



Styresak 34-2015

Oppfølging av internrevisjon Henvisninger og ventelister i Nordlandssykehuset HF -Internrevisjonsrapport nr. 02-2013

Saksbehandler:

Terje Svendsen/Beate Sørslett

Saksnr.:

2014/2318

Dato:

05.03.2015

Dokumenter i saken:

Trykte vedlegg: Tiltaksplan og Notat: Henvisninger og ventelister, kvalitetsforbedrende arbeid NLSH HF

Ikke trykt vedlegg: «Henvisninger og ventelister i Nordlandssykehuset HF» - Internrevisjonsrapport nr. 02/2013

Bakgrunn:

Helse Nord RHF gjennomførte i 2013 revisjonsprosjektet «Henvisninger og ventelister i Nordlandssykehuset HF». Formålet med denne revisjonen var å undersøke og bekrefte at etablert praksis knyttet til mottak og vurderinger av henvisninger, oppdatering av ventelister samt oppstart av helsehjelp/ventetid sluttdato utføres i henhold til nasjonale føringer og at dette gir pålitelig grunnlag for rapportering av ventetider og fristbrudd.

Nordlandssykehuset ble i alt gitt 12 anbefalinger etter revisjonen som var relatert til følgende områder:

- Foretaket må sørge for å implementere prosedyre for sending og mottak av henvisninger internt i foretaket og til andre sykehus.
- Foretaket bør iverksette tiltak for å øke etterlevelsen av RL3976
- Det bør rutinemessig påføres mottaksdato ved sykehuset på alle papirhenvisninger som skal skannes.
- Foretaket bør inkludere i sin prosedyre at dersom en ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.
- 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.
- 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.
- Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og få tilgjengeliggjort et separat kodesett i DIPS til dette formålet.

- Foretaket bør snarest gjennomgå sine ventelister og sørge for et tilbud til de pasienter som har ventet uakseptabelt lenge.
- Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente mer enn 6 måneder.
- Foretaket bør presisere nærmere i sin prosedyre hvordan manglende oppmøte eller utsettelse av planlagte kontakter skal registreres, og følge opp at dette implementeres.
- Foretaket bør videreutvikle sin ordning for gjennomgående kontroll og rydding i henvisningsforløp og ventelister, og etablere en systematisk oppfølging av at ordningen etterleves.
- Foretaket bør iverksette tiltak for å forsterke etterlevelsen av følgende registreringskjeder:
Behandlers vurdering, pasientens tilstand er avklart:
 - ✓ Henvisningstype: behandling
 - ✓ Venteslutt dato: oppstart behandling, Behandlers vurdering: pasientens tilstand er uavklart
 - ✓ Henvisningstype: utredning
 - ✓ venteslutt dato: oppstart utredning

Anbefalingene har vært fulgt opp internt i foretaket og mot Helse Nord.

Mange av anbefalingen som ble gitt i denne revisjonen er og blir håndtert i form av implementering av regionale fellesprosedyrer i regi av HOS. Utfordringsbildet er todelt, det å få på plass og implementere fellesprosedyrer og det aller viktigste sørge for etterlevelse slik at vi har kontroll. Det er beskrevet og gjennomført tiltak for flere av de anbefalingene som ble gitt etter revisjonen. For åtte av 12 anbefalinger er det gjennomført tiltak og disse anses som delvis løst. Det gjenstår fortsatt noe arbeid før anbefalingene kan anses som slutført.

Hvordan kan en følge opp at de tiltak en har iverksatt gir ønsket resultat. For flere av områdene vil det være mulig å ta ut gode rapporter som gir et godt bilde av status mens for andre områder finnes det ikke gode rapporter som kan dokumentere etterlevelse. For å sjekke ut samsvar mellom prosedyrer og handling vil det i løpet av høsten bli gjennomført en dokumentrevisjon. I denne revisjonen vil en se på følgende områder:

1. Om henvisninger og viderehenvisninger praktiseres i henhold til regelverket.
2. Hvordan fristbrudd overvåkes og følges opp.

Tiltaksplan og Notat: Henvisninger og ventelister, kvalitetsforbedrende arbeid NLSH HF for oppfølging av de 12 anbefalingene som ble gitt i internrevisjon nr.: 2/2013 følger vedlagt.

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber om å bli orientert om resultatene av planlagt dokumentrevisjon høsten 2015 vedr henvisninger, viderehenvisninger og fristbrudd.

**Tiltaksplan for lukking av anbefalinger gitt etter internrevisjon, Internrevisjonsrapport
02/2013 Henvisninger og ventelister i Nordlandssykehuset HF (oppdatert den 2/3 – 2015)**

Nr.	Anbefaling fra internrevisjon 02/13	Planlagte tiltak og oversikt gjennomførte tiltak	Ansvar for gjennomføring av tiltak	Frist for gjennomføring. Revidert pr 2.3.15 på de punktene hvor vi ser at opprinnelig frist ikke er gjennomførbar
1	Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.	Sende ut påminning til alle berørte klinikksejere at prosedyrene PR23898 og PR25586, sending og mottak av henvisninger fra annet sykehus skal etterleves. Dersom det er behov for mer kompetanse ut over det som allerede er gitt må klinikkene tilbakemelde dette til intern IT Den 11/2 – 2015 ble det i regi av KIP gjennomført ny opplæring i bruk av PR23898 og PR25586 med merkantilt personell. Tilsvarende kurs vil bli avholdt i to puljer den 3/3 – 2015. Agenda for opplæringen: - Gjennomgang av gjeldende Docmap rutiner - Gjennomgang Navigasjonsskjema (Henvisning mottak/sending til annet sykehus) - Steg for steg gjennomgang i DIPS (fiktivt forløp til annet sykehus) (DIPS TEST)	Fagsjef Anne Fagerheim Klinikksejere Torben Ness	Innen 31/12 – 2013 (Utført) Innen utgangen av mars 2015 og videre ved behov.
2	Foretaket bør iverksette tiltak for å øke etterlevelsen av RL3976 (har erstattet RL2249), slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.	I regi av HOS – prosjektet gjennomføres det nå en styrt innføring av en rekke pasientadministrative prosedyrer. RL2249 omfattes av dette og i henhold til plan vil dette bli implementert i september 2014. DS8964 Gjennomført implementering av regionale prosedyrer EPJ/DIPS	HOS – prosjekt/NLSH HF ved Vidar Øyen	Fra mai og ut 2014 Denne anbefalingen anses som lukket
3	Det bør rutinemessig påføres mottaksdato ved sykehuset på alle papirhenvisninger som skal skannes.	Påminning sendes sendt ut til klinikksejere og kontorledere. PR33256 (Vurdering av elektive henvisninger EPJ DIPS) er endret med presisering at det er dato for når henvisning er skrevet som gjelder som mottatt dato, dersom mottatt dato ikke er påført.	Terje Svendsen	Utført 19/5– 2014
4	Foretaket bør inkludere i sin prosedyre at dersom en ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.	I regi av HOS – prosjektet gjennomføres det nå en styrt innføring av en rekke pasientadministrative prosedyrer. PR33256 omfattes av dette og i henhold til plan vil dette bli implementert i september 2014. Viser til plan/kontrollskjema for gjennomført opplæring i nye regionale prosedyrer. - SJ6761 Kontrollskjema - gjennomført opplæring i nye regionale prosedyrer slipp - SJ6842 Kontrollskjema - gjennomført opplæring i nye regionale prosedyrer slipp 2	HOS/NLSH HF ved Vidar Øyen	Fra mai og ut 2014 Denne anbefalingen anses som lukket

5	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.	Det er utformet en sak/forespørsel til klinisk IKT – fagråd for vurdering. Behovet meldes videre inn til FIKS (Vedlegg, saksfremlegg til klinisk IKT fagråd). Alternativet er ellers er en ”dobbel” bokføring av de aktuelle pasienter både i RIS og i EPJ med tilsvarende administrasjons-, koordinerings- og kontrollbehov (krever spesielt mer personal), eller at disse pasienter føres bare i EPJ. Men det siste ville medføre ulike elektroniske arbeidsflyt for BDS - pasienter med tilsvarende store muligheter for glipp. Status: Dette problemet er løftet opp på regionalt nivå, via fagsjef Tonje Hansen til Klinisk IKT Fagråd og deretter til FIKS. Når UNN innfører Sectra som sitt RIS/PACS vil de få tilsvarende system. Problemstillingen har også vært diskutert i Nasjonal IKT. Sectra har pr i dag ikke funksjonalitet for å registrere de data som trengs 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. Nasjonal IKT har forespurt Sectra om å lage en standardisert løsning. Planlagt forstudie med Helse Midt Q1 2015 med målsetning om å spesifisere en løsning som kan gjenbrukes på tvers av Sectras installerte base, også i Helse Nord. Helse Nord (FIKS) er invitert inn i dette arbeidet. Resultatet kan bli ett av to: - overføre data fra RIS til DIPS for innrapportering til NPR (anbefalt av klinisk IKT fagråd i møte 16.10.2014) - overføre data direkte fra RIS til NPR (slik Sectras arbeid ihht forstudien går i retning av).	FIKS (teknisk løsning)	Planlagt klart Q3 2015 Denne anbefalingen vil ikke kunne lukkes før den tekniske løsningen er på plass. Kjent problem på nasjonalt nivå.
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.	Dette er en felles anbefaling for alle foretakene i Helse Nord RHF, løsningen må da komme regionalt. Dette er nå endret i DIPS slik at det underhenvisningstype står Utredning (uavklart tilstand) og behandling (avklart tilstand) i nedtrekksmenyen i DIPS.	Klinisk IKT fagråd	Denne anbefalingen anses som lukket.
7	Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og få tilgjengeliggjort et separat kodesett i DIPS til dette	Denne anbefalingen løses gjennom arbeidet som foregår i regi av HOS – prosjektet. Avvisningskodene vil fremover være identisk med avslutt kodene, hvor vi vil få et felles regionalt		

	formålet.	kodeverk i Helse Nord. Kodeverket vil bli endret i NLSH i forbindelse med HOS trinn 1 som er planlagt gjennomført 12.-15 februar 2015. Ved behov for ytterligere endring i fremtiden vil dette ivaretas på regionalt nivå etter innspill fra foretakene.	HOS – prosjekt	Innen 15/2 – 2015.
8	Foretaket bør snarest gjennomgå sine ventelister og sørge for et tilbud til de pasienter som har ventet uakseptabelt lenge.	Utsendelse av lister til klinikkene ut fra rapport D8192 på pasienter som ventende over 365 dager. Det tas ut en ny D8192 – rapport på de som har ventet over 365 dager. Ventelisteprosedyrene ble implementert i hele Helse Nord 19.5.2014. HF ene skal rapportere inn til FIKS om status innen 2.6.2014. Viser her konkret til PR30691 Finn langtidsventende som ikke har fått innkalling EPJ DIPS Viser i tillegg til Pasientadministrative rutiner EPJ DIPS DS8433 og DS8964 Gjennomført implementering regionale prosedyrer EPJ/DIPS	Torben Ness HOS/NLSH HF ved Vidar Øyen	Utført 23/9 – 2013
9	Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente mer enn 6 måneder.	Skrive ut ventelistebevis i DIPS PR11031: Det skal sende ut brev til pasient som har ventet lengre en 6 mnd. der pasient får en oppdatering i forhold til behandlingsforløpet. Rutine for fortløpende å identifisere pasientene er beskrevet i de regionale prosedyrene OL1937 og PR30691. De regionale prosedyrene er implementert i foretaket – men dette er så nylig at vi har ikke gjennomført kontroller på om dette gjennomføres kontinuerlig. De regionale prosedyrene omtaler ikke hvordan informasjonen ut til pasienten skal være, dersom man identifiserer dem, og lar de bli stående på venteliste uten å bli satt opp til time. Regionalt har vi sett at gjeldende prosedyrer ved henvisninger og ventelister har behov for ytterligere revisjon. Dette blir en del av det regionale arbeidet frem mot HOS trinn 2 og NLSH avventer dette arbeidet.	Beate Sørslett	August 2015
10.	Foretaket bør presisere nærmere i sin prosedyre hvordan manglende oppmøte eller utsettelse av planlagte kontakter skal registreres, og følge opp at dette implementeres.	Viser til Pasientadministrative rutiner EPJ DIPS DS8433 og DS8964, implementering regionale prosedyrer EPJ/DIPS. PR3380 Endre, registrere ikke møtt og avslutte planlagt kontakt EPJ DIPS følger opp dette punktet	HOS/NLSH HF ved Vidar Øyen	Ble frigitt for opplæring ute i HF ene 9.5.2014, skal implementeres 16.6.2014 Denne anbefalingen anses som lukket
11.	Foretaket bør videreutvikle sin ordning for gjennomgående kontroll og rydding i henvisningsforløp og ventelister, og etablere en systematisk oppfølging av at ordningen etterleves.	I regi av FIKS/HOS vil det i løpet av 2014 bli implementert en rekke regionale prosedyrer (SJ6761 og 6842) som vil sikre at dette blir etablert som en systematisk oppfølging og at dette etterleves. Implementeringen vil da bestå i å få på plass de regionale prosedyrene og at dette blir fulgt opp med opplæring. Opplæring vil da bli	Vidar Øyen	Innen utgangen av 2014 Denne anbefalingen anses som lukket

		dokumentert og oversendt til prosjektleder som vil sammenstille resultatene av dette arbeidet.		
12.	Foretaket bør iverksette tiltak for å forsterke etterlevelsen av følgende registreringskjeder: Behandlers vurdering, pasientens tilstand er avklart: ✓ Henvisningstype: behandling ✓ Venteslutt dato: oppstart behandling, Behandlers vurdering: pasientens tilstand er uavklart ✓ Henvisningstype: utredning ✓ venteslutt dato: oppstart utredning	For å forsterke etterlevelse av de ulike registreringskjedene som Helse Nord i sin revisjon påpeker er det vil det være mange ulike tiltak som kan iverksettes. De to viktigste elementene som må være på plass for at registreringene i DIPS blir utført korrekt er gode prosedyrer som beskriver hvordan dette skal gjøres, opplæring i å bruke dem og sist men ikke minst kontroll på etterlevelse. Utarbeide og implementere felles prosedyrer: I regi av HOS – prosjektet gjennomføres det nå en styrt felles innføring av en rekke pasientadministrative prosedyrer knyttet til EPJ DIPS. Dette vil være fellesprosedyrer for hele Helse Nord. Disse er nå under implementering i NLSH HF, som betyr at foreligger plan for å gi opplæring til ansatte som er involvert i prosessen fra vurdering av pasient til behandling er gitt (DS8964 Gjennomført implementering av regionale prosedyrer EPJ/DIPS). Viser også til NLSH HF sine planer for opplæring i de nye regionale prosedyrer (DS8976Kontrollskjema - gjennomført opplæring i nye regionale prosedyrer). Kontrolltiltak: I tillegg til dette er det også utarbeidet en rekke prosedyrer som beskriver hvordan NLSH HF skal kontrollere at dette utføres i henhold til praksis (DS8332 Kontinuerlig kvalitetssikring av ventelister EPJ DIPS)	Vidar Øyen	Denne anbefalingen anses som lukket

Notat: Henvisninger og ventelister, kvalitetsforbedrende arbeid NLSH HF

Del 1 – Kartlegging og strakstiltak.

Ukentlig monitorering av fristbrudd og truende fristbrudd

Tidsperiode: mars-april

Kartleggingen har allerede startet, viser til vedlagt orienterende kartleggingsskjema som alle klinikkene må levere tilbake pr avdeling/lokalisasjon.

Arbeidet med henvisninger og ventelister gjøres på ulikt vis mellom både klinikkene og mellom avdelinger i samme klinikk. Før vi kan starte opplæring må vi vite hvem som skal læres opp og om noen må endre arbeidsmåte.

Som ledd i kartlegging skal det utpekes ventelisteansvarlig pr avdeling/lokalisasjon og det skal klargjøres hvem ventelisteansvarlig rapporterer til.

Strakstiltak 1: Klinikken begynner å bruke Visual analytix (anslått i drift første halvdel av mars) for daglig få oversikt over både fristbrudd og truende fristbrudd.

Klinikkene skal ved hjelp av VA få ryddet bort alle fristbrudd som ikke er reelle, men som skyldes feilregistrering i DIPS. I tillegg gir VA oversikt reelle fristbrudd og truende fristbrudd slik at disse pasientene kan prioriteres for time eller kontaktes for tilbud annet sted. Klinikksjefene må kartlegge hvem i deres klinikk som trenger tilgang til VA og melde dette behovet inn via GoHjelp.

Strakstiltak 2: Opplæring av nøkkelpersonell med hensyn til:

- håndtering av viderehenvisninger (både sending og mottak)
- forskjell på primær og sekundærhenvisning
- bruk av rapporter i DIPS for rydding av ventelister
- når sette ventetid slutt
- rydding på feilregistrerte fristbrudd

Opplæring koordineres av Elisabeth Mentzoni/ Beate Sørslett og er i tillegg til opplæring som planlegges i del 2. Opplæringen planlegges gitt til både kontorpersonell og leger.

Fagseminarrekke for ansatte i medisinsk kontortjeneste 17. mars, 10. april, 24. april – alle dager kl. 13-15. Innkallelse sendes ut fra Elisabeth Mentzoni til kontorlederne.

I tillegg møte fra kl. 15-16 for lederne i medisinsk kontortjeneste.

Temaene i fagseminarrekken er:

- Mottak av henvisning og Ø-hjelphenvisninger
- Videre henvisning og sekundærhenvisninger
- Adressering
- Venteliste og fristbrudd
- Ventetidslutt dato (forskjell mellom utredning og behandling)
- Pakkeforløp kreft

Til leger planlegges det avdelingsvise undervisninger der behovet er størst, pr nå avtalt 16.mars med psyk Lofoten og 11.mars med medisin Bodø. Klinikksjefene må melde inn ytterligere behov for opplæring i del 1.

Det opprettes en kvalitetstavle med oversikt over fristbrudd og truende fristbrudd. Kvalitetstavlen oppdateres hver mandag med antall pasienter pr avdeling/ lokalisasjon.

Informasjonen på kvalitetstavlen tas med i driftsrapporten til styret.

Strakstiltak 3: I oppfølgingsmøtene med klinikkene skal klinikksjefene ha med oversikt over fristbrudd og årsak til hvert enkelt.

Del 2 – Systematisk og dokumentert opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister

Tidsperiode: mai-juni

Plan for del 2 ferdigstilles i løpet av mars måned.

Fokusområder:

- viderehenvisninger
- primær og sekundær henvisning
- pakkeforløp kreft
- F7 og vis venteliste-venteliste
- VA
- rapporter for å rydde ventelister
- om behov: definere ventelisteansvarlig med hensyn til oppgaver og ansvarsområde
- vurdering av henvisninger – bruk av prioriteringsveiledere

Del 3 – Dokumentrevisjon i NLSH høsten 2015 med fokus på viderehenvisninger og fristbrudd

Hvordan kan en følge opp at de tiltak en har iverksatt gir ønsket resultat. For flere av områdene vil det være mulig å ta ut gode rapporter som gir et godt bilde av status mens for andre områder finnes det ikke gode rapporter som kan dokumentere etterlevelse. For å sjekke ut samsvar mellom prosedyrer og handling vil det i løpet av høsten bli gjennomført en dokumentrevisjon. I denne revisjonen vil en se på følgende områder:

1. Om henvisninger og viderehenvisninger praktiseres i henhold til regelverket.
2. Hvordan fristbrudd overvåkes og følges opp.

Avhengigheter:

- Regionale prosedyrer som er under produksjon eller revisjon må ferdigstilles.
- E-læringskurs må ferdigstilles.
- HOS trinn 2, med opprettelse av avdelingsvise henvisningsmottak uavhengig av lokalisasjon og felles ventelister for hele avdelingen uavhengig av lokalisasjon.

Sist revidert 03.03.15