



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2014/3025

Saksbeh/tlf:
Harald G. Sunde 78973008

Sted/Dato:
Hammerfest 22. september 2015

Saksnummer 79/2015

Saksansvarlig: Medisinsk fagsjef, Harald G. Sunde
Møtedato: 30. september 2015

Oppfølging av internrevisjonsrapport 08/2014 - Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar Oppfølging av internrevisjonsrapport 08/2014 - Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord til etterretning.

Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Vedlegg:

- Saksfremlegg
- Internrevisjonsrapport 08/2014 - Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord



Oppfølging av internrevisjonsrapport 08/2014 - Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord

Saksbehandler: Harald G. Sunde, medisinsk fagsjef

Møtedato: 30. september 2015

1. Sammendrag og anbefaling

Det anbefales at styret tar saken til etterretning.

2. Bakgrunn

Helse Nord's revisjon omfattet registrering, kvalitetssikring og rapportering av datagrunnlag for den nasjonale indikatoren *Strykninger av planlagte operasjoner*. Internrevisjonen konkluderte med at foretakenes praksis knyttet til registrering og rapportering om strykninger av planlagt operasjoner på flere områder brøt med nasjonale føringer for indikatoren.

3. Saksvurdering/analyse

Saken om revisjonsrapporten ble tatt opp som sak 11 i 2015. Styrevedtaket var som flg:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar revisjonsrapport vedrørende "strykninger av planlagte operasjoner" til etterretning.
2. Styret ber Administrerende direktør følge opp forslag til tiltak for lukking av avvik og rapportere til styret når avvik er lukket.

Avviket for Finnmarkssykehuset i denne saken var at Alta ikke var inkludert i vårt avviksarbeid.

Status på saken er som flg:

- Operasjonsmodulen i DIPS er ikke tatt i bruk ennå. Det er nå avklart at Alta kan bruke samme modul som i Hammerfest. Det er noen spørsmål vedrørende tilgangsstyring etc som må avklares før den kan tas i bruk. Dette tas nå opp i klinikkledermøte for avklaring.
- Strykregistreringer startes umiddelbart. Dette gjøres foreløpig manuelt av operasjonssykepleier i Alta. Han gjør dette etter oppsatte kriterier. Disse sendes fortløpende til Karen Heggem de dagene det er operasjoner ved Spesialistpoliklinikken.

Avviket er således lukket ved manuell registrering, dette skal da gjøres enklere når Alta får tatt i bruk operasjonsmodulen i DIPS.



4. Risikovurdering

Korrekt rapportering vil sikre at pasientene mottar kvalitetssikret informasjon om hvordan sjansene er for strykninger av planlagte operasjoner. Det vil gi pasienter og ansatte et riktig bilde av strykninger ved klinikkene. I tillegg vil tallene være sammenlignbare mellom andre sykehus.

5. Medbestemmelse

Saken har vært drøftet med de tillitsvalgte på informasjons- og drøftingsmøte 18. september 2015.

Vedlegg

- Internrevisjonsrapport 08/2014 - Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord

Internrevisjonsrapport 08/2014

**Strykninger av planlagte operasjoner
i Helse Nord**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 21.01.2015

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Strykninger av planlagte operasjoner – en nasjonal kvalitetsindikator.....	4
2 Formål og omfang.....	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
3 Metoder.....	5
4 Observasjoner.....	6
4.1 Godkjenning av operasjonsprogram.....	7
4.1.1 Kriterier.....	7
4.1.2 Observasjoner.....	7
4.2 Inkludert populasjon.....	7
4.2.1 Kriterier.....	7
4.2.2 Observasjoner.....	8
4.3 Ekskludert populasjon.....	9
4.3.1 Kriterier.....	9
4.3.2 Observasjoner.....	9
4.4 Kvalitetssikring og rapportering.....	10
4.4.1 Kriterier.....	10
4.4.2 Observasjoner.....	10
5 Vurderinger, konklusjon og anbefalinger.....	12
5.1 Internrevisjonens vurderinger.....	12
5.2 Konklusjon.....	13
5.3 Anbefalinger.....	15

Vedlegg

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i alle sykehusforetakene i Helse Nord i perioden september - desember 2014.

Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at etablert praksis knyttet til registrering av strykninger/utsettelse fra planlagt operasjonsprogram samsvarer med nasjonale føringer og at datagrunnlaget kvalitetssikres slik at det er rimelig sikkerhet for at rapportering om andel strykninger er pålitelig.

Revisjonen har omfattet registrering, kvalitetssikring og rapportering av datagrunnlag for den nasjonale indikatoren *Strykninger av planlagte operasjoner*.

Konklusjon

Internrevisjonen konkluderer med at foretakenes praksis knyttet til registrering og rapportering om strykninger av planlagt operasjoner på flere områder bryter med nasjonale føringer for indikatoren. Datagrunnlaget har store ulikheter, og resultatene som offentliggjøres er derfor ikke sammenlignbare mellom foretakene.

Stor ulikhet i starttidspunktet for telling av strykninger, som varierer fra kl 14.00 til kl 24.00, er etter internrevisjonens vurdering det enkeltforholdet som i størst grad fører til manglende sammenlignbarhet. Også andre svakheter som er påpekt i rapporten innebærer betydelig svekkelse av rapporteringens pålitelighet og sammenlignbarhet.

Ulikhetene har oppstått som følge av flere forhold. Den nasjonale indikatorbeskrivelsen mangler på enkelte områder presise føringer, noe som har gitt rom for ulik tolkning/praksis. Helse Nord RHF har ikke gitt regionale føringer for å motvirke dette. Revisjonen har også vist at foretakenes kvalitetssikring av indikatorens grunnlagsdata er mangelfull.

Anbefalinger

Internrevisjonen har gitt anbefalinger både til Helse Nord RHF og til helseforetakene om forbedringsarbeid som omfatter korrigerende av praksis, etablering og implementering av retningslinjer, samt harmonisering av bruk av dataverktøy.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i alle sykehusforetakene i Helse Nord i perioden september - desember 2014. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2014/2015, og er utført av internrevisor Hege Knoph Antonsen og internrevisor Bjørn Ole Kristiansen. Revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret.

Internrevisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt alle sykehusforetakene 28.08.2014.
- Dokumentgjennomgang, intervjuer og tester ved sykehusene i Kirkenes, Tromsø, Bodø og Mo i Rana i ukene 39-42, avsluttet med lokalt oppsummeringsmøte ved det enkelte sykehus.
- Spørreskjema utfylt av ansatte ved de øvrige somatiske sykehusene i regionen (Hammerfest, Harstad, Narvik, Vesterålen, Lofoten, Mosjøen og Sandnessjøen) i ukene 43-45.
- Utkast til en samlet rapport for Helse Nord oversendt til alle sykehusforetakene og Helse Nord RHF 08.12.2014 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta.
- Tilbakemelding på rapportutkast mottatt fra alle foretakene i uke 3-2015.

1.1 Strykninger av planlagte operasjoner – en nasjonal kvalitetsindikator

Andel strykninger/utsettelse av planlagte operasjoner har vært en av de nasjonale kvalitetsindikatorerne siden slike indikatorer ble innført, jf. Helsedirektoratets indikatorbeskrivelse N-006, se Vedlegg 1. Fra og med 2014 inngår denne kvalitetsindikatoren også i grunnlaget for RHF-enes finansiering gjennom forsøksordningen kvalitetsbasert finansiering (KBF). I metodikken som er utviklet for dette, jf. Helsedirektoratets rapport IS-2111, legges det til grunn at dataleverandørene gjør en grundig kvalitetssikring av datamaterialet for indikatorene. Strykninger (N-006) og korridorpasienter (N-001) er de eneste av disse indikatorene hvor RHF-ene/HF-ene er definert som dataleverandør direkte. Øvrige indikatorer rapporteres via Norsk pasientregister (NPR) eller andre kvalitetsregistre.

I indikatorbeskrivelsen framgår det at en strykning skal registreres "når den skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger". Det er ikke nærmere spesifisert hva "godkjenning" innebærer, eller tidsfrister for dette. Det er heller ikke gitt regionale føringer med nærmere retningslinjer om dette fra Helse Nord RHF.

Indikatoren om strykninger uttrykkes i prosent, slik:

$\frac{\text{antall strykninger (teller)}}{\text{antall planlagte operasjoner i perioden (nevner)}} \times 100 \% = \text{andel strykninger}$

Helsedirektoratet oppgir resultater tertialvis på helsenorge.no. Helse Nord RHF henter indikatorens resultat herfra for rapportering til styret og til bruk ved oppfølging av foretakene.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at etablert praksis knyttet til registrering av strykninger/utsettelse fra planlagt operasjonsprogram samsvarer med nasjonale føringer og at datagrunnlaget kvalitetssikres slik at det er rimelig sikkerhet for at rapportering om andel strykninger er pålitelig.

2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter registrering, kvalitetssikring og rapportering av datagrunnlag for den nasjonale indikatoren *Strykninger av planlagte operasjoner* ved alle sykehusforetakene i Helse Nord.

Med utgangspunkt i formålet har revisjonen vært konsentrert om følgende fokusområder knyttet til kvalitetsindikatoren:

1. Godkjenning av operasjonsprogram
2. Inkludert populasjon
3. Ekskludert populasjon
4. Kvalitetssikring og rapportering

For hvert fokusområde har internrevisjonen utarbeidet konkrete kriterier, basert på Helsedirektoratets indikatorbeskrivelse *N-006, Strykninger av planlagte operasjoner* og *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, av 20.12.2002*. Kriteriene er gjengitt i kapittel 4.

Tema som foretakenes måloppnåelse, årsaker til strykninger og hvordan indikatorens resultater benyttes til kontinuerlig forbedring, har ikke vært omfattet av denne revisjonen.

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- Dokumentgjennomgang:
Innhentet/framlagt dokumentasjon er gjennomgått med sikte på å identifisere informasjon som er relevant for fokusområdene og de tilhørende kriteriene, og er

benyttet i forberedelser til intervju. Se *Vedlegg 2, Dokumentoversikt*.

- Intervju:
Ved ett av sykehusene i hvert HF er 6-10 utvalgte medarbeidere med oppgaver som inngår i prosessen, blitt intervjuet. Dette gjelder sykehusene i Kirkenes, Tromsø, Bodø og Mo i Rana.
- Tester:
Ved sykehusene hvor det er gjort intervju, er følgende tester gjennomført:
 - Test 1: Datauttrekk
Det ble kontrollert om følgende føringer fra indikatorbeskrivelsen etterleves ved datauttrekk:
A: Er "alle strykninger, uavhengig av årsak" inkludert i teller?
B: Omfatter nevner "antall planlagte operasjoner", både innlagte pasienter og dagkirurgi?
C: Er tidsperioden den samme for teller og nevner?
D: Er ø-hjelp ekskludert både fra teller og nevner?
E: Er prosedyrer som ikke er operasjon (eks. endoskopier), ekskludert?
 - Test 2: Rapportering
1. tertial 2014 ble valgt som kontrollperiode, da dette var perioden for sist publiserte resultater fra Helsedirektoratet. Testen omfattet bare foretak som baserer sin rapportering på sammenstilling av internt rapporterte tall. Det ble kontrollert om teller og nevner er uendret i rapporteringskjeden, fra foretakets interne rapportering (innsamling av data) til Helsedirektoratets publiserte resultater.
- Spørreundersøkelse:
Fra sykehusene i Hammerfest, Harstad, Narvik, Vesterålen, Lofoten, Mosjøen og Sandnessjøen, er det innhentet skriftlige svar på et spørreskjema om flere av revisjonens kriterier. Spørreskjemaet var inndelt i to deler:
 - Del 1: Spørsmålene skulle besvares av en tverrfaglig gruppe, fortrinnsvis gruppen som normalt gjennomgår og fastsetter operasjonsprogram for kommende dag/dager.
 - Del 2: Denne delen skulle bare besvares dersom lokalt personell ved sykehuset gjør datauttrekk og sender sykehusets rapport om strykninger av planlagte operasjoner som grunnlag for foretakets videre rapportering.

4 Observasjoner

Hvert delkapittel/fokusområde innledes med en beskrivelse av hvilke forventninger internrevisjonen har lagt til grunn (kriterier). Deretter presenteres internrevisjonens observasjoner relatert til kriteriene.

4.1 Godkjenning av operasjonsprogram

4.1.1 Kriterier

- a) Det er lik forståelse blant helsepersonell involvert i planlegging og gjennomføring av operasjoner, av når operasjonsprogrammet er godkjent.
- b) Godkjent operasjonsprogram foreligger dagen før operasjon.

4.1.2 Observasjoner

Internrevisjonen har gjort følgende observasjoner i tilknytning til godkjenning av operasjonsprogram:

- Operasjonsprogrammet settes opp i DIPS, på bakgrunn av registrerte operasjonsmeldinger fra operatør.
- Ingen av foretakene gjennomfører en formell, dokumentert godkjenning av operasjonsprogrammet.
 - Ved de største sykehusene (Tromsø og Bodø) planlegges operasjonsprogrammet for kommende uke i et tverrfaglig koordineringsmøte. Programmet betraktes som "godkjent" i etterkant av dette møtet. Disse sykehusene har ingen godkjenning av programmet dagen før operasjon.
 - De øvrige sykehusene hvor revisjonsintervju ble gjennomført, Kirkenes og Mo i Rana, har i tillegg til ukeplan også et daglig koordineringsmøte for fastsetting av neste virkedags program. Programmet betraktes som "godkjent" etter at endringer avtalt i koordineringsmøtet er registrert. Mo i Rana har satt frist for slike endringer til kl 14.00, mens det i Kirkenes kan gjøres endringer fram til kl 15.00.
 - Alle sykehusene som var omfattet av spørreundersøkelsen har oppgitt et klokkeslett dagen før operasjon (mellom kl 14.00 og 15.30) som tidspunkt for godkjenning av programmet. Internrevisjonen har ikke undersøkt hva godkjenning innebærer ved det enkelte sykehus, men Mosjøen har kommentert at fristen for endringer i programmet er kl 14.00.
- Godkjent program låses ikke i DIPS (tilgjengelig funksjonalitet benyttes ikke). Programmet kan dermed endres også etter at det er godkjent. Operasjonsmeldinger kan både slettes og flyttes uten at det registreres strykning. Etteranmeldte elektive operasjoner kan legges til og kan da ikke skilles fra operasjonene som var planlagt på "godkjenningstidspunktet".
- Gjennom intervju er det framkommet at det, ved alle sykehusene – men i ulikt omfang, gjøres endringer på en slik måte at det i ettertid ikke kan dokumenteres hva som var planlagte operasjoner (godkjent program).

4.2 Inkludert populasjon

4.2.1 Kriterier

- a) Rapporteringen omfatter alle aktuelle operasjonsstuer i foretaket.
- b) Både innlagte og dagkirurgiske pasienter omfattes.
- c) Alle strykninger skal telles med uansett årsak.

4.2.2 Observasjoner

Internrevisjonen har gjort følgende observasjoner vedrørende hvilke enheter, operasjonsstuer og pasienter som er inkludert i registreringene:

- Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset har ikke forsikret seg om at rapporteringen omfatter alle aktuelle operasjonsstuer/pasienter. Det har framkommet at enkelte operasjoner (døgn- og dagpasienter) ikke inkluderes. Dette gjelder:
 - Finnmarkssykehuset:
Hammerfest, dagkirurgiske inngrep på spesialistpoliklinikken i Alta. Internrevisjonen er ikke kjent med omfanget av slike operasjoner.
 - Nordlandssykehuset:
Bodø, øye-operasjoner. Med bistand fra personell i intern-IT ved NLSH, ble det konstatert at det er registrert 14 øyeoperasjoner 1. tertial 2014 for døgn- og dagpasienter.

Følgende observasjoner gjelder registrering og rapportering av antall strykninger:

- Tidsgrensen for når på dagen før operasjon det rapporteres strykninger fra, er definert ulikt mellom foretakene. Se tabell 1.

Tabell 1. Tidsgrense for når på dagen før operasjon det rapporteres strykninger fra

Foretak	Tidsgrense dagen før operasjon for rapportering av strykninger
Finnmarkssykehuset	15.00
Universitetssykehuset Nord-Norge	24.00
Nordlandssykehuset	20.00
Helgelandssykehuset	14.00

- Alle registrerte strykninger etter dette tidspunktet, uavhengig av årsak, inkluderes i foretakenes rapportering.
- Ved UNN og Nordlandssykehuset blir ikke alle utsettelse registrert som strykning. UNN Narvik og Nordlandssykehuset Lofoten har i spørreundersøkelsen opplyst at alle utsettelse fra godkjent operasjonsprogram registreres som strykning. Ved de øvrige sykehusene i disse foretakene framkom følgende:
 - I intervjuer i Bodø og Tromsø framkom at operasjonsdatoen noen ganger forskyves direkte i eksisterende operasjonsmelding, i stedet for at man stryker og registrerer ny operasjon.
 - I Bodø ble det antydnet at dette i hovedsak skjer ved utsettelse som skyldes kapasitetsmangel, og dersom operasjonen lar seg forskyve innenfor få dager.
 - I svar på vår spørreundersøkelse framkommer det at man i Vesterålen har tilfeller der utsettelse ikke blir registrert som strykning, for eksempel når årsaken er mangel på operatør.
 - Sykehuset i Harstad har opplyst at følgende årsaker til utsettelse av operasjoner ikke registreres som strykning: kapasitetsproblemer, uventet lang operasjonstid og strykning på grunn av øyeblikkelig-hjelp-pasienter.

- Ved Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har det ikke framkommet indikasjoner på mangelfull registrering av strykninger.
 - I Kirkenes blir det ført en manuell oversikt over strykninger, som danner utgangspunkt for rapportering, og for eventuell korrigerende registreringer i DIPS i ettertid. Det ble opplyst at alle strykninger blir inkludert, uavhengig av årsak.
 - På Mo i Rana registreres alle strykninger i DIPS av driftssykepleier, etter beskjed fra pasienten, operatør eller ansatte ved operasjons- og anestesivdelingen. Det framkom en felles oppfatning om at alle strykninger blir registrert, uavhengig av årsak og tidspunkt. Strykninger utført før godkjenning av program blir filtrert bort ved rapportering.
 - I spørreundersøkelsen har sykehusene i Hammerfest, Mosjøen og Sandnessjøen bekreftet at alle utsettelse etter foretakets frist, registreres som strykninger. Sandnessjøen har imidlertid en oppfatning om at gjeldende frist er kl 15.00, ikke 14.00 som benyttes ved foretakets rapportering.

4.3 Ekskludert populasjon

4.3.1 Kriterier

- a) Ø-hjelp ekskluderes både fra teller og nevner.
- b) Etteranmeldte pasienter ekskluderes både fra teller og nevner.
- c) Prosedyrer utenom operasjoner, som utføres på operasjonsavdelinger (eks. endoskopier, undersøkelser i narkose med mer), ekskluderes.

4.3.2 Observasjoner

Internrevisjonen har gjort følgende observasjoner i tilknytning til ekskludert populasjon:

- Det er ulik registreringspraksis knyttet til skillet mellom ø-hjelpsoperasjoner og elektive operasjoner:
 - I Kirkenes defineres alle operasjoner som er planlagt innen kl 15.00 dagen før operasjon (de som inngår i programmet), som elektive operasjoner. Alle operasjoner som tilkommer etter denne tid, defineres som ø-hjelp.
 - Også på Mo i Rana defineres alle operasjoner som er planlagt innen programmet "godkjennes", som elektive. Ø-hjelpsoperasjoner som meldes om ettermiddagen, men som av ulike grunner ikke utføres før neste dag, blir omregistrert til elektive operasjoner.
 - I Tromsø definerer noen leger all aktivitet tilknyttet en ø-hjelps-henvisning, som ø-hjelp, uavhengig av antall dager fra innkomst på sykehuset. Andre viste til en oversikt hvor hastegrad for ulike tilstander er definert. Det er uklart om operasjonens ø-hjelpsstatus endres, dersom pasienten overføres mellom ø-hjelpsteam og elektivt team i Tromsø.
 - I Bodø fikk vi opplyst at operasjonens ø-hjelpsstatus ikke endres, selv om det byttes team, og det framkom ikke andre problemstillinger omkring skillet mellom ø-hjelp og elektive operasjoner.
- Etteranmeldte pasienter skal i henhold til indikatorbeskrivelsen ekskluderes fra datagrunnlaget. Ved de fleste sykehusene blir imidlertid etteranmeldte inkludert (både i teller og nevner), fordi disse ikke kan skilles fra de planlagte operasjonene.

Unntakene er Mo i Rana og Kirkenes, hvor alle etteranmeldte defineres som ø-hjelp.

- Prosedyrer utenom operasjoner, som utføres på operasjonsavdelinger (endoskopier, undersøkelser i narkose med mer), blir bare ekskludert ved UNN og delvis ved Nordlandssykehuset.
 - UNN ekskluderer slike prosedyrer ved hjelp av filter for "operasjonstypekoder" (en rekke koder for blant annet ulike typer skopier og anestesiprosedyrer (AN-)) i datauttrekket.
 - NLSH (Bodø og Vesterålen) ekskluderer anestesiprosedyrer (AN-) og ØYE-operasjoner på bakgrunn av "operasjonstypekoder". I tillegg blir noen undersøkelser ekskludert på bakgrunn av hvem som er utfører (når de ikke utføres av kirurg).
 - Ved de andre foretakene, og ved NLSH Lofoten, blir de fleste slike undersøkelser inkludert i rapporteringen.

4.4 Kvalitetssikring og rapportering

4.4.1 Kriterier

- a) Det er etablert prosedyrer for kvalitetssikring av datamaterialet før rapportering.
- b) Tidsperioden det rapporteres for er den samme for teller og nevner.
- c) Rapporterte resultater er kvalitetssikret i henhold til etablerte prosedyrer.
- d) Dersom det avdekkes feil eller mangler i datagrunnlaget, registreres det avvik i foretakets avvikssystem.
- e) Det er avklart hvordan og av hvem rapportering skal utføres.

4.4.2 Observasjoner

Internrevisjonen har gjort følgende observasjoner vedrørende skriftlige prosedyrer:

- Det er i liten grad utarbeidet skriftlige retningslinjer/prosedyrer for å forhindre, oppdage og korrigere feil i datamaterialet for indikatoren, eller for datauttrekk og rapportering av indikatorens resultater.
- Noen eksempler på relevante prosedyrer har likevel blitt framlagt (se oversikt i Vedlegg 2). Her vil vi spesielt nevne:
 - Nordlandssykehuset har utarbeidet flere skriftlige retningslinjer/prosedyrer relatert til operasjonsplanlegging i DIPS, blant annet "PR11306, Overordnede rutiner – ansvarsforhold operasjonsplanlegging" og "PR12154, Kvalitetskontroll planlagte inngrep i operasjonsplanleggingsmodulen i DIPS".
 - Helgelandssykehuset har oversendt en detaljert beskrivelse for hvordan datauttrekket fra DIPS gjøres. Beskrivelsen er ikke lagret i Docmap.
- Ingen av foretakene har i sine retningslinjer/prosedyrer tatt inn beskrivelse av hvordan ansvar og oppgaver relatert til rapportering er fordelt.

Følgende observasjoner gjelder tiltak som utføres for å kvalitetssikre datagrunnlaget og håndtere eventuelle mangler/feil:

- Ingen av foretakene gjør helhetlige og systematiske kontroller for å kvalitetssikre datagrunnlaget i forkant av rapportering, men enkelte kontrolltiltak er etablert:

- Ved flere av sykehusene gjør ansatte ved operasjons- og anestesivdelingen en daglig kontroll av at operasjonsregistreringene i DIPS avsluttes korrekt og sikrer at eventuelle mangler i registreringene blir korrigert.
- Ved sykehus der lokalt personell gjør datauttrekk og rapporterer til foretaksstab, se Tabell 2 nedenfor, gjøres enkelte kontroller av datagrunnlaget i forbindelse med datauttrekket/tellingen. Internrevisjonen har ikke fått noen presise beskrivelser av hva som kontrolleres.
- UNN har utarbeidet utkast til prosedyrer som beskriver både daglig sjekk og månedlig sjekk av registreringer i operasjonsprogrammet. Disse prosedyrene er verken distribuert i Docmap eller i bruk.
- Ingen av foretakene bruker avvikssystemet Docmap ved feil eller mangler i datagrunnlaget. Den som oppdager feil korrigerer dette selv eller gir beskjed til andre om å korrigere.

Internrevisjonen har gjort følgende observasjoner vedrørende selve datauttrekket og rapporteringen:

- Datauttrekket som danner grunnlag for foretakenes rapportering til Helsedirektoratet, gjøres ulikt mellom foretakene. Se tabell 2.

Tabell 2. Datakilde og oppgavefordeling ved rapportering til Helsedirektoratet

Foretak	FIN	UNN	NLSH	HSYK
Datakilde	Kirkenes: Manuell oversikt Hammerfest: DIPS-rapport D-3066	DIPS-rapport D-1006954 (teller) og D-1006818 (nevner)	DIPS-rapport D-6946	DIPS-rapport D-6946
Intern rapportering til HF-stab fra	Hammerfest Kirkenes	Ingen	Bodø Vesterålen Lofoten	Ingen
HF-stabs rapport til Hdir er basert på	Sammenstilling av mottatte data	DIPS-rapporter	Sammenstilling av mottatte data	DIPS-rapport

Datauttrekk fra DIPS forutsetter at det gjøres en rekke filtreringer og andre tilpasninger for å komme fram til det antall som skal rapporteres. Metodene og filtrene som benyttes til dette er ulike og delvis utarbeidet lokalt.

- Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset benytter en stardardrapport fra DIPS (D-6946, *Kvalitetsrapport DIPS operasjonsplanlegger*) som grunnlag for å filtrere fram først nevneren, og deretter telleren (ved lokal framgangsmåte). Rapportens utgangspunkt er at en operasjon er planlagt når en operasjonsressurs (stue) er tilknyttet operasjonsmeldingen.
- UNN har laget tilpassede rapporter i DIPS basert på D-6946, én for teller og én for nevner, samt tilhørende filterfiler som hentes fra filstrukturen hver gang disse rapportene kjøres.
- I test 1 har vi gjennomgått om føringer fra indikatorbeskrivelsen etterleves i datauttrekket, se kap. 3, Metoder. I Finnmarkssykehuset var dette en gjennomgang av hvordan manuell telling i Kirkenes gjøres. Testen viste at:

- Datauttrekket i hovedsak gjøres i samsvar med indikatorbeskrivelsen, til tross for at metodene for uttrekk er ulike.
 - UNN og Nordlandssykehuset teller antall planlagt operasjoner som "antall utførte elektive operasjoner + antall strykninger". De andre to foretakene teller planlagte operasjoner direkte, enten manuelt fra operasjonsprogram eller fra DIPS-rapport.
 - På ett av punktene var etterlevelsen i rapporteringsfasen mangelfull ved alle foretakene, unntatt ved UNN. Dette gjaldt ekskludering av prosedyrer, se omtale i kap. 4.3.2 foran.
- Foretakene rapporterer tertialvis til Helsedirektoratet antall planlagte operasjoner og antall strykninger ved hvert av sykehusene i siste tertial. I indikatorbeskrivelsen presiseres det at rapporteringen skal være på sykehusnivå. UNN rapporterer imidlertid data bare på foretaksnivå, selv om det ble opplyst at man benytter data på sykehusnivå til intern oppfølging. Rapporteringen gjøres av HF-stab (kvalitetsrådgiver) ved at tallene fylles inn i et Excelskjema fra Helsedirektoratet som innsendes med e-post.
 - Før Helsedirektoratet offentliggjør resultatene, mottar avsender disse til orientering/kontroll, med mulighet for å melde tilbake om eventuelle feil. Slik kontroll har imidlertid ikke vært gjort systematisk ved Finnmarkssykehuset og UNN.
 - Internrevisjonen har gjort en stikkprøve av rapporteringen for 1. tertial 2014 (test 2), for å kontrollere om teller og nevner er uendret i rapporteringskjeden fra foretakets interne rapportering (innsamling av data) til Helsedirektoratets publiserte tall. Testen omfattet bare foretak som baserer sin rapportering på sammenstilling av internt rapporterte tall, altså Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset (jf. Tabell 2 over). Ved begge disse foretakene er en rekke opplysninger om aktivitet relatert til operasjoner inkludert i rapporteringen fra sykehusene, slik at det ikke er opplagt hva som skal inkluderes i videre aggregering. Hensikten med testen var primært å kontrollere om det er en felles forståelse i intern rapporteringskjede om hvilke data som skal inkluderes i sammenstillingen for teller og nevner. I tillegg vil tilfeldige regnefeil bli oppdaget. Stikkprøven viste ingen avvik i foretakenes rapporteringskjede (tallene ble forstått og behandlet likt av avsender og mottaker), men det ble avdekket en feil i Helsedirektoratets publiserte tall for Hammerfest. Feilen på helsenorge.no ble korrigert etter at internrevisjonen tok kontakt. I forbindelse med testen framkom det også at UNN ikke hadde rapportert for 1. tertial 2014.

5 Vurderinger, konklusjon og anbefalinger

5.1 Internrevisjonens vurderinger

Ved å sammenstille observasjonene om registreringspraksis, rutiner for kvalitetssikring og spesifikasjoner i datauttrekk, har internrevisjonen gjort en kvalitativ og skjønnsmessig vurdering av påliteligheten i henholdsvis teller og nevner.

Vi har valgt å synliggjøre vurderingen vår ved bruk av fargekoder. Tabell 3 nedenfor viser resultatet av vurderingene våre, samt opplysninger om hvilke observasjoner som har vært avgjørende for pålitelighetsvurdering lavere enn grønn.

Tabell 3. Internrevisjonens vurdering av påliteligheten i teller og nevner

Pålitelighet i:	Teller	Begrunnelse teller	Nevner	Begrunnelse nevner
FIN	Gul	Strykninger av dagkirurgiske inngrep i Alta inngår ikke.	Gul	Dagkir. inngrep i Alta inngår ikke. Prosedyrer ekskluderes ikke.
UNN	Rød	Starttidspunkt for telling av strykninger (kl 24:00). Ikke alle strykninger registreres.	Gul	Etteranmeldte ekskluderes ikke. Usikkert skille ø-hjelp/elektiv.
NLSH	Rød	Starttidspunkt for telling av strykninger (kl 20:00). Ikke alle strykninger registreres. Strykninger av øye-opr. inngår ikke.	Gul	Øye-opr. inngår ikke. Etteranmeldte ekskluderes ikke. Prosedyrer ekskluderes delvis.
HSYK	Grønn		Gul	Prosedyrer ekskluderes ikke. Usikkert skille ø-hjelp/elektiv.

Fargekodene har vi definert slik:

Grønn: Følgende tre vilkår er innfridd:

- Starttidspunktet for telling av strykninger er dagen før planlagt operasjon og samsvarer med tidspunkt for "godkjenning" av operasjonsprogram.
- Det er ikke avdekket systematiske brudd på føringer i indikatorbeskrivelsen.
- Det er ikke avdekket registreringsfeil i større omfang, men tilfeller av registreringsfeil på individnivå kan forekomme.

Gul: Starttidspunkt for telling av strykninger er dagen før planlagt operasjon og samsvarer med tidspunkt for "godkjenning" av operasjonsprogram, men revisjonen har avdekket ett eller begge av følgende forhold:

- Systematiske brudd på enkelte av føringene i indikatorbeskrivelsen, som påvirker antall, men i et beskjedent omfang.
- Interne ulikheter i tolkning/praksis for registrering av grunnlagsdata som gir usikkert tallmateriale.

Rød: Revisjonen har avdekket ett eller flere av følgende forhold:

- Starttidspunkt for telling av strykninger avviker fra tidspunkt for "godkjenning" av operasjonsprogram, eller starttidspunktet er ikke dagen før planlagt operasjon.
- Systematiske brudd på føringer i indikatorbeskrivelsen som gir betydelig utslag på antall.
- Stort omfang av registreringsfeil som gir betydelig utslag på antall.

Etter internrevisjonens vurdering medfører den store ulikheten i starttidspunktet for telling av strykninger i seg selv at foretakenes rapportering om andel strykninger ikke er sammenlignbar og pålitelig. UNN og Nordlandssykehuset, som starter registreringen senest på dagen, unnlater i tillegg å registrere/inkludere enkelte strykninger i sin rapportering. Dette tilsier at UNN og Nordlandssykehuset ville hatt høyere andel

strykninger enn de har rapportert, dersom kriteriene som ble lagt til grunn var de samme som i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset (fra klokkeslett 14/15 og alle årsakskoder inkludert).

På den annen side er det UNN (og delvis Nordlandssykehuset) som i størst grad har etterlevd indikatorbeskrivelsens føringer om å ekskludere prosedyrer som ikke er operasjon. De andre foretakene, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset, har dermed hatt for stort antall operasjoner i sin nevner, noe som fører til en lavere andel strykninger enn reelt. Omfanget av slike prosedyrer er ikke undersøkt av internrevisjonen, men kan variere mellom sykehusene.

Ulik tolkning og registreringspraksis omkring skillet mellom elektive operasjoner og ø-hjelpsoperasjoner kan potensielt gi store utslag på indikatoren om strykninger. Internrevisjonen har imidlertid ikke gjort undersøkelser som gir grunnlag for nærmere uttalelser om denne problemstillingen.

Internrevisjonen har konstatert at ikke alle operasjoner på døgn- og dagkirurgiske pasienter er inkludert. I indikatorbeskrivelsen står det at "alle operasjonsstuer" til behandlingsstedet skal inkluderes. Vi har lagt til grunn at alle døgn-/dagkirurgiske operasjoner skjer ved en "operasjonsstue", og vurderer det derfor slik at også de aktuelle operasjonene ved Spesialistpoliklinikken i Alta (som organisatorisk er tilknyttet klinikk Hammerfest), samt øye-operasjoner som skjer i egne operasjonslokaler, skal inkluderes.

5.2 Konklusjon

Internrevisjonen konkluderer med at foretakenes praksis knyttet til registrering og rapportering om strykninger av planlagt operasjoner på flere områder bryter med nasjonale føringer for indikatoren. Datagrunnlaget har store ulikheter, og resultatene som offentliggjøres er derfor ikke sammenlignbare mellom foretakene.

Stor ulikhet i starttidspunktet for telling av strykninger, som varierer fra kl 14.00 til kl 24.00, er etter internrevisjonens vurdering det enkeltforholdet som i størst grad fører til manglende sammenlignbarhet. Også andre svakheter som er påpekt i rapporten innebærer betydelig svekkelse av rapporteringens pålitelighet og sammenlignbarhet.

Ulikhetene har oppstått som følge av flere forhold. Den nasjonale indikatorbeskrivelsen mangler på enkelte områder presise føringer, noe som har gitt rom for ulik tolkning/praksis. Helse Nord RHF har ikke gitt regionale føringer for å motvirke dette. Revisjonen har også vist at foretakenes kvalitetssikring av indikatorens grunnlagsdata er mangelfull.

5.3 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF, i samarbeid med helseforetakene, å:

1. Sørge for at det etableres felles forståelse og retningslinjer for registreringer vedrørende planlagte operasjoner i Helse Nord.

Retningslinjene bør blant annet omfatte:

- a. Føringer for hva "godkjenning" av operasjonsprogram innebærer, herunder hvilke tidsfrister som gjelder for slik godkjenning og hvordan det godkjente programmet skal dokumenteres og kunne gjenfinnes på et senere tidspunkt.
 - b. Presisering av sammenhengen mellom tidspunkt for godkjenning av operasjonsprogram og starttid for registrering av strykninger.
 - c. Avklaring om hvordan og når operasjoner skal registreres som ø-hjelp.
 - d. Avklaring om hvordan prosedyrer som utføres på operasjonsstue (utenom operasjoner) skal registreres og hvilke prosedyrer dette gjelder, slik at disse kan ekskluderes ved rapportering ihht. indikatorbeskrivelse N-006.
 - e. Beskrivelse av hvordan endringer av godkjent operasjonsprogram skal registreres slik at både etteranmeldte og strykninger framgår og kan hensyntas ved rapportering.
 - f. Føringer for hvordan datauttrekk til indikatoren skal gjøres. Det bør tilstrebes at så mange som mulig av spesifikasjonene for uttrekket bygges inn i rapportgenerator/felles filter, og ikke krever ytterligere bearbeiding i etterkant.
2. Sørge for at eventuelle behov for tilpasninger/utvikling i DIPS blir kartlagt, vurdert, bestilt og iverksatt.
 3. Vurdere om det er behov for presiseringer/endringer i den nasjonale indikatorbeskrivelsen, og eventuelt melde dette til Helsedirektoratet.

Internrevisjonen anbefaler det enkelte helseforetak å:

1. Korrigere sin registrerings- og rapporteringspraksis der revisjonen har avdekket manglende samsvar med indikatorbeskrivelsens spesifikasjoner.
2. Bidra aktivt i et regionalt forbedringsarbeid på initiativ fra RHF-et, og implementere de endringer som arbeidet resulterer i.

Vedlegg 1

Helsedirektoratets indikatorbeskrivelse N-006, Strykninger av planlagte operasjoner



Indikator nr: N-006	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	Indikator: Strykninger av planlagte operasjoner
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.
Begrepsavklaringer Strykning fra operasjonsprogrammet Registreres når den skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Med operasjonsprogram menes plan for bruk av operasjonsstuer med personell. Strykning defineres som at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet. Alle strykninger skal telles med uansett årsak.
Begrunnelse, referanse, evidens Strykninger fra oppsatt program er ikke akseptabel praksis. Planlegging av operasjonsaktiviteten bør ha en slik forutsigbarhet at strykninger unngås. Pasienter som settes opp på operasjonsprogrammet bør være utredet slik at strykninger unngås. 1. For pasienten er det en negativ opplevelse å bli strøket fra operasjonsprogrammet. 2. Operasjonsvirksomhet legger beslag på store ressurser i helseforetakene. Det er viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at ressursene blir optimalt utnyttet. 3. For helseforetakene medfører strykninger kostnad i form av ekstra liggedøgn preoperativt. 4. Det er viktig å få løpende tall som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeid.
Type indikator Prosessindikator innenfor området planlegging og gjennomføring av operativ virksomhet.
Indikatoren uttrykker Indikatoren er uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Målsetting: Under 5% strykninger

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Omfatter både innlagte pasienter og dagkirurgiske pasienter		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall strykinger (planlagte operasjoner) i en angitt tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Etteranmeldte pasienter som strykes og øyeblikkelig hjelp pasienter. Prosedyrer utenom operasjoner som trenger anestesiasistanse og utføres på operasjonsavdelinger (eks. endoskopier, undersøkelser i narkose mv.)
Nevner	Antall planlagte operasjoner i samme tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	

Indikatoren uttrykkes i prosent:

$$\text{Andel strykninger} = (\text{Antall strykninger} / \text{antall planlagte operasjoner i perioden}) \times 100$$

Datakilde:
 Operasjonsplanleggingsverktøy (elektroniske eller manuelle).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data
 Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehusnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som grunnlag for forbedring ved planlegging av pasientbehandlingsforløp.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Det kan være forskjellige årsaker til at en pasient strykes av programmet, for eksempel mange øyeblikkelig hjelp operasjoner, personellmangel, ufullstendig undersøkelse av pasienten før operasjon, akutt oppstått annen lidelse hos pasienten som medfører utsettelse av operasjon mv. Registrering av indikatoren bør suppleres med en årsaksregistrering i den enkelte avdeling som grunnlag for interne tiltak.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på sykehusnivå publiseres nasjonalt som andel strykninger fra operasjonsprogrammet i angitte periode. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg 2 Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Finnmarkssykehuset

- PR04394, Kirkenes, Hvordan stryke pasient
- Brev fra Helse Finnmark til Helse Nord RHF, datert 22.06.2010, Rutiner ved epikrisetid og strykninger – Klinikk Kirkenes
- Intern rapportering om planlagte operasjoner og strykninger fra Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes, 1. tertial 2014
- Skjema for innsending av nasjonale kvalitetsindikatorer. Periode: 1. tertial 2014

Universitetssykehuset Nord-Norge

- PR26993, Arbeidsbeskrivelse for Seksjonskoordinator K3K m/HLK og NO-seksjonen
- PR13459, Arbeidsbeskrivelse koordinator - utsluset K3K m/HLK
- PR26992, Arbeidsbeskrivelse for klinikkprioriterende bakvakt
- PR13274, Funksjonsbeskrivelse Seksjonskoordinator K3K m/HLK og NevOrt
- PR22292, Stillingsbeskrivelse for seksjonsleder, Anestesi- og operasjonsavdelingen
- PR22309, Stillingsbeskrivelse for enhetsleder, Anestesi- og operasjonsavdelingen
- PR22298, Stillingsbeskrivelse for seksjonssykepleier, Anestesi- og operasjonsavdelingen
- PR12955, Arbeidsbeskrivelse for Ø-hjelpskoordinator ANOP

Utkast til prosedyrer mottatt i forbindelse med intervju, ikke iverksatt:

- Daglig sjekk av operasjonsprogrammet
- Månedlig sjekk av registreringer i operasjonsprogrammet
- Operasjonsrapportansvarlig på klinikknivå
- Operasjonsrapportansvarlig på UNN

Nordlandssykehuset

- PR11306, Overordnede rutiner – ansvarsforhold operasjonsplanlegging
- PR12154, Kvalitetskontroll planlagte inngrep i operasjonsplanleggingsmodulen i DIPS
- Stillingsbeskrivelse for overordnet operasjonskoordinator (udatert, ikke i Docmap)
- PR11307, Leger – operasjonsmelding i DIPS
- PR11325, Koordinator operasjonssentralen
- PR11322, Inntaksansvarlig – elektiv pasient bestille operasjon
- PR11319, Øyeblikkelig hjelp – bestille operasjon
- PR11393, Rapporter i DIPS vedr. operasjonsplan – noen utvalgte
- RL3324, Lofoten, Strykninger av operasjonsprogrammet
- Intern rapportering om planlagte operasjoner og strykninger fra Bodø, Vesterålen og Lofoten, 1. tertial 2014
- Skjema for innsending av nasjonale kvalitetsindikatorer. Periode: 1. tertial 2014

Helgelandssykehuset

- Stryking av pasient på operasjonsprogrammet (udatert, ikke i Docmap)
- Rapportering av strøkne pasienter (udatert, ikke i Docmap)
- Skjema for innsending av nasjonale kvalitetsindikatorer. Periode: 1. tertial 2014