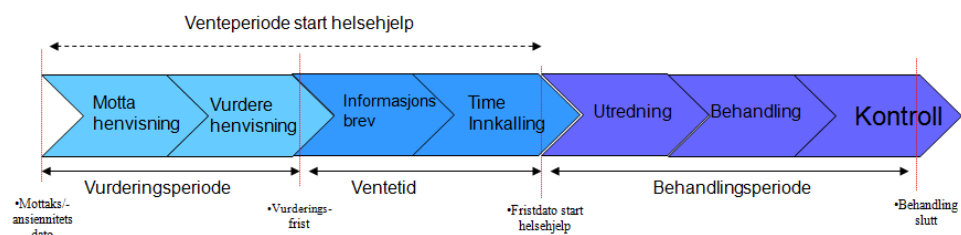


Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid

Samlet oversikt over innsatsområder med krav, tiltak og veiledning



Dette dokument er utsendt av Helse Sør-Øst RHF for oppfølging i regionens helseforetak og private ideelle sykehus med driftsavtale.

Innsatsområder, krav og tiltak er definert og drøftet i samarbeid mellom helseforetak og sykehus i regi av det regionale prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, kalt "Glemt av sykehuset".

Dokumentet revideres med jevne mellomrom for å ivareta behov for justeringer og suppleringer som fremkommer gjennom det regionale prosjektarbeidet.

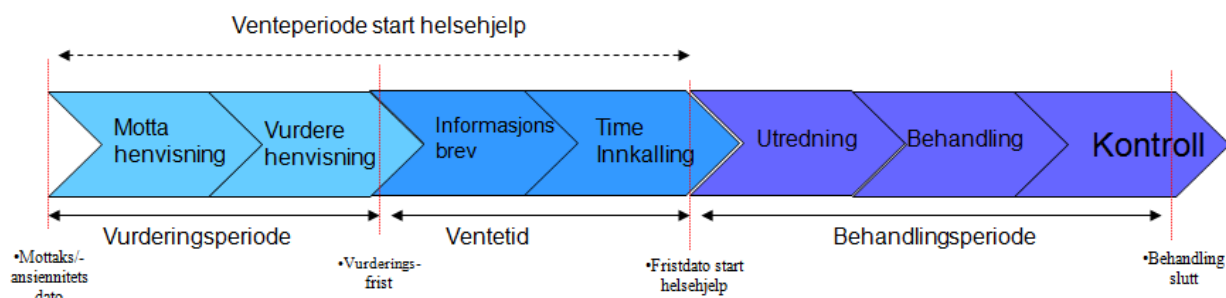
Innhold

1	Innledning og bakgrunn	3
1.1	Dokumentets status og oversikt over tidligere utsendte tiltakspakker - versjonshistorikk.....	3
2	Tiltaksområder	5
2.1	Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar.....	6
2.2	Mottak og håndtering av henvisninger	9
2.3	Pasient uten avtalt videre oppfølging.....	12
2.4	Krav til rutiner ved avslutning av arbeidsforhold	15
2.5	Krav knyttet til bruk av EPJ-systemer utover hovedsystem	18
2.6	Mellomløsning som skal benyttes i helseforetakene ved viderehenvisninger	21
3	Rapporteringssystemer som ledd i det lokale ledelsesinformasjonssystemet.....	27

1 Innledning og bakgrunn

Prosjektet *pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, med kortnavnet ”Glemt av sykehuset” ble vedtatt iverksatt av Styret for Helse Sør-Øst RHF i 058/2011 (14.9.2011). Prosjektet er regionalt og har deltakelse fra alle helseforetak samt private ideelle sykehus. Det skal fasilitere læring, erfaringsutveksling og standardisering av arbeidsprosessene i det pasientadministrative arbeidet for å sikre korrekt og trygg oppfølging av pasientene.

En sentral del av arbeidet i det regionale prosjektet har vært **å identifisere svakheter og mangler i det pasientadministrative arbeidet og vurdere årsakene til at dette skjer**. En har i arbeidet gjennomgått en komplisert klinisk hverdag delt pasientforløpet inn i syv sekvenser:



På bakgrunn av gjennomgangen er det blitt definert forbedringsområder, se oversikt under. Innenfor hvert av disse områdene er det detaljert beskrevet hva som er korrekt bruk av det pasientadministrative verktøyet. Det stilles dels konkrete og absolutte krav der det er avgjørende for pasientflyten i PAS at det ikke forekommer avvikende bruk av systemet, dels gis det veiledning på områder der en erfarer uklarhet knyttet til begrepsforståelser m.v.

1.1 Dokumentets status og oversikt over tidligere utsendte tiltakspakker - versjonshistorikk

Dette samlede dokumentet erstatter brev med tiltakspakker og brev vedr. ledelsesmessig oppfølging gjennom rapporteringsrutiner, som ble sendt fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetak og private, ideelle sykehus med driftsavtaler sommeren 2012, se oversikt under. Dette for at helseforetakene og de private, ideelle sykehusene lettere skal kunne holde oversikt og følge opp kravene og anbefalingene, samt for å ha et samlet dokument hvor nødvendige oppdateringer kan gjøres.

I dialog mellom det regionale prosjektsekretariatet og de lokale kontaktpersonene i prosjektet ”Glemt av sykehuset” har det kommet innspill til presiseringer og forbedringer. Underveis har det også fremkommet nye utfordringer og problemstillinger som en gjennom prosjektet, og dels i samarbeid med DIPS systemforvalterforum HSØ, har funnet tilnærminger til, se bl.a. kapittel 2.6 om mellomløsning for viderehenvisninger.

Et første utkast til dette samlede dokumentet har vært på innspillsrunde til alle helseforetak og private, ideelle sykehus ved kontaktpersonene. Enkelte ønsket en disposisjon som differensierte mellom krav, anbefalinger og begrepsavklaringer. I dokumentet har en funnet det mest hensiktsmessig å disponere innholdselementene ut fra innsatsområdene, se kap 1,2, og etter pasientforløpet som er benyttet av Konsernrevisjonen i deres revisjoner og som prosjektet siden har hatt som utgangspunkt for gjennomgang og forbedringer, se flyttdiagrammet over.

Versjonshistorikk og beskrivelse av hvilke endringer som er gjort, fremkommer i tabell under:

Område	Tilrådninger - innspillsrunde	Tiltak – vedtatt versjon	Endringer i revidert samledokument (dette)
Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar	11/00358-101 – 10.04.2012 Anmodning om tilbakemelding og supplerende innspill innen 30.04.2012.	12/00487-29 – 4.6.2012	Kun redaksjonell endring: presiseringer og omstrukturering
Mottak og håndtering av henvisninger	11/00358-99 – 10.04.2012 Tilrådninger om standardiserte rutiner m.v. for å sikre pasientoppfølging. Anmodning om tilbakemeldinger og supplerende innspill innen 30.04.2012. Inkludert ”Rapport arbeidsgruppe henvisninger/venteliste/fristbrudd” som vedlegg.	12/00487-29 – 4.6.2012	Kun redaksjonell endring: presiseringer og omstrukturering
Pasient uten avtalt videre oppfølging	11/00358-100 – 10.04.2012 Anmodning om kommentarer og supplerende innspill innen 30.04.2012.	12/00487-29 – 4.6.2012	Justert og konkretisert tekst basert på innspill og dialog i arbeidssamling i ”Glemt av sykehuset” 25. oktober 2012
Avslutning av arbeidsforhold	11/00358-107 – 30.04.2012 Tilrådninger om standardiserte rutiner m.v. for å sikre pasientoppfølging. Anmodning om tilbakemeldinger og supplerende innspill innen 25.05.2012.	12/00487-48 – 28.06.2012	Kun mindre redaksjonelle justeringer
Pasientinformasjon i andre systemer enn hoved-EPJ-systemet	Ingen innspillsrunde	12/00487-48 – 28.06.2012	Kun mindre redaksjonelle justeringer
Ledelsesmessig oppfølging gjennom rapporteringsrutiner, inkludert vedlegg med oversikt over rapporter for bruk i intern oppfølging, inkludert en rekke vedlegg med (eksempler på) eksisterende materiale	Ingen innspillsrunde	12/00487-49 – 4.7.2012	Det er gjort endringer i gjeldende versjon ihht innspill på arbeidssamling i Glemt av sykehuset 25.1.2013 og innspill fra DIPS systemforvalterforum HSØ i e-post av 27.2.2013. Endringer er merket med blå kursivert skrift.
Opplæring som sentralt virkemiddel	Ingen innspillsrunde	12/00487-50 – 4.7.2012	Merk at dette brevet med vedlegg ikke er redigert, og det er ikke inntatt i dette samledokumentet. Dokumentene er tilgjengelig på prosjekt Glemt av sykehuset sin nettside på www.helse-sorost.no
Overføring av vurdert henvisning mellom foretak - Utskrift av henvisning i DIPS	Brev av 4.3.2013 vedr. Oppfølging av tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering avhenvisninger og utredning - Mellomløsning knyttet til avvik vedrørende mottaksdato/ansiennitetsdato.	08/00672-30 – 4.3.2013	Ingen endring

2 Tiltaksområder

I dette samledokumentet er det tiltak innenfor følgende områder som er beskrevet:

- Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar
- Mottak og håndtering av henvisninger
- Pasient uten avtalt videre oppfølging
- Krav til rutiner ved avslutning av arbeidsforhold
- Krav knyttet til bruk av EPJ-systemer ut over hovedsystem
- Mellomløsning knyttet til avvik vedrørende mottaksdato/ansiennitetsdato
- Rapporteringsrutiner, som ledd i det lokale ledelsesinformasjonssystemet

Behov for dynamisk tiltaksdokument

Gjennom prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, ”Glemt av sykehuset”, avdekker en ved jevne mellomrom nye problemstillinger hvor det er behov for felles tilnærminger og løsninger for å sikre forbedring i det pasientadministrative arbeidet. Det vil derfor kunne bli aktuelt å revidere dette dokumentet ved jevne mellomrom.

Det er gjort endringer i gjeldende versjon ihht innspill på arbeidssamling i Glemt av sykehuset 25.1.2013 og innspill fra DIPS systemforvalterforum HSØ i e-post av 27.2.2013. Endringer er merket med blå kursivert skrift.

2.1 Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar

Merknad til kolonnen Ansvar/målgruppe: Her setter helseforetaket/sykehuset inn hvor ansvar skal plasseres/hvem som er målgruppe. I perioden hvor prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid", kalt "Glemt av sykehuset" pågår, dvs ut 2013, melder prosjektets lokale kontaktperson status til prosjektsekretariatet på hvert av punktene i dette dokumentet. Utfordringer og løsningsforslag drøftes i plenum i de regionale arbeidsamlingene.

I kolonnen fremkommer det for noen punkter merknader om at ansvaret ligger hos systemleverandør, hos Sykehuspartner eller at det pågår regionalt arbeid.

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe i [XX] HF	Plass for interne merknader og evt statusrapportering
<p>Journaldokumenter skal godkjennes omgående, og må ikke bli mer enn 14 dager gamle.</p> <p>Prøvesvar skal signeres fortløpende av ansvarlig behandler.</p> <p>Rapport 9582 skal kjøres hver annen uke for å sikre at oppgaver blir kontinuerlig ferdigstilte.</p> <p>For oversikt over usignerte prøvesvar må rapport 9854 kjøres.</p>		
<p>Prosedyre for bruker, leder, avdelingssjef og klinikkssjef som tydeliggjør ansvaret for håndtering av åpne journaldokumenter og signering av prøvesvar, skal foreligge.</p>		
<p>Ryddeprosjekt for å godkjenne og lukke åpne dokumenter, og for å signere gamle prøvesvar må gjennomføres. Dette skal skje som en engangsaksjon.</p> <p>Det må dokumenteres med merknad som begrunner hvorfor det er godkjent i ettertid, også med referanse til prosedyre i virksomhetens kvalitetssystem.</p> <p><u>Tidskrav for fullføring.</u> Det enkelte sykehus må sette opp en egen plan for når historiske dokumenter skal være ferdig gjennomgått og lukket. Fremdrift følges gjennom rapportering til det lokale styret.</p>		

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe i [XX] HF	Plass for interne merknader og evt statusrapportering
<p><u>Råd for signering av historiske dokumenter</u></p> <p>Medisinsk biokjemi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prøvesvar eldre enn seks måneder, kan autogodkjennes. ○ Prøvesvar som er eldre enn tre måneder og yngre enn seks måneder kan autogodkjennes om alle svarene på rekvisisjonen er innenfor normalområdet. Om ett av svarene er utenfor normalområdet, må svarene i den aktuelle rekvisisjonen godkjennes manuelt. ○ Prøvesvar som er ferskere enn tre måneder må godkjennes manuelt. <p>Mikrobiologi og immunologi / immunhematologi / transfusjonsmedisin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prøvesvar eldre enn seks måneder kan autosignes. ○ Alle andre prøvesvar godkjennes manuelt. <p>Patologisvar (inkl. histologi): Må alltid signeres manuelt, det gjelder både foreløpige og endelige svar.</p> <p>Bilddiagnostikk / radiologisvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Skal godkjennes manuelt. ○ Ved endringer fra opprinnelig svar, må dette synliggjøres. Alle versjoner av svaret skal vurderes og godkjennes. 		
<p>Opplæring Det skal gis obligatorisk opplæring til brukerne i signering av prøvesvar og godkjenning av journaldokumenter. Hver enkelt må ha forståelse for hva det vil si å signere prøvesvar og dokumenter.</p> <p>Det skal også gis opplæring til merkantilt personell i bruk av Dips-rapporter for kvalitetssikring av signerte oppgaver Se punkt 1.8. Veileder for uttrekkskriterier og kolonnesortering i DIPS, er utarbeidet av Glemt av sykehuset og tilgjengelig til bruk.</p> <p>Veilederen redegjør for hvilke rapporter som må eller bør kjøres og hvordan, for å sikre intern kontroll med at pasientadministrative rutiner faktisk følges, og jfr brev fra RHF til HF av 4. juli 2012 ”Ledelsesmessig oppfølging gjennom rapporteringsrutiner”, HSØs ref 12/00487-49.</p>		
<p>Autosignering av prøvesvar frarådes, (også for svar som er innenfor normalområdet), fordi det alltid bør gjøres en klinisk vurdering av svaret. Vektlegg i stedet god opplæring i hensiktsmessig arbeidsflyt.</p>		
<p>Framholde det ansvaret som linjeledelsen har også for prøvesvar. Det er nødvendig å følge opp av prøvesvar håndteres korrekt. Opplæring ut fra dette.</p>		
<p>Overvåking av signering av laboratoriesvar må være en av oppgavene til en overordnet kontrollerfunksjon på foretaket.</p>		

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe i [XX] HF	Plass for interne merknader og evt statusrapportering
<p>Opplæring og presentasjon av aktuell løsninger for bedre rutiner i signering av prøvesvar eller andre endringer i hverdagen. Opplæringspakker – og hensiktsmessig omfang på disse, tilretteleggelse for repetisjon og små drypp i den kliniske hverdagen.</p>		
<p><u>Krav til leverandør</u> Mulighet til versjonskontroll, dvs kunne spore hvem som sist har skrevet eller gjort endringer i dokumentet, og når endringene ble gjort.</p> <p>Bedre verktøy for markering av prøvesvar som trenger ytterligere oppfølging (må kunne gjenfinnes enkelt, og markeringen også oppheves enkelt)</p>	Ikke HF-ansvar	

2.2 Mottak og håndtering av henvisninger

Merknad til kolonnen Ansvar/målgruppe: Her setter helseforetaket/sykehuset inn hvor ansvar skal plasseres/ hvem som er målgruppe. I perioden hvor prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid", kalt "Glemt av sykehuset" pågår, dvs ut 2013, melder prosjektets lokale kontaktperson status til prosjektsekretariatet på hvert av punktene i dette dokumentet. Utfordringer og løsningsforslag drøftes i plenum i de regionale arbeidssamlingene.

I kolonnen fremkommer det for noen punkter merknader om at ansvaret ligger hos systemleverandør, hos Sykehuspartner eller at det pågår regionalt arbeid.

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Henvisninger bør adresseres til felles arbeidsgrupper. Adressering til enkeltleger bør unngås.</p> <p>For å redusere sårbarhet og sikre tilstrekkelig bred tilnærming, bør henvisningene innenfor hvert fagfelt vurderes av to til fem leger.</p> <p>Det skal gis en gjennomgang av definisjoner for å sikre lik forståelse og lik registrering.</p> <p>Se Rapport henvisninger/venteliste/fristbrudd, datert 12.11.2010.</p> <p>Råd: Ved henvisning til oppfølging tilbake til sekretærene, anbefales bruk av arbeidsflyt og felles arbeidsgrupper.</p>		

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Opplæring i lover, forskrifter og myndighetenes krav (mottak og håndtering av henvisninger)</p> <p>Helsedirektoratets prioriteringsveiledere for prioritering til spesialisthelsetjenesten skal brukes. Veilederne skal være beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten og dermed gjøre det enklere å prioritere. Prioriteringsveilederne er også et redskap for en mer ensartet prioriteringspraksis, på tvers av helseforetakene.</p> <p>Gjøre kjent krav, ansvarsområder og definisjoner for å sikre lik forståelse og registrering, se ”Rapport fra arbeidsgruppe henvisninger/venteliste/fristbrudd” fra HSØ, datert 12.11.2010.</p> <p>Leger: Leger som skal vurdere henvisninger, skal ha fått opplæring til å gjøre vurderinger innenfor sitt fagfelt. Opplæringen bør være obligatorisk og repeteres. Opplæring må også inkludere korrekt fastsettelse av ”ventetid slutt” for pasienten, se veileder fra Helsedirektoratet (på læringsportalen).</p> <p>Sekretæropplæring: Sekretærer som skal registrere henvisninger, skal ha opplæring som sikrer korrekt registrering av pasienten gjennom hele henvisningsforløpet. Opplæringen skal være obligatorisk, og gis for tildeling av oppgaven. Opplæringen bør repeteres. Tilbud om time til pasienten bør gis allerede i det første brevet fra sykehuset, ikke bare beskjed om at henvisningen er mottatt.</p> <p><i>Sentrale elementer i opplæringen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig at det gis opplæring i å oppdage risiko for fristbrudd tidlig nok til å sikre at pasienten gis tilbud innen forsvarlig tid. <p>Sekretærer ved hver enhet (seksjon / avdeling) må kjøre ut DIPS-rapport minst hver annen uke – og da for potensielle fristbrudd fire uker frem i tid.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for rydding og vedlikehold av ventelister. Se Rapport henvisninger/venteliste/fristbrudd datert 12.11.2010, og DIPS-rapporter under. 	<p>HSØ ved Standardiseringsprosjektet vil i 2013 sette opp en standard opplæringspakke.</p>	
<p>Tema for dialog med primærhelsetjenesten: Det bør etterstretes god samhandling med primærhelsetjenesten for å sikre god pasienthåndtering. Følgende tema kan være aktuelle for diskusjon og avklaring: Hva er en relevant og god henvisning? Hvordan sikre korrekt bruk av NHN Adresseregister, hvordan unngå henvisninger til flere sykehus parallelt?</p>		

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Informasjonen i pasientbrev: Prosjektet anbefaler fortsatt arbeid med å standardisere innhold og informasjon i pasientbrev. Det må komme tydelig frem for pasienten hva som er konkludert både iht rettigheter og utrednings eller behandlingsopplegg. Det må være et tydelig skille mellom generell informasjon (standardformuleringer) og konkret informasjon knyttet til den enkelte pasienten.</p> <p>Det bør fremkomme at fastlege / henvisende lege er det primære kontaktpunktet for pasienten inntil pasienten er ankommet sykehuset.</p> <p>For øvrig pasientinformasjon, se eget punkt ”Pasient uten avtalt videre oppfølging”.</p>	<p>HSØ ved Standardiseringsprosjektet har påbegynt et regionalt arbeid med utgangspunkt i det som tidligere er utarbeidet nasjonalt.</p> <p>HF / sykehus. Implementere nye standard brevttekster fortløpende.</p> <p>Inntil dette er på plass regionalt, benytter HF/sykehus egne maler.</p>	
<p>Etablere rutiner internt i HF/sykehus for å påminne pasient om time eller innleggelse.</p>	<p><i>Felles tilnærming vil bli vurdert i det regionale standardiseringsprosjektet.</i></p>	
<p>Tiltak som følge av DIPS-feil knyttet til lukking av primærhenvisning og oppretting av sekundærhenvisning:</p> <p>Se egen e-postkorrespondanse om dette av 30. november 2012 til kontaktpersoner og fagdirektører.</p>	<p>HF / sykehus. Avdelings- og seksjonssjef må iverksette tiltak umiddelbart</p>	
<p><u>Krav til leverandør</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fjerne <i>Henv type</i> fra mottatt del (“merkantil kolonne”) ○ Nye felter for registrering av henvisinger mottatt fra annet sykehus der henvisningen allerede er vurdert ○ Oversende henvisninger elektronisk mellom DIPS sykehus – der all aktuell pasientadministrative data er inkludert. ○ Må kunne motta vedlegg til henvisning elektronisk ○ Logikk mangler i oppbygging av skjermbilder – her må layout endres (de feltene som legene skal benytte, må ligge i samme kolonne og i hensiktsmessig rekkefølge). Den komplekse kliniske vurderingen som skal dokumenteres, er neppe forenelig med filosofien ”max. tre tastetrykk før neste skjermbilde” 	<p>Leverandør (DIPS ASA) - gjennom oppfølging fra HSØ (klinisk IKT og regionale fora).</p>	

2.3 Pasient uten avtalt videre oppfølging

Merknad til kolonnen Ansvar/målgruppe: Her setter helseforetaket/sykehuset inn hvor ansvar skal plasseres/hvem som er målgruppe. I perioden hvor prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid", kalt "Glemt av sykehuset" pågår, dvs ut 2013, melder prosjektets lokale kontaktperson status til prosjektsekretariatet på hvert av punktene i dette dokumentet. Utfordringer og løsningsforslag drøftes i plenum i de regionale arbeidsamlingene.

I kolonnen fremkommer det for noen punkter merknader om at ansvaret ligger hos systemleverandør, hos Sykehuspartner eller at det pågår regionalt arbeid.

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Alle pasienter som utskrives fra sykehuset skal ha trygghet om videre behandlingsopplegg og beskjed om hva som kan forventes av tilbakemelding, og når.</p> <p>På samme måte skal pasienter som har time på sykehusets poliklinikk ha klar beskjed om videre oppfølging,</p> <p>Enten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oppfølging hos fastlege. Epikrise og kopi av vesentlige prøvesvar som kommer inn i etterkant sendes dit. Henvisningsperioden ved sykehuset avsluttes i DIPS. 2. Avtale om time på poliklinikken. Timen bør bestemmes før pasienten forlater sykehuset og gis til pasienten, ved utskrivning. Pasient som har time på poliklinikken, og som skal følges opp der, bør få "ny time i hånden" når besøket avsluttes. Registreres i DIPS som kontroll. 3. I de tilfellene der man ikke får bestemt videre forløp pga manglende prøvesvar, kan det settes Indirekte pasientkontakt i DIPS (preliminær time /telefonkontakt) til videre opplegg er avklart. Pasienten bør deretter kontaktes pr brev, eller få time på poliklinikken. <p>Dersom pasienten ikke møter til oppsatt time, må den legen pasienten hadde time hos ta stilling til om ny time skal gis, og hvor raskt. Ny time i DIPS, eller henvisningsperiode avsluttet.</p> <p>Dersom pasienten avbestiller time på poliklinikken, bør det samme dag tas stilling om pasienten skal få ny time eller avsluttes. Henvisningsperioden i DIPS skal i utgangspunktet ikke stå åpen uten opprettet ny kontakt.</p> <p>Når sykehuset selv må avlyse pasientens time, må ny time gis umiddelbart.</p> <p><u>Dersom man allikevel velger å la pasient stå med åpen henvisningsperiode i DIPS, må man ha et system som tilser at man har kontroll på disse pasientene. Papirbaserte systemer i kombinasjon med elektroniske bør unngås.</u></p> <p>Manglende oppmøte Utformere regler for når pasienten skal strykes fra listene: ○ hvor mange ganger ikke møtt / ulike for fagområder?</p>		

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<ul style="list-style-type: none"> ○ kreve betaling for konsultasjon som pasienten ikke har møtt til (gjelder hele taksten, og uavhengig av frikort) ○ informasjon til pasienten i innkallingsbrevet, om at sykehuset krever betaling også for time pasienten ikke møter til. ○ tilbakemelding til henviser 		
<p>Åpen retur / åpen innleggelse Dette skal markeres i EPJ som Kritisk informasjon, og med kopling til notat om dette – aldri ved å la pasient stå som ”åpen kontakt”.</p>		
<p>Veiledning knyttet til konsultasjonsarket:</p> <p>Konsultasjonsarket i Dips skal benyttes ved alle konsultasjoner.</p> <p>Daglig oppfølging må gjøres via sekretærfunksjonene, av alle konsultasjonsark, for å sikre at kontakten er avsluttet eller at ny kontakt er opprettet.</p>		
<p>Åpne henvisningsperioder - Ryddejobb Åpne henvisningsperioder, uten avtalt ny kontakt i Dips, må gjennomgås, inklusive pasienter som har hatt øyeblikkelig-hjelp kontakt ved sykehuset. Man vil med dette identifisere dem som skulle vært fulgt opp, og iverksette slik oppfølging. Disse pasientene finner man ved bruk av Dips rapport 7221.</p> <p><i>Merk følgende kommentar fra innspillsrunden januar 2013:</i> <i>Parametersettingen fanger ikke opp alle henvisningene. Må ifm ryddejobber sette tidsrom tidligere enn oppstart av DIPS. Mange gamle feilaktig åpne henvisninger kan være i bruk.</i></p>		
<p>Opplæring <u>Kontormedarbeidere / merkantilt:</u> Forståelse for hva en henvisningsperiode er og når skal den avsluttes <u>Leger / behandlere:</u> Korrekt bruk av konsultasjonsarket, så ingen pasienter forlater sykehuset uten videre oppfølgingsplan. <u>Lederne:</u> Oppfølging via rapporter, for å fange opp pasienter uten oppfølging.</p>		
<p><u>Rapporter</u> DIPS-rapport D-7221 har 30 dager satt som default-verdi fra leverandør – må endres hver gang rapport skal kjøres. Foretakene bør kunne sette sin egen default-verdi for å fange opp alle pasienter med åpne henvisningsperioder.</p>	Leverandør DIPS. HSØ følger opp hvordan informasjon om slike innstillinger kommuniseres.	

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Utforme standardskriv til alle pasienter om: Hva kan du som pasient forvente av oss? - når det gjelder informasjon under og etter innleggelsen på sykehuset, og etter en poliklinisk konsultasjon. Det gjelder beskjed om svar på undersøkelser, prøver og analyse, og når du kan forvente å få denne informasjonen. Dersom beskjed ikke er kommet innen bestemt tid, bør pasienten selv, fastlegen, eller pårørende, ta kontakt og etterspørre dette. Denne informasjonen bør gis for å styrke pasientens innsikt i og mulighet til påvirkning av egen situasjon.</p>	<p><i>Prosjektsekretariatet for "Glemt av sykehuset" ønsker å nedsette en ad hoc-arbeidsgruppe for å utarbeide utkast til standardskriv. Ønskelig at 3-4 av de lokale kontaktpersonene melder seg til en slik arbeidsgruppe.</i></p>	
<p>Gjenåpning av henvisningsperiode Når kan man gjenåpne en henvisningsperiode (som er avsluttet): 1: Det er samme medisinske tilstand som den opprinnelige kontaktårsaken, dvs. at den nye kontakten er en forlengelse av det som allerede er gjort, og 2: det er mindre enn 180 dager siden henvisningsperioden ble lukket</p>	<p>HF / sykehus setter dette som standard. Avdelings- og seksjonssjef må iverksette dette umiddelbart.</p>	
<p>Ikke utsendte dokumenter Må kjøre rapport 9382 regelmessig for å følge opp antall ikke utsendte dokumenter. Sykehusene bør internt gjennomføre ekstra rapportering på dette hver annen måned i 2012.</p>		
<p><u>Krav til leverandør</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Datasystemene må belt og fullt understøtte gjeldende lovkrav.</i> ○ <i>Ved videresendt elektronisk henvisning må informasjon fra lovpålagte felt kunne importeres til neste sykehus.</i> ○ <i>Rapport som viser antall polikliniske konsultasjoner uten dokumentasjon tilknyttet.</i> ○ <i>Behov for å kunne registrere én henvisningsperiode på pasienten når det gis behandling på flere foretak (både parallelt og sekvensielt).</i> ○ <i>Behov for gruppering av pasienter for særskilt oppfølging (elektroniske pasientlister).</i> 	<p><i>Leverandør (primært DIPS – men også de øvrige) HSO ved Klinisk IKT og interne fora følger dette opp.</i></p>	

2.4 Krav til rutiner ved avslutning av arbeidsforhold

Merknad til kolonnen Ansvar/målgruppe: Her setter helseforetaket/sykehuset inn hvor ansvar skal plasseres/hvem som er målgruppe. I perioden hvor prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid", kalt "Glemt av sykehuset" pågår, dvs ut 2013, melder prosjektets lokale kontaktperson status til prosjektsekretariatet på hvert av punktene i dette dokumentet. Utfordringer og løsningsforslag drøftes i plenum i de regionale arbeidssamlingene.

I kolonnen fremkommer det for noen punkter merknader om at ansvaret ligger hos systemleverandør, hos Sykehuspartner eller at det pågår regionalt arbeid.

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Gjeldende rutiner for alle, bør være at arbeidsoppgaver som er påbegynt, fullføres samme dag. Dette gjelder også ved avslutning av arbeidsforhold, der andre i systemet må ta ansvar at oppgaver ikke blir liggende ugjort.</p> <p>Premisser for arbeidsprosessen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Midlertidige arbeidsforhold skal ha sluttdato i EP som er lik sluttdato i kontrakt, og dermed har Personalportalen den korrekte datoen. Sluttdato settes ved start, der man kjenner denne, f eks studenter.• Det skal foreligge en skriftlig avtale om når et arbeidsforhold opphører.• Nærmeste leder skal bekrefte dette gjennom en melding til HR, med beskjed om avtalt dato for fratredelse.• Dette skal gis meldinger til alle involverte instanser, som lønssystem, personalportal, og systemforvaltere for de ulike dataverktøyene, inkl. PAS/EPJ.<ul style="list-style-type: none">○ Dette skal igjen generere melding til den som skal slutte, og til nærmeste leder, som påminnelse, om alt som skal være fullført i de ulike systemene, og også om diverse-tilbakeleveringer.• Gjennom HR-funksjonen sikre at leder får elektronisk varsel om hvem som snart slutter, og følge opp evt. forlengelse av vikariat.• Ved endring av arbeidsforhold innen samme sykehus, bør den tilgangen man har i EPJ (dvs. definert rolle i henhold til beslutningsstyrt tilgang) erstattes med et nytt tilgangssoppsett (dvs. med ny rolle)		

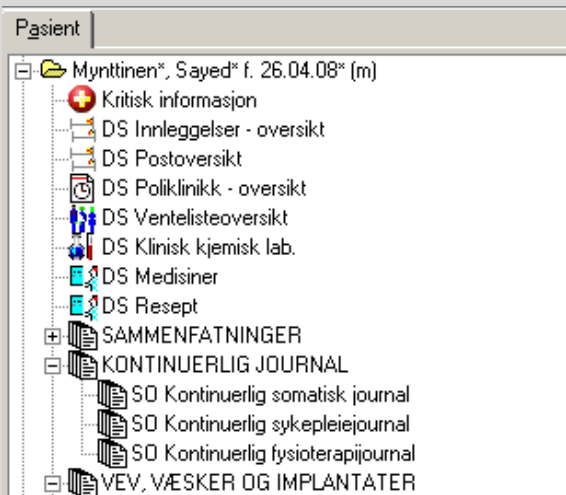
Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Pasientansvar i DIPS ved lengre fravær. Lengre fravær defineres som <i>mer enn fem virkedager</i>. Den enkelte virksomheten i helseforetaket kan sette definisjonen kortere. Det må defineres hvem som skal pålegges de oppgavene som kommer inn mens personen er borte. Ved fravær skal det gis tilgang til mappen ”mine arbeidsoppgaver” i DIPS.</p> <p>Pasientansvar i DIPS ved avsluttende arbeidsforhold</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nærmeste leder med personalansvar er ansvarlig for oppfølging av arbeidsgrupper og arbeidsoppgaver som ligger hos medarbeidere som slutter. • Bruk rapporter for kontroll av ikke utførte arbeidsoppgaver. • Sikre medarbeidere som skal slutte, tid til å rydde i arbeidsoppgaver. 	<p>HF / sykehus må fastsette dette som obligatorisk rutine umiddelbart.</p>	
<p>Overføring av oppgaver til andre For ivaretagelse av kritiske arbeidsprosesser må leder bestemme hvem som skal overta ansvarsfulle oppgaver etter personen som slutter eller er borte (for eksempel vurdering av henvisninger). Vi tilrår at tilhørende oppgaver ikke legges til en enkelt medarbeider, men i stedet til definerte felles arbeidsmapper (arbeidsgrupper) – hvor enkeltmedarbeidere kan gis tilgang.</p> <p>Alle arbeidsgrupper i DIPS (administrative så vel som kliniske) skal ha definert én eller flere personer med ansvar for gruppen, dvs. en som har ansvar for at oppgaver utføres.</p> <p>Dette vil særlig være viktig for sommerperioden – der mange medarbeidere har korttidsansettelser, som leder til at mange oppgaver må overføres til andre.</p>	<p>HF /sykehus må ha dette som obligatorisk rutine</p>	
<p>Arbeidsmappen ”Udefinert arbeidsflyt” i DIPS og overføring av oppgaver/dokumenter</p> <p>Det er en felles arbeidsmappe for ”Udefinert arbeidsflyt” i DIPS i alle helseforetak. Det må være helt avklart hvem som har ansvaret for praktisk å videresende fra denne arbeidsmappen daglig. For de fleste helseforetak er dette Sykehuspartners ansvar.</p> <p>Det må være etablert enhetsspesifikke arbeidsmapper for å kunne ta imot oppgaver/dokumenter som er videresendt fra denne mappen. Det skal defineres en ansvarlig person som har ukentlig ansvar for å sikre at innholdet i mappen håndteres videre i linjen.</p> <p>Det understrekes at ansvaret for vurderingen og oppfølgingen av det faglige innholdet i mappen til enhver tid er helseforetakets/sykehusets ansvar.</p>	<p>HF / sykehus må på overordnet nivå sikre at dette er etablert i alle aktuelle enheter</p> <p><i>Her er det ønskelig å løfte frem gode rutiner i felles regionale arbeidssamlinger i prosjekt Glemte av sykehuset.</i></p>	

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Personvern – medarbeider E-postkonto og private filområder skal håndteres i henhold til Personopplysningsforskriften §§ 9-1, 9-2 og 9-3.</p> <p>Ved avslutning av arbeidsforhold skal nærmeste leder sammen med medarbeideren som skal slutte, avgjøre hva som er privat og hva som er felles informasjon, og sørge for at det som er felles overføres til andre filområder. Fraværsmelding kan legges inn i e-postkontoen til medarbeideren som skal slutte. Viderekobling til ny e-postadresse er ikke tillatt.</p> <p>Konkretisering av gjeldende lovverk samt forskrifter – noen aktuelle lenker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjonssikkerhet/dokumenter/faktaark/Documents/Faktaark-51-Innsyn-i-den-ansattes-e-postkasse-mv.pdf • http://www.datatilsynet.no/Global/05_regelverk/epostforskriften_merknader.pdf • http://www.datatilsynet.no/Sektor/Arbeidsliv/Innsyn-i-ansattes-e-post/ 	<p><i>Dette er oppfølging av gjeldende lovkrav. Rutiner for å sikre at dette inaretas må være på plass.</i></p>	
<p>Krav til systemleverandører:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerprovisjonering må innføres i EPJ-systemene (klinisk EPJ, lab og rttg) • Automatikk mellom PAGA og berørte saksbehandlingssystemer i Sykehuspartner (SP) og HF-ene må innføres, med formål å håndtere alle elementer (klær, nøkler, pasientadministrative systemer osv) knyttet til inngåelse av og avslutning av arbeidsforhold • Det vil her påløpe kostnader til forstudier og til utvikling. Dekning av dette må avklares 	<p><i>Forstudier pågår i regi av Sykehuspartner, i samarbeid med HSØ og HF-ene.</i></p> <p><i>Etablering av dette som system forutsetter utvikling og utrulling – tid for dette kan ikke angis nå.</i></p>	

2.5 Krav knyttet til bruk av EPJ-systemer utover hovedsystem

Merknad til kolonnen Ansvar/målgruppe: Her setter helseforetaket/ sykehuset inn hvor ansvar skal plasseres/ hvem som er målgruppe. I perioden hvor prosjektet "Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid", kalt "Glemt av sykehuset" pågår, dvs ut 2013, melder prosjektets lokale kontaktperson status til prosjektsekretariatet på hvert av punktene i dette dokumentet. Utfordringer og løsningsforslag drøftes i plenum i de regionale arbeidsamlingene.

I kolonnen fremkommer det for noen punkter merknader om at ansvaret ligger hos systemleverandør, hos Sykehuspartner eller at det pågår regionalt arbeid.

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Det skal alltid være synliggjort i "hovedsystemet for EPJ" (DIPS, PasDoc, IMX) at det finnes pasientinformasjon i andre systemer og hvilke dette er (eks. Partus, MetaVision).</p> <p>Dette kan synliggjøres / flagges ved en markering i i journalstrukturen (F12) (jf. bildet her) der denne / disse har et eget symbol som sier at denne pasienten faktisk har dokumentasjon i annet klinisk system, og som også er en lenke til riktig pasient i dette systemet.</p> 	<p>Systemleverandører (dvs. Dips, Imx, PasDoc).</p> <p>Bør være på plass i første halvår 2013.</p>	
<p>Kultur for å gi bedre kravspesifikasjon i forkant av en anskaffelse – og for oppfølging av hva som faktisk leveres, inklusive funksjonalitet og opplæring</p>	<p><i>HISØ Klinisk IKT i samarbeid med Systemforvalterforum og Sykehuspartner</i></p>	
<p>Ved helsehjelp som registreres andre steder (eks om blodbanken gjør veneseccio ved hemokromatose og dokumenterer dette i blodbanksystemet), skal det alltid oppføres i hoved-EPJ, med henvisning til hvor dokumentasjonen finnes.</p> <p>Ved alle steder der det gis helsehjelp må dette synliggjøres i hovedsystemet.</p> <p>Journalnotater fra leger og andre behandlere skal alltid gjøres i hovedsystemet for EPJ.</p>	<p><i>Rutinekrav til alle sykehus.</i></p>	
<p>Tydelig avklaring av hva som er hovedsystem (dersom det ikke er tydelig nok).</p>		
<p>Opplæring av leger (ev. også andre) fra spesialavdelinger (bilde, lab.) i en EPJ minimumspakke, for å kunne foreta påkrevd dokumentasjon i hovedsystemet (legenotater spesielt), og som viser hvor selve dokumentasjonen finnes</p>		

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
<p>Langsiktig arbeid med bedret struktur og søkemuligheter i EPJ Dette forventes å bli bedre med ny versjon, DIPS Arena.</p> <p>HSØ må sikre at det skjer tilstrekkelig kvalitetskontroll av løsningen som kommer, og ivareta kommunikasjon og opplæring.</p>	Systemleverandører.	
<p>Hjelpenummer Krav til alle systemleverandører med tanke på sammenslåing og reversering av nødnr/hjelpenr. Der personnummer er ukjent, blir pasienten gitt et ”hjelpenummer”. Det opprettes en separat journal for dette hjelpenummeret. Så snart komplett personnummer er kjent, blir den separate journalen slått sammen med den ”egentlige”. Det kan her skje feil som gjør reversering av sammenslåingen påkrevd.</p> <p>Alle EPJ-systemer må ivareta både sammenslåing av to journaler, og reversering av dette.</p>	HSØ klinisk IKT. Sykehuspartner. Dette må inngå i kravspesifikasjonen ved alle anskaffelser. Iverksettes umiddelbart.	
<p>Alle HF / Sykehus må ha et system for tildeling av hjelpenummer ved ukjent personnummer – dvs. at klinisk dokumentasjon, laboratoriesvar og bildediagnostikk blir knyttet til det samme hjelpenummeret.</p> <p>Dette er påkrevd for å sikre at f. eks. bildediagnostiske beskrivelser alltid knyttes til korrekt pasient, og slik at det er sammenfall i hvilke pasientdata som slås sammen når personnummeret foreligger.</p>	HSØ klinisk IKT. Sykehuspartner. HF / Sykehus må forsikre seg om at det er sammenfall i hvilke pasientdata som slås sammen når personnummeret foreligger.	
<p>En pasientgruppe som alltid må få hjelpenummer, er nyfødte som legges inn. Omfanget av dokumentasjon er ofte stor i denne pasientgruppen. Nyfødte barn er i tillegg identifisert som N.N.s sønn / datter, dvs. at de ved fremtidige kontakter vil bli identifisert med et annet navn – i tillegg til nytt personnummer. Dette gjør i sum sammenslåing enda mer krevende.</p> <p>Krav til SSB om mye raskere tildeling og utsendelse av personnummer til nyfødte.</p>	HSØ overfor SSB for å sette dette i system (jf. også neste punkt).	
<p>Meldingsløftet har gjennom «ELFOR» prosjektet i samarbeid med Skattedirektoratet fått etablert et system med produksjon av elektronisk melding om fødsel og automatisk tildeling av fødselsnummer på nyfødte (som kommer inn i fødejournalen, dvs. Partus). Den største mangelen ved dette er at det ikke er funksjonalitet for integrasjon fra Partus mot DIPS.</p>	Løsning for integrasjon barnejournal er per januar 2013 levert for test i forbindelse med pilotering i Sykehuset i Vestfold i løpet av våren 2013.	
<p>Legearbeid i DIPS Legene selv må være pålogget for å kunne arbeide med pasientdata og signere prøvesvarene i DIPS. Det medfører dokumentasjonsfeil om en ikke selv er pålogget i systemet.</p>	HF: Interne presiseringer om viktigheten av dette.	
<p>Det må være mulig at et prøvesvar skal kunne vises både i en sengepostliste og hos den legen som har rekvirert analysen. Det kan være med en ny systemparameter, som sier at bestemte prøver bestilt i akuttinntak skal gå til rekvirerende lege i tillegg. Dette skal ikke være obligatorisk oppsett.</p>	Avhengig av leverandør (Versjon 7.2 DIPS – 31.12.2013).	

Tema / konkret forslag	Ansvar / målgruppe	Status/merknad
Alle undersøkelser, prøverekvisisjoner og analyseforespørsler må sendes digitalt, også utenom eget helseforetak – jf. Meldingsløftet.	Avhengig av Meldingsløftet, ev. også Nytt laboratoriesystem.	
Alle svarrapporter, analysesvar og beskrivelser må oversendes elektronisk og med prøve- og analysespesifikk ID som knytter svaret til rekvisisjonen og til rekvisenten. Elektronisk kommunikasjon av rekvisisjon og svaret er vesentlig for god klinisk informasjon og oppfølging.	Avhengig av Meldingsløftet, ev. også Nytt laboratoriesystem.	
Systemet bør legge til rette så behandlende lege får innsyn i svar på tidligere utførte analyser. Også for analyser og undersøkelser som er rekvirert utenfor eget sykehus, må svar og beskrivelser kunne gjøres tilgjengelige i eget HF, slik at de kan hentes opp (med noen unntak, bl.a. for prøver som rekvireres av bedriftshelsetjenesten) og synliggjøres i rutinebeskrivelser. Dersom svar og beskrivelser sendes over til hovedsystemet for EPJ, må dette være som kopi som ikke krever signering. Disse prøvesvarene skal ikke flagges eller markeres.	HF bestiller. SP utfører endringer i hvilke svar som skal gå over til DIPS. Oppstart umiddelbart.	
Det må være mulig å sette inn kopimottaker når man rekvirerer blodprøve i DIPS.	Avhengig av leverandør (DIPS Versjon 7.2. – dvs. 31.12.2013).	
Prøvesvar som mottas etter at en pasient er skrevet ut, skal til epikriseskrivende lege.	HF må sørge for og sikre at systemoppsett for denne arbeidsflyten er aktivert. Iverksettes umiddelbart. <i>Leverandør må innen 31.12.2012 sørge for at prøvesvar fra andre systemer følger samme arbeidsflyt [status her sjekkes].</i>	
Det må avvikles arbeidsflyt som innebærer at usignerte prøvesvar fra tidligere opphold automatisk flyttes med over til ny post eller prøvesvar gruppe i akuttmottak, ved ny innleggelse.	HF / Sykehus. Endre lokal rutine, ev. i samarbeid med EPJ-leverandør.	
Prøvesvar knyttet til ansatte er ikke tema i dette prosjektet – det handler om reglene for taushetsplikt og ”snoking”. Det er ikke alle opplysninger i EPJ som pasienten selv skal ha, og den enkelte skal ikke være i en situasjon der ”dårlige nyheter” blir kjent gjennom egenoppslag i EPJ. Dette tilsier særskilt varsomhet med å sende analysesvar for egne medarbeidere til EPJ. Dette er trolig krevende systemmessig. Tiltak: opplæring og bevisstgjøring.	HF, gi opplæring/få presisert viktigheten av å ikke gjøre oppslag i egen journal.	
Automatisk varsling knyttet til tidsfrist for signering av prøvesvar. Dette må ikke ha tilsvarende markering som patologiske prøvesvar. Normalt bør prøvesvar være vurdert og reagert i forhold til innen fem virkedager – men uten at dette settes som en kategorisk grense. Ønskelig med markering / varsling om dette ikke skjer.	Avhengig av leverandør (DIPS – versjon 7.2 – dvs. 31.12.2013).	

2.6 Mellømsning som skal benyttes i helseforetakene ved viderehenvisninger

I dette delkapitlet inntas brev av 26.2.2013, med vedlegg om pålagt mellomømsning knyttet til avvik vedrørende mottaksdato/ansiennitetsdato, i sin helhet:

Helseforetakene i Helse Sør-Øst
De fem private (ideelle – ikke kommersielle)

Vår referanse:

08/00672-30

Saksbehandler:

Ingrid Norheim, tlf 02411 /Toril Orrestad, tlf 48260016

Deres referanse:

Dato:

26.02.2013

Oppfølging av tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning - Mellømsning knyttet til avvik vedrørende mottaksdato/ansiennitetsdato

Bakgrunn

Fylkesmennene i hele landet har på oppdrag fra Statens helsetilsyn gjennomført landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2012. Tilsynets tema var om det enkelte helseforetak gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger, herunder viderehenvisninger, hvor det kan være mistanke om eller allerede er diagnostisert tykk- eller endetarmskreft, samt forsvarlig utredning og diagnostisering frem til oppstart av behandling av pasientene. Tilsynet hadde fokus på tidsrommet fra mottak av henvisning i sykehuset fram til oppstart behandling. Behandling er definert som stråling, kirurgi eller behandling med cytostatika.

Det er i alt gjennomført 13 tilsyn i Helse Sør-Øst. Ved fem av tilsynene er det påpekt avvik knyttet til mottaksdato/ansiennitetsdato.

I henhold til forskrift om ventelisterregistrering § 3 skal henvisninger registreres i det pasientadministrative systemet på mottaksdato, som er den dagen henvisningen er mottatt av institusjonen. Videre heter det: *"Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen."*

Ansiennitetsdatoen skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet, selv om vedkommende overføres mellom sykehus/helseforetak og/eller mellom klinikker/avdelinger innad i sykehuset/foretaket, så lenge det gjelder samme tilstand. Se ellers oversikten over hvilke opplysninger som skal overføres mellom enheter ved viderehenvisning i kap. 3 i Rundskriv IS-10/2009 Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR)

Ved de aktuelle helseforetakene (Vestfold, Sørlandet, Vestre Viken og Oslo universitetssykehus), sikret man ikke at pasienter ble registrert med korrekt ansiennitetsdato. Dette medførte at det kunne bli satt ny ansiennitetsdato enten når pasienten ble henvist fra et annet sted i spesialisthelsetjenesten (annet sykehus/helseforetak), eller ved interne overføringer mellom klinikker/avdelinger innad i helseforetaket, f. eks. fra medisinsk til kirurgisk klinikk/avdeling.

For Oslo universitetssykehus' sin del er avviket påpekt kun i forbindelse med henvisninger mottatt fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det ble her opplyst at det er gjort forsøk på å innhente ansiennitetsdato fra andre sykehus/helseforetak, men at dette er en utfordrende, vanskelig og ikke minst tidkrevende prosess.

Mellomløsning som skal benyttes i helseforetakene ved viderehenvisninger

Det er en utfordring at henvisningene mellom sykehusene fremdeles går i papirformat. Det regionale prosjektet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid*, med kortnavnet "Glemte av sykehuset" har sammen med leder av DIPS Systemforvaltningsforum HSØ drøftet mulige løsninger for å håndtere utfordringene som ligger til grunn for de påviste avvikene.

Oslo universitetssykehus (OUS) har i sitt tilsvarende svar til tilsynsmyndighetene påpekt hva en henvisning må inneholde for at mottakende helseforetak eller avdeling skal kunne håndtere pasientene korrekt. Dette har tidligere også vært påpekt flere ganger i de regionale fagdirektørmøtene.

Opplysningene som OUS understreker som viktig ved viderehenvisning er:

- Når ble første gangs henvisning mottatt for aktuell lidelse? (Ansiennitetsdato)
- Resultat av rettighetsvurdering; rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp?
- Hvilken type helsehjelp skal pasienten ha; utredning/behandling?
- Hva er dato for frist start helsehjelp?
- Er helsehjelpen påbegynt? (Fristen innfridd)
- Hvis ja; når?

Helse Sør-Øst sender med dette ut den løsningen som er utarbeidet i regi av "Glemte av sykehuset" i samarbeid med DIPS Systemforvaltningsforum HSØ. **Løsningen må benyttes inntil ansiennitetsdato overføres "elektronisk med pasienten" i DIPS**, eller til annen informasjon gis.

En har i løsningen søkt å imøtekomme de innholdselementer som OUS har etterlyst. Imidlertid er det ikke mulig å hente ut av systemet opplysninger om kontakttipe, prioritet og ventetidsluttdato. Dette skyldes at dagens løsning mangler malvariabler for uttrekk på disse elementene.

Opplysninger om rettighetsvurderingen fremkommer med dato i feltet for *frist start helsehjelp* når henvisninger er vurdert med ja, rett til prioritert helsehjelp. Dersom henvisninger er vurdert til nei, til prioritert helsehjelp vil feltet *frist start helsehjelp* være blankt. **En henvisning som er rettighetsvurdert, skal som hovedregel ikke rettighetsvurderes på nytt.**

For å få med kontakttipe som pasienten er vurdert til, behandling eller utredning, og også om helsehjelpen er påbegynt, må sekretærene skrive disse opplysningene inn i Venteliste-informasjonen, i F7 bildet. Denne informasjonen vil da fremkomme i det endelige utskriftdokumentet. (Se nærmere detaljer i vedlegget: Utskrift av henvisning i DIPS- Overføring av vurdert henvisning mellom foretak).

Det viktigste for pasienten er datoen for frist for start helsehjelp. Dette er pasientens juridiske dato og fremkommer i vedlagte dokument som skal sendes med pasientens henvisning.

Løsningen i vedlagte dokument er testet ut i Akershus universitetssykehus og i Sykehuset i Østfold, og skal være gjennomførbar i alle helseforetak med DIPS.

Helse Sør-Øst ber helseforetakene sikre at de som har en rolle knyttet til viderehenvisninger i det enkelte helseforetak, setter seg inn i og benytter fremgangsmåten og oppsettet i vedlagte dokument. Dette er viktig for å sikre at mottakende helseforetak eller avdeling får essensielle opplysninger vedrørende en pasients allerede vurderte henvisning og rettigheter.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Alice Beathe Andersgaard
fagdirektør

Toril Orrestad
spesialrådgiver

Vedlegg:
Utskrift av henvisning i DIPS - Overføring av vurdert henvisning mellom foretak

Vedlegg (til brev):

Utskrift av henvisning i DIPS - Overføring av vurdert henvisning mellom foretak

Det mangler pr i dag felter i DIPS for å registrere allerede vurdert henvisning. Når det videresendes allerede vurderte henvisninger sendes det i tillegg ikke informasjon om rettigheter, frister osv.

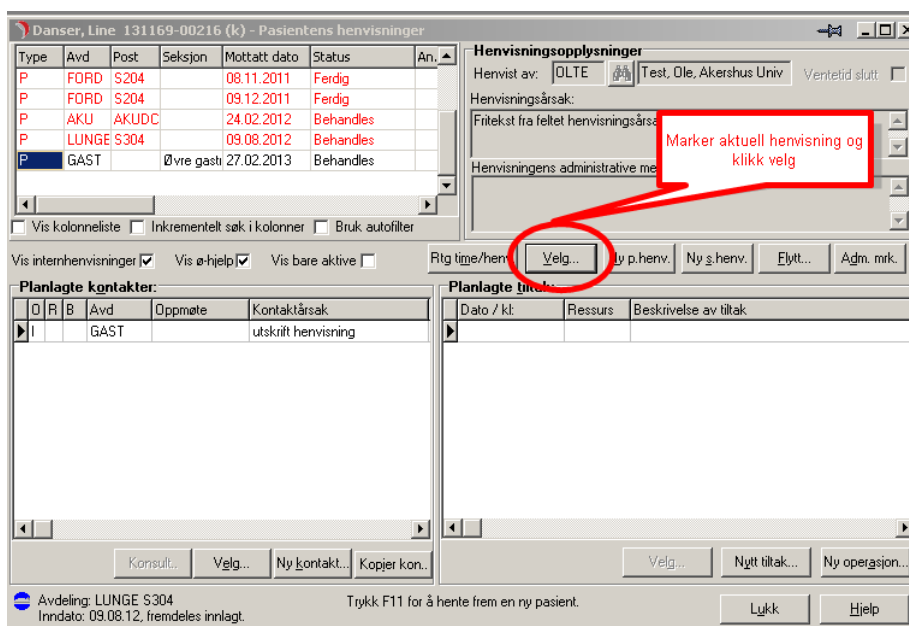
Henvisningen vurderes ofte på nytt siden man ikke har tid til å ringe for å motta disse opplysningene.

Viktige opplysninger fra resultat av vurderingen, kontaktttype (utredning/behandling) og ev. ventetid sluttdato (helsehjelpen er påbegynt) skal påføres i feltet **ventelisteinformasjon i F7 bilde**. Dette for å sikre at all nødvendig informasjon følger henvisningen.

Sluttbrukermanual

For å sikre at essensielle opplysninger vedrørende en pasients allerede vurderte henvisning og rettigheter skal man sende med følgende dokumentasjon fra DIPS:

- Utskrift av original henvisning fra fastlege/henviser
- Utskrift av henvisning registrert i F7, pasientens henvisninger:



Danser, Line 131169-00216 (k) - Registrer henvisning (primær, ingen sekundær)

Avdeling: GAST | Gastrokirurgisk avdeli
 Seksjon: Øvre gastro
 Post:
 Lokalisering:
 Døstert: 27.02.13 | Trenger transport:
 Mottatt dato: 27.02.13 | Second opinion:
 Fritt sykehusvalg:
 Herv. type:
 Herv. hastegrad:
 Herv. av: OLTE | Test, Ole, Akershus
 Herv. fra type: Andre tjenester
 Ansiennitetsdato fra annet sykehus:
 Sykehus:
 Henvisnings-årsak: Fritekst fra feltet henvisningsårsak.
 Henvisers diagnose:
 Vurdering:
 Admin. merk-nad:
 Venteliste-info: Her kan man skrive inn fritekst, f.eks kontaktype:
 Ansvarlig: OLTE | Test, Ole, Akershus
 Resultat/dato: Behandles | 27.02.13
 Omsorgsnivå: Heldøgn
 Kontaktype: Heldøgn
 Post/Lokalisering: Byst- og endokrinkir
 Seksjon: Øvre gastro
 Fagområde: Galleveie-/pancreas sykdom eks
 Diagnosegr.:
 Tentativ diagnose:
 Hastegrad: Planlagt, eller venting over 24 tim
 Prioritet:
 Beh.nivå:
 Fast oppmøteid:
 Oppmøtekommentar:
 Rett til prioritert helsehjelp:
 Frist for start helsehjelp: 01.03.13
 Risiko:
 Vedlegg:
 Type:
 Beskrivelse:
 <No data to display>
 Siste kontakt: Heldøgn LUNGE 09.08.12: plo
 Henvisningsperiode:
 Nu tilstand:
 Arbeid:
 Eksist:
 Type:
 Vis utførte:
 Detaljer:
 Overfør:
 k. herv. | Herv. pas.jd | Lagre | Oppgave >> | Opprette | Dokumenter >> | Slett | Lykk | Hjelp

Klikk på Dokumenter og velg Skriv ut henvisning

Nedenfor er et eksempel på hvordan utskrift av henvisning ser ut. Dersom pasienten er vurdert til ikke å ha rett til prioritert helsehjelp, vil det ikke stå noen dato i Frist for start helsehjelp.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS
 BEHANDLING AV HENVISNING TIL: GAST ØVRE GASTRO

IDENTIFIKASJON AV PASIENTEN

Navn: Danser, Line **F.nr.:**13.11.69 00216
Adresse: Lilly Strømsvei 11 B
Postnummer: 2000 **Poststed:**Lillestrøm
Kommune: 0231 Skedsmo

Vurdert av: Ole Test **Dato Vurdert:** 27.02.13

Problemstilling: Fritekst fra feltet henvisningsårsak.

Datert: 27.02.13

Mottattdato: 27.02.13

Avdeling: GAST

Ventelisteinfo: Her Kan Man Skrive Inn Fritekst, F.Eks Kontaktype: Behandling/utredning

Henvist av: Akershus Universitetssykehus
 Ole Test

Frist for start helsehjelp: 01.03.13
 (Frist for start helsehjelp vil være blankt, dersom henvisning er satt til nei.)

Forvaltning av DIPS

Oppsett:

Systemmalen for Henvisning finnes i Journal:



Malen tilpasses det enkelte sykehus med opplysninger om HF.

Øvrig oppsett og bruk av malvariabler skal følge malen som vist nedenfor:

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS
BEHANDLING AV HENVISNING TIL: [Henv.AVDELING] [Henv.Sek.NAVN]
[Henv.HenT.Post.Navn]

IDENTIFIKASJON AV PASIENTEN
Navn: [Pas.Etternavn] , [Pas.Fornavn] F.nr.: [Pas.SPLITTFODSELSNR]
Adresse: [Pas.Adresse]
Postnummer: [Pas.Postnr] Poststed: [Pas.Poststed]
Kommune: [Pas.KOMMUNENR] [Pas.Kommunenavn]

Vurdert av: [Henv.vurd.Navn] Dato Vurdert: [Henv.Vurdertdato]

Problemstilling: [Henv.PRblemstilling]

Datert: [Henv.Datert]

Mottatt dato: [Henv.Mottattdato]

Avdeling: [Henv.AVDELING]

Ventelisteinfo: [Henv.Ventelisteinfo]

Henvist av: [Henv.HenF.Orgnavnognavn]

Frist for start helsehjelp: [Henv.Fristforstarthelsehjelp]
(Frist for start helsehjelp vil være blankt, dersom henvisning er satt til nei.)

Tilgangsstyring:

Tilgang til utskrift av henvisning ligger implisitt i tilgang til pasientens henvisninger.

Det vil si, kan man åpne henvisningen, kan man også skrive den ut.

3 Rapporteringssystemer som ledd i det lokale ledelsesinformasjonssystemet

Tabellen under gir en oversikt over hvilke rapporter i DIPS som må eller bør kjøres, og hvor ofte. Det skal ikke rapporteres til Helse Sør-Øst RHF ved prosjektsekretariatet på dette. I forkant av felles regionale arbeidssamlinger oppfordres det til å spille inn eventuelle utfordringer eller forhold som det er nyttig å gjennomgå i fellesskap.

Det er gjort endringer i gjeldende versjon ihht innspill på arbeidssamling i Glemte av sykehuset 25.1.2013 og innspill fra DIPS systemforvalterforum HSØ i e-post av 27.2.2013. Endringer er merket med blå kursivert skrift.

Må / bør kjøres	ID	Navn på rapport	Hensikt	Regelmessighet	Parametre / sortering kolonner	Evt. merknad/kommentar
Må	6813	Oversikt henvisninger mottatt i periode	Antall vurderingsdager (månedlig rapport til HSØ – gjelder indikator 8 a ”Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisning er fullført, se definisjonskatalog.	Månedlig	Bestill rapport 6813. Tidsrom 2 år tilbake. Bakgrunnen for at det må hentes data langt tilbake er for å fange opp eventuelle gamle henvisninger som nylig er vurdert. Velg alle avdelinger, unntatt radiologisk avdeling. Indikator 1: Filtrer på Vurderingsdato ved å sette Større enn eller lik første dato og Mindre enn + 1 dag lengre enn siste dato i perioden du ønsker å se på. Velg primærhenvisning= verdi 1 Vurderingsdager er differansen mellom mottaksdato – og vurderingsdato (ikke ansiennitetsdato) Høyreklikk på kolonnen Antall vurderingsdager og velg gjennomsnitt. Indikator 2: Les av antall henvisninger vurdert i perioden (1 måned tilbake).	
Må	6813	Oversikt henvisninger mottatt i periode	Truende fristbrudd/reelle fristbrudd.	Ukentlig	Velg fra og med minst halvannet år tilbake pga. en del langtidsventende pasienter som må med i uttrekket. Velg ”1” (betyr ja rett til prioritert helsehjelp) i kolonne Rett Til Helsehjelp Velg ønsket periode for antall fristbrudd: Velg Tilpasset i kolonne: Frist Start Behandling	

Må / bør kjøres	ID	Navn på rapport	Hensikt	Regelmessighet	Parametre / sortering kolonner	Evt. merknad/kommentar
					<p>Velg er større enn eller lik Velg alltid fra første dato for periodestart.</p> <p>Velg mindre enn + en dag lengre enn perioden. Velg alltid dagen etter periodeslutt.</p> <p>Velg deretter "1"(betyr ja) i kolonnen Fristbrudd</p> <p>Velg kun Ikke utfylte og Kapasitetsårsak i kolonnen Utsettelse. Fristbrudd grunnet Medisinsk årsak og Pasientbestemt skal ikke regnes med i antallet.</p> <p>Bare Avluttkode Ikke utfylte og Ordinært Avsluttet</p> <p>Velg Primærhenvisning = 1</p>	
Må	9582	Ikke godkjente dokumenter liste	Oversikt over ikke ferdigstilte/godkjente dokumenter (månedlig rapport til HSØ)	Hver 14. dag/ Månedlig	<p>Bestill rapport 9582.</p> <p>Tidsrom dato fra (tilsvarende oppstart av DIPS ved foretaket) og tildato, 14 dager tilbake i tid (dvs.den 16. ved rapporter som tas ut den 30.)</p> <p>Velg alle avdelinger, unntatt radiologisk avdeling.</p> <p>Indikator 1: I kolonnen Oppgavetype utelat Diktat til ferdigstilling og Diktat til skrivning Utelat Diktat til ferdigstilling og Diktat til skrivning i kolonne Oppgavetype Les av totalantall av dokumenter som ikke er godkjent/ferdigstilt</p> <p>Indikator 2 og 3: Sorter på kolonnen Forfatters tittel for å finne antall legedokumenter og antall sykepleierdokumenter</p> <p>I kolonne Arbeidsflytstatus, velg 7. Arbeidsflyt mangler. Dokumenter som har falt ut av arbeidsflyt (ligger kun i pasientens journal til ferdigstilling/godkjenning, og ikke i arbeidsgruppe). Send oppgaver til arbeidsgruppe for ferdigstilling/godkjenning.</p>	

Må / bør kjøres	ID	Navn på rapport	Hensikt	Regelmessighet	Parametre / sortering kolonner	Evt. merknad/kommentar
Må	7221	Ventende uten ny kontakt	Oversikt over at henvisninger følges opp, kontakter opprettes, eller henvisningsperioder avsluttes korrekt. (månedlig rapport til HSØ)	Ukentlig/ Månedlig	Bestill rapport 7221, tidsrom dato fra (tilsvarende oppstart av DIPS ved foretaket) til 7 dager tilbake i tid. Sett hake for Ta med ø-hjelpshenvisninger. <i>Se merknad knyttet til ryddejobb og datosetting under kapittel 4.</i>	
Må	103	Restanseliste epikriser	Fange opp epikriser som skulle vært diktert/skrevet, eks varsel slettet, brukt feil dokumenttype osv	Daglig	Kjør rapport 103. I feltet Omsorgsnivå velg Vanlig innleggelse. Velg alle avdelinger, ev. avdelingen man har ansvar for. Ta bort hake for Epikrise kreves ved avdelingsoverflytting hvis man har systemparameter som aktivert som sier at epikrise ikke kreves ved avdelingsoverflytting. I feltet Pasienter velg alternativ 2. Uten påbegynte epikriser I feltet Ny rapportside, velg enten for hver avdeling og evt. arbeidssted eller for hver utskrivende lege/behandler. Tidsrom velg 1 år tilbake. Gi beskjed til lege/behandler om å diktere epikrise snarest.	
Bør	9854	Arbeidsflyt-oppgaver ikke utført	Oversikt over alle arbeidsoppgaver som ikke er utført.		Kjør rapport 9854. Velg alle avdelinger, ev den avdelingen man har ansvar for. Velg tabellvisning eller bestill. Sett på autofilter. I kolonne Oppgavetype velg den oppgavetypen du ønsker å få oversikt over. For å lese av antall høyreklikk i kolonne Antall og velg Summer. <i>Merk: Rapport 3966 er bedre egnet enn 9854 når en vil se bruker opp mot rolle i tidsrom</i>	
Må	9382	Dokumenter som ikke er skrevet ut eller sendt	Fange opp dokumenter som skulle vært sendt/skrevet ut.	Ukentlig/ Månedlig	Kjør rapport 9382. Tidsrom 1 år tilbake. Velg alle avdelinger ev. den avdelingen man har ansvar for. Bestill rapport eller velg tabellvisning. Marker i kolonne personellkategori, spesielt alle roller som lege, psykolog og kontor. Godkjent uten sending, velg 1 (1 = bruker har krysset av for "dokumentet skal ikke sendes"). Gjennomgå dokumenter som ikke er skrevet ut/sendt. Ev, konferer med behandler/lege dersom man er i tvil om dokumentet skal sendes ut	

Må / bør kjøres	ID	Navn på rapport	Hensikt	Regelmessighet	Parametre / sortering kolonner	Evt. merknad/kommentar
Må	9502	Lydfiler som ikke kommer i arbeidsflyt	Sikre at alle lydfiler er i arbeidsflyt	Ukentlig/ Månedlig	Kjør rapport 9502. Begrense på avdeling og periode av lasthensyn.	
Må	9502	Diktater uten arbeidsflyt	Fange opp notater som ikke ligger i arbeidsflyt	Ukentlig/ Månedlig		
Må	3966	Oversikt personlige arbeidsoppgaver	Oversikt ikke ferdigstilte/godkjente oppgaver i private arbeidsgrupper	Ukentlig	Kjør rapport 3966. Velg alle avdelinger ev. marker avdeling man har ansvar for. Tidsrom oppstart DIPS ved foretaket til dagens dato. Velg tabellvisning eller bestill. Sett på autofilter. I kolonne Oppgavetype velg den oppgavetypen du ønsker å få oversikt over. Nederst til venstre vises antall.	
Må	5978	Restanseliste epikrise psyk poliklinikk	Manglende epikrise	Ukentlig	Kjør rapport 5978. Velg avdeling, ev. velg seksjoner. I feltet Pasienter velg 2.Uten påbegynt epikrise . I feltet Ny rapportsiden, velg enten for hver avdeling eller for hver utskrivende lege/behandler. Tidsrom velg 1 år tilbake. Gi beskjed til lege/behandler om å diktere epikrise snarest.	
Må	2358	Arbeidsgrupper i bruk uten aktiv bruker	Oversikt at det ikke finnes arbeidsgrupper i bruk uten aktive brukere	Månedlig	Kjør rapport 2358. Velg tabellvisning eller bestill rapport. Kontroller om arbeidsgruppen skal fortsatt være aktiv. Hvis den skal være aktiv må de som har ansvar for den få tilgang. Hvis ikke overfør ev. oppgaver som ligger i arbeidsgruppen og sett den ut av bruk.	
Må	2358	Arbeidsgrupper i bruk uten aktiv bruker	Kvalitetsikring av lukking av brukere. Sikre at det ikke eksisterer arbeidsgrupper som ingen følger opp.	Ukentlig		
Må	7280	Arbeidsoppgaver i arbeidsgrupper som ikke er i bruk	Fange opp arbeidsoppgaver som ingen ser.	Ukentlig	Initielt en ryddejobb med klinikk, deretter hver 2. uke med utsendelse av resultat til de enkelte avdelingene. Rapporten må få enten avdelingskolonne eller valg av brukerrolle avdeling	
Må	9222	Kontrollrapport kontakter for enheter ikke i bruk	Fange opp kontakter som ikke vises på ventelister	Ukentlig	Kjør rapport 9222. Velg tabellvisning. Rydd i alle kontakter og fyll inn riktige verdier på avd, seksjon, lokalisering osv.	
Må	6018	Henvisninger ikke kommet i arbeidsflyt	Sikre at henvisninger blir fulgt opp	Ukentlig	Kjør rapport 6018. Sett tidsrom oppstart DIPS (når denne er ryddet kan man bruke default verdi som er 3 mnd tilbake) Marker alle avdelinger ev. den avdelingen man har ansvar for. Velg enten	

Må / bør kjøres	ID	Navn på rapport	Hensikt	Regelmessighet	Parametre / sortering kolonner	Evt. merknad/kommentar
					tabellvisning eller bestill rapport. Sett inn manuelt arbeidsflyt.	
Bør	4729	Henvisninger med status forespørsel	Kontrollere reell status	Månedlig	Kjør rapport 4729. Tidsrom defaultverdi en måned tilbake. Velg alle avdelinger ev. den avdelingen man har ansvar for. Bestill rapport eller velg tabellvisning. Kontroller at status forespørsel er reell.	
Bør	3616	Åpne kontakter knyttet til lukkede henvisningsperioder	Kontrollering av henvisningsperiode og kontakter	<i>Ved jevne mellomrom inntil det er helt sikkert at problemstillingen er lukket, ref "DIPS-sak bosten 2012"</i>	Kjør rapport 3616. Velg alle avdelinger, ev. velg avdeling man har ansvar for. Velg tabellvisning eller bestill rapport.	
Bør	7339	Åpne sekundærhenvisninger knyttet til avviste primær	Følge opp åpne sekundær henvisninger knyttet mot avviste primærhenv	<i>Ved jevne mellomrom inntil det er helt sikkert at problemstillingen er lukket, ref "DIPS-sak bosten 2012"</i>	Kjør rapport 7339. Velg tabellvisning eller bestill rapport. Knytt sekundær mot riktig primær. Ev gjør om sekundær til primær.	
Bør	708	Polikliniske pasienter med hjelpenummer	Kvalitets sikre personnummer, obs doble journaler	Ukentlig	Kjør rapport 708. (hvor langt tilbake bør det ryddes ved førstegangskjøring? Når denne er ryddet kan man bruke default verdi som er 1 mnd). Marker alle avdelinger, ev. den avdelingen man har ansvar for. Velg enten tabellvisning eller bestill rapport. Denne rapporten brukes for å sammenslå pasienter. Bør være kun enkelte som har tilgang til å gjøre dette i praksis.	
Må	2641	Rekvirent tilknyttet bruker men ikke arbeidsgruppe	Oversikt over rekvirenter hvis oppgaver ikke havner i arbeidsflyt	14. dag	Type rekvirent. Forfatter. <i>Ansvar: De som har ansvar for brukeradministrasjon. For noen helseforetak/sykehus er dette Sykebuspartner, andre håndterer dette selv/ lokalt.</i>	

Må / bør kjøres	ID	Navn på rapport	Hensikt	Regelmessighet	Parametre / sortering kolonner	Evt. merknad/kommentar
Bør	9882	Kvalitetsikring av brukerforvaltning	Lister ut aktuelle data pr. brukernavn. Må planlegge analyseringen /sjekkene	Månedlig	Lister ut data pr signatur. Krever plan for bruk. <i>Ansvar: Som for rapport 2641</i>	
Bør	9894	Kvalitetsikring av brukerforvaltning med brukerroller	Lister ut aktuelle data pr. brukernavn. Må planlegge analyseringen /sjekkene	Månedlig	Lister ut data pr signatur. Krever plan for bruk. <i>Ansvar: Som for rapport 2641</i>	