



Utviklingsprosjekt

**”Nulltoleranse for
fristbrudd ved
Sykehuset Telemark HF”**

**Eirik Eliassen
kull 9
November 2010**

Bakgrunn for prosjektet:

Erkjennelse av at fristbrudd forekommer og må reduseres til et absolutt minimum!
Fristbrudd reduserer sykehusets omdømme i forhold til den enkelte pasient (tilgjengelighet / kvalitet / tillit), til eier (styringsmål) og til samfunnet (offentlig tilgjengelig statistikk).
Høsten 2010 har utfordringen med fristbrudd i spesialisthelsetjenesten vært høyt oppe på agendaen både hos politikere, helseledere og i media. Overordnede føringer tilsier at fristbrudd skal elimineres og monitorering av fristbrudd vil utvilsomt bli et av de sentrale kvalitetsparametrene sykehusene blir målt på i årene som kommer.

Problemstilling og målsetting:

Problemstilling:

- Hvordan sikre at somatiske fagområder ved Sykehuset Telemark HF ikke har fristbrudd?

Effekt mål:

- At nasjonale prioriteringsveiledere i alle fagområder brukes etter intensjonen.
- Ingen nye fristbrudd ved Sykehuset Telemark HF etter 1.7.2011

Resultatmål:

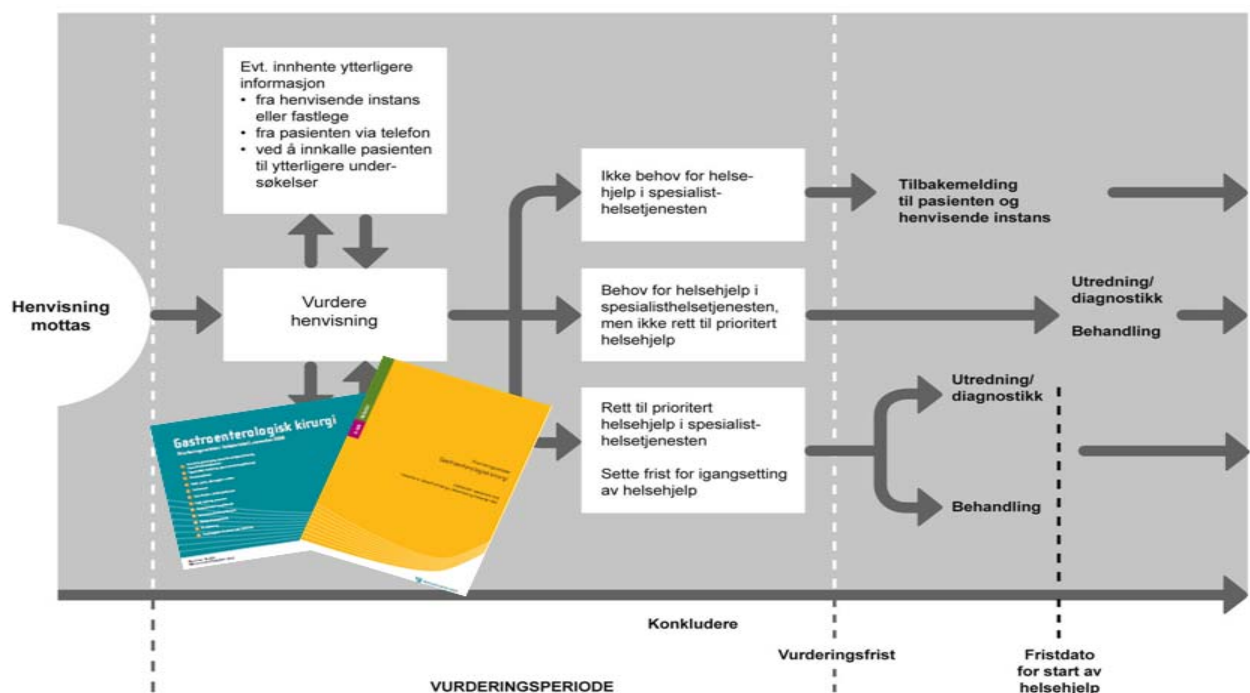
- Kartlegge hvordan mottak av eksterne henvisninger i somatiske avdelinger håndteres.
- Kartlegge hvordan prioriteringsveilederne er implementert.
- Forbedre kunnskap om og forståelse av lover og forskrifter samt prioriteringsveiledere i organisasjonen.
- Gjennomføre opplæringsprogram i organisasjonen.

Realisering av effekt mål:

- Månedlig monitorering av tilgjengelig statistikk over fristbrudd i den enkelte organisasjonsenhet.

Analyse og argumentasjon:

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har juridiske rettigheter nedfelt i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Henvisningen skal vurderes innen en gitt frist (vurderingsfristen) og i de tilfeller der pasientene tildeles rett til prioritert helsehjelp, skal det gis en frist for når helsehjelpen senest skal igangsettes ("Frist"-dato). Dersom sistnevnte frist overskrides oppstår et fristbrudd. Logistikken ved vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten kan illustreres i følgende figur:



Innføring av prioriteringsveilederne i årene 2008 – 2010 har gitt fagmiljøene grunnlag for bedre og mer enhetlig vurdering av henvisninger både internt i det enkelte helseforetak og på tvers mellom foretakene. Pr. nov. 2010 dekker disse 32 medisinske fagområder. Veilederne består av en felles, generell del som forklarer bruken av veiledertabellen og en fagspesifikk veiledertabell som gir veiledning om rettighetstildeling og frister basert på diagnose(r) og/eller symptom(er) beskrevet i henvisningen.

Tidligere var gjennomsnittelig ventetid en viktig styringsindikator for helseforetakene. Myndighetene har nå økende fokus på fristbrudd og dette er i ferd med å bli en av de viktigste kvalitetsindikatorne sykehusene måles på.

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har i 2010 arbeidet med å utvikle et felles utdanningsprogram for helsepersonell som er involvert i arbeidet med henvisninger. En undervisningspakke i form av en PowerPoint presentasjon vil bli distribuert høsten 2010, mens et e-læringsprogram kommer i 2011.

Sykehuset Telemark har i mange år hatt tilgjengelighet i fokus. I sykehusets strategiplan 2008 - 2010 er et av målene for den somatiske virksomheten: *"Fjerne ventelister og køer – ingen skal vente lenger enn 3 måneder på behandling"*.

Sykehusets administrative ambisjon om at ingen pasienter skal vente lenger enn 3 måneder, har vært vanskelig å få gjennomslag for i flere fagmiljø. Det er en pedagogisk utfordring å kombinere denne ambisjonen med gjeldende pasientrettigheter ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Sykehusets strategi ivaretar ikke kravet om skille mellom rett og ikke rett til prioritert helsehjelp eller intensjonene med innføring av prioriteringsveiledere. At alle skal motta behandling innen 3 måneder er et langt mer ambisiøst mål enn det overordnede myndigheter angir for enkelte pasientgrupper.

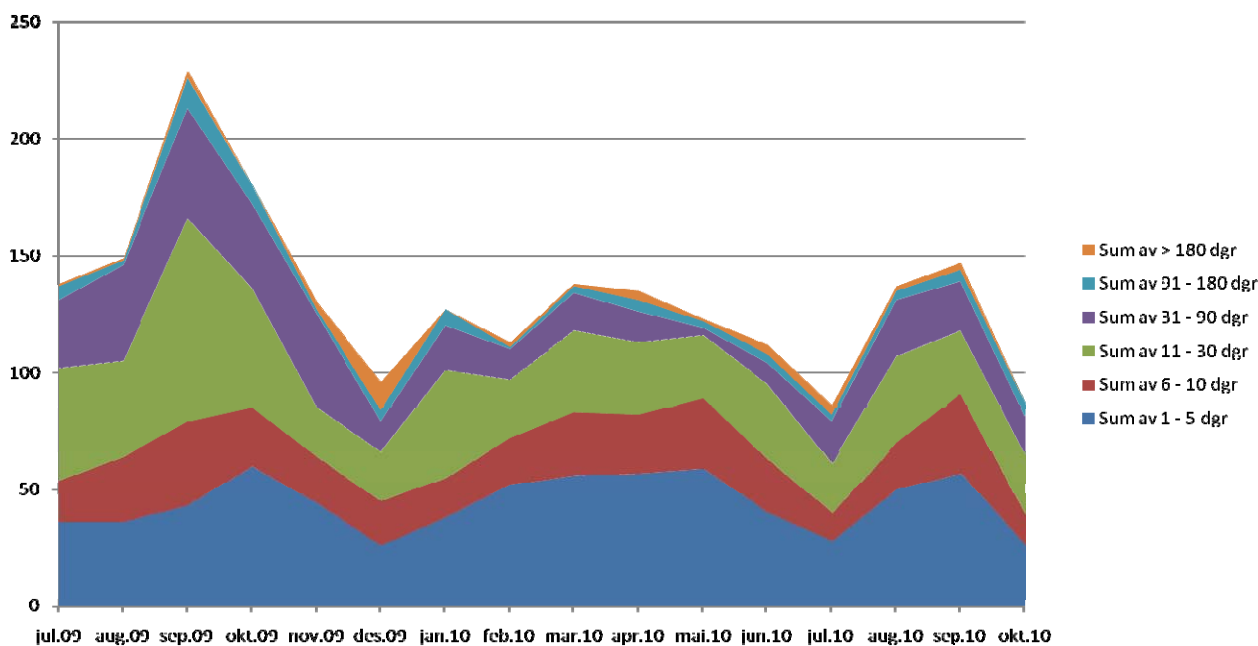
Nyhenvisninger til Sykehuset Telemark vurderes i henvisningsmodulen i EPJ (IMx-lege). Her tildeles "Rett til hjelp" og rettighetspasientene gis en "Frist"-dato. Dette gir pasientene en juridisk rettighet. I tillegg skal det angis en "Inn innen"-dato. Denne datoen angir vurderende leges (og sykehusets) administrative ambisjon om når helsehjelpen skal igangsettes. Denne datoen er ikke juridisk bindende.

Legens vurderinger overføres til PAS (InfoMedix). Merkantil personale henter her opp lister over pasienter som er ferdig vurdert og som skal innkalles. Listene angir om pasienten har rett til prioritert helsehjelp, men ikke "Frist"-dato - kun "Inn innen"-dato. Dersom "Frist"-dato er satt tidligere enn "Inn innen"-dato vil dette kunne medføre utilsiktede og unødvendige fristbrudd.

Ambisjonen med dette prosjektet har vært å kartlegge hvordan eksterne nyhenvisninger håndteres i Sykehuset Telemark, hvordan prioriteringsveilederne i det enkelte fagområde er implementert og om bedre opplæring kan medføre at antall fristbrudd reduseres. Målet er å oppnå nulltoleranse for fristbrudd i organisasjonen slik at pasienter som henvises til sykehuset etter 1.7.2011 ikke skal risikere å oppleve fristbrudd.

Antallet rettighetspasienter som opplever fristbrudd ved henvisning til Sykehuset Telemark er i regional og nasjonal sammenheng relativt lav. For sykehuset som helhet er andelen fristbrudd pr. mnd. 3-4 %. Kurvene i vedlegg 1 viser status for fristbrudd i HSØ. Tabellen i vedlegg 2 viser fordelingen av fristbrudd ved Sykehuset Telemark siste år (antall og andel fristbrudd pr. klinikk pr. mnd.).

Tabellen sier lite om hvor "gamle" fristbruddene er, dvs. hvor lenge over "Frist"-dato pasienten må vente før han eller hun får time. Dette kan illustreres i følgende kurve for sykehusets totale antall fristbrudd fordelt på hvor "gamle" de er:



Kurver for noen utvalgte klinikker og seksjoner finnes i vedlegg 3.

Kurvene illustrerer at en betydelig andel av fristbruddene utgjøres av pasienter som får time kort tid (1-2 uker) etter "Frist"-datoen. Opplysninger fra merkantilt personale i flere klinikker tilsier at kunnskapen om hva som genererer fristbrudd ikke er optimal. Dette, sammen med vurderende leges manglende erkjennelse av forskjellen på "Frist"-dato og "Inn innen"-dato og manglende visning av "Frist"-dato i listene over ventende pasienter, gjør at mange "unødvendige" fristbrudd oppstår. "Unødvendige" i den forstand at forbedret opplæring av leger og merkantilt personell sannsynligvis vil gjøre at de aller fleste av disse pasientene får time før (og ikke rett etter) "Frist"-datoen.

Kartlegging av hvordan henvisninger blir håndtert i sykehuset er gjort gjennom intervjuer med sentrale sekretærer i medisinsk og kirurgisk klinikk og gjennom et delvis strukturert intervju med en overlege fra hver seksjon i de somatiske klinikkene i Skien/Porsgrunn (Intervjuguide, vedlegg 4).

Følgende kom frem i intervjuene:

- Fordeling av henvisninger mottatt i "felles"-postkasser og scanning av papirhenvisninger kan forlenge vurderingsperioden med inntil en uke.
- Legenes tidsbruk i vurdering av henvisninger varierer mellom 1 og 6 virkedager.
- Majoriteten av seksjonene har god kjennskap til Prioriteringsveilederne og kjenner innholdet i veilederne bedre enn innholdet i Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften.
- Bruk av Prioriteringsveilederne i vurderingsperioden varierer fra "alltid" til "sjelden".
- Med unntak av et par kirurgiske seksjoner, forholder alle seg lojalt til Prioriteringsveiledernes anbefalinger.
- Opplæring i bruk av Prioriteringsveilederne varierer – mange er "autodidakt".
- Kapasiteten v/ støttefunksjoner (spes. rtg.) anføres av flere som en "flaskehals" i vurderingsperioden.
- Høynet kvalitet på henvisningene kan gjøre vurderingene enklere og bedre og legge grunnlag for et bedre og mer målrettet pasientforløp når helsehjelpen starter.
- Sykehusets pasientadministrative system gir ikke tilgang til pasientoversikter hvor fristdatoen fremgår. Listene synliggjør kun "Inn innen"-dato. Dersom vurderende lege setter "Inn innen"-dato senere enn "Frist"-dato, vil dette lett medføre utilsiktede fristbrudd.

Konklusjoner:

- Vurderingsfristen ivaretas med god margin i alle seksjoner.
- Det registreres store forskjeller i måten henvisningene vurderes på, men inntrykket er at pasientenes behov ivaretas i alle seksjoner. Forskjellene avspeiler henvisningsmengden og pasientpopulasjonens sammensetning.
- Noen seksjoner ivaretar ikke lovpålagte krav om rettighetsvurdering og fristtildeling.
- Noen seksjoner organiserer arbeidet slik at de er svært sårbare ved enkeltpersoners fravær (merkantilt personell og/eller lege).
- Henvisninger kan bli feilsendt. Det kan ta tid før de blir identifisert og videresendt til rett mottaker. Dette kan resultere i flere ukers forsinkelse i vurderingsperioden. Krever systemer hvor noen overvåker "postkasser" som ikke er i bruk og rutiner som sikrer rask (~daglig) videresending av feilsendte henvisninger.
- Alle vurderinger bør utføres i ett format (elektronisk) for å standardisere logistikk og unngå dobbelt-vurderinger.
- Vurder mulighet for endring i henvisningsmodulen i EPJ slik at "Inn innen"-dato ikke kan settes senere enn "Frist"-dato.
- En betydelig del av fristbruddene skyldes måten vi håndterer nyhenvisninger på (logistikk) – ikke manglende kapasitet.
- Lange fristbrudd-lister medfører betydelig ekstraarbeid for merkantilt personale.
- Eliminering av "unødvendige" fristbrudd (pga. dårlig logistikk) vil medføre at de fleste fagområder står igjen med et antall fristbrudd som er oversiktlig og håndterbart.
- Det er behov for bedre og mer systematisk opplæring av leger og merkantilt personell i Pasientrettighetslov, Prioriteringsforskrifter, Prioriteringsveiledere og sykehusets PAS/EPJ som brukes v/ vurdering og håndtering av henvisninger.

Opplæringsprogram i håndtering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten er under utarbeidelse av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene ("Prosjekt riktigere prioritering"). En PowerPoint presentasjon skal distribueres til helseforetakene høsten 2010 og et e-læringsprogram er planlagt ferdig i februar 2011 (pers. meddelelse, B. Herlofsen, juridisk rådgiver HSØ).

En utfordring for Sykehuset Telemark er at vårt PAS/EPJ er forskjellig fra systemene i alle andre helseforetak. Deler av innholdet i opplæringsprogrammet må derfor tilpasses vårt elektroniske journalsystem før det tas i bruk. Dette synes pr. i dag å være en overkommelig oppgave, men med myndighetenes økende krav til pasientinformasjon, venteliste- og pasientforløps-registreringer kan dette fort bli en betydelig utfordring.

Konklusjon og anbefaling:

Innholdet i utviklingsprosjektet med konklusjoner og anbefalinger framlegges som sak i direktørens ledergruppe primo desember 2010.

Det anbefales å videreføre arbeidet som et hovedprosjekt i Sykehuset Telemark 1H 2011 med vekt på implementering og gjennomføring av opplæringsprogram i relevante personellgrupper. Dette må forankres og gjennomføres i sykehusets linjeorganisasjon.

Styringsgruppe og prosjektgruppe må etableres for å støtte og følge opp arbeidet.

Styringsgruppen bør bestå av kliniksjefer fra involverte klinikker og prosjektgruppen av utvalgte overleger og merkantilt personale samt adm. personell med tilgang til ventelistedata.

Undertegnede er kandidat til prosjektlederrollen.

Litteratur / Referanser:

- Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften. "Lov om pasientrettigheter", Rundskriv, IS-12/2004
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/lov_om_pasientrettigheter_rundskriv_is_12_2004_2910
- Prioriteringsveiledere
http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/publikasjoner/
- Rapport om ventetidshåndtering i Helse Vest – april 2010
- Ventetider og fristbrudd, HSØ RHF, innlegg på direktørmøte 23.9.10, F. Sundelin.
- Ledelsesrapport, HSØ RHF, innlegg på fagdirektørmøte 20.10.10, F. Sundelin.
- Kotter, John P. (1995) *Leading Change: Why transformation effort fail*. Harvard Business Press, March/April