

## Revisjonsrapport

Endelig versjon 25.03.10

**Oppdragsgiver:** avdelingssjef Eilert Ottesen, Kirurgisk avdeling  
Sykehuset Asker og Bærum, Vestre Viken HF

**Tema:** Kontroll med ventelister, innkalling til kontrolltimer og oppfølging av prøvesvar

### 1. Innledning

Etter at det ble oppdaget svikt i rutiner og avvik i pasientoppfølgingen, ble kvalitetsavdelingen bedt om å gjennomføre en intern revisjon. Revisjonen ble planlagt og gjennomført som en systemrevisjon med hensikt å avdekke områder som har bidradd til manglende styring og kontroll av ventelister, og igangsette tiltak for å forebygge at nye uønskede hendelser skulle oppstå.


Intern revisjonen hadde ikke som hensikt å kartlegge omfanget av svikten, rydde opp i, begrense skade og igangsette pasientrelaterte tiltak. Dette ble kommunisert til oppdragsgiver.

Resultatet av revisjonen skulle bidra til at tiltak ble etablert for å sikre kontroll med ventelister, kontrolltimer og prøvesvar.

**Avvik** - defineres som mangel på oppfyllelse av interne krav, inkludert lov og myndighetskrav.

**Forbedringsområde** - er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der revisjonsteamet mener det er et forbedringspotensiale og/eller kan medføre avvik dersom ikke forebyggende tiltak iverksettes.

#### Begreper som forekommer i rapporten:

**Inntakskontoret** – en liten seksjon med en faglig leder/pasientkoordinator og  helsesekretærer som sørger for innkalling og organisering av ventelister. Sekretærene er organisert i en felles kontortjeneste for hele SAB med en kontorleder som har personalansvar og fagansvar.

**“Intern frist”** – en ny dato for frist som ble endret etter at legen hadde gitt prioritet og var i hovedsak senere enn den opprinnelige fristdatoen for rett til helsehjelp.

## 2. Dokumentunderlag

Lov om Pasientrettigheter  
Lov om helsepersonell  
Lov om spesialisthelsetjenesten  
Forskrift om Internkontroll i helse- og sosialsektoren  
Prioriteringsveiledere for de aktuelle kirurgiske fag utgitt av Helsedirektoratet  
Interne prosedyrer  
NS-EN ISO 9001:2008  
EK- Elektroniske kvalitetshåndbok - prosedyrer

Revisjonsteamet har ikke hatt tilgang til resultatet av avdelingens gjennomgang av ventelister. Denne gjennomgangen var ikke avsluttet på revisjonstidspunktet.

## 3. Gjennomføring

### Revisjonsteam

Revisjonsleder kvalitetssjef Hilde S. Moen, overlege [redacted] kirurgisk avdeling, spesialrådgiver [redacted] kvalitetsavdelingen og sykepleier [redacted] kirurgisk avdeling.

Revisjonsteamets sammensetning har vært drøftet med tanke på om objektiviteten kan ivaretas. Det har vært to ansatte med revisorkompetanse fra kvalitetsavdelingen og to helsepersonell ved kirurgisk avdeling, den ene med revisorkompetanse. Intervjuene har vært gjennomført med følgende sammensetning:

Team 1: Spesialrådgiver i kvalitetsavdelingen [redacted] og sykepleier [redacted]

Team 2: Kvalitetssjef Hilde S. Moen og overlege [redacted]

Team 3: Kvalitetssjef Hilde S. Moen og spesialrådgiver i kvalitetsavdelingen [redacted]

Teamene har bestått av minst en revisor fra kvalitetsavdelingen, for å sikre at revisjonen skal gjennomføres på en objektiv og uavhengig måte i tråd med god revisjonsskikk. Revisjonsteamets medlemmer fra kirurgisk avdeling har bidratt med kunnskap og forståelse som har sikret innhenting av relevant informasjon.

**Revisjonsplan:** Melding om revisjon og program ble sendt til alle deltakerne 5. januar 2010. Revisjonen er gjennomført fra 20. til 27. januar 2010.

**Åpningsmøte:** Ble avholdt den 20. januar 2010

**Gjennomføring:** Innhenting av informasjon har i hovedsak vært basert på intervjuer.

137 pasienter fordelt på de tre kirurgiske seksjonene for å få verifikasjon på at frist var endret. Under revisjonen viste medarbeidere oppfølging i DIPS.

Funn baseres i hovedsak på den informasjonen vi har hatt tilgang til i forbindelse med intervjuer.

Følgende ansatte ble intervjuet: Avdelingssjef, 13 av 20 leger (unntatt turnusleger), pasientkoordinator/leder og [redacted] helsesekretærer på inntakskontoret. Flere sykepleiere, fagutviklingssykepleiere, helsesekretærer på de to døgnpostene og helsesekretærer på kirurgisk ekspedisjon, samt andre som har en rolle i dokumentflyt. Viser til liste i slutten av rapporten.

Hvert intervju varte i 30 – 60 minutter.

Følgende verifikasjoner ble gjennomført:

- Stikkprøve av brev til pasienter om Rett til helsehjelp
- Timebok for legene
- Dokumentflyt i DIPS-systemet
- Forelagt dokumentasjon på systematiske endringer av fristdato i DIPS

**Planlagt sluttmøte ikke avholdt 28.01.10 grunnet politianmeldelse.**

**Sluttmøte avholdt 25.03.10**

#### 4. Reviderte områder og funn

##### Avvik 1. Brudd på pasientrettighetsloven

a) Endring av fristdato for helsehjelp

Revisjonsteamet bad avdelingen om å få en liste over et utvalg på ca 50 pasienter på venteliste fra hver av seksjonene i perioden november og desember 2009 (utskrift 23.12.09). Tidsperiode ble valgt så tett på revisjonsperioden som mulig.

Ved gjennomgang av disse listene er det ikke samsvar mellom legens prioritering og frist for helsehjelp.

- Generell og kar: 27 av 42 antall på venteliste samsvarer ikke.
- Urologi: 34 av 55 antall på venteliste samsvarer ikke.
- Gastro: 37 av 40 antall på venteliste samsvarer ikke
- Gjennom intervjuer med [redacted] kom det fram at det ble satt ny frist, såkalt "intern frist". Denne praksisen har vært benyttet også før DIPS ble tatt i bruk, det vil si da vurdering av henvisning ble gjort på papir. Det framstår som uklart for revisjonsteamet hvem som har gitt beskjed om at en slik praksis skulle igangsettes. Praksis ble overført muntlig fra [redacted] til [redacted]. På bakgrunn av den informasjon revisjonsteamet har mottatt kan det synes som om praksis med endring av dato har å gjøre med mangel på ledige timer og mangel på kjennskap til konsekvenser ved endring av dato i forhold til lovgivning. Mange av legenes timebøker var ikke åpnet frem i tid og vanskeliggjorde dermed timebestilling til pasienter.
- [redacted] bekrefter at praksis med endring av fristdato sluttet primo januar

2010 etter at avdelingsledelsen gav beskjed om at praksisen måtte opphøre.

b) Informasjon om pasientens rettigheter

Revisjonsteamet har sett på maler for standardbrev sendt til pasienter i revisjonsperioden i kirurgisk avdeling og finner følgende.

- Avdelingen har redigert standardbrev til pasienter som har medført manglende informasjon til pasienten om rettigheter og prioritet.
  - Rettigheter det ikke er opplyst om:
    - Frist for rett til helsehjelp
    - Klagerett
    - Rett til fritt sykehus valg

**Referanse**

Pasientrettighetsloven §§ 2-1, 2-2

NS-EN ISO 9001: 2008: 7.2.1

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 g

Veiledere for prioritering av rett til helsehjelp

**Avvik 2. Mangel på overordnet system for oppfølging og kontroll av ventelister og frister (internkontroll)**

Dette begrunnes i følgende forhold:

- Avdelingsledelsen har ikke sikret overordnet oppfølging, rapportering og kontroll.
- Inntakskontoret kunne ikke legge fram beskrivelse av avdelingens prosesser knyttet til håndtering av ventelister.
- Det forelå ingen skriftlige prosedyrer for organisering av ventelister. Helsesekretærene har etablert ulik praksis i forhold til håndtering av ventelister, etter hva revisjonsteamet vurderer som etter "beste evne".
- Det var ikke etablert lik praksis i forhold til hvordan kommunikasjon mellom helsesekretær og leger skal være i forhold til prioritering av helsehjelp.
- Avdelingen har en praksis med scanning av prøvesvar som foregår på forskjellige steder. Denne praksisen er ikke beskrevet eller samordnet slik at man sikrer at scanningen skjer på lik og på korrekt måte.

**Referanse:**

NS-EN ISO 9001:2008 4.1, 7.2.1, 7.5.1

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 g

### **Avvik 3. Ansvars- og myndighetsforhold på inntakskontoret er ikke beskrevet**

Dette begrunnes i følgende forhold:

- Ansvar og myndighetsforhold på inntakskontoret er ikke fastsatt og framstår uklart for medarbeidere. Det er en todelt ledelse som skiller på personalledelse og fagledelse. Grensesnittet mellom kontortjenesten og kirurgisk avdeling er ikke beskrevet og oppfattes ulikt av personalleder og fagleder.
- Det kunne ikke legges fram beskrivelse av inntakskontorets prosesser knyttet til håndtering av ventelister.
- Stillingsbeskrivelser for helsesekretærer, pasientkoordinator og leder for kontortjenesten kan ikke legges fram.

#### **Referanse:**

NS-EN ISO 9001:2008 4.1, 5.5.1, 6.3

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 a

### **Avvik 4. Manglende kontroll på at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og får nødvendig opplæring**

Dette begrunnes i følgende forhold:

- Manglende systematisk opplæring og oppfølging av at alle leger har nødvendig kompetanse i bruk av DIPS.
- ██████████ har ikke tilstrekkelig innsikt i lovverket og faglig kompetanse ved styring av ventelister i DIPS.
- Ledelsen i SAB besluttet i september – oktober 2009 at alle avdelinger skulle ta i bruk prioriteringsveilederne utgitt av Helsedirektoratet. Det ble ikke etablert prosedyrer som sikret tilstrekkelig opplæring og bruk av prioritering i henhold til prioriteringsveilederne. Revisjonsteamet finner i sine intervjuer at det er stor variasjon i legegruppen i kirurgisk avdelings bruk av prioriteringsveiledere, fra systematisk bruk til ingen bruk.
- Avdelingen har hatt lite fokus på antall pasienter på venteliste og legene har blitt lite involvert. På spørsmål fra revisjonsteamet svarer svært få av legene at de hadde fått informasjon om dette.

#### **Referanse:**

NS-EN ISO 9001:2008 6.2

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 c

## **Avvik 5. Manglende identifisering av kritiske prosesser og prosedyrer ved bruk av DIPS**

Dette begrunnes i følgende forhold:

- Gjennom samtaler kommer det fram at det er ingen som kjenner til om det er gjennomført noen evaluering av funksjonaliteten i DIPS.
- For å sikre kontroll ved dokumentflyt i DIPS ved henvisninger, kontrolltimer og prøvesvar finnes det ingen prosedyrer som beskriver dette i kirurgisk avdeling.
- Talegjenkjenning ble innført samtidig med nedbemanning av helsesekretærer. Revisjonsteamet informeres i intervjuene om at det ikke er tatt hensyn til at alle oppgaver tidligere utført av sekretærer ble ivarettatt av system for talegjenkjenning og nye arbeidsmåter for leger. Det er ingen kontroll som sikrer at legenes tekster og beskjeder blir korrekte.
- Legene stoler ikke på at det ikke skjer feil i arbeidsflyten i DIPS-systemet. Legene bruker tid på oppgaver som de mener kan gjøres av sekretærer (skriver selv og har egne individuelle kontrollsystemer).
- Sekretærer bes om å utføre oppgaver de ikke er bemannet for (eks. skriving for leger som ikke bruker talegjenkjenning).
- Etter polikliniske konsultasjoner mottar pasientene et konsultasjonsark av legen som pasienten leverer helsesekretær i luken på poliklinikken. Dette konsultasjonsarket har inntil nylig blitt makulert umiddelbart etter at sekretæren har registrert legens oppfølging av pasienten samt diagnosekodning. Dersom det skjer feil ved sekretærens registrering/effektivering, kan legens opprinnelige beskjeder ikke dokumenteres.
- Det er for mange valgmuligheter når man ønsker å sende beskjed eller gul lapp i DIPS:
  1. Kir/ort adm
  2. Kir/ort sekretær
  3. Kir/ort kontorleder
  4. Kir/pol kontor
  5. Kir/pol prøvesvar/undersøkelser
  6. Kir ekspedisjon
  7. Kir ventelistepost

Det er ikke gitt føringer og anbefalinger om rett mottager. Dette baseres på individuelle vurderinger.

### **Referanse:**

NS-EN ISO 9001:2008 4.1, 7.5.1

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 g ,h

## 5. Deltakere ved revisjonen

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og over hvilke personer som ble intervjuet, samt hvilke revisjonsteam som intervjuet

Navn	Funksjon	Apnings- møte	Intervju	Sluttmøte	Revisjons- team
1. [REDACTED]	[REDACTED]		X	X	2
2. [REDACTED]	Seksjonsoverlege [REDACTED]	X	X	X	2
3. [REDACTED]	Seksjonsoverlege [REDACTED]	X	X	X	2
4. [REDACTED]	Overlege [REDACTED]	X	X		2
5. [REDACTED]	Overlege [REDACTED]	X	X		2
6. [REDACTED]	Overlege [REDACTED]		X	X	2
7. [REDACTED]	Overlege [REDACTED]	X	X		2
8. [REDACTED]	Overlege [REDACTED]		X		2
9. [REDACTED]	Overlege [REDACTED]	X	X	X	2
10. [REDACTED]	Ass. lege		X		2
11. [REDACTED]	Ass. lege		X	X	2
12. [REDACTED]	Ass. lege		X		2
13. [REDACTED]	Ass. lege		X	X	2
14. [REDACTED]	[REDACTED]		X	X	1
15. [REDACTED]	Sekretær		X	X	1
16. [REDACTED]	Sekretær		X	X	1
17. [REDACTED]	Sekretær		X	X	1
18. [REDACTED]	Sekretær		X	X	1
19. [REDACTED]	Avdelingssykepleier [REDACTED]	X	X	X	1

20. [REDACTED]	Sykepleier		X		1
21. [REDACTED]	Fagutviklingssykepleier		X	X	1
22. [REDACTED]	Avdelingssykepleier [REDACTED]	X	X		1
23. [REDACTED]	Fagutviklingssykepleier		X	X	1
24. [REDACTED]	Sykepleier		X		1
25. [REDACTED]	Sykepleier		X		1
26. [REDACTED]	Sekretær		X	X	1
27. [REDACTED]	Sekretær [REDACTED]		X	X	1
28. [REDACTED]	Sekretær [REDACTED]		X	X	1
29. [REDACTED]	Sekretær [REDACTED]		X		1
30. [REDACTED]	[REDACTED]		X	X	1
31. [REDACTED]	Sykepleier		X	X	3
32. [REDACTED]	[REDACTED]		X		3
33. [REDACTED]	[REDACTED]		X	X	3
34. [REDACTED]	Avdelingssykepleier (sluttet 311209)		X		3
35. [REDACTED]	Avdelingssekretær		X	X	3
36. Eilert Ottesen	Avdelingssjef	X	X		3

Hilde Skredtveit Moen  
Leder av revisjonsteamet

[REDACTED]  
overlege kirurgisk avdeling [REDACTED]

[REDACTED]  
Spesialrådgiver

[REDACTED]  
Sykepleier kirurgisk [REDACTED]