



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2013/2208

Saksbeh/tlf:
Andreas Ertesvåg, 78 97 31 54

Sted/Dato:
Hammerfest, 5.2.2014

Saksnummer 6/2014

Saksansvarlig: Harald Sunde, Medisinsk fagsjef
Møtedato: 13. februar 2014

Orientering om tiltaksplan for arbeid med anbefalinger etter Internrevisjonsrapport 04/2013 - Henvisninger og ventelister i Helse Finnmark HF

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF tar informasjon om tiltaksplan for arbeid med anbefalinger etter Internrevisjonsrapport 04/2013 – henvisninger og ventelister i Helse Finnmark HF til etterretning.

Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Vedlegg:
Tiltaksplan for lukking av anbefalinger.



Orientering om tiltaksplanplan for arbeid med anbefalinger etter Internrevisjonsrapport 04/2013. Henvisninger og ventelister i Helse Finnmark HF

Saksbehandler: Kvalitetsrådgiver Andreas Ertesvåg

Møtedato: 13. februar 2014

Sammendrag

Internrevisjonen i Helse Nord gjennomførte revisjon med områdene hensvining og ventelister i perioden mars-august 2013. Revisjonen kom med 15 anbefalinger. Denne saken viser Finnmarkssykehusets handlingsplan for lukking av disse anbefalingene.

Bakgrunn

Internrevisjonen i Helse Nord gjennomførte i perioden mars-august 2013 internrevisjon av arbeidsområdene

- Mottak av henvisninger
- Vurdering av henvisninger
- Oppdatering av ventelister
- Oppstart helsehjelp/ventetid sluttdato

Formålet med revisjonen var å finne ut om etablert praksis innen disse feltene samsvarte med nasjonale føringer. Revisjonen er oppsummert i ”Internrevisjonsrapport 04/2013. henvisninger og ventelister i Helse Finnmark HF”. Internrevisjonen kom med 15 anbefalinger.

Vurdering

Medisinsk fagsjef, kvalitetsleder og EPJ-konsulent i Kirkenes (som var den EPJ-konsulenten som var den primære medarbeideren for internrevisor) har gått gjennom disse punktene og laget en konkret handlingsplan for lukking av anbefalingene. Handlingsplanen er vedlagt.

Målsetningen er å gjennomføre alle tiltakene innen utgangen av april.

Risikovurdering

Tiltakene kan deles inn i to områder: 1) rydding/oppdatering av prosedyrer, og 2) implementering av disse. Til det første punktet er det et mål å lage mest mulig felles prosedyrer. Prosedyrene må være konkrete, for å sikre god implementering. Det andre punktet er vurdert som mest krevende. Implementering av prosedyrer, og endring av arbeidsmåter er tidkrevende. Det krever fokus og innsats over tid. Målet er en varig endring, og dette arbeidet må følges opp også etter at anbefalingene i rapporten er lukket.

God oppfølging av henvisninger og ventelister er i tråd med kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt



Medbestemmelse:

Saken er lagt frem for de tillitsvalgte og vernetjenesten på informasjons- og drøftingsmøte den 3. februar.

Vedlegg

Tiltaksplan for lukking av anbefalinger.

Tiltaksliste Internrevisjon henvisninger og ventelister 2013

Navn tiltak	Beskrivelse tiltak	Tidshorisont	Risiko gjennom-føring Rød/gul/grønn	Ansvarlig	Status
1. Foretaket bør utarbeide felles prosedyrer for mottak av henvisninger, og sørge for at disse implementeres i hele virksomheten.	Vi går gjennom eksisterende prosedyrer og lager en samlet prosedyre for HF. Denne legges i Docmap. Vi må være spesielt oppmerksom på at HN's påpekninger om unøyaktighet vedr føring av ansiennitetsdato, bruk av internhenvisning.	Midten av februar.		Ansvar for ny prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	Prosedypren er under utarbeiding.
2. Foretaket bør sørge for at prosedyrene for sending og mottak av henvisninger mellom sykehus implementeres i hele virksomheten.	Vi går gjennom eksisterende regionale prosedyre med vekt på bl.a. ansiennitetsdato, rettighetsvurdering og evt dato for oppstart av behandling videreføres, jfr HN's rapport. Rapporten må implementeres i hele foretaket.	Utgangen av mars.		Ansvar for gjennomgang av prosedyre: Kvalitetsrådgiver og EPJ-konsulenter. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	Prosedypren er lagt ut i DocMap. Sekretærtjenesten er informert.
3. Foretaket bør inkludere i sine prosedyrer hvordan interne henvisninger skal benyttes, slik at interne primærhenvisninger benyttes bare når dette er riktig og nødvendig.	Vi vil utarbeide en prosedyre for korrekt bruk av interne henvisninger mellom avdelingene i Helse Finnmark. Prosedyren legges i DocMap.	Utgangen av mars.		Ansvar for gjennomgang: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	
4. 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	Vi går gjennom eksisterende prosedyrer og ser til at disse følger anbefalingene i angitte brev fra helsedirektoratet.	Utgangen av april.		Ansvar for gjennomgangen: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	

27.6.2012, og slik at mottaksdato, vurdering og ventesluttdato synliggjør det helhetlige utrednings- og behandlingsforløpet.					
5. Det bør rutinemessig påføres mottaksdato ved sykehuset på alle papirhenvisninger som skal scannes. 6. Foretaket bør inkludere i sin prosedyre at dersom en ikke vet når henvisningen ble mottatt, skal datoen henvisningen ble skrevet gjelde som mottaksdato.	Vi går gjennom eksisterende prosedyrer og ser til at disse følger anbefalingene om rett registrering og rett bruk av mottaksdato.	Midten av februar.		Ansvar for ny prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	Under utarbeiding, jf. punkt 1.
7. Foretaket bør utarbeide felles prosedyrer for vurdering av henvisninger, og sørge for at disse implementeres i hele virksomheten.	HF må utarbeide en prosedyre for legers arbeid med vurdering av henvisninger. Man kan her benytte seg av nasjonale anbefalinger og e-læringsprogram og lenke opp mot disse.	Utgangen av april.		Ansvar for ny prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter, Harald og evt flere leger. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	Prosedypren er under utarbeiding.
8. Foretaket bør sørge for at henvisninger til rusbehandling blir behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1b, og slik at ventetid rapporteres korrekt.	HF må sørge for at mottakere av henvisninger fra Vurderingsenheten oppfører korrekt ansiennitetsdato/mottaksdato, jfr pkt 2 over. Gjeldende prosedyrer må gjennomgås, evt skrives.	Utgangen av april.		Ansvar for ny prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulent psyk/rus. Ansvar for implementering: Klinikksjef Psyk/rus med hjelp fra EPJ-konsulent psyk/rus.	
9. Foretaket bør legge bedre til rette for at feltet "Henvisningstype" i DIPS skal gjenspeile behandlers	HF er enig at feltet der vurderende lege skal ta stilling til om tilstanden er avklart og skal medføre behandling eller om tilstanden anses som	Utgangen av april.		Ansvar for kontakt: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter og Harald	Forespørsel sendt HN-IKT.

vurdering av om pasientens tilstand oppfattes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet.	uavklart og pas skal gå til utredning er mangelfullt vektlagt i dagens oppsett av DIPS. HF vil ta kontakt med HN-IKT ang dette oppsettet.				
10. Foretaket bør gjennomgå behovet for avvisningskoder og gjøre tilgjengelig et separat kodesett i DIPS til dette formålet.	HF går gjennom eksisterende "avvisningskoder" og reviderer denne lista.	Utgangen av april.		Ansvar for prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	
11. Foretaket bør snarest gjennomgå sine ventelister og sørge for et tilbud til de pasienter som har ventet uakseptabelt lenge. 12. 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.	HF skal utarbeide en prosedyre som omhandler håndtering av pasienter som har ventet over 6 mnd på behandling, herunder kommunikasjon og journalføring av denne håndteringen	Utgangen mars.		Ansvar for prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter og klinikksjefer. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	Oppdaterer eksisterende prosedyre for pasienter med lang ventetid.
13. Foretaket bør inkludere i sine prosedyrer hvordan manglende oppmøte eller utsettelse av planlagte kontakter skal registreres, og følge opp at dette implementeres.	HF skal lage en prosedyre som omhandler registrering av manglende oppmøte eller utsettelse av planlagt aktivitet.	Utgangen av mars.		Ansvar for prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter og klinikksjefer. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	
14. Foretaket bør videreutvikle sin ordning for gjennomgående kontroll og	HF skal gjennomgå eksisterende prosedyrer for kontroll og rydding i henvisningsforløp og ventelister.	Utgangen av april.		Ansvar for prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter og	

rydding i henvisningsforløp og ventelister, og etablere en systematisk oppfølging av at ordningen etterleves.	Etterlevelse av ordningen vil bli fulgt opp.			klinikksjefer. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	
15. Foretaket bør iverksette tiltak for å forsterke etterlevelsen av følgende registreringskjeder: Behandlers vurdering: pasientens tilstand er avklart ->Henvisningstype: behandling ->Ventessluttdato: oppstart behandling Behandlers vurdering: pasientens tilstand er uavklart ->Henvisningstype: utredning ->Ventessluttdato: oppstart utredning	HF skal gjennomgå eksisterende prosedyrer som omhandler korrekt henvisningstype og ledsagende ventessluttdato. Det er viktig at problemstillingen som framkommer i henvisningen angis som uavklart eller avklart på korrekt måte av legene. HF må sørge for at alle leger får den tilstrekkelige kursing på dette området, og også se til at sekretærer koder rett.	Utgangen av april.		Ansvar for prosedyre: Kvalitetsrådgiver med hjelp fra EPJ-konsulenter og Harald. Ansvar for implementering: Klinikksjefer med hjelp fra EPJ-konsulenter.	Forespørsel om endring i oppsett DIPS sendt til HN-IKT. Prosedyren revideres etter hva som er mulig å tilpasse i DIPS.