



Handlingsplan for oppfølging av anbefalinger i internrevisjonsrapport 03/2013 fra Helse Nord RHF – Henvisninger og ventelister i Helgelandssykehuset HF

Dato: 17.03.2015

Bakgrunn:

I perioden mars-august 2013 ble det utført revisjon fra internrevisjonen i Helse Nord RHF vedr etablert praksis knyttet til henvisninger og ventelister i alle sykehusforetak i Helse Nord RHF.

Revisjonens formål var å bekrefte at etablert praksis knyttet til

- mottak av henvisninger
- vurdering av henvisninger
- oppdatering av ventelister
- oppstart helsehjelp/ventetid sluttdato

samsvarer med nasjonale føringer og gir et pålitelig grunnlag for rapportering om ventetider og fristbrudd.

Konklusjon

Lange ventetider innenfor enkelte fagområder er en kjent utfordring i regionen. Denne revisjonen har vist at enkelte pasienter venter uakseptabelt lenge (opptil flere år) på den behandling de er vurdert å ha behov for, også uten at det er dokumentert at pasienten er blitt kontaktet av helseforetaket. Dette gjelder både Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Finnmark HF. Det ble ikke konstatert tilsvarende lange ventetider ved Helgelandssykehuset HF.

Deler av regelverket som regulerer ventelisteforløp etterleves ikke i tilstrekkelig grad, noe som medfører både systematiske og tilfeldige feil i rapporteringer om ventetider og fristbrudd ved alle helseforetakene.

De viktigste årsakene til feil i datagrunnlaget for ventelistestatistikker ved alle helseforetakene i regionen, vurderes å være:

- mangelfulle registreringer ved mottak av henvisninger fra andre helseforetak
- unødvendig og uriktig bruk av interne primærhenvisninger
- mangelfull bruk av utsettelseskoder
- ulik forståelse og inkonsekvent praksis knyttet til vurderinger og registreringer som avgjør om ventetiden er slutt ved oppstart av utredning eller ved oppstart av behandling

På bakgrunn av de observasjoner og vurderinger som er gjort, har Internrevisjonen gitt 10-15 anbefalinger om forbedringstiltak ved hvert av helseforetakene i regionen.

Til Helgelandssykehuset ble det gitt 10 anbefalinger:

- *Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.*
- *Foretaket bør i sine prosedyrer gi nærmere presiseringer om bruk av interne henvisninger og sørge for at dette implementeres i hele virksomheten, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.*
- *Foretaket bør gjennomgå egen praksis for å forsikre seg om at henvisninger som involverer radiologisk avdeling blir behandlet i samsvar med brev fra Helsedirektoratet, datert*

27.06.2012, og slik at mottaksdato, vurdering og vetesluttdato synliggjør det helhetlige utrednings – og behandlingsforløpet.

- *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 legge bedre til rette for at feltet "Henvisningstype" i DIPS skal gjenspeile behandlers vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingspunktet.*
- *Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og gjøre tilgjengelig et separat kodesett i DIPS til dette formålet.*
- *Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente mer enn seks måneder.*
- *Foretaket bør følge opp at prosedyre om utsettelse av planlagt kontakt implementeres i hele virksomheten*
- *Foretaket bør etablere en systematisk oppfølging av at ordningen for rydding og kontroll med henvisningsforløp og ventelister etterleves.*
- *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*

Styret i Helse Nord RHF behandlet revisjonsrapportene i styresak 116-2013 i oktober 2013 og ba i styrevedtaket om at helseforetakenes styrebehandlete handlingsplaner skulle legges frem til orientering innen utgangen av mars 2014.

Utarbeidelse av handlingsplan er blitt forsinket i HSYK pga andre presserende oppgaver, men på bakgrunn av internt kvalitetsprosjekt initiert av medisinsk områdesjefer våren 2014 og arbeid utført av ventelistekoordinator i prosjektstilling ved sykehusenheten i Mo i Rana 2014, er det laget en handlingsplan for oppfølging av de ulike anbefalingene. Handlingsplanen gjøres gjeldende ved alle 3 sykehusenhetene.

1. Anbefaling 1

Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.

Dert foreligger regionale prosedyrer for Sending av henvisning til annet sykehus , PR 23898 og mottak av henvisning fra annet sykehus PR 25586.

Helsetilsynet har i oktober 2014 – februar 2015 hatt tilsyn på praksis iflg. disse prosedyrene for pasienter med kreft. I 2 av 2 journaler fra Helgelandssykehuset ble det påvist avvik.

Det blir gjort en ny gjennomgang av disse prosedyrene også ifbm. de nye pakkeforløpene for kreft.

Opplæring skal gis og dokumenteres ila april 2015.

Gjennomføring målbart ved stikkprøver og revisjon, ikke egne rapporter

Ansvar: Leder kontortjenesten, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

2. Anbefaling 2

Foretaket bør i sine prosedyrer gi nærmere presiseringer om bruk av interne henvisninger og sørge for at dette implementeres i hele virksomheten, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.

Dette er klargjort i HOS-prosedyrer vedr henvisninger publisert september 2014. Opplæring er gitt ved EPJ-konsulenter og superbrukere.

Ansvar: Leder kontortjenesten, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

3. Anbefaling 3

Foretaket bør gjennomgå egen praksis for å forsikre seg om at henvisninger som involverer radiologisk avdeling blir behandlet i samsvar med brev fra Helsedirektoratet, datert 27.06.2012, og slik at mottaksdato, vurdering og ventestlutt dato synliggjør det helhetlige utrednings – og behandlingsforløpet.

Dette blir implementert i løpet av 2015 etter innføring av sammenslått Sectra som ledd i FIKS-prosjektet. Sammenslåing i Helgelandssykehuset 07.02.2015

Ansvar: Leder røntgenavdelingen, områdesjef medisinsk område.

4. **Anbefaling 4**

Foretaket bør inkludere i sin prosedyre at dersom en ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.

Dette er innebærer kun en presisering i dagens prosedyrer i Docmap, for at de også ivaretar denne anbefalingen.

Informasjon til alle berørte parter ble gitt og dette er iverksatt.

Målbart ved stikkprøver: Datoer i henvisningsbildet stemmer med skannet dokument.

Ansvar: Leder kontortjenesten, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

5. **Anbefaling 5**

Foretaket bør legge bedre til rette for at feltet "Henvisningstype" i DIPS skal gjenspeile behandlerens vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingspunktet.

Pt. er standard innstilling at alle elektroniske henvisninger automatisk får "Henvisningstype" utredning.

Ved gjennomgang med både de som vurderer henvisningene og kontorpersoneell som tar imot ferdig vurderte henvisninger har det vært fokus på samsvar mellom henvisningstype og kontakttype. Det er enighet om at når det ikke er samsvar når henvisningen er ferdig vurdert og er kommet tilbake til kontorpersoneell, skal henvisningstypen endres når pasienten settes på time/venteliste.

Målbart kun ved sjekk i tilfeldige henvisningsbilder.

Ansvar: Henvisningsvurderende leger, leder kontortjenesten, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

6. Anbefaling 6

Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og gjøre tilgjengelig et separat kodesett i DIPS til dette formålet.

Pt er det i DIPS 19 avvisningskoder, men bare fire(fem) skal brukes når henvisningen skal avvises.

Det er laget en oversikt over disse avvisningskodene og gjort gjennomgang med medisinske og kirurgiske leger som vurderer og avviser henvisninger.

Ikke målbart foruten stikkprøver.

Ansvar: Alle henvisningsvurderende leger, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

7. Anbefaling 7

Foretaket bør i sine prosedyrer omtale hvordan informasjon/kommunikasjon med pasienten og registrering i DIPS skal gjøres for pasienter som må vente mer enn seks måneder.

Disse pasientene er som hovedregel ikke rettighetspasienter.

Erfaringer er at det er mest hensiktsmessig å ringe pasientene, fordi man da får vite om det fortsatt er aktuelt at de skal stå på venteliste. Man får også gitt en forklaring på lang ventetid hvis det er mulig. Noen har fått behandling/utredning annet sted, eller ønsker ikke lengre dette.

Det er laget en rutine knyttet til prosedyren PR30691 - *Finn langtidsventende som ikke har fått innkalling* som svar på denne anbefalingen. Gjennomgang av rutinen er gjort for berørte parter som i dette tilfelle er ansatte ved inntaks- og driftskontor.

Ikke målbart foruten stikkprøver

Ansvar: Inntakskontor/driftskontor, leder kontortjenesten, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

8. Anbefaling 8

Foretaket bør følge opp at prosedyre om utsettelse av planlagt kontakt implementeres i hele virksomheten

Det foreligger prosedyre PR 31803 *Utsettelse av planlagt kontakt* og det er innskjerpet at denne følges. Det er flere grunner til at planlagte kontakter blir utsatt og disse er angitt i prosedyren.

Prosedyre PR37910 *Pasientønsket utsatt time* beskriver rutine for dokumentasjon når pasientbestemt utsettelse gjør at frist for start helsehjelp ikke overholdes. Denne prosedyren har vært trukket tilbake i HOS-prosjektet, men er tatt inn igjen.

Disse prosedyrene er grunnlaget for gjennomgang av rutiner ift hvordan til pasienter som ikke møter til poliklinisk konsultasjon skal føres, og hvordan denne kontakten skal utsettes eller avsluttes.

Ikke målbart foruten stikkprøver.

Ansvar: Inntakskontor/driftskontor, leder kontortjenesten, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

9. Anbefaling 9

Foretaket bør etablere en systematisk oppfølging av at ordningen for rydding og kontroll med henvisningsforløp og ventelister etterleves.

Prosedyrer for dette er utarbeidet i HOS-prosjektet i form av 11 ventelisteprosedyrer med tilhørende sjekkskjema, publisert i april 2014. Dette er gjennomgått med avdelingsledere og ansatte i kontortjenesten som ledd i internt kvalitetsprosjekt, og arbeidsoppgaver fordelt.

Målbart: Egne sjekkskjema følger prosedyrene. Status 1 gang pr måned

Ansvar: Leder kontortjenesten, leder medisinsk og kirurgisk poliklinikk, områdesjefer medisinsk og kirurgisk område.

10. Anbefaling 10

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

Denne registreringskjeden tatt med under gjennomgang av regningsark/digital registrering av konsultasjon. Det har vært gjort gjennomgang med leger som vurderer henvisningene og de som tar i mot dem etter at de er vurdert.

Ansvar: Alle leger og sykepleiere som er behandlere, leder for poliklinikker, områdesjef medisinsk og kirurgisk område.

11. utfordringer videre

Etterlevelse av prosedyrene er en utfordring og det skal etableres systemer for regelmessig kontroll at prosedyrene etterleves. Dette har foreløpig ikke latt seg gjøre pga stor arbeidsmengde i FIKS/HOS-prosjektet.

I løpet av 2015 blir personellressursene knyttet til kvalitetsforbedringsarbeid og FIKS/HOS-prosjektet styrket, og etablering av rutiner for oppfølging og kontroll av prosedyrer knyttet til henvisninger og ventelister vil bli prioritert.

Internrevisjon på at anbefalingene blir fulgt, vil bli gjort i 2015.