



«HVORDAN SIKRE AT NORDLÆNNINGER FÅR INNFRIDD SINE PASIENTRETTIGHETER ?»

BRUK AV AUTOMATISKE SJEKKLISTER I VA
- ET VERKTØY FOR KONTINUERLIG FORBEDRING



Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasientrettigheter i Spesialisthelsetjenesten

Rett til vurdering av behov for helsehjelp innen 10 dager

Rett til individuell behandlingsfrist

Rett til alternativt behandlingssted ved fristbrudd

Rett til informasjon

Rett til fritt sykehusvalg

Kreftpakkeforløp

Rett på time

Avtalebrudd

TILGJENGELIGHET

Viktige registreringsdatoer i DIPS Arena

- Periode Starttid
- Datert dato
- Mottattdato = første dag i ventetiden
- Ventetid Sluttdato = siste dag i ventetiden
- Tildeltdato = ALLTID første oppmøtedato / innkallingsdato
- Utsettelsesdato = Dato for utsettelse
- Ansiennitetsdato
- Frist for start helsehjelp = behandlingsfrist
- Periode Sluttid

Ventende/avviklede fra venteliste

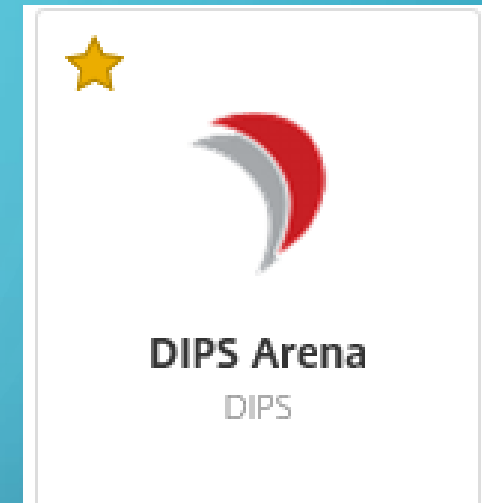
Mottattdato fra forrige sykehus = Ansiennitetsdato annet sykehus

Ansiennitetsdato = Mottattdato fra forrige sykehus

Frist for start helsehjelp = Behandlingsfrist fra forrige sykehus

Ventetid Sluttdato = Ventetid Sluttdato fra forrige sykehus

Rapporteres månedlig via definerte uttrekk til Norsk Pasientregister



RØRBAKKSÅKEN - 2009



På grunn av rot med ventelistene vart ikkje Dag innkalla til UNN før det hadde gått eit heilt år. Det var til saman 450 pasientar som ikkje hadde vorti innkalla til riktig tid på UNN. I Dags tilfelle viste det seg at kreften hadde spreidd seg til lymfekjertlane.

Rapport fra tilsyn med Universitetssykehuset Nord- Norge HF, Avdeling for urologi og endokrin kirurgi, Tromsø håndtering av henvisninger med urologiske problemstillinger 2010

Tidsrom for tilsynet:
25.08.2010 - 29.10.2010

Helsetilsynet i Troms [01.11.2010](#)

🕒 Oppfølging av tilsynet

Ved dette tilsynet ble det konstatert avvik fra lov eller forskrift. Tilsynsmyndigheten har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet er derfor avsluttet.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1. Innledning

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

3. Gjennomføring

4. Hva tilsynet omfattet

5. Funn

Avvik:

6. Regelverk

7. Dokumentunderlag

8. Deltakere ved tilsynet



Helsetilsynets konklusjon:

- **har ikke et system** for å sikre ens praksis i rettighetsvurdering av pasienthenvisninger
 - Pasienthenvisninger med samme type problemstillinger blir **ulikt rettighetsprioritert**
 - Pasient og/eller henvisende instans **får ikke alltid tilbakemelding vedrørende rettighetsstatus**
 - Ved overskridelse av tentativ behandlingsdato for pasienter som ikke er gitt rett til prioritert helsehjelp, er det **ikke dokumentert en individuell vurdering av om videre utsettelse** av behandling blir faglig forsvarlig
 - Enkelte henvisninger **avvises på grunn av manglende opplysninger**
-
- **Avvikssystemet benyttes ikke systematisk** slik at ledelsen får oversikt over områder med fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
 - **ikke systematisk opplæring** i bruk av kvalitetssystemet DocMap
 - system for melding av **avvik** er lite kjent og i **liten grad i bruk**.

EN nordlønning EN tilstand EN venteliste plass

Hevder ventelister kan gjøre psykisk syke dårligere

En oversikt viser at ingen av helseregionene i Norge innfrir målet for ventetid i psykiatrien.



VENTELISTER: Forskere ser svært negative effekter av å være på venteliste til psykiatrisk hjelp.



VURDERER ENDRING: Helseministeren har bedt Helsedirektoratet se på hvordan man kan endre venteliste-registreringen på norske sykehus. Arkivfoto: Per Rangvald Corneliussen Foto:

Nå vurderer han å endre venteliste-reglene

Helseministeren ber nå Helsedirektoratet om å vurdere hvordan ventetider registreres, og å foreslå en endring.

REVISJONSKONKLUSJON

Avvik 1:	Planleggingshorisont på 6 måneder er bare benyttet for <u>nyhenviste</u> pasienter til Utredning og Behandling som fortløpende settes rett på time. Kontroller tas fra ventelistene til oppmøtelistene med månedlig frekvens og alltid innenfor valgt tentativ måned for oppmøte. Dette påvirker planleggingshorisonten negativt.
Begrunnelse:	Uklare retningslinjer for hvilke pasientgrupper som omfattes av krav om 6 måneders horisont for pasienten - på oppmøtetid/time
Avvik 2:	Altfor korte varslingsfrister for ulike administrative pålegg, endrede driftsplaner, tildeling av operasjonskapasitet, varsling av nedetider etc. fra sykehusledelse, serviceavdelinger, HR, HN IKT, DIPS Arena, <u>Metavision</u> etc. Avviket tildeles samarbeidene enheter/nivåer.
Begrunnelse:	Stor mangel på tilstrekkelige varslingsfrister og koordinerte driftsendringer og administrative føringer som har betydning for kravet om 6 måneders planleggingshorisont for innkallinger og oppmøter for pasienter.
Merknad 1:	Ombookinger av allerede innkalte pasienter til ny time – ekstraordinære årsaker
Anbefaling til forbedring:	Prosedyrer for ekstraordinær avslutning av allerede planlagte oppmøter (DocMap RL5959) er uklare og bør presiseres ytterligere av FSE. Dette gjelder særlig avsluttkodene Manglende kapasitet, Avbestilt av behandler og Andre årsaker
Merknad 2:	Håndtering av pasienter som hopper seg opp i perioder og må håndteres med ekstralister
Anbefaling til forbedring:	Aktiv undersøkelse av HVORFOR bølgen oppstår og hva som kan hvordan enda bedre planlegging kan bøte på at det oppstår «bølger» iløpet av året.
Merknad 3:	Systematisk medisinsk faglig stikkprøvesjekk av pasienter på oppmøte- og venteliste. Rett pasient – rett nivå – rett lokalisering
Anbefaling til forbedring:	Utvide kriteriene til også å gjelde bostedskommune/opptaksområde og mulighetene for å omgjøre planlagt fysisk oppmøte til video- eller telefonkonsultasjon.
Merknad 4:	Altfor mye tid i konsultasjonene går med til skjemautfyllinger
Anbefaling til forbedring:	Jobbgjeldinger – ulike skjemaer bør samordnes og evt. fjernes (fleks beslutningsnotater til oppg.) dersom det er forsvarlig. Jobbgjeldinger av oppgaver som kan overføres til andre yrkesgrupper (for eksempel regningskort/besøksregistrering)

HELSE  NORD

Oppdragsdokument 2015

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELÅNTEN SKJEMTJE-GAETIE

 FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKU BUOHICCIYESSU

 NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLANDA SKIEPVIYESSU

 SYKEHUSAPOTEK NORD
DRAVI BUOHICCIYESSAOPOTEHKA

 UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DRAVI-NORGGCA UNIVERSITEHTARUDICCIYESSU

Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 4. februar 2015

Manuelle prosedyrer for kvalitetssikring av ventelister

Venteliste- og rapporteringsansvar oversikt over prosedyrer og kontrollskjema EPJ DIPS

RAPPORTANSVARLIG					
RAPPORTERER TIL					
Prosedyrenavn DocMap	DIPS Rapport id	Formål	Prosedyre Docmap	Frist rapportering	Merknad
Kontroll manglende utfylling av data i kontaktbildet EPJ DIPS	Vis venteliste-venteliste	Å sikre at ventelistene sorteres korrekt Å sikre at pasienter ikke faller ut av ventelistene pga manglende adressering i henvisningsbildet og kontaktbildet Å sikre god datakvalitet i rapporter og statistikker	PR 27713	Utføres ukentlig	Nøyaktighet og kontroll i arbeidsflyten for ventelisten minske ryddebehovet Kontrollskjema SJ6098
Kontroll manglende ventetid slutt dato på henvisningen når behandling er påbegynt EPJ DIPS	Vis venteliste-venteliste	Å sikre at pasienter på venteliste er reelle ventende Å sikre at rapportering av antall ventende og ventetid til Norsk pasientregister er korrekt Å sikre datakvalitet i interne rapporter og statistikker	PR 27714	Utføres innen den 30. i hver måned	Kontrollskjema SJ 3776 skal benyttes
Kontroll øyeblikkelig-hjelpinnleggelses som får betydning for ventelisten EPJ DIPS	D- 7380	Å sikre at pasienter som er ø- hjelpsinlagt siste uke korrigeres i ventelister/ oppmøtelister Å sikre at ø- hjelpspasienter som ikke har planlagte oppmøter stående på venteliste innenfor samme tilstand	PR 27715	En gang pr. uke.	For klinikker som har ø- hjelpsinleggelses Kontrollskjema SJ 3778 skal benyttes
Kontroll - fristbrudd som mangler ventetid slutt dato EPJ DPS	Vis venteliste-venteliste	Å hindre at pasienter som har fått behandling fortsetter å telle som ventende, fristbrudd og ventetid til Norsk pasientregister	PR 27717	Utføres innen den 30. hver måned.	Kontrollskjema SJ 3781 skal benyttes
Kontroll - åpne henvisninger der det ikke planlagt flere oppmøter EPJ DIPS	D- 7221	Å sikre at det ikke finnes ventende pasienter som mangler planlagte oppmøter på venteliste eller oppmøteliste Å sikre at rapporteringen av ventende og ventetid til Norsk pasientregister er korrekt	PR 27718	Utføres månedlig senest den 28.	Kontrollskjema SJ 3784 skal benyttes
Kontroll - utgåtte oppmøtedatoer i oppmøtelisten EPJ DIPS	D- 3874 eller D- 3862	Å sikre at planlagte oppmøter ikke blir stående på oppmøteliste med utgått oppmøtetid Å sikre datakvalitet i rapporter og statistikker til Norsk pasientregister Utføres annenhver fredag	PR 30684	Utføres innen den 30. hver måned.	Kontrollskjema SJ 3786 skal benyttes
Kontroll - utgåtte oppmøtemåneder i Vis-venteliste-venteliste EPJ DIPS	Vis venteliste-venteliste	Å sikre at planlagte oppmøter ikke blir stående og henge på oppmøtelista etter at det foreslåtte tidspunktet er gått ut Å sikre datakvalitet i rapporter og statistikker til Norsk pasientregister Utføres ukentlig	PR 30683	Utføres ukentlig.	Kontrollskjema SJ 4560 skal benyttes
Kontroll - feil/manglende utfylling av datoer i henvisninger på venteliste EPJ DIPS	D- 7219	Å sikre rett beregning av ventetid Å sikre at pasienter ikke faller ut av eller blir stående for lenge på venteliste Å sikre kvalitet i rapporter og statistikker	PR 27932	Fortløpende og minimum en gang pr. måned.	
Finn langtidsventere som ikke har fått innkalling EPJ DIPS	D-10398	Å sikre at pasienter unngår for lang ventetid Å sikre at pasientens gjennomsnittlige ventetid ikke blir for lang Å sikre at rapportering til NPR er korrekt Å sikre kvalitet i interne rapporter og statistikker	PR 30691	Utføres månedlig innen den 28.	Kontrollskjema SJ6103
Finn fristbrudd og truende fristbrudd EPJ DIPS	HN LIS Styringsportal	Å sikre at pasienter får innfridd behandlingsgarantien Å sikre at relevante pasienter meldes til HELFO pasientformidling Å sikre at sykehuset unngår fristbrudd Å sikre at ventende pasienter prioriteres	PR27138	Utføres daglig og månedlig innen den 28.	Kontrollskjema SJ6036

KIRURGI, KREFT OG KVINNEHELSEKLINIKKEN, UNN HF

Pasientaktivitet pr. år:

- 21000 henvisninger
- 66000 polikliniske besøk
- 20000 innleggelser
- 45000 liggedøgn
- 2000 operasjoner
- 3500 dagkirurgiske inngrep
- Harstad, Narvik og Tromsø

Krav til ventelistekvalitet:

- Fristbrudd i øyeblikket = 0
- Ventetid = 50 dager
- Langtidsventere = 0
- Planleggingshorisont - 95 % av pasientene settes rett på time
- Andel oppmøter med avtalebrudd – under 5 %

Tilgjengelighet i K3K
- for nordlæninger

IDAG

Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN

Henvisning og vurdering:

Antall pasienter som mangler vurdering innen fristen

7

Ventelister og ventende:

Antall pasienter som rapporteres som ventende

2 194

Antall pasienter som venter over 12 mnd

13

Oppmøtelister:

Antall passerte kontakter

31

Fristbrudd:

Antall fristbrudd (pasienter som fortsatt venter)

83

Uavklarte kontakter:

Antall uavklarte kontakter (eldre enn 7 dager)

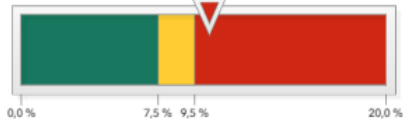
17

Pasientforløp - Pasientsikkerhet

Økonomi og personal

Sykefravær (siste avslutta måned)

10,3 %



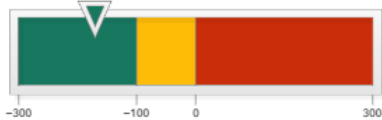
Budsjettavvik i hele 1000

-29 664



Gj.snitt endring månedsværk 2023 mot 2022

-171



[Ventelisterapport \(Henvisninger, fristbrudd mv\)](#)

[Venteliste kvalitet - Sjekkliste for ventelistrydding](#)

[Planleggingshorisont - Passert planlagt tid \(Intern venteliste\)](#)

[Norsk Pasientregisters venteliste generator \(Lenke www\)](#)

[Pakkeforløp Kreft - Ledelsesrapport](#)

[Pakkeforløp Kreft - Driftsrapport](#)

[Pakkeforløp - Statistikk helsedirektoratet \(Lenke www\)](#)

[Trygg kirurgi](#)

[Legemiddelsamstemming](#)

[Delirium](#)

[Ernæring](#)

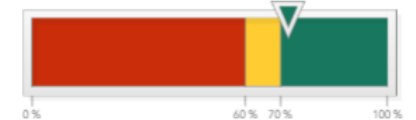
[Komplikasjoner](#)

0.0% 2.0% 5.0% 20.0% 0 30 45 100

Nye hovedindikatorer

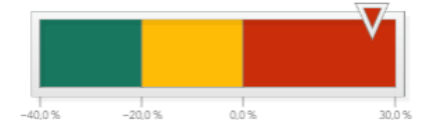
Andel kreftbehandling innenfor standard forløpstid

72 %



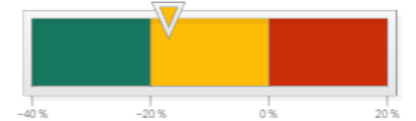
Endring innleie hittil i år mot hittil i fjor

25,5 %



Endring AML-brudd hittil i år mot i fjor

-17 %



NORMAL DRIFT

Vurdering mangler innen frist

Tildeltdato passert - fremdeles ventende

Fra annet sykehus - Mangler ventetid slutt dato

Ventetidslutt i 2023 over 365 ventedager

Henvisninger med logisk brist >

Fristbrudd - sjekklister

Truende fristbrudd neste 30 dager

Langtidsventende - 6 til 12 måned

Langtidsventende - over 12 måned

Utgått oppmøtedato

Utgått oppmøtemåned

Mangler oppmøtetid på kontakt

Venteliste/oppmøter med feilvalgt oppmøtested

På venteliste til kontroll u/dato for ventetid slutt

Uavklart kontakt uten dato for ventetid slutt

Uavklarte kontakter eldre enn 7 dager 1

Uavklarte der kontaktype må oppdateres

Listene gjennomgås i sanntid, daglig/ukentlig og før månedens siste dag (NPR melding) og endringer/oppdateringer som utføres i DIPS Arena oppdateres i HN LIS i neste døgn.

fra annet sykehus - mangler Ventetid Sluttdato

Org - Avdelingsnavn ref henvisning	DIPS Seksjon	DIPS lokasjon - geografi	Ansiennitetsdato	Mottakodato	▲ Behandlingsfrist	Tildeltdato	Ventetid for ventende - Dager	Ventetid sluttdato	Venter fortsatt - Ja/Nei
							Sum:	42	
Plastikkirurgisk avdeling - UNN	Plastikkirurgi - UNN	Tromsø	18/01/2023	19/01/2023	01/03/2023	27/02/2023	16	.	Ja
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	Gastrokirurgi - UNN	Tromsø	18/01/2023	20/01/2023	15/03/2023	.	16	.	Ja
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	Gastro kreft - UNN	Tromsø	24/01/2023	27/01/2023	14/02/2023	.	10	.	Ja

Sjekkliste - truende fristbrudd

on Fristbrudd - sjekkliste Truende fristbrudd neste 30 dager >

brudd neste 30 dager

Org - Avdelingsnavn ref henvisning	DIPS Seksjon	DIPS Lokasjon	DIPS lokasjon - geografi	Mottaksdato	Ansiennitetsdato	Behandlingsfrist	Tilddato	Snitt ventedager siden ansiennitetsdato	Utsettelsestekt -
								Total: 9 137	
Bryst-endokrinkirurgisk avdeling - UNN	Brystkirurgi - UNN	Brystdiagn. Senter Tromsø	Tromsø	26/01/2023	26/01/2023	09/02/2023	01/02/2023	13	
Bryst-endokrinkirurgisk avdeling - UNN	Endokrinkirurgi - UNN	Brystdiagn. Senter Tromsø	Tromsø	16/12/2022	16/12/2022	10/02/2023	01/02/2023	54	
Bryst-endokrinkirurgisk avdeling - UNN	Brystkirurgi - UNN	Brystdiagn. Senter Tromsø	Tromsø	03/01/2023	03/01/2023	28/02/2023	26/01/2023	36	
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	Gastrokirurgi - UNN	Dagkirurgi Harstad	Harstad	24/08/2022	24/08/2022	28/02/2023	.	168	
vinne- og fødeavdeling - UNN	Kvinnesykdommer - U...	Dagkirurgi Narvik	Tromsø	02/03/2022	02/03/2022	26/02/2023	.	343	
Plastikkirurgisk avdeling - UNN	Plastikkirurgi - UNN	Dagkirurgi Tromsø	Tromsø	26/01/2023	26/01/2023	09/02/2023	01/02/2023	13	
vinne- og fødeavdeling - UNN	Kvinnesykdommer - U...	Dagkirurgi Tromsø	Tromsø	02/11/2022	02/11/2022	22/02/2023	24/01/2023	98	Kapasitet (påfø...
vinne- og fødeavdeling - UNN	Kvinnesykdommer - U...	Dagkirurgi Tromsø	Tromsø	11/10/2022	11/10/2022	28/02/2023	31/01/2023	120	Kapasitetsårsal
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	Gastrokirurgi - UNN	Dagkirurgi Tromsø	Tromsø	02/12/2022	02/12/2022	24/02/2023	.	68	
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	Gastro inkontinens -...	Dagkirurgi Tromsø	Tromsø	29/08/2022	29/08/2022	27/02/2023	.	163	
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	Gastrokirurgi - UNN	Dagkirurgi Tromsø	Tromsø	05/12/2022	05/12/2022	27/02/2023	.	65	

Logikk:

▼ Periode siste - Ja/Nei

Velg alle

Ja

Nei

Inkluder manglende verdier

▼ Utsettelsestekt - UNN

Velg alle

Andre årsaker

Kapasitet (påfølgende behandlingssted)

Kapasitetsårsak (her)

Inkluder manglende verdier

▼ Advanced Filter 3

Filter på: Periode, Lastetidspunkt_DTTM

▼ Behandlingsfrist

$(\text{TreatAs}(_Number_, \text{Behandlingsfrist}) \leq (\text{TreatAs}(_Number_, \text{DatePart}(\text{Now}())) + 30)) \text{ AND } (\text{Behandlingsfrist} > \text{DatePart}(\text{Now}()))$

▼ Tilddato

$(\text{Tilddato} < \text{DatePart}(\text{Now}())) \text{ OR } \text{Tilddato Missing}$

▼ Venter fortsatt - Ja/Nei

Velg alle

Ja

Nei

Sjekklistene skal bidra til å sikre pasientrettigheter gjennom

- kvalitetskontroll, monitorering / overvåkning av datakvalitet,
- følge opp ventelister, fristbrudd
- avverge mulige fristbrudd
- forbedre og videreutvikle av administrative rutiner for å oppfylle krav til behandling innen frist

Ukentlig E-post til ventelisteansvarlige i klinikken

Filtrer i vedlagte lenke fra HN-LIS på egen lokasjon , så ser dere lettere hva som ligger hos dere.

Bruk NPR-nummeret og gå i DIPS Arena for å utføre prosedyre

<http://sasviya.hn.helsenord.no/links/resources/report?uri=%2Freports%2Freports%2Fd9876fdb-583a-4a31-9368-154320cdc4b7&page=vi399>

Vedlegger også lenke til prosedyren «Endre, utsette og avslutte planlagt kontakt, samt registrere ikke-møtt EPJ Dips»

<https://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocAll.html?DOCVIEW=FALSE?DOCID=1000023189>

I K3K har vi per dd

- **27** planlagte oppmøter med en utgått oppmøtedato som ikke er avsluttet korrekt. Disse må avsluttes snarest.
(Se under «oppmøtelister», og videre under «utgått oppmøtedato».)
- **182** planlagte kontakter som mangler oppmøtetid og dermed ikke er innkalt eller ikke er avsluttet korrekt
Forutsatt at pasientene er fulgt opp, så bør disse avsluttes. Noen er av eldre dato.
(Se under fanen «oppmøtelister», og videre «mangler oppmøtetid på kontakt»)
- **1** kontakter står med feilvalgt oppmøtested (Akuttmottak Narvik). Oppmøtested må rettes slik at de får «rett adresse i ventelista».
(Se under fanen «oppmøtelister», videre «venteliste/oppmøter med feilvalgt oppmøtested»)
- **17** «uavklarte kontakter > 7 dager». Disse bør gjennomgås og følges opp videre slik at pasienten ivaretas med nye planlagte oppmøter eller avsluttes. (Se under fanen» uavklarte kontakter»)
- **15** planlagte oppmøter som har fått oppmøtetid, men som fortsatt står men kontaktttype som uavklart.
(«uavklarte der kontaktttype må oppdateres», se under fanen «uavklarte kontakter»)

God helg 🇳🇴

Dashboard

Forside 2022

Forside 2021

Tilgjengelighet lokalt

Tilgjengelighet

Planleggingshorisont

Detaljerte rapporter

Ventende til kirurgi

Kvalitetskringslister

Kontrollandeler

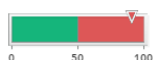
Målekort

+

Narvik

Gjennomsnittlig ventetid hittil

91



Gjennomsnittlig ventetid avviklede

31/01/2023

57



Andel med passert planlagt tid

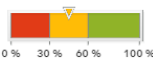
31/01/2023

30 %



Andel satt på time innen 6 mndr

45 %



Antall fristbrudd (pasienter som fortsatt venter)

46

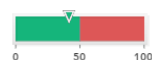
Andel tele/videokonsultasjoner

2,2 %

Harstad

Gjennomsnittlig ventetid hittil

41



Gjennomsnittlig ventetid avviklede

31/01/2023

51



Andel passert med planlagt tid

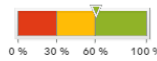
31/01/2023

8 %



Andel satt på time innen 6 mndr

61 %



Antall fristbrudd (pasienter som fortsatt venter)

0

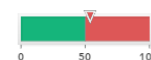
Andel tele/videokonsultasjoner

11,2 %

Tromsø

Gjennomsnittlig ventetid

54



Gjennomsnittlig ventetid avviklede

31/01/2023

64



Andel med passert planlagt tid

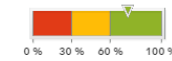
31/01/2023

6 %



Andel satt på time innen 6 mndr

74 %



Antall fristbrudd (pasienter som fortsatt venter)

32

Andel tele/videokonsultasjoner

11,5 %

POLIKLINIKKAVDELINGEN K3K

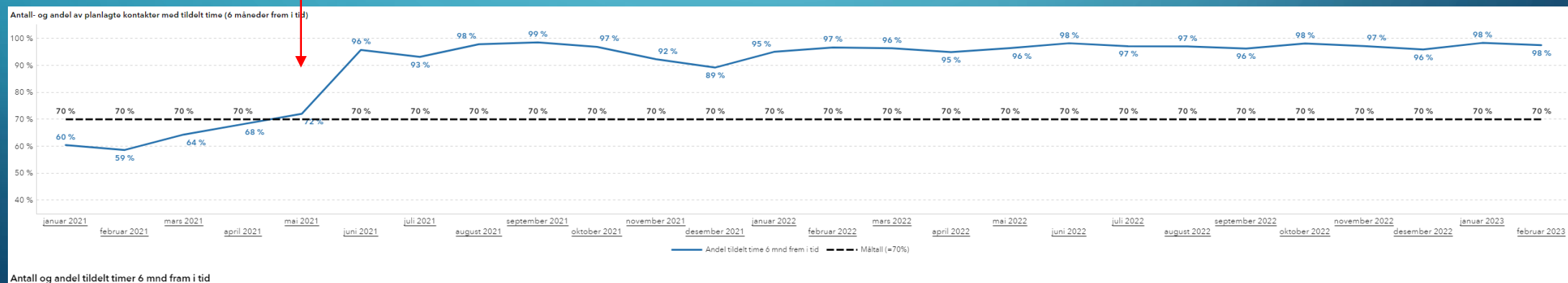
- UTREDER OG BEHANDLER 30000 PASIENTER I ÅRET

- 18 lister/timebøker
- 10 samordnede, komprimerte, pakkeforløp - kreftpasienter
- 5 bemannede kontorer
- 7 sekretærer
- Månedlig: tavlemøter om «resultater»
- Ukentlig: nye arbeidsplaner pr. arbeidsstasjon – ukentlig
- Ukentlige opplæring
- Daglig: Grønne korset – gjennomgang av alt som «skjærer seg»
- Nå: Klart språk
- Langtidsplanlegging i driftsmøter
- Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging ABP

INTERNE REVISJONER - PLANLEGGINGSHORISONT

AVVIK:

- Kontroller skal også settes rett på time
- Varslingsfrister for ekstraordinære driftsendringer
- Forbedre prosedyrer
- Jevnlige medisinsk faglige stikkprøvekontroller

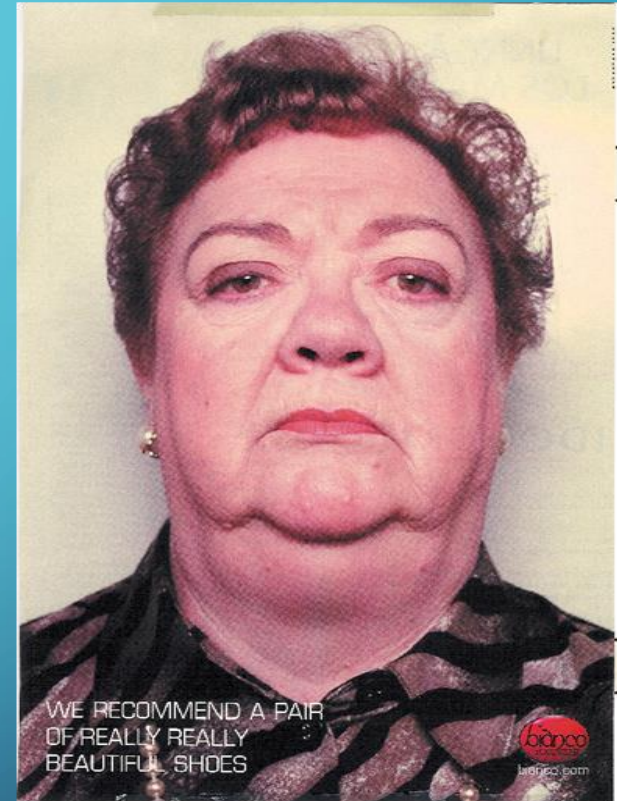


DAGLIG DRIFT

- Ingen venteliste
- Innkalling av pasienter «rett på time» (dato og klokkeslett)
- Seksjonsledere leverer behandlerlister (ressurs) i god tid
- Felles og tilgjengelige kalendre (timebokressurs)
- Strukturerer oppmøter via diagnosegruppekoder
- Fast telefontreffetid

OPPMØTELISTER

- Ca 10 pasienter pr. dag pr. behandler
- Frist for «stenging» av lister 3 måneder
- Varsel om stenging skal gå i de organisatoriske linjene
- Akutt fravær av behandler meldes til GAT ansvarlig lege som setter inn alternativ behandler
- Bruker epikriser systematisk for informasjon om videre oppfølging og plan



GEVINSTENE:

- Det står **INGEN** pasienter på venteliste som ikke «skal» stå der
- Målt ventetid er korrekt til enhver tid
- Bedre forutsigbarhet – planleggingshorisont
- Ventelistene er **BORTE**
- Bedre oversikt – kan stole på indikatorresultatene
- Mindre dobbeltarbeid (ombookinger)
- Setter inn flere behandlerressurser eller kveldspoliklinikk ved «opphopninger»
- Nesten ikke sykefravær

KONTINUERLIG FORBEDRING

- Interaktive sjekklister
- Daglige oppdateringer
- Lett tilgjengelig på enhver skjerm i hele UNN HF
- Godt samsvar med nasjonal rapportering
- God visuell framstilling og presentasjon
- KONTINUERLIG BRUK AV SJEKKLISTER GJENNOMFØRES UTE I FELT
- Flere områder aktuelle ??

Lang planlegging, kort ventetid

«Dette kommer aldri til å fungere» sa flere i K3K Poliklinikkavdelingen da de begynte å planlegge pasientlister seks måneder fram i tid. Men – det fungerte så bra at ventelistene nærmest er borte.

Publisert 15.12.2022



Kontorleder Sonja Schaal (t.v.) og konst. avd. leder Gry-Hege Thorheim i K3K poliklinikkavdelingen. (Foto: Hege Iren Hanssen)

Forbedringsarbeidet som er gjort med ventelistene i K3K-klinikken har hatt stor effekt. Men det var mye diskusjon før de kom i gang med arbeidet.

«Hvordan skal dette gå?» «Hva slags tull er dette?»

- Men dette har gått veldig greit, konstaterer konstituert avdelingsleder i K3K poliklinikkavdelingen Gry-Hege Thorheim, og kontorleder Sonja Schaal.
- Og følelsen av å ha kontroll er veldig god, fastslår Schaal fornøyd.

Bruk av autosjekkklister stabiliserer ventelistene i poliklinikkene

K3K startet allerede i 2017 et forbedringsprosjekt med fokus på kontinuerlig kvalitetssikring av ventelistene i poliklinikkene. Dette skulle gjøres ved å sikre at de rette pasientene er på listene, at de henviste pasientene registreres med korrekt informasjon om forventet ventetid, samt at de henviste pasientene har reelle tidshorisonter å forholde seg til.

Publisert 04.04.2022