

Helgelandssykehuset HF

# Handlingsplan

Ikke godkjente dokumenter og ventende uten kontakt

Marte Vassli Gullesen, Skule Stormdalshei, Tom Dahlberg og Helene Dyrhaug  
15.05.2015

## Innhold

Utkast til handlingsplan for ikke godkjente dokumenter og ventende uten kontakt .....	3
Status i dag ikke godkjente dokumenter (rapport D-9582) .....	3
Motivasjon - hvorfor skal vi endre oss?.....	4
Mål.....	4
Hva skal endres?.....	5
Frist.....	5
Hvordan .....	5
Hvem skal gjøre det? .....	6
Videre kontroll.....	6
Status i dag ventende uten kontakt (rapport D-7221) .....	8
Motivasjon - hvorfor skal vi endre oss?.....	9
Mål.....	9
Hva skal endres?.....	10
Hvem skal gjøre det og hvordan?.....	10
Frist / gjennomføring.....	11
Videre kontroll.....	11
Forslag til rutiner for å unngå fremtidige ventende uten planlagt kontakt. ....	12
Ressursbruk rydding i Ikke godkjente dokumenter.....	13
Ressursbruk rydding i Ventende uten kontakt.....	13

## Handlingsplan for ikke godkjente dokumenter og ventende uten kontakt

Bakgrunnen for handlingsplanen er et totalt sett høyt antall dokumenter som ikke er godkjent, og et høyt antall ventende uten kontakt. Utkastet til handlingsplanen er bestilt som en hjelp til enhetsdirektørene for å få gjort noe med de to problemstillingene. Den videre gjennomføringen vil skje i linjen.

I det følgende forslaget har vi valgt å dele de to problemstillingene og behandle dem hver for seg. De tre enhetene har ulike utgangspunkt når arbeidet skal startes, og framgangsmåtene må nok tilpasses deretter.

### Status i dag ikke godkjente dokumenter (rapport D-9582)

Tallene er hentet fra rapporter kjørt 20.04.15.

SSJ: 7018

MSJ: 973<sup>1</sup>

MIR: 1559

Totalt 5019 dokumenter ligger ikke i arbeidsflyt, dvs. at de ikke ligger i en arbeidsgruppe (fordelt på 4081 SSJ, 338 MIR og 60 MSJ). Det betyr at de som skal godkjenne ikke vet at de har dokumenter som skulle vært godkjent. Disse kan letes opp via rapporten via npr-id/person-id og journal-id. På disse dokumentene må man lete opp dokumentet i pasientens journal og godkjenne det. De ikke godkjente dokumentene som ligger i en arbeidsgruppe kan de som har tilgang til arbeidsgruppa se, i tillegg til at de kan finnes via npr-id.

---

<sup>1</sup> Det gjøres oppmerksom på at alle tall for BUP registreres på MSJ.

5704 dokumenter er fra før 2015 (5118 SSJ, 495 MIR, 92 MSJ). De eldste dokumentene er fra henholdsvis 1995 (SSJ), 2003 (MIR) og 2006 (MSJ).

### **Motivasjon - hvorfor skal vi endre oss?**

Dokumenter som ikke er godkjent kan være ufullstendige, noen skulle kanskje vært sendt videre i arbeidsflyt. Noen er ferdige og det gjenstår bare å godkjenne. At dokumentet er godkjent sier noe om statusen til dokumentet. Man kan ikke vite sikkert hvor pålitelige og gyldige ikke godkjente dokumenter er. For pasientsikkerhetens skyld trenger vi å ha kontroll på dette. Det er også en av indikatorene i kvalitetsrapporten.

Fra 10. oktober 2015 vil pasienter med journal i Helgelandssykehuset kunne få elektronisk tilgang til sin journal. Det er uklart hvordan visningen av ikke godkjente dokumenter vil bli, men ett alternativ er automatisk visning etter en gitt tidsperiode. Det blir da et spørsmål om hvordan pasientene vil tolke at det finnes gamle dokumenter som ikke er godkjent i journalen.

### **Mål**

Å få kontroll på ikke godkjente dokumenter for å bedre pasientsikkerheten.

Måltall: Alder på dokumentet. Det foreslås et mål om ingen ikke godkjente dokumenter eldre enn 14 dager.

Endrede holdninger og rutiner. Måleparameter som over.

Normalt antall åpne dokumenter er vanskelig å sette, da dette vil variere i forhold til aktivitet. Et måltall som beskriver når et dokument skal være godkjent vurderes derfor som mer hensiktsmessig.

## Hva skal endres?

### Holdninger og rutiner/arbeidsmetoder

Brukerne må godkjenne sine dokumenter etter hvert slik at man slipper en ny opphopning av ikke godkjente dokumenter. Da slipper man å ta skippertak. Mange brukere er allerede gode på dette, mens andre må endre på sine rutiner. På kort sikt trengs en større rydding for å få kontroll på ikke godkjente dokumenter. Det foreslås å rydde i dokumenter som er eldre enn 14 dager. I de tilfellene det er veldig mange dokumenter på en bruker, må det gjøres en prioritering av hva som må tas tak i først. Prioritering gjøres i samråd med avdelingsleder

Brukerne må få opplæring i riktig dokumentbehandling. Superbrukerne foreslås som opplæringsressurs etter tilbakemelding fra avdelingene på opplæringsbehov.

Ansvar for opplæring: Opplæringskoordinator + superbrukere

## Frist

Disse pasientadministrative rutinene skal være brakt under kontroll innen utgangen av 2. tertial.

Siste frist for rydding settes til: 30.08.2015

Godkjenningsrutinene må endres raskest mulig.

## Hvordan

Det har vært gjennomført en stor maskinell rydding i Sandnessjøen tidligere og antallet er redusert fra >20.000 til dagens nivå på ca 7.000. Det gjaldt utvalgte dokumenttyper, med fokus på sykepleiedokumenter og innkallingsbrev. Oversikten i

bestillingen til DIPS vedlegges. Det er fortsatt mange dokumenter fra samme periode som gjenstår å godkjenne. Disse var ikke med i den maskinelle ryddingen i 2014.

Det blir vurdert om det skal bestilles en ny maskinell rydding, eller om dokumentene skal ryddes manuelt.

Grunnlag for en slik vurdering er tilbakemelding fra sykehusenhetene ift ressursbehov for rydding og faglig forsvarlighet.

Tilbakemelding innen 30.05.15 til medisinsk direktør.

Før maskinell rydding må det gjøres en risikoanalyse med samme metodikk som forrige ryddeprosess.

Kostnaden ved en maskinell kontra en manuell rydding er ikke vurdert i utkastet til handlingsplan.

Arbeidsverktøyet er rapport D-9592 Ikke godkjente dokumenter – liste. Herfra kan pasienten aktiveres og dokumentet gjenfinnes i pasientens journal.

### **Hvem skal gjøre det?**

Ikke godkjente dokumenter er knyttet til forfatter og arbeidsgruppe og identifiseres i rapporten. Dersom en manuell rydding besluttes, foreslås det at man rydder avdelingsvis. Hver forfatter tar sine egne dokumenter. Forfatter er den som best kan si noe om et dokument er klart til å godkjennes eller ikke. I de tilfellene hvor forfatter har sluttet må avdelingsleder eller annen person som har fått oppgaven godkjenne dokumentet. Alternativt opprettes en ryddegruppe med delegert myndighet til å godkjenne dokumenter. Dokumenter ryddes i rekkefølgen nyeste først og bakover i tid.

Ansvar: Områdesjefer.

### **Videre kontroll**

Det trengs en prosedyre for rutinemessig kontroll med rapport D-9582 Ikke godkjente dokumenter- liste. Denne rapporten viser ikke-godkjente dokumenter på individnivå, mulig å gjenfinne dokumenter fra npr-id, og å sortere på forfatter.

Rapport 9586 Ikke godkjente dokumenter – sammendrag (viser en avdelingsoversikt over ikke godkjente dokumenter).

Det skal gjennomføres ukentlige kontroller der avdelingslederne kjører rapport 9582 og behandler det som gjelder egen avdeling. Nødvendige tilganger og opplæring må gis.

Ansvar for tilganger: BAS-administratorer + EPJ-konsulenter

Ansvar for opplæring: Opplæringskoordinator + EPJ-konsulenter

I tillegg skal det kjøres månedlig rapportkjøring og rapportering av kvalitetsindikatoren til styret og regionalt helseforetak i kvalitetsrapporten.

## Status i dag ventende uten kontakt (rapport D-7221)

Tallene er hentet fra rapporter kjørt 20.04.15.

SSJ: 1030

MSJ: 2181<sup>2</sup>

MIR: 7103

Ventende uten kontakt er pasienter som har en åpen henvisningsperiode der det ikke er registrert en aktiv kontakt. En henvisningsperiode skal avsluttes når behandler har gitt beskjed om (krysset av for at) pasienten ikke skal tilbake til ny oppfølging på sykehuset.

Det finnes åpne henvisningsperioder der pasientens siste oppmøte var i 1999 (MIR) og 2000 (SSJ og MSJ). Tar man med henvisningsperioder der det ikke er registrert dato for siste oppmøte, er årstallene helt tilbake til 1991 (MIR), 1992 (SSJ) og 2005 (MSJ).

Det er 7200 ventende uten kontakt fra før 2015 (5798 MIR, 1123 MSJ og 279 SSJ). Dette tallet inkluderer henvisningsperioder der pasientens siste oppmøte var før 2015 og henvisningsperioder der det ikke er registrert dato for siste oppmøte, men periodestart var før 2015.

Det er flere årsaker til de høye og varierte tallene. Manglende opplæring i registrering og avslutning av henvisningsperioder kan være én årsak. Ø-hjelpshenvisninger representerer også et stort antall av disse

---

<sup>2</sup> Det gjøres oppmerksom på at alle tall for BUP registreres på MSJ.



henvisningsperiodene. Det kan blant annet skyldes at det registreres to henvisninger fordi elektronisk henvisning med samme problemstilling kommer i etterkant av ø-hjelpshenvisningen, og videre kontakter/oppmøter registreres på den. Noen avdelinger bruker rapport 7221 som oversikt over sine pasienter som ikke står på venteliste. Vis-venteliste-venteliste (dvs. kontakt registrert med tentativ måned eller dato) brukes ikke for enkelte pasientgrupper.

### **Motivasjon - hvorfor skal vi endre oss?**

Pasientsikkerhet er den viktigste årsaken til at man må få kontroll på antall ventende uten kontakt. Rapporten fanger opp de som ikke har fått ny kontakt for videre oppfølging, men det blir uhåndterlig å følge med og kvalitetssikre når antallet er så stort. Et gitt antall pasienter vil hele tida være mellom to ledd i registreringa. Man må sikre at de som skal følges opp videre får registrert ny kontakt, og de som er ferdige må få avsluttet henvisningsperioden slik at den ikke blir liggende og gjøre det vanskelig å få oversikt.

Rapporter for ventetid påvirkes også når henvisningsperioder feilaktig står åpne.

### **Mål**

Måltall: Tid fra siste avsluttede kontakt til ny kontakt registreres/henvisningsforløp avsluttes: maks 14 dager. Dette er mulig å måle og følge opp dersom man kjører ukentlig kontroll med rapport 7221.

Normalt antall ventende uten kontakt er vanskelig å sette. Det vil hele tiden være pasienter som er mellom to registreringer. Hvor stort antallet er, vil variere med aktiviteten. Et måltall som beskriver innen når det skal være registrert ny kontakt eller henvisningsperioden avsluttes, vurderes derfor som mer hensiktsmessig.

## Hva skal endres?

Holdninger, arbeidsmetoder og rutiner må endres.

En pasient som skal tilbake til oppfølging må få vite om når neste time er, evt. om han/hun er satt på venteliste.

Henvisningsforløp som er ferdige må avsluttes fortløpende slik at de ikke blir hengende igjen.

Behandlerne må være flinke til å registrere om pasienten skal tilbake eller ikke.

## Hvem skal gjøre det og hvordan?

Behandleren som følger opp pasienten må registrere om pasienten er ferdigbehandlet for den aktuelle sykdommen/skaden eller skal ha videre oppfølging. Dette må skje fortløpende ved hver pasientkontakt. De må også gjøre vurderinger i de tilfellene det er uklart om pasienten er ferdigbehandlet eller ikke. Behandlerne må få nødvendig opplæring slik at alle vet hva registreringen og avslutning av henvisningsperiode innebærer.

Ansvarlige for timeoppsett/venteliste må gjøre en kontroll på at pasienter som er ventende uten kontakt får time eller blir satt på venteliste. I tvilstilfelle må ansvarlig behandler kontaktes og gjøre vurderingen på om pasienten er ferdigbehandlet eller ikke (eller annen behandler dersom behandleren som var ansvarlig for pasienten ikke lenger er aktuell).

Det må igangsettes en ryddejobb. Denne må forutgå av en risikovurdering av henvisningsperiodene, som kan gi grunnlag for prioritering av ryddeoppgaver. En ryddegruppe må nedsettes ved hver sykehusenhet, evt. innen hvert område. Sammensetningen må vurderes av enhetsdirektørene. De som skal rydde må gis særskilte tilganger til rapporten, gamle avdelinger etc. for å kunne utføre oppgaven.

Frist for etablering av ryddegruppe: 30.05.15

Ansvar for tilganger: BAS-administratorer + EPJ-konsulenter

Arbeidsverktøyet er rapport 7221 Ventende uten kontakt i Dips. Fra rapporten kan hver pasient aktiveres og registreringen utføres som vanlig.

### **Frist / gjennomføring**

Rydding må starte snarest. Kravet til ferdig rydding er 30.08.15, men sykehusenhetene melder fastsatt frist for gjennomført rydding til medisinsk direktør innen 30.05.15 på bakgrunn av gjennomføring som er praktisk mulig, jfr. beregnet ressursbehov.

Rutiner for å registrere ny kontakt/avslutte henvisningsperiode fort etter siste oppmøte, må iverksettes snarest slik at man ikke får en ny opphopning av antall ventende uten kontakt.

Ansvar for gjennomføring og innmelding av opplæringsbehov: Enhetsdirektører/ områdesjefer

Opplæringsbehov meldes til opplæringskoordinator innen 30.05.15

Ansvar for gjennomføring av opplæring: Opplæringskoordinator, EPJ-konsulenter og superbrukere

Enhetsdirektører kaller inn områdesjefer og lokale EPJ-konsulenter snarest til oppstartsmøter for gjennomføring av tiltakene.

### **Videre kontroll**

Prosedyre for rutinemessig kontroll ved å kjøre rapport 7221 Ventende uten kontakt, jfr. FB0877 Ventelistekontroller, RL3475 Kvalitetssikring rydding og kontroll av ventelister avsnitt 3.4 (PR27718 Kontroll av henvisninger som venter uten at det er planlagt flere oppmøter).

Det foreslås ukentlig rapportkjøring som rutine.

Ansvar: Områdesjefer

## Forslag til rutiner for å unngå fremtidige ventende uten planlagt kontakt.

- Behandleren fyller ut direkte i DIPS om henvisningsforløpet skal avsluttes eller ikke, i stedet for å gå veien om avkrysning på regningsark som igjen registreres i DIPS av ekspedisjon/skrivestue/andre. Opplæring må gis slik at alle behandlere vet hva registreringen og avslutning av henvisningsperiode innebærer.
- Kontakt med tentativ måned/dato registreres når man venter på prøvesvar før en avgjørelse om videre behandling tas. Tidspunkt for forventet prøvesvar settes som tentativ måned/dato. Da risikerer man ikke at pasienten ikke får oppfølging hvis henvisningsperioden avsluttes eller pasienten står uten aktiv kontakt og prøvesvarene lar vente på seg. Man får en påminnelse om at man må sjekke om prøvesvar er kommet når man ser på ventelista for den aktuelle måneden. En slik registrering vil bedre kunne sikre at pasienten fanges opp og får nødvendig oppfølging. Dersom lege ut fra prøvesvarene vurderer at pasienten ikke trenger videre oppfølging og henvisningsperioden kan avsluttes, kan den tentative kontakten avsluttes eller slettes og henvisningsperioden avsluttes.
- Opplæring til de som ta imot henvisninger og de som vurderer henvisninger slik at man unngår doble henvisninger, for eksempel i ø-hjelpstilfeller der pasienten gjerne har med seg papirhenvisning i tillegg til at det sendes en elektronisk henvisning, og ved ambulerende poliklinikk der det skjer at det blir doble registreringer av samme henvisningsforløp.
- Noen avdelinger bruker rapport 7221 som oversikt over sine pasienter som ikke står på venteliste. Vis-venteliste-venteliste (dvs. kontakt registrert med tentativ måned eller dato) brukes ikke for enkelte pasientgrupper. Det er ønskelig at de endrer sine rutiner og overvåker ved bruk av ventelisteregistrering.
- Nødvendige prosedyrer må utarbeides.

Områdesjefer melder opplæringsbehov til opplæringskoordinator innen 30.05.15

Ansvar for opplæring: Opplæringskoordinator + EPJ-konsulenter + superbrukere.

## Ressursbruk rydding i Ikke godkjente dokumenter

Det forutsettes at rapport D-9582 kjøres og brukes som arbeidsverktøy. Da kan man aktivere pasienten fra rapporten og finne dokumentet i journalen. Estimert tid per dokument er 2 minutter, en arbeidsdag er 7,5 timer

Overslag på tidsbruk:

SSJ: 7018 dokumenter/30 dok per time = 234 timer = 31,2 dager

MSJ: 973 dokumenter/30 dok per time = 32,4 timer = 4,3 dager

MIR: 1559 dokumenter/ 30 dok per time = 52 timer = 7 dager

Totalt 318,4 timer

## Ressursbruk rydding i Ventende uten kontakt

Det forutsettes at rapport D-7221 kjøres og brukes som arbeidsverktøy. Da kan man aktivere pasienten fra rapporten og finne igjen aktuell henvisningsperiode i F7-bildet. Estimert tid per pasient er 15 minutter, et årsverk er satt til 1950 timer.

Overslag på tidsbruk:

SSJ: 1030 pasienter/4 pas per time =257,5 timer → Åsverk:  $257,5/1950 = 0,13$

MSJ: 2181 pasienter/4 pas per time =545,25 timer → Årsverk:  $545,25/1950 = 0,2$

MIR: 7103 pasienter/4 pas per time =1775,75 timer → Årsverk:  $1775,75/1950 = 0,91$

Totalt 2578,5 timer