

Møtedato: 29. april 2015  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Namik Resulbegovic, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 17.4.2015

## **Styresak 46-2015/5    Oppfølging av Internrevisjonsrapport 06/2013: Henvisninger og ventelister i Helse Nord - HF- enes handlingsplaner, jf. styresak 116-2013**

### **Formål**

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 116-2013 Internrevisjonsrapport 06/2013: Henvisninger og ventelister i Helse Nord - oppsummering* i styremøte, den 30. oktober 2013. Styret fattet følgende vedtak i punkt 2: *Styret ber adm. direktør om å legge fram til orientering helseforetakenes styrebehandlede handlingsplaner innen utgangen av mars 2014.* Vi beklager at saken til styret ikke ble fremlagt til planlagt tid.

Helseforetakenes handlingsplaner skulle vise hvordan helseforetakene planla å følge opp internrevisjonens anbefalinger for å bedre påliteligheten i rapportering om ventetider og fristbrudd. I denne saken orienteres det både om styrebehandlingen i helseforetakene og om status for helseforetakenes oppfølging av internrevisjonens anbefalinger pr. april 2015.

Pålitelig rapportering om ventetider og fristbrudd er en viktig del av arbeid med Helse Nord's strategi om riktig ventetid til medisinsk hjelp.

### **Beslutningsgrunnlag**

*Styrebehandling av helseforetakenes handlingsplaner*

Helseforetakenes styrer har behandlet helseforetakenes respektive handlingsplaner som følger:

- Finnmarkssykehuset HF: styresak 06/2014, 13. februar 2014.
- Nordlandssykehuset HF: styresak 108-2013, 12. november 2013. Styret har etter dette blitt orientert om fremdrift, sist i styresak 34-2015.
- Helgelandssykehuset HF: styresak 17/2015, 25. mars 2015.
- Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke behandlet en samlet handlingsplan, men fått orientering om internrevisjonsrapporten og generell oppfølging av denne ved flere anledninger.

### *Helse Nord RHF's oppfølging av saken*

Det er flere årsaker til at orienteringen til styret kommer først nå. Blant annet har helseforetakene kommet i gang med oppfølging på ulike tidspunkter, og vi har funnet det hensiktsmessig å avvete resultatet fra arbeidet i regionalt HOS-prosjekt (Harmonisering, optimalisering, sammenslåing) som ble avsluttet høsten 2014.

Internrevisjonen har deltatt i vurderingen av helseforetakenes oppfølging og har gitt innspill som er tatt hensyn til.

På bakgrunn av helseforetakenes handlingsplaner og påfølgende dialog med helseforetakenes kontaktpersoner har saksbehandler, i samarbeid med internrevisor, vurdert status i helseforetakenes arbeid med oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. Resultatet av vår omforente vurdering er samlet i *Oversikt over status for oppfølging av anbefalingene fra internrevisjonen* som er vedlagt denne saken, og vi viser til den i sin helhet. Vurderingene har vært lagt fram for helseforetakenes kontaktpersoner primo mars 2015, og disse har gitt sin tilslutning til statusoppsummeringen som foreligger.

Helseforetakene har formidlet at de planlegger å undersøke etterlevelsen av implementerte rutiner ved hjelp av revisjon/stikkprøver, for å forsikre seg om at tiltakene fungerer som forutsatt. Vi anser en slik tilnærming som riktig og nødvendig, og anbefaler at det gjennomføres tilsvarende også for tiltak vurdert som tilfredsstillende ivaretatt.

#### **Adm. direktørs vurdering/konklusjon**

Alle helseforetakene har fulgt opp og orientert styrene om internrevisjonens anbefalinger. Med unntak av Universitetssykehuset Nord-Norge HF har alle helseforetakene styrebehandlet en samlet handlingsplan.

Det er flere anbefalinger som er tilfredsstillende ivaretatt ved regionale og/eller foretaksspesifikke tiltak. Det gjenstår imidlertid fortsatt viktige anbefalinger, der tiltak bør implementeres for å sikre god håndtering av henvisninger og ventelister. Dette er en viktig del av arbeidet mot kortere ventetid, og saken bør følges opp videre.

Adm. direktør vil legge fram en ny orientering for styret i Helse Nord RHF, når alle internrevisjonens anbefalinger er fulgt opp, senest mars 2016.

Vedlegg:       Oversikt over status for oppfølging av anbefalingene fra internrevisjonen

## Vedlegg – Oversikt over status for oppfølging av anbefalingene fra internrevisjonen

På bakgrunn av foretakenes handlingsplaner og påfølgende dialog med foretakenes kontaktpersoner har saksbehandler, i samarbeid med internrevisor, vurdert status i foretakenes arbeid med oppfølging av internrevisjonens anbefalinger (anbefalingens nummer angitt i kolonnen). Resultatet av vår omforente vurdering er angitt med følgende fargekoder:

**Grønn** – tilfredsstillende ivaretatt, **Gul** – i arbeid/påbegynt, **Rød** – ikke påbegynt

Anbefaling (det kan være små variasjoner i ordlyd til det enkelte HF)	NLSH	HSYK	FIN	UNN	Kommentar
<i>Mottak av henvisninger</i>					
Foretaket bør utarbeide felles prosedyrer for mottak av henvisninger, og sørge for at disse implementeres i hele virksomheten.			1		
Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.	1	1	2	1	Opplæring under arbeid. Omfattes også av rapport fra Helsetilsynets tilsyn 2014.
Foretaket bør iverksette tiltak for å øke etterlevelsen av gjeldende prosedyre, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.	2			2	Omfattes også av rapport fra Helsetilsynets tilsyn 2014.
Foretaket bør inkludere i sine prosedyrer hvordan interne henvisninger skal benyttes, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.		2	3		Omfattes også av rapport fra Helsetilsynets tilsyn 2014.
Foretaket bør gjennomgå egen praksis for å forsikre seg om at henvisninger til klinisk utredning og diagnostikk som først mottas ved Diagnostisk klinikk, blir registrert og behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1b, og slik at ventetid rapporteres korrekt.		3	4	3	HF-ene har opplyst at dette avhenger av teknisk løsning som etter plan kommer på plass i 2015. Dette som en del av FIKS prosjektet.
Det bør rutinemessig påføres mottaksdato ved sykehuset på alle papirhenvisninger som skal scannes.	3		5	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	4	6	5	

<b>Anbefaling</b> (det kan være små variasjoner i ordlyd til det enkelte HF)	<b>NLSH</b>	<b>HSYK</b>	<b>FIN</b>	<b>UNN</b>	<b>Kommentar</b>
<i>Vurdering av henvisninger</i>					
Foretaket bør utarbeide felles prosedyrer for vurdering av henvisninger, og sørge for at disse implementeres i hele virksomheten.			7		
Foretaket bør sørge for at henvisninger til klinisk utredning og diagnostikk ved Brystdiagnostisk senter (BDS) blir behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1b, og at dette framgår av registreringer i DIPS.	5				NLSH har opplyst at dette avhenger av teknisk løsning som etter plan kommer på plass ila 2015. Dette som en del av FIKS prosjektet.
Foretaket bør sørge for at henvisninger til rusbehandling blir behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1b, og slik at ventetid rapporteres korrekt.			8		Presiseringer i prosedyrer under implementering. Planlagt oppfølging ved hjelp av stikkprøver.
Foretaket bør sørge for at henvisninger til Regional vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Nord-Norge (RVE) blir vurdert innen fristen og at overholdelse av vurderingsfristen framgår av registreringer i DIPS.				6	
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	5	9	7	Saken blir meldt til i EPJ fagforum. Forventes avklart ved utgangen av 2015.
Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og få tilgjengeliggjort et separat kodesett i DIPS til dette formålet.	7	6	10	8	Saken bringes tilbake til HOS. Forventes avklart innen oktober 2015.
<i>Oppdatering av ventelister</i>					
Foretaket bør snarest gjennomgå sine ventelister og sørge for et tilbud til de pasienter som har ventet uakseptabelt lenge.	8		11	9	
Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente	9	7	12	10	Gjøres nye vurderinger i HF-

<b>Anbefaling</b> (det kan være små variasjoner i ordlyd til det enkelte HF)	<b>NLSH</b>	<b>HSYK</b>	<b>FIN</b>	<b>UNN</b>	<b>Kommentar</b>
mer enn seks måneder.					ene.
Foretaket bør presisere nærmere i sin prosedyre hvordan manglende oppmøte eller utsettelse av planlagte kontakter skal registreres, og følge opp at dette implementeres.	10	8	13	11	
Foretaket bør videreutvikle sin ordning for gjennomgående kontroll og rydding i henvisningsforløp og ventelister, og etablere en systematisk oppfølging av at ordningen etterleves.	11	9	14	12	Regionale prosedyrer med sjekklister implementert.  Oppfølging bl.a. gjennom foretakets kvalitetsrapport.
<i>Oppstart helsehjelp/venteliste sluttdato</i>					
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	12	10	15	13	