

Harmonisering av rutiner for ventelisteområde i EPJ i Helse Nord

Arbeidsgruppe i regi av Variasjonsteamet Helse-Nord

Arbeidsgruppens oppdrag

Oppgaver som skal løses i arbeidsgruppen:

- Utarbeide forslag til endringer i eksisterende prosedyrer, og utarbeide forslag til nye felles regionale prosedyrer der det er behov for det.
- Utarbeide en plan opplæring/ implementering i HF-ene som bidrar til etterlevelse av rutinene og mest mulig lik registrering i regionen.

Løsningene skal

- Bidra til enkle og intuitive prosedyrer som sikrer korrekt registrering av i EPJ.
- Bidra til rutiner i EPJ som er felles og tydelige i Helse Nord.

Arbeidet ledes regionalt gjennom variasjonsteamet i Helse Nord og gruppen koordineres av forvaltningssenter for EPJ (FSE). Arbeidsgruppen vil starte sitt arbeid i 2018 og vil ha en varighet på 1- 2 måneder, med anslagsvis 1 møte pr uke. Møtene vil foregå på skype, ved behov også fysisk.

Medlemmer i arbeidsgruppe

- Tove Merethe Johnsen, EPJ-rådgiver, Finnmarkssykehuset
- Trine Storjord, rådgiver, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Hanne Balswick, rådgiver, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Trude Westermann, rådgiver, Nordlandssykehuset
- Trine Lise A. Kaspersen, avdelingsleder, Nordlandssykehuset
- Marte Vassli Gullesen, EPJ-rådgiver, Helgelandssykehuset
- Espen Walla Sørensen, lærer, Helgelandssykehuset
- Vera Nygård, EPJ-rådgiver, Forvaltningssenter EPJ



Utgangspunkt for prioritering av fokusområde

- **Internrevisjonsrapport
04/2017**

«Henvisninger og ventetid i Helse Nord – oppsummering»

Nordlandssykehuset HF og
Universitetssykehuset Nord-
Norge HF

- Internrevisjonen i Helse Nord RHF,
22.08.2017

Anbefalinger gitt til helseforetakene	UNN	NLSH
Sørge for at henvisninger vurderes innen lovbestemt tid.		1
Sørge for at feltet «Henvisningstype» i DIPS fylles ut på bakgrunn av vurderende leges oppfatning av om pasientens tilstand betraktes som avklart eller uavklart på vurderingstidspunktet.	1	2
Sørge for at det framkommer klart i svarbrev til pasienter om oppgitt frist gjelder rett til oppstart av utredning eller til oppstart av behandling.	2	3
Sørge for at det til enhver tid er tilrettelagt for tildeling av timer minst fire måneder fram i tid, slik at informasjon om time i større grad kan gis i første svarbrev.	3	4
Innføre rutiner som sikrer at det for pasienter med rett til behandling (avklart tilstand) registreres en ventetid sluttdato som representerer en reell start på den behandlingen pasienten var vurdert å ha behov for.	4	5
Sikre korrekt bruk og registrering av interne primærhenvisninger, inkludert registrering av årsak til henvisningen.	5	6
Fortsette arbeidet for å sikre at relevante data om pasientforløpet innhentes og registreres slik at en sammenhengende henvisningsperiode kan identifiseres selv om pasienten mottar helsehjelp ved flere helseforetak.	6	7
Gi klare føringer for registreringspraksis (eventuell bruk av utsettelseskoder) i tilfeller der pasienten er forhindret fra å takke ja til oppstart av helsehjelp som blir tilbudt med kort varsel.	7	8
Forsikre seg om at utsettelseskode 5, <i>Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske</i> , forstås og benyttes i samsvar med regelverket.	8	
Gi klare føringer for hvordan begrunnelser/forklaring for valgt avsluttkode/utsettelseskode skal registreres for økt trygghet for at pasienter ikke urettmessig mister sin juridiske rett på oppstart innen fastsatt frist.		9
Innføre nødvendige kontrolltiltak for å redusere risikoen for at enkelte henvisninger ikke vurderes innen forsvarlig tid.	9	
Ta initiativ, via Regionalt forvaltningssenter for DIPS EPJ, til en samlet gjennomgang og oppdatering av kontrollkravene i OL1937 med tilhørende prosedyrebeskrivelser og dokumentasjonsskjemaer.	10	
Sørge for at gjeldende kontrollopplegg etterleves og følges opp i lederlinjen.	11	10

Utgangspunkt for prioritering av fokusområde

Mange av områdene i lista var allerede under arbeid i helseforetakene, men ett område ble påpekt av alle i gruppa som problematisk:

Ventetid slutt

Anbefaling fra internrevisjonsrapport:

Innføre rutiner som sikrer at det for pasienter med rett til behandling (avklart tilstand) registreres en ventetid sluttdato som representerer en reell start på den behandlingen pasienten var vurdert å ha behov

Veiledning for bruk av «Ventetid sluttdato»

Innhold i veiledning:

- Registreringskrav til henvisningen på venteliste i DIPS
- Tolkning av ventetid sluttdato
- Tabell med oversikt over registreringer i DIPS og hvilke konsekvenser det vil ha for NPR-rapportering
- Referanser

Veiledning utarbeidet av Trine Storjord gjennomgått og gjort klar for publisering i Docmap

Andre saker som arbeidgruppa har jobbet med fram til og med 06.04.18

- Viderehenvisning til annet sykehus
Gått gjennom prosedyre, lagt inn forslag til endring av prosedyren i Docmap
- Ventetid slutt ikke satt når henvisning avsluttes
laget sak til DIPS med endringsforslag for å bedre funksjonalitet i DIPS
- Pasientidentifiserbar rapport for avsluttkoder
Sak som allerede var meldt av NLSH som vi har fulgt opp.
Rapport er nå på plass i DIPS produksjon.
- Kort varsel (Intern revisjon 4.3.2)

Andre saker som arbeidgruppa har jobbet med fram til og med 06.04.18

- Dokumentasjon av tilbud fra HELFO (Internrevisjon 4.4.2)
Beskrevet hvordan det skal dokumenteres i pasientens journal, meldt til prosedyreendring
- Pas som flyttes tilbake til lokalt sykehus, registrering av henvisning
- Presentasjon av krav i oppdragsdokument om å overholde pasientavtaler med 95% innen 2021 ved Johan S. Rasch.
Gått gjennom og gitt tilbakemelding på presentasjon av indikator

Videre plan

- Arbeidsgruppen slutfører arbeid med sine saker og har sine siste møter i forbindelse med dette oppdraget i april/mai

