget helseforetak.
- Rekvireres av Bestiller ved utvalgte enheter i revidert helseforetak, og utføres av diagnostiske enheter (Utfører) utenfor eget helseforetak. Her omfattes bare bestillers rolle.
- Rekvireres av Bestiller ved annet helseforetak i Helse Nord, og utføres av diagnostiske enheter (Utfører) i revidert helseforetak. Her omfattes bare utførers rolle.

**Figur 1:** Illustrasjon av prosessforløpet som omfattes av denne revisjonen.



Hvilke bestillerenheter som spesielt ble omfattet av revisjonen framgår av den enkelte foretaksrapport.

Revisjonen har hatt hovedfokus på følgende prosesser/aktiviteter:

- Målsettinger og risikovurderinger.
- Bestilling.
- Diagnostisk enhets (utførers) rutiner for mottak og registrering av bestillinger.
- Adressering og utlevering av prøvesvar.
- Bestillers metode for å motta/søke fram svar.
- Ansvar for oppfølging av prøvesvar.
- Etablerte kontroll- og oppfølgingstiltak.

Følgende tema har ikke vært omfattet av denne internrevisjonen:

- Vurderinger av hvilke diagnostiske undersøkelser som bestilles.
- Hvilke tiltak som er etablert for å sikre at de svar som utgis er korrekte.
- Mottak av bestillinger fra enheter utenfor helseforetakene i Helse Nord.
- Oversendelse av prøvesvar til andre enheter enn helseforetakene i Helse Nord.



### 3.3 Revisjonskriterier

Internrevisjonen har tatt utgangspunkt i *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* og COSO-rammeverket for internkontroll for å etablere kriteriene for vurdering av foretakets interne styring og kontroll (internkontroll) innenfor revisjonens fokusområder. Dette innebærer en vurdering av forhold relatert til foretakets:

- Styrings- og kontrollmiljø, herunder: organisasjonsstruktur, fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, kompetanse og opplæring.
- Målsettinger og risikovurderinger, herunder: etablere klare mål for prosesser/aktiviteter og gjennomføre risikovurderinger opp mot disse målene.
- Tiltak for å ha styring og kontroll, herunder: prosedyrer, rutiner og etablerte nøkkelkontroller.
- Oppfølging, herunder: systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Etterlevelse av relevante lov- og forskriftsbestemmelser inngår som en del av revisjonskriteriene, og er vurdert i forbindelse med problemstillinger der dette er aktuelt.

## 4 METODER

Mottatt dokumentasjon er gjennomgått. Dette omfattet både styrende dokumenter og resultatdokumentasjon. Se oversikt over etterspurt dokumentasjon i Vedlegg 1.

Det er gjennomført intervju av til sammen 190 ledere og øvrige medarbeidere, hovedsakelig som gruppeintervju.

Følgende verifikasjoner/tester er utført i ett eller flere av delprosjektene:

#### *Andel røntgensvar besvart innen tre uker, interne bestillere (Helgelandssykehuset HF)*

Det ble undersøkt hvor stor andel av undersøkelsene ved Røntgenavdeling Mosjøen, bestilt av interne bestillere, som er beskrevet og sendt ut innen tre uker etter at undersøkelsen er gjennomført. I undersøkelsen ble det skilt mellom MR-undersøkelser og øvrige røntgenundersøkelser.

#### *Andel celleprøver fra livmorhals besvart innen to uker (Nordlandssykehuset HF og UNN HF).*

Det ble undersøkt hvor stor andel av celleprøvene fra livmorhals, undersøkt ved foretakets patologienhet i 2011, som er besvart innen to uker.

#### *Svar i restanse ved revidert helseforetak (alle).*

Med utgangspunkt i oversikt over antall usignerte labsvar og røntgensvar til vurdering ble det undersøkt:

- a) Hvor stor andel av svarene som har en restansetid på mer enn 30 dager.
- b) Hvordan andelen usignerte svar er fordelt mellom Fellesgrupper og Personlige grupper.

Data ble hentet fra Helse Nords styringsportal, SAS, samt fra kliniske applikasjoner i foretakene. Data fra kliniske applikasjoner ble innhentet av personell underlagt den behandlingsansvarliges instruksjonsmyndighet.

## 5 OBSERVASJONER OG VURDERINGER

I dette kapittelet redegjøres det for observasjoner og vurderinger etter en struktur som samsvarer med fokusområdene for revisjonen, jf. kap 3.2. For hvert tema/område omtales kort positive observasjoner som Internrevisjonen spesielt har merket seg, observerte forbedringsområder og svakheter, samt Internrevisjonens kommentar.

### 5.1 Målsettinger og risikovurderinger

Uklare eller manglende målsettinger for den samlede virksomheten, og for ulike områder og prosesser, medfører ofte styringsmessige utfordringer. Dokumenterte risikovurderinger skal bidra til at vesentlige risikoer for manglende måloppnåelse identifiseres og håndteres. Revisjonen har ved hjelp av dokumentgjennomgang og intervju kartlagt om det er etablert formelle målsettinger og gjennomført dokumenterte risikovurderinger for prosessene relatert til bestilling og mottak av prøvesvar.

#### 5.1.1 Positive observasjoner

De utførende enheter har enkelte definerte mål relatert til svartid, men ikke alle er formalisert. Eksempler (ikke uttømmende) på definerte mål:

- Alle røntgenundersøkelser skal besvares innen tre uker etter gjennomført undersøkelse.
- Klinisk kjemi: prøver som bestilles som øyeblikkelig hjelp skal besvares innen 1 time / 2 timer.
- Ved patologiske enheter er det definerte mål for svartid ved flere typer undersøkelser og hastegrader.

Det er en klar forventning fra ledelsen ved tre av foretakene (unntatt NLSH- se nedenfor) om at mottatte svar skal signeres fortløpende i journalsystemet, men ingen har definert konkrete mål for hvor raskt dette skal skje.

#### 5.1.2 Observerte forbedringsområder

Oppsummering av de svakheter/forbedringsområder knyttet til målsettinger og risikovurderinger som Internrevisjonen vurderer som vesentligst:

- Ved NLSH var det på revisjonstidspunktet ikke innført elektronisk arbeidsflyt i DIPS i alle klinikker, og det forelå ikke konkrete forventninger fra ledelsen her om signering av svar. Det pågikk imidlertid prosjekter med mål om full implementering av arbeidsflyt før sommeren 2012.
- Det er i liten grad definert konkrete mål for bestillerenhetenes rolle i de reviderte prosesser.
- Selv om det finnes eksempler på spesifikke mål er det få av disse som følges opp systematisk gjennom regelmessige resultatmålinger.
- Risikovurderinger benyttes ikke systematisk som verktøy for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.

#### 5.1.3 Internrevisjonens kommentar

Det er mange utfordringer knyttet til å oppnå rimelig sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid. Spesifikke mål og dokumenterte risikovurderinger av disse bør være et utgangspunkt for innretningen av arbeidsprosesser og internkontroll. Denne revisjonen har vist at grunnlaget for styring og prioritering av kontrolltiltak i de reviderte prosessene er mangelfullt.

## 5.2 Bestilling

Presise og komplette opplysninger i bestillingen er avgjørende for at forventede prøvesvar skal komme fram til riktig mottaker innen forsvarlig tid. Internrevisjonen har undersøkt om prøvesvar bestilles elektronisk eller manuelt, samt rutiner i forbindelse med bestilling. Se Vedlegg 2 - Oversikt over metode for bestilling og utsending av prøvesvar.

### 5.2.1 Positive observasjoner

Alle bestillinger som sendes elektronisk framgår av pasientens journal.

Laboratoriene registrerer prøvene de videresender slik at det framgår av pasientens journal hvilke undersøkelser som er bestilt hos eksterne utførere, og når prøvematerialet ble sendt.

Noen enheter/leger benytter elektronisk skjema i DIPS for utfylling av bestilling av patologiske undersøkelser (histologi og cytologi). Utfylt skjema skrives ut og sendes sammen med prøvematerialet. Ved en slik praksis dokumenteres selve bestillingen i pasientens journal.

### 5.2.2 Observerte forbedringsområder

Oppsummering av de svakheter/forbedringsområder knyttet til bestillingsrutiner som Internrevisjonen vurderer som vesentligst:

- Det er i liten grad tilrettelagt for elektronisk bestilling og utsending av laboratoriesvar mellom DIPS og ulike fagsystemer internt i den enkelte sykehusenhet, mellom sykehusenhetene internt i det enkelte helseforetak (med unntak for UNN), og mellom foretakene i helseregionen.
- Det er ikke etablert et felles rekvirentregister i regionen, og det er ulik praksis for hvordan rekvirentopplysninger oppgis på bestillinger som sendes mellom foretak/sykehusenheter. Ulike kombinasjoner av navn på foretak, avdeling, rekvirerende lege, interne rekvirentkoder og rekvirentkode opprettet hos ekstern utfører blir oppgitt på bestillingsskjema. Mangelfulle og upresise rekvirentopplysninger medfører etter Internrevisjonens vurdering unødvendig ekstraarbeid, risiko for forsinkelser og for at svar ikke kommer fram til riktig mottaker.
- Det framgår ikke alltid klart i journalen hvilke bestillinger som er gjort, noe som kan medføre dobbeltrekvirering eller forsinkelser i diagnostisering/behandling. Dette gjelder spesielt mikrobiologiske dyrkninger, histologiske og cytologiske undersøkelser.
- Sendeskjema mangler relativt ofte, eller er mangelfullt utfylt og må følges opp ved laboratoriet.

### 5.2.3 Internrevisjonens kommentar

Bare ved UNN er det foretatt sammenslåing av databaser til felles journalsystem i HF-et. På grunn av planlagte/pågående IKT-prosjekter i regionen har slike sammenslåinger blitt utsatt ved øvrige HF-er.

Internrevisjonen konstaterer at det fra foretakene forventes at det så snart som mulig legges til rette for elektronisk bestilling og svarutsending mellom ulike fagsystemer, mellom sykehusenheter internt i det enkelte HF og mellom HF-ene i regionen. Det bør derfor avklares i hvilken grad disse problemstillingene omfattes av det regionale FIKS<sup>1</sup>-programmet som nå pågår. Internrevisjonen har vært i kontakt med prosjektleder for FIKS, og mottok en orientering om dette den 16.02.2012 (Vedlegg 3). Etter vår oppfatning bør det vurderes mer konkret i hvilken grad de utfordringer og svakheter som er påpekt via dette revisjonsprosjektet vil/kan ivaretas via FIKS-programmet, og hvilken framdrift som kan forventes.

---

<sup>1</sup> FIKS: Felles Innføring Kliniske Systemer

## 5.3 Mottak, registrering og prioritering av bestillinger

Bestillinger som ankommer diagnostiske enheter må registreres, fordeles og prioriteres før undersøkelser foretas. Internrevisjonen har sett på styring og kontroll med disse arbeidsoppgavene.

### 5.3.1 Positive observasjoner

Bestillinger som er definert som øyeblikkelig hjelp registreres og behandles som dette. I hovedsak oppleves dette å fungere tilfredsstillende. Dette gjelder alle typer bestillinger som har vært omfattet av revisjonen.

Internrevisjonen har gjennom intervju fått inntrykk av at koordinering av røntgenundersøkelse og poliklinisk konsultasjon fungerer godt de fleste steder. Ved NLSH Bodø ble det imidlertid gitt uttrykk for noen utfordringer i denne forbindelse.

Det er opplyst at ordinære røntgenundersøkelser for interne pasienter i hovedsak blir utført på ønsket tidspunkt.

En rekke prosedyrer, innebygde kontrolltiltak og etterkontroller (se kap. 5.6) er etablert for å redusere risikoen for feil i arbeidsprosesser knyttet til mottak og registrering av prøver.

### 5.3.2 Observerte forbedringsområder

Flere av enhetene har kapasitetsutfordringer for både gjennomføring og vurdering av elektive MR-undersøkelser. Ved Helgelandssykehuset Mosjøen framkom det at slike undersøkelser ikke alltid blir gjennomført innen den tidsfrist radiologen har satt. Det ble nevnt at dersom den medisinske vurderingen har konkludert med behov for undersøkelse innen 8 – 12 uker, kan den reelle ventetid gjerne bli 17 – 18 uker. Orientering til pasient og henvisende lege sendes først når pasienten er satt opp til time. Denne informasjon inkluderer ikke radiologens anbefalte frist for gjennomføring av undersøkelsen.

Manglende kliniske opplysninger (jf. kap. 5.2.2) opplyses å være en generell utfordring som medfører risiko for at det ikke velges optimale undersøkelser, og for at undersøkelsene ikke gis riktig prioritet.

### 5.3.3 Internrevisjonens kommentar

Vi konstaterer at dagens manuelle oppgaver og kontroller knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar er ressurskrevende, og at større grad av automatisering er ønskelig og forventet i forbindelse med FIKS-programmet. En konkret risikovurdering av disse arbeidsprosessene ville bidratt til å avklare om dagens rutiner gir et risikobilde som er innenfor akseptabelt nivå.

## 5.4 Adressering og utlevering av svar

Internrevisjonen har undersøkt rutineene for adressering og utlevering av prøvesvar med tanke på om rutineene legger til rette for at svarene kommer fram til riktig mottaker innen forsvarlig tid. Vedlegg 2 inneholder en oversikt over hvilke typer svar som sendes ut elektronisk, og hvilke som må sendes på papir internt i helseregionen.

Prøvesvarene adresseres i hovedsak slik:

- Røntgenundersøkelser: Svar sendes til bestillende lege.
- Laboratorieundersøkelser, internt:
  - Inneliggende pasienter: Svar adresseres til sengepost.
  - Utskrevne pasienter: Svar adresseres til sengepost, videresendes til utskrivende lege.
  - Polikliniske pasienter: Svar adresseres til bestillende lege (oppgitt rekvirentkode).

Laboratoriesvar som skal sendes til andre sykehus adresseres ulikt. De fleste slike svar sendes direkte til rekvirent, som kan være oppgitt på ulike måter, jf. kap. 5.1. Noen laboratorier sender svarene til lokalt laboratorium ved bestillende sykehus for videre distribusjon til rekvirent. Andre sender svar til felles Journalkontor etter ønske fra bestillende enhet. Elektroniske svar fra UNN Tromsø til Kirkenes adresseres til Hammerfest og videresendes til Kirkenes ved hjelp av egen funksjonalitet i datasystemene som er utviklet for dette.

#### 5.4.1 Positive observasjoner

Flere av de utførende enhetene har definerte kriterier for når det skal gis telefonsvar.

Ved Helgelandssykehuset Mosjøen (kun her) ble svartid for røntgenundersøkelser undersøkt. Testen viste at 80 % av MR-undersøkelsene og 100 % av de øvrige røntgenundersøkelsene ble besvart innen tre uker fra undersøkelsestidspunktet.

#### 5.4.2 Observerte forbedringsområder

Utgivelse av telefonsvar til interne bestillere loggføres ikke alltid.

Endelig røntgenresultat kan være vesentlig endret sammenlignet med muntlig/preliminært/ demonstrert resultat, uten at dette varsles særskilt. Selv om det vanligvis framgår av det endelige svar hvilke endringer som er gjort, opplever bestillere manglende/for sen kjennskap til slike endringer som en risikofaktor som kan medføre uønskede konsekvenser for pasienten. Denne problemstillingen kom sterkest til uttrykk ved UNN.

I henhold til Kvalitetsmanual for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft skal celleprøver fra livmorhals besvares innen to uker. Internrevisjonen valgte å undersøke hvordan dette kravet ble etterlevd i 2011 ved de to enhetene i regionen som utfører slike undersøkelser. Testen viste at en betydelig andel (53 %) av celleprøver fra livmorhals ved UNN ikke ble besvart innen den tid som er angitt i kvalitetsmanualen. Ved NLSH var tilsvarende andel bare 6 %. Se Tabell 1.

**Tabell 1.** Andel livmorhalsprøver i 2011 som ble besvart i løpet av 14 dager.

Helseforetak	Andel livmorhalsprøver besvart i løpet av 14 dager
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	47 %
Nordlandssykehuset HF	94 %

#### 5.4.3 Internrevisjonens kommentar

Internrevisjonens vurdering er at bestilte svar generelt utleveres på en måte som gjør dem tilgjengelige for mottaker innen forsvarlig tid. Det er likevel forhold som medfører at perioden fra bestilling til mottak av svar blir uønsket lang for enkelte undersøkelser eller i enkelte situasjoner.

## 5.5 Bestillers metode for å lese og signere svar

Etter at prøvesvarene er utlevert fra de utførende enheter må bestiller foreta en aktiv handling for å få tilgang til disse. Metodene som benyttes avhenger blant annet av pasientens status og hvordan prøvesvaret er mottatt.

Aktuelle metoder for å få tilgang til prøvesvar:

- Sengepostlisten i DIPS.
- Oppslag på aktuell pasient i DIPS.
- Mine arbeidsoppgaver i DIPS.
- Diverse felles arbeidsgrupper i DIPS.
- Papirsvaer i posthylle (benyttes stort sett bare ved NLSH).

Helgelandssykehuset Mosjøen har etablert en ordning der personell ved Laboratoriet daglig registrerer alle svar fra Laboratoriet ved NLSH manuelt inn i DIPS. Bestillere i HSYK mottar da disse svarene fra NLSH på samme måte som de mottar interne svar. Det er foretatt risikovurdering av prosessen, og all registrering etterkontrolleres.

Ved øvrige sykehus, med delvis unntak for NLSH hvor rutinene varierer, er rutinen at svar som mottas på papir scannes og sendes på elektronisk arbeidsflyt i DIPS til vurdering og signering hos bestillende lege.

I DIPS er det lagt til rette for signering av elektronisk mottatte labsvar og røntgensvar. Internrevisjonen har undersøkt omfanget av usignerte prøvesvar til vurdering (omfatter ikke scannede svar) og hvor stor andel av de usignerte svarene som er eldre enn 30 dager. Figur 2 og Figur 3 nedenfor illustrerer testens resultater.

### 5.5.1 Positive observasjoner

Signering av svar oppfattes av de intervjuede som en bekreftelse på at man har lest, forstått og tatt konsekvenser av det aktuelle svaret. Signeringen utføres i hovedsak av leger, men også av enkelte andre med selvstendig behandleransvar (eksempelvis jordmødre og spesialsykepleiere).

Som nevnt i kap. 5.1.1 er det en klar forventning fra ledelsen ved tre av foretakene om at mottatte svar skal signeres fortløpende i journalsystemet.

I noen enheter tilstrebes løpende signering av svar for inneliggende pasienter i forbindelse med previsitt/visitt.

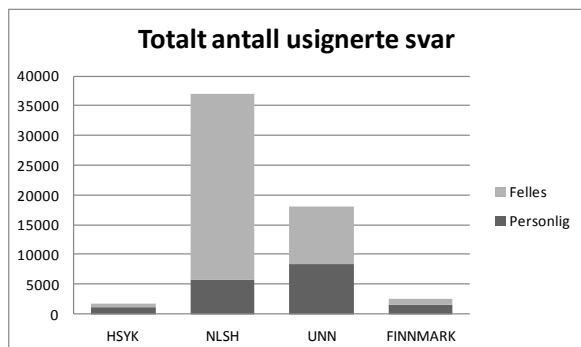
### 5.5.2 Observerte forbedringsområder

Mottatte svar blir ofte ikke signert i forbindelse med den faktiske vurdering og beslutning om oppfølging. Dette gjelder både for inneliggende og polikliniske pasienter. Når signering gjøres i ettertid, og ikke sjelden også av annen person, medfører dette dobbeltarbeid.

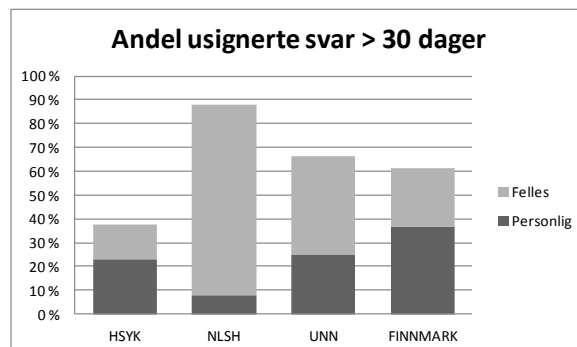
Internrevisjonen konstaterer at det samlede antall usignerte lab- og røntgensvar er betydelig (Figur 2). Når man vurderer antall usignerte svar opp mot foretakets størrelse skiller NLSH seg ut. Antallet usignerte svar i NLSH tyder på at mange av svarene her per i dag ikke er omfattet av signeringsrutiner. I tillegg har de øvrige foretakene opplyst at de i løpet av de siste par år har gjennomført oppryddingstiltak for å få fjernet gamle restanser. Tilsvarende har ikke vært utført ved NLSH. Både Finnmark og HSYK har relativt få usignerte svar.

Som det framgår av Figur 3 er andelen av usignerte svar som er eldre enn 30 dager betydelig. De to største foretakene har høyest andel slike restanser. Til tross for relativt få usignerte svar i Finnmark er en høy andel (61 %) av disse eldre enn 30 dager. HSYK skiller seg positivt ut med lavest andel (38 %), selv om heller ikke dette er ubetydelig.

**Figur 2:** Totalt antall usignerte svar, fordelt på Felles og Personlige grupper.



**Figur 3:** Andel av usignerte svar som er eldre enn 30 dager, fordelt på Felles og Personlige grupper.



Fordelingen av usignerte svar mellom fellesgrupper og personlige grupper i DIPS varierer mellom foretakene og mellom labsvar og røntgensvar. Eksempelvis kan man se på usignerte røntgensvar ved UNN. Her er 3966 av disse i personlige grupper, mot bare 180 i fellesgrupper. Dette samsvarer med den praksis foretaket har beskrevet for bestilling og svarutsending. Ved NLSH er det stor forskjell mellom gruppene i hvor stor andelen av usignerte svar som er eldre enn 30 dager er, 52 % i personlige grupper mot 95 % i fellegrupper. Flere detaljer om de gjennomførte testene finnes i Vedlegg 4 og i foretaksrapportene.

### 5.5.3 Internrevisjonens kommentar

Både det samlede antall restanser og andel restanser eldre enn 30 dager er klart lavest ved HSYK. I tillegg til foretakets størrelse kan dette trolig relateres både til gjennomførte ryddeprosesser og til løpende kontroll og oppfølging. Dette omtales nærmere i de to neste kapitlene. Detaljerte opplysninger om fordeling av restanser ved det enkelte HF utgjør etter Internrevisjonens oppfatning et viktig informasjonsgrunnlag for foretakenes forbedringsarbeid.

Etter Internrevisjonens oppfatning vil løpende signering av den som faktisk vurderer svarene og iverksetter oppfølging av disse, redusere unødig dobbeltarbeid og forsinkelser.

Internrevisjonen har gjennom denne revisjonen ikke innhentet grunnlag for å vurdere om prøvesvar til tross for manglende signering blir vurdert og fulgt opp på en faglig forsvarlig måte.

## 5.6 Etablerte etterkontroller

Internrevisjonen har undersøkt hvilke etterkontroller som gjennomføres for å avdekke eventuell svikt i løpende rutiner knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.

### 5.6.1 Positive observasjoner

Internrevisjonen har ikke kartlagt hele omfanget av etterkontroller i de *diagnostiske* enhetene, men konstaterer at etterkontroller benyttes systematisk innenfor flere trinn i arbeidsprosessene her. Det vises til foretaksrapportene for nærmere informasjon.

Når det gjelder de *bestillende* enheter er det mer varierende i hvilken grad det gjøres systematiske etterkontroller av prosessene. Her nevnes derfor eksempler på iverksatte kontroller i foretaksgruppen:

- Kontroll av arbeidsoppgaver utenfor definert arbeidsflyt i DIPS utføres daglig/regelmessig i foretakene.
- HSYK: Avdelingsdirektør mottar ukentlige rapporter over restanser i private og felles arbeidsgrupper på avdelingsnivå, i samsvar med dokumentert prosedyre. Rapportene distribueres og følges opp utover i organisasjonen via ledelseslinjen.
- UNN har etablert rutinemessig rapportering i ledelseslinjen av svartid for røntgenundersøkelser.
- Noen poliklinikker i Finnmark og UNN har etablert manuelle systemer for å sikre at alle bestilte histologi- og cytologiprøver blir besvart.

### 5.6.2 Observerte forbedringsområder

De viktigste svakhetene knyttet til etterkontroller er etter Internrevisjonens vurdering:

- Det foretas ikke etterkontroller knyttet til scanning av journaldokumenter.
- NLSH har ikke etablert tilstrekkelige rutiner for kontroll av om mottatte svar blir signert og fulgt opp.
- Rutiner for kontroll av om mottatte svar blir signert og fulgt opp er ikke tilstrekkelig implementert og fulgt opp i UNN og i Finnmark.
- Foretakene har ikke etablert gjennomgående systemer for å kontrollere at alle bestilte prøvesvar mottas. Dersom man skal kontrollere om prøvene er besvart må man, for den enkelte pasient, gjennomgå opplysningene i laboratoriearket i DIPS og alle aktuelle journalnotater. Etter at epikrise er skrevet gjøres slike gjennomganger bare i spesielle situasjoner. Svar som ikke er mottatt ved utsending av epikrise vil derfor ikke nødvendigvis bli etterlyst om de uteblir. Erfaringer har også vist tilfeller der manglende prøvesvar ikke har blitt etterlyst fra bestiller.

### 5.6.3 Internrevisjonens kommentar

Etterkontroller benyttes systematisk innenfor flere trinn i arbeidsprosessene, men bare HSYK har implementert gjennomgående rutiner for kontroll og oppfølging av at mottatte svar blir signert.

En forutsetning for å etablere gjennomgående, elektroniske systemer for kontroll av at alle bestilte prøvesvar mottas er at alle bestillinger framgår strukturert i journalen. Videre må det finnes rapporteringsverktøy for å avdekke ubesvarte bestillinger. I mangel på slike muligheter har enkelte innført manuelle kontrollrutiner for prøvetyper de vurderer som spesielt viktige (se kap. 5.6.1).

## 5.7 Oppfølging av internkontroll

Med oppfølging av internkontroll menes i denne rapporten ledelsens styring og kontroll med virksomheten, samt den oppfølging som foretas på vegne av ledelsen, for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.



Internrevisjonen har innhentet informasjon om generelle rutiner for oppfølging av intern styring og kontroll ved foretakene, blant annet:

- Ledelsens fokus på internkontroll og forbedringsarbeid.
- Styrings-/kvalitetsindikatorer for måling av måloppnåelse.
- Kvalitetsutvalg og KVAM-grupper.
- Rapporteringssystemer for avvik/uønskede hendelser, og praksis for bruk av disse.
- Internrevisjonsordninger i HF-ene.
- Gjennomføring av Ledelsens gjennomgang.
- Planer om videreutvikling av styringssystemene.

### 5.7.1 Internrevisjonens kommentar

Ettersom det i liten grad har vært etablert spesifikke mål relatert til denne revisjonens fokusområder (se kap. 5.1), ser det ut til at de generelle oppfølgingsystemene i foretakene har hatt liten innvirkning på de reviderte prosessene. Ingen av foretakene har inkludert måloppnåelse knyttet til de arbeidsprosessene som her er revidert i foretaksledelsens faste styringsgrunnlag/rapporter.

## 6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

### 6.1 Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er:

Helseforetakene i Helse Nord har mange viktige rutiner og kontrolltiltak på plass. Det er likevel påvist vesentlige svakheter som bør korrigeres for å gi rimelig grad av sikkerhet for at bestilte prøvesvar kommer fram til riktig mottaker, blir vurdert og fulgt opp innen forsvarlig tid.

### 6.2 Anbefalinger til helseforetakene

En samlet oversikt over alle anbefalingene Internrevisjonen har gitt i revisjonsprosjektets rapporter finnes i Vedlegg 5.

Følgende anbefalinger har blitt gitt til flere av foretakene, eventuelt med noe ulik ordlyd:

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for prosessene relatert til bestilling og mottak av prøvesvar.
2. Benytte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Vurdere endringer knyttet til bestillingsrutiner og mottaksregistrering som kan bidra til at det tydeligere framgår av pasientjournalen hvilke bestillinger som er gjort. Dette gjelder spesielt mikrobiologiske, histologiske og cytologiske undersøkelser.
4. Etablere gjennomgående ordninger for kontroll og oppfølging av at prøvesvar signeres.
5. Innføre ordninger som gjør at bestillende enhet kan ha kontroll med at alle bestilte svar er mottatt.
6. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i rapportene.

### 6.3 Anbefalinger til Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har ikke blitt revidert i dette prosjektet. Revisjonen i helseforetakene har imidlertid avdekket utfordringer som involverer regionalt nivå.

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Avklare nærmere i hvilken grad svakhetene/utfordringene som er omtalt i kap. 5.2.2 og 5.2.3 planlegges ivaretatt via FIKS-programmet, eventuelt kan inkluderes i dette, og hvilken framdrift som planlegges. Denne informasjonen bør kommuniseres raskt til foretakene som grunnlag for arbeid med anbefaling 3 og 5 overfor.
2. Vurdere om noen av svakhetene/anbefalingene som fremgår av rapporten tilsier at foretaksgruppen bør samarbeide om oppfølgingstiltak, og eventuelt ta initiativ til slikt samarbeid.

## 7 VEDLEGG

Rapporten har følgende vedlegg:

- Vedlegg 1** Etterspurt dokumentasjon
- Vedlegg 2** Oversikt over metode for bestilling og utsending av prøvesvar
- Vedlegg 3** Orientering fra prosjektleder for FIKS-programmet
- Vedlegg 4** Svar i restanse
- Vedlegg 5** Anbefalinger til helseforetakene

## Vedlegg 1 – Etterspurt dokumentasjon

Som ledd i forberedelser til stedlige besøk ba vi om å få oversendt både dokumenter som gjelder generelt for foretaket og dokumenter som gjelder internt i de enheter som spesielt var omfattet av revisjonen.

1. Organisasjonskart for HF-et, samt kart/oversikt med navn på ledere for direktørens stab og de enhetene som involveres i revisjonsaktivitetene.
2. Oversikt over alle tema som inngår i opplæringsprogram for nyansatte.
3. Samlet oversikt over rapporterte avvik inneværende år, og utvalgte eksempler på avviksmelding/avviksbehandling relatert til revisjonens tema.

I den grad dette forelå ba vi også om følgende dokumentasjon relatert til revisjonens tema:

4. Interne retningslinjer/prosedyrer.
5. Dokumentasjon av risikovurderinger som er gjennomført i løpet av de siste tre årene (2009-2011).
6. Beskrivelse av etablerte kontrollrutiner.
7. Rapport fra tidligere revisjoner eller evalueringer.
8. Annen relevant informasjon som Internrevisjonen bør ha kjennskap til

## Vedlegg 2 – Oversikt over metode for bestilling og utsending av prøvesvar

Internrevisjonen har undersøkt om prøvesvar kan bestilles elektronisk fra utvalgte utførere (diagnostiske enheter) i regionen, eller om dette må skje manuelt ved hjelp av papirskjema. Tilsvarende er det undersøkt hvordan prøvesvar sendes tilbake til bestillere i helseregionen. Resultatet fra denne undersøkelsen er framstilt i Tabell 1 og Tabell 2 nedenfor.

**Tabell 1.** Oversikt over hvordan bestillere i Helse Nord kan bestille prøvesvar fra utførere i helseregionen.

Analyserende helseforetak	Radiologiske undersøkelser	Patologiske undersøkelser	Mikrobiologiske dyrkninger	Serologiske undersøkelser
Helse Finnmark HF	Elektronisk			Elektronisk eller papir fra bestillere i egen klinikk. Papir fra øvrige klinikker/HF.
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Elektronisk	Papir	Elektronisk fra fire utvalgte pilotenheter i Tromsø. Papir fra øvrige.	Elektronisk eller papir fra bestillere i UNN, også mellom lokasjoner. Papir fra øvrige HF.
Nordlandssykehuset HF	Elektronisk	Papir	Papir	Elektronisk eller papir fra lokale bestillere. Papir fra øvrige sykehus/HF.
Helgelandssykehuset HF	Elektronisk			Elektronisk eller papir fra lokale bestillere. Papir fra øvrige sykehus/HF.

**Tabell 2.** Oversikt over hvordan utførere (diagnostiske enheter) i Helse Nord sender prøvesvar til bestillere i helseregionen.

Analyserende helseforetak	Radiologiske undersøkelser	Patologiske undersøkelser	Mikrobiologiske dyrkninger	Serologiske undersøkelser
Helse Finnmark HF	Elektronisk til egen klinikk. Papir til øvrige klinikker/HF.			Elektronisk til egen klinikk. Papir til øvrige klinikker/HF.
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Elektronisk (unntak: til Ofoten Psyk. Senter og Nordlandsklin.).	Papir	Elektronisk til eget foretak og fra til Helse Finnmark HF. Papir til øvrige HF.	Elektronisk til eget foretak og fra Tromsø til Helse Finnmark HF. Papir til øvrige HF.
Nordlandssykehuset HF	Elektronisk til eget sykehus. Papir til øvrige sykehus/HF.	Papir. I tillegg en ufullstendig elektronisk versjon internt i NLSH Bodø.	Elektronisk internt i NLSH Bodø og til Vesterålen. Papir til Lofoten/øvrige HF.	Elektronisk til eget sykehus og fra Bodø til Vesterålen. Papir til Lofoten/øvrige HF.
Helgelandssykehuset HF	Elektronisk til eget sykehus. Papir til øvrige sykehus/HF.			Elektronisk til eget sykehus. Papir til øvrige sykehus/HF.

### Vedlegg 3 – Orientering fra prosjektleder for FIKS-programmet

Prosjektleder for det regionale FIKS-programmet har gitt følgende orientering i e-post datert 16.02.2012:

*”FIKS-programmet i Helse Nord er opprettet for å ivareta innføring av de kliniske systemer som Helse Nord har valgt gjennom prosjektet ”Anskaffelse kliniske systemer (AKS)”. Programmet skal planlegge og innføre systemporteføljen på de seks systemene i hele Helse Nord gjennom et tett samarbeid med helseforetakene, Helse Nord IKT og leverandørene. Innføringen skal gi regionen verktøy som bidrar til mer standardiserte og enhetlige pasientforløp og som gir et godt og brukervennlig arbeidsverktøy for de ansatte.*

*Programmet har en varighet på 4-5 år, så det vil bli en gradvis innføring, bl.a. med sammenslåing av Dips-databaser pr HF.*

*Når det gjelder elektronisk bestilling og svar er dette noe som FIKS-programmet kommer til å jobbe med. Noe er allerede på plass, noe er under utvikling og noe er ikke kartlagt enda, men vil bli tatt med i planleggingen av innføringen.*

**Radiologi:** *vil bli en del av FIKS-programmet, ikke klarlagt enda – her har systemet som er kjøpt gode muligheter for både bestilling, svar og oppfølging av prosessen. Forhåpentligvis vil vi starte med første HF i regional løsning i år. NLSH får sitt ”hyllevarsystem” for alle tre sykehusene i mai. Når alle HF-ene er over på samme løsning vil bestilling og svar kunne gå på tvers av HF.*

**Medisinsk biokjemi:** *Delvis ivaretatt, noe utvikling og testing foregår, men dette vil bli innført som en del av vanlig drift i forbindelse med 7.0-versjonen av Dips Lab og innføring av Message Broker og xml-meldinger. (Mye av dette vil være på plass i år med innføring av 7.0 – som inkluderer trafikk mellom HF – lab til lab)*

**Klinisk patologi:** *Som en del av anskaffelsen er det kjøpt inn en RoS-modul (Rekvirering og svar), som vil gi mulighet for elektronisk rekvirering og svar internt i HF-ene og mellom HF-ene. (Vi håper å få på plass denne modulen i år).*

**Mikrobiologi (dyrking):** *Ikke en del av anskaffelsen, men det er kravstilt integrasjoner mot mikrobiologisystemet. Vi kommer til å se på løsninger, men dette er i utgangspunktet ikke en del av FIKS.*

*Systemene vil altså på noe ulike måter gi mulighet for å bestille/rekvirere og få svar elektronisk – og sikre at både bestillingen/rekvisisjonen og svarene går til riktig mottaker, men det vil være interne rutiner ved de ulike enhetene som gjør at både prøver og svar blir fulgt opp slik en ønsker. På kontrollsidene vil det være mulig å ta ut rapporter på alt som går elektronisk.”*

## Vedlegg 4 – Svar i restanse

Datakilde: Dataene ble hentet fra Helse Nord's styringsportal, SAS, en oppgitt dato ved det enkelte helseforetak.

### Spesifikasjoner:

Oppgavetype 400, Røntgensvar til vurdering/eksterne røntgensvar til vurdering og Labsvar til vurdering, ble inkludert.

Dataene i rapporten ble fordelt på Organisasjon, Oppgavetype og Arbeidsgruppe (Fellesressurser og Enkeltressurs).

Rapporten viser antall oppgaver i restanse og antall med restansetid over 30 dager. Antall i restanse telles ut fra utførttid i DIPS (gitt at oppgaven er opprettet). Restansetiden beregnes ut fra rapportdato og opprettetid. Antall med restansetid over 30 dager er da antallet oppgaver i restanse med restansetid over 30 dager.

Enkeltressurser er personlige arbeidsgrupper i DIPS.

Fellesressurser er arbeidsgrupper i DIPS hvor flere brukere har tilgang. Dersom felles arbeidsgrupper tilhører flere avdelinger vil oppgavene til disse arbeidsgruppene vises i alle tilhørende avdelinger. Dette betyr at aggregerte tall kan være noe høyere enn faktiske tall.

	Antall svar i restanse	Antall restanser personlige grupper	Antall restanser felles grupper	Antall Labsvar til vurdering	Antall Labsvar personlige grupper	Antall Labsvar felles grupper	Antall Rtgsvr til vurdering	Antall Rtgsvr personlige grupper	Antall Rtgsvr felles grupper
<b>HSYK</b>	1773	1188	585	1067	604	463	706	584	122
HSYK > 30 dager	666	411	255	413	203	210	253	208	45
Andel > 30 dager	38 %	35 %	44 %	39 %	34 %	45 %	36 %	36 %	37 %
<b>NLSH</b>	37053	5802	31251	31570	3672	27898	5483	2130	3353
NLSH > 30 dager	32541	3003	29538	28384	1987	26417	4157	1036	3121
Andel > 30 dager	88 %	52 %	95 %	90 %	54 %	95 %	76 %	49 %	93 %
<b>UNN</b>	18136	8435	9691	13980	4469	9511	4146	3966	180
UNN > 30 dager	12078	4496	7572	9552	2096	7456	2516	2400	116
Andel > 30 dager	67 %	67 %	78 %	68 %	47 %	78 %	61 %	61 %	64 %
<b>Finnmark</b>	2616	1446	1170	1279	608	671	1337	838	499
Finnmark > 30 dager	1605	957	648	711	376	335	894	581	313
Andel > 30 dager	61 %	66 %	55 %	56 %	62 %	50 %	67 %	69 %	63 %

## **Vedlegg 5 – Anbefalinger til helseforetakene**

Her gis det en samlet oversikt over alle anbefalingene Internrevisjonen har gitt til helseforetakene i revisjonsprosjektets delrapporter.

### **Anbefalinger til Nordlandssykehuset HF (IR-rap. 05/2011):**

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for prosessene relatert til bestilling og mottak av prøvesvar.
2. Benytte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Kommunisere betydningen av presist og komplett utfylte lab- og røntgenbestillinger til alle som har behov for slik informasjon, regelmessig og ved nyttilsetninger, samt følge opp eventuell manglende etterlevelse av rutiner relatert til slike bestillinger.
4. Være en pådriver, og prioritere arbeidet med tilrettelegging, for at flere diagnostiske undersøkelser kan bestilles og besvares elektronisk i hele foretaket.
5. Sørge for at patologisvar blir journalført i fullstendig versjon, på en måte som også legger til rette for at det kan dokumenteres at svaret er vurdert og blir fulgt opp.
6. Vurdere mulige tiltak for å redusere ventetiden til radiologiske undersøkelser der ventetiden i dag er lengst.
7. Stille konkrete krav om signering av lab- og røntgensvar i hele foretaket og etablere gjennomgående ordninger for kontroll av at kravene etterleves.
8. Innføre ordninger som gjør at bestillende enhet kan ha kontroll med at alle bestilte svar er mottatt.
9. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i denne rapporten.

### **Anbefalinger til Helse Finnmark HF (IR-rap 01/2012):**

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for prosessene relatert til bestilling og mottak av prøvesvar.
2. Benytte dokumenterte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Bringe klarhet i oppgavefordeling og varslingsrutiner knyttet til feil i elektronisk kommunikasjon til og fra de diagnostiske enhetene.
4. Innføre rutiner som sikrer at ikke personer som mangler personnummer tildeles flere hjelpenummer i ulike systemer.
5. Etablere gjennomgående ordninger for kontroll og oppfølging av at prøvesvar signeres.
6. Vurdere muligheter for å innføre gjennomgående ordninger som gir grunnlag for å kontrollere at alle bestilte svar er mottatt.
7. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i denne rapporten.



### **Anbefalinger til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (IR-rap. 02/2012):**

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for bestillerenhetene relatert til mottak av prøvesvar.
2. Benytte dokumenterte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Vurdere endringer knyttet til bestillingsrutiner og mottaksregistrering som kan bidra til at det tydeligere framgår av pasientjournalen hvilke bestillinger som er gjort. Dette gjelder spesielt mikrobiologiske, histologiske og cytologiske undersøkelser.
4. Gjennomgå rutiner for utlevering av foreløpige og endelige røntgensvar for å sikre at behandler så raskt som mulig gjøres oppmerksom på endringer med betydning for videre pasientforløp.
5. Kartlegge og håndtere faktorer som hindrer måloppnåelse for svartid på celleprøver fra livmorhals, samt eventuelt for andre undersøkelser ved Klinisk patologisk avdeling.
6. Fullføre implementeringen av en gjennomgående ordning for kontroll og oppfølging av at prøvesvar signeres innen forventet tid.
7. Innføre ordninger som gjør at bestillende enhet kan ha kontroll med at alle bestilte svar er mottatt.
8. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i denne rapporten.

### **Anbefalinger til Helgelandssykehuset HF (IR-rap. 03(2012):**

1. Etablere og følge opp spesifikke mål for bestillerenhetene relatert til mottak av prøvesvar.
2. Benytte dokumenterte risikovurderinger systematisk for å avdekke og håndtere risikofaktorer knyttet til bestilling og mottak av prøvesvar.
3. Registrere bestillinger av mikrobiologiske, histologiske og cytologiske undersøkelser slik at det tydeligere framgår av pasientjournalen hvilke bestillinger som er gjort.
4. Iverksette tiltak som bidrar til at elektive MR-undersøkelser gjennomføres innen den frist som er satt ut fra medisinskfaglige vurderinger.
5. Innføre gjennomgående ordninger som gir grunnlag for å kontrollere at alle bestilte svar er mottatt.
6. Videreutvikle helseforetakets internkontroll med sikte på forbedring av øvrige svakheter Internrevisjonen har påpekt i denne rapporten.