HELSE SØR-ØST

Rapport 2/2017

Likeverdig og forutsigbar helsehjelp Sørlandet sykehus HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
20.03.2017

Rapport nr.	2/2017
Revisjonsperiode	November 2016 – januar 2017
Virksomhet	Sørlandet sykehus HF
Rapportmottaker	Styret i Sørlandet sykehus HF ved styreleder Administrerende direktør Sørlandet sykehus HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Hans Petter Eide, Anders Tømmerås (oppdragsleder), Espen Anderssen (oppdragseier)

Innhold

1	Likeverdig og forutsigbar helsehjelp - sammendrag	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Konklusjoner	4
1.2.1	Enkelte poliklinikker har manglende oppfølging av prioriteringspraksis og dokumentasjon av rettighetsvurderingene for nyhenviste pasienter	5
1.2.2	Mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp	6
1.2.3	Svakheter ved registrering av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten	7

Vedlegg 1: Rapport 8

1	Innledning	10
2	Prioritering av nyhenviste pasienter	12
3	Utrednings- og behandlingsforløp	18
4	Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	29
5	Helfo pasientformidling	37
6	Vedlegg	40

1.0 Likeverdig og forutsigbar helsehjelp - sammendrag

1.1 Bakgrunn

Målet med denne revisjonen har vært å undersøke og vurdere hvordan utvalgte enheter i Sørlandet sykehus HF sikrer pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester, herunder om de har sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov som blant annet innbefattet følgende endringer:

- Vurderingsfristen reduseres fra 30 til 10 virkedager.
- Alle pasienter med behov for spesialisert helsehjelp blir rettighetspasienter, og skal ha en juridisk frist for oppstart av helsehjelpen.
- Pasienter som skal ha helsehjelp gis et tidspunkt for oppmøte i svarbrevet på henvisning.
- Helseforetakene skal på eget initiativ kontakte Helfo pasientformidling ved fristbrudd.

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Med lik tilgang til helsetjenester menes at befolkningen skal sikres helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status.

I revisjonen er følgende problemstillinger undersøkt:

1. Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
2. Sikrer helseforetaket at pasienter innenfor samme diagnosegruppe får mest mulig likeverdig utrednings- og behandlingsforløp?
3. Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
4. Sikrer helseforetaket at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatt juridisk frist, herunder bruk av Helfo pasientformidling?

Problemstillingene kan knyttes til ulike aktiviteter og steg i pasientforløpet (se figur under).

Den første problemstillingen er i hovedsak knyttet til aktiviteter som skjer når henvisninger mottas og vurderes (steg 2). Problemstilling to er knyttet til når pasienten utredes, behandles og skal til kontroll (stegene 4,5 og 6). Den tredje problemstillingen omhandler at pasienten får timeavtale i svarbrev på henvisningen (steg 3) og oppmøtetidspunkt for videre helsehjelp (steg 4, 5 og 6). Problemstilling fire knytter seg til å sikre at pasienter får startet helsehjelpen innen fastsatt frist (steg 3).

I revisjonen ble det valgt å revidere allmennpsykiatrisk poliklinikk i henholdsvis Flekkefjord og Arendal, allmennteam Bispegra (ruspoliklinikk) i Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH) og urologisk poliklinikk i Klinikk for somatikk Arendal.

Utkast rapport ble oversendt helseforetaket 7. februar 2017. Helseforetaket har gitt kommentarer på utkastet som i hovedsak er innarbeidet i denne rapporten.

1.2 Konklusjoner

Sørlandet sykehus HF har gjennomført flere tiltak for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Revisjonen viser likevel at helseforetaket ikke har tilstrekkelig oversikt over de ulike delene i pasientforløpet, noe som særlig gjelder utrednings- og behandlingsforløpene ved flere av poliklinikkene i

Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH). Etter konsernrevisjonens vurdering medfører dette risiko for at "like" pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp, og at det blir ubegrunnede opphold i helsehjelpen. Dette begrunnes ut fra følgende forhold:

- Enkelte poliklinikker har manglende oppfølging av prioriteringspraksis og dokumentasjon av rettighetsvurderingene for nyhenviste pasienter. Dette gir risiko for ulik prioritering og manglende sporbarhet.
- Mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp gir risiko for at pasienter innen samme diagnosegruppe får ulik helsehjelp.
- Svakheter ved registrering av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten innebærer risiko for at pasientene får ubegrunnet opphold i sin helsehjelp.

Når det gjelder håndtering av mulige fristbrudd, herunder bruk av Helfo pasientformidling, viste revisjonen at helseforetaket har etablert føringer for å håndtere dette. Disse benyttes ved urologisk poliklinikk, mens poliklinikkene i KPH ikke har utfordringer med å overholde juridisk frist.

1.2.1 Enkelte poliklinikker har manglende oppfølging av prioriteringspraksis og dokumentasjon av rettighetsvurderingene for nyhenviste pasienter

Konsernrevisjonen har undersøkt om det er etablert tiltak som sikrer riktig prioritering og registrering ved vurdering av nyhenviste pasienter. Revisjonen har vist følgende sentrale forbedringsområder:

Forbedringsområder	Observasjoner og vurderinger
Dokumentasjon av rettighetsvurderingene	**Begrunnelser for rettighetsvurderingene dokumenteres, men med noe ulik praksis** Det er kun KPH som har beskrevet føringer for å dokumentere begrunnelsene av rettighetsvurderingene. Disse etterleves i poliklinikkene i KPH. Innen urologi er det noe ulik praksis for hva som dokumenteres fra rettighetsvurderingen. Konsernrevisjonen vurderer at manglende begrunnelser reduserer sporbarheten av hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen. Begrunnelsene vil blant annet være viktig informasjon ved klagesaker og dersom noe skulle skje med pasienten i perioden før helsehjelpen har startet. I tillegg kan inntaksmøtets vurderinger gi viktig informasjon for behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling.
Oppfølging av prioriteringspraksis	**Potensiale for mer systematisk oppfølging av prioriteringspraksis** Kun to av fire reviderte poliklinikker har fulgt opp egen praksis for vurdering og prioritering av henvisninger gjennom årlige kalibreringssamlinger. Konsernrevisjonen vurderer at manglende systematisk oppfølging av prioriteringspraksis i enkelte av poliklinikkene, kan medføre risiko for at like henvisninger vurderes ulikt i og mellom poliklinikker.

Sentrale anbefalinger

- Helseforetaket bør samkjøre og tydeliggjøre rutiner/prosedyrer for dokumentasjon av rettighetsvurderingene slik at poliklinikkene dokumenterer vurderingene på en ensartet måte.
- Allmennteam Bispegra og urologisk poliklinikk bør følge opp prioriteringspraksis systematisk.

1.2.2 Mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp

Konsernrevisjonen har vurdert om helseforetaket har etablert tiltak for sikre systematisk og enhetlig praksis knyttet til utrednings- og behandlingsforløpene. Revisjonen har vist følgende sentrale forbedringsområder for Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH):

Forbedringsområder	Observasjoner og vurderinger
Utrednings- og behandlingsplaner	**Poliklinikkene planlegger i liten grad utrednings- og behandlingsforløpene til pasientene** Det er etablert føringer og mal for utrednings- og behandlingsplan. Føringene legger ikke opp til å skissere antatt forløp, det vil si varighet på behandlingen, antall- og hyppighet på konsultasjonene, eller kriterier for avslutning av behandlingen. Revisjonen viser videre at det er varierende bruk av utrednings- og behandlingsplaner. Der det er utarbeidet utrednings- og behandlingsplaner blir disse i liten grad evaluert eller oppdatert. Konsernrevisjonen vurderer at manglende føringer for innhold-, bruk av-, og evaluering av utrednings- og behandlingsplan reduserer forutsigbarheten for den enkelte pasient og henviser.
Fagstøtte	**Poliklinikkene kan i større grad formalisere faglig støtte til behandlerne for planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene** Det er lagt til rette for faglig støtte til behandlerne gjennom tverrfaglige team hvor de kan diskutere utrednings- og behandlingsforløpene. Det er likevel i stor grad opp til den enkelte behandler selv å bestemme om de deltar og hva som eventuelt tas opp. Konsernrevisjonen vurderer at ansvaret og oppgaven til tverrfaglig team ikke er tilstrekkelig formalisert og tydeliggjort. Dette gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for manglende stoppunkter og dialog/diskusjon om pasientenes utrednings- og behandlingsforløp. Dette gir videre risiko for at «like» pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp avhengig av hvilken behandler de har.
Oppfølging	**Det er varierende systematikk og innhold i oppfølgingen av utrednings- og behandlingsforløpene** Analyser av utrednings- og behandlingsforløp innenfor enkelte diagnosegrupper, viser at det er relativt store forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antallet konsultasjoner, tid mellom konsultasjonene, og total varighet på behandlingen. Denne type analyser blir ikke belyst i oppfølgingen i helseforetaket. Konsernrevisjonen vurderer at mangel på oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene gir risiko for manglende informasjon om driften i poliklinikken, herunder om det gis likeverdig helsehjelp. Dette medfører manglende mulighet for å korrigere driften.

Sentrale anbefalinger

- Helseforetaket bør tydeliggjøre i overordnede føringer at antatt forløp skisseres i utrednings- og behandlingsplan.
- Poliklinikkene bør formalisere og tydeliggjøre hvordan fagstøtte skal gis til den enkelte behandler, herunder i planlegging, oppfølging og avslutning av pasientforløpene.
- KPH bør legge til rette for styringsinformasjon som kan benyttes i poliklinikkene til å følge opp utrednings- og behandlingsforløpene.

1.2.3 Svakheter ved registrering av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten

Konsernrevisjonen har undersøkt om pasienter får korrekt informasjon i svarbrevet på henvisning, herunder oppmøtetidspunkt. I tillegg er det undersøkt om fastsettelse av oppmøtetidspunkt for videre helsehjelp ivaretar pasientsikkerheten og gir forutsigbarhet for pasientene. Revisjonen har vist følgende sentrale forbedringsområder i enkelte av poliklinikkene:

Forbedringsområder	Observasjoner og vurderinger
Utsendelse av svarbrev på henvisning	**Svarbrev sendes til rett tid med riktig innhold i tre av de fire poliklinikkene** Ved poliklinikk for urologi varierer det om innholdet i svarbrevene er i henhold til overordnede krav og om svarbrev sendes både pasient og henviser. Konsernrevisjonen vurderer at manglende utsendelse av svarbrev, samt manglende informasjon om frist, timeavtale, klagemuligheter etc. i svarbrev medfører manglende forutsigbarhet for pasient og henviser.
Registrering av oppmøtetidspunkt	**Timeavtaler gis løpende – enkelte svakheter i registreringspraksis i KPH** I poliklinikkene i KPH gir behandlerne ny timeavtale til pasienten etter endt konsultasjon. I enkelte av disse poliklinikkene setter kontortjenesten også en tentativ dato som ikke er fastsatt ut fra faglige vurderinger. Praksisen medfører at når pasienter ikke møter eller får utsatt timeavtale, er det tentativ dato som angir tidspunkt for når pasienten senest skal få ny timeavtale. Etter konsernrevisjonens vurdering vil bruk av tentative datoer som ikke er fastsatt ut fra faglige vurderinger medføre en risiko for at pasienter ikke får forsvarlig og forutsigbar helsehjelp.
Oppfølging av venteliste	**Enkelte poliklinikker har ikke gode nok rutiner for styring og kontroll av ventelisten** Ved enkelte poliklinikker i KPH er det pasienter på ventelisten som overgått fastsatt tentativ dato for ny konsultasjon. Videre er det ved enkelte poliklinikker pasienter som står med "blank kontakt" på ventelisten. Dette innebærer at pasientene ikke hadde fått et tidspunkt for når pasienten senest må inn til ny time, og de var dermed uten prioritering på ventelisten. Manglende rutiner for styring og kontroll av ventelisten gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for at pasienter får ubegrunnet opphold i sin helsehjelp. Dette kan videre medføre at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp.

Sentrale anbefalinger

- Poliklinikk urologi bør sikre at svarbrev sendes i tråd med overordnede føringer.
- Poliklinikkene i KPH bør sikre riktig registrering og bedre oppfølging av ventelisten.

Vedlegg 1
Rapport: Likeverdig og forutsigbar helsehjelp Sørlandet sykehus HF

Innhold

1.0 Innledning ... 10
1.1 Bakgrunn ... 10
1.2 Mål og problemstillinger ... 10
1.3 Pasientforløpet ... 10
1.4 Valgte enheter i Sørlandet sykehus HF ... 11
1.5 Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode ... 11
1.6 Veiledning til leseren ... 11
2.0 Prioritering av nyhenviste pasienter ... 12
2.1 Oppsummering ... 12
2.2 Revisjonskriterier ... 12
2.3 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 13
2.4 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 14
2.5 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 16
3.0 Utrednings- og behandlingsforløp ... 18
3.1 Oppsummering ... 18
3.2 Revisjonskriterier ... 19
3.3 KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 19
3.4 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 21
3.5 KPH - andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 27
3.6 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 28
4.0 Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet ... 29
4.1 Oppsummering ... 29
4.2 Revisjonskriterier ... 30
4.3 Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning ... 30
4.3.1 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 30
4.3.2 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 32
4.3.3 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 32
4.4 Oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp ... 33
4.4.1 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 33
4.4.2 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 34
4.4.3 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 36
5.0 Helfo pasientformidling ... 37
5.1 Oppsummering ... 37
5.2 Revisjonskriterier ... 37
5.3 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 38
5.4 Poliklinikkene KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 38
5.5 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger ... 39
Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling ... 40
Vedlegg 2 - Utdypende føringer for prioritering av nyhenviste pasienter ... 43
Vedlegg 3 - Utdypende føringer for utrednings- og behandlingsforløp ... 44
Vedlegg 4 - Utdypende føringer for oppmøtetidspunkt til helsehjelp ... 45
Vedlegg 5 - Utdypende føringer for Helfo pasientformidling ... 46

1.0 Innledning

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Med lik tilgang til helsetjenester menes at befolkningen skal sikres helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Dette stiller krav til organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten for å hindre ulikhet, samt til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellets side.

1.1 Bakgrunn

Fra 1. november 2015 ble det gjort endringer i pasient – og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften som medførte blant annet at:

- Vurderingsfristen reduseres fra 30 til 10 virkedager.
- Alle pasienter med behov for spesialisert helsehjelp blir rettighetspasienter, og skal ha en juridisk frist for oppstart av helsehjelpen.
- Pasienter som skal ha helsehjelp gis et tidspunkt for oppmøte i svarbrevet på henvisning.
- Helseforetakene skal på eget initiativ kontakte Helfo pasientformidling ved fristbrudd.

I 2018 vil det videre bli innført pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus. Pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling av ulike tilstander. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling der disse finnes. Målet er å forbedre behandlingstilbudet, gi økt forutsigbarhet og oversikt over forløpet for både pasient og behandler, samt redusere uønsket variasjon i utredning og behandling.

1.2 Mål og problemstillinger

På bakgrunn av de ovennevnte endringene er målet med denne revisjonen å undersøke og vurdere hvordan utvalgte enheter i Sørlandet sykehus HF sikrer pasientene likeverdige helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov. I revisjonen er følgende problemstillinger undersøkt:

1. Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
2. Sikrer helseforetaket at pasientene med like diagnoser får mest mulig likeverdig utrednings- og behandlingsforløp?
3. Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
4. Sikrer helseforetaket at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatt juridisk frist, herunder bruk av Helfo pasientformidling?

1.3 Pasientforløpet

Pasientforløpet kan sees på som en prosess, bestående av syv prosess-steg. Dette er vist i figur 1. Prosessen starter ved utsendelse av henvisningen fra fastlege eller annet HF, deretter mottak og vurdering av henvisningen i spesialisthelsetjenesten, informasjon til pasient og henviser vedrørende vurderingen med tilhørende rettigheter, og videre til at helsehjelpen startes gjennom utredning, behandling og kontroll (behandlingsforløpet), og til slutt at helsehjelpen avsluttes i spesialisthelsetjenesten.

Figur 1 Stegene i pasientforløpet

Den første problemstillingen er i hovedsak knyttet til aktiviteter som skjer når henvisninger mottas og vurderes (steg 2). Problemstilling to er knyttet til når pasienten utredes, behandles og skal til kontroll (stegene 4,5 og 6). Den tredje problemstillingen omhandler at pasienten får timeavtale i svarbrev på henvisningen (steg 3) og oppmøtetidspunkt for videre helsehjelp (steg 4, 5 og 6). Problemstilling fire knytter seg til å sikre at pasienter får startet helsehjelpen innen fastsatt frist (steg 3).

1.4 Valgte enheter i Sørlandet sykehus HF

I revisjonen ble det valgt å revidere Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH) ved tre poliklinikker, henholdsvis:

- poliklinikk allmennpsykiatri seksjon Flekkefjord ved DPS Lister
- poliklinikk allmennpsykiatri ved seksjon Arendal ved DPS Aust-Agder
- allmennteam, Bispegra (ARA poliklinikken), Avdeling for rus og avhengighet, Kristiansand

I tillegg er revisjonen gjennomført ved poliklinikk for urologi ved Klinikk for somatikk Arendal.

1.5 Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden november 2016 til januar 2017. Det er gjennomført verifiseringsmøter av funnene i revisjonen, samt at helseforetaket har gitt innspill på utkast rapport som ble sendt den 7. februar 2017. Se vedlegg 1 for nærmere redegjørelse om saksgang og rapportering.

Revisjonsgrunnlaget som er benyttet i revisjonen er lov og forskriftskrav, styrende dokumenter, samt rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst RHF. Revisjonskriteriene er nærmere beskrevet i hvert kapittel og utfyllende i vedlegg. Enkelte av revisjonskriteriene er ikke eksplisitte lovkrav, men forutsetninger for at overordnede mål og krav etterleves. Disse følger av internkontrollforskriften og skal bidra til å gi rimelig grad av måloppnåelse. Eksempler på dette er rutiner/prosedyrer, opplæring og oppfølging.

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:[1]

- Gjennomgang av dokumenter
- Gjennomgang av 15-20 journaler per poliklinikk for blant annet å belyse svarbrev på henvisning, registreringspraksis, utrednings- og behandlingsplaner.
- Uttrekk og analyse av rapporter fra det pasientadministrative systemet DIPS
- Samtaler/intervju med ledere, vurderingsansvarlige og behandlingsansvarlige, og merkantilt personell

Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremkommer av vedlegg 1.

1.6 Veiledning til leseren

I kapittel 2, 3, 4 og 5 presenteres funnene i revisjonen med utgangspunkt i rekkefølgen på problemstillingene. Innledningsvis for hvert kapittel er det beskrevet hvilke lovkrav og andre føringer som er sentrale for å belyse problemstillingene som revisjonen omfatter. På bakgrunn av disse er det utarbeidet revisjonskriterier som observasjoner i revisjonen vurderes opp imot. Observasjoner, vurderinger og anbefalinger presenteres løpende. Der det er vurdert vesentlige mangler/svakheter har konsernrevisjonen gitt anbefalinger. For hvert kapittel gis det innledningsvis en kort oppsummering.

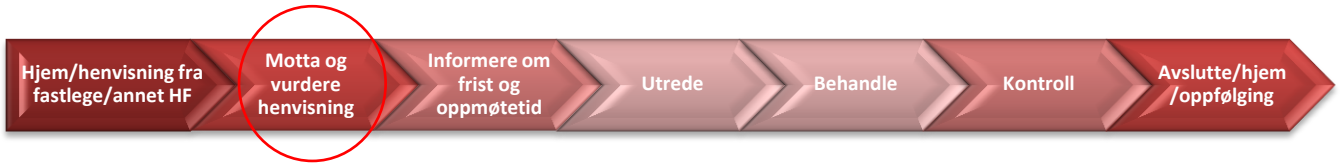
[1] I tillegg vil det bli gjennomført en vignettundersøkelse av henvisninger der poliklinikkene har vurdert et antall henvisninger. Resultatet av vignettundersøkelsen vil bli presentert i en oppsummeringsrapport som inkluderer resultatene fra flere helseforetak.

2.0 Prioritering av nyhenviste pasienter

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand innen 10 virkedager. Det skal være raskere vurdering av henvisninger ved mistanke om alvorlig sykdom. Innen denne tiden skal det for pasienter som vurderes å ha behov for spesialisthelsetjenester, settes en juridisk frist for når helsehjelpen senest skal startes opp. Figuren nedenfor viser hvor prioritering og bruken av prioriteringsveilederne finner sted i pasientforløpet.



Figur 2 Hvor prioritering av henvisninger finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor gis det først en oppsummering av kapittelet (kapittel 2.1). Deretter beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn for å belyse problemstillingen om prioritering (kapittel 2.2). Deretter beskrives løpende observasjoner, vurderinger og anbefalinger, først på foretaksnivå (kapittel 2.3), deretter for poliklinikkene i psykisk helse- rus og avhengighetsbehandling (kapittel 2.4) og urologi (kapittel 2.5).

2.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i Sørlandet sykehus HF for å sikre at pasienter prioriteres i henhold til prioriteringsveilederne. Revisjonen har imidlertid vist følgende sentrale forbedringspunkter:

- Helseforetaket bør samkjøre overordnede prosedyrer/rutiner knyttet til vurdering av henvisninger mellom KPH og somatikk.
- Det bør utarbeide overordnede føringer for å dokumentere begrunnelsen for rettighetsvurderingen i somatikken.
- Prioriteringspraksis bør følges mer systematisk opp i allmennteam Bispegra og poliklinikk for urologi.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler kan få konsekvenser for sporbarheten og etterprøvbarheten for vurderingene, samt at det ikke gis tilstrekkelig informasjon til pasientene.

2.2 Revisjonskriterier

Basert på lovkrav og overordnede føringer har konsernrevisjonen lagt følgende revisjonskriterier til grunn:[2]

1. Helseforetaket legger prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert.
2. Helseforetaket vurderer følgende ved prioriteringen:
    a) Om pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus)

[2] I vedlegg 2 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til prioritering av nyhenviste pasienter.

b) For de med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal det settes en juridisk frist for start helsehjelp
c) Om den juridiske fristen innfris ved start utredning eller start behandling

3. Helseforetaket dokumenterer vurderingene i journal, herunder:
   a) Dersom helseforetaket velger en annen praksis enn prioriteringsveilederen, må den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges
   b) Dokumentasjon av hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn i de tilfeller dette kan være uklart

For å sikre at regelverk og overordnede føringer imøtekommes må det være etablert føringer (prosedyrer, rutiner osv.), som sikrer at pasienter prioriteres i henhold til de nasjonale prioriteringsveilederne. De som vurderer henvisninger må få opplæring i gjeldende regelverk og interne rutiner og prosedyrer. For å sikre informasjonsdeling og sporbarhet, samt tilstrekkelig informasjon ved eventuelle klagesaker, må begrunnelsene for vurderingene dokumenteres i journal. For å sikre at helseforetaket prioriterer i henhold til prioriteringsveilederne må helseforetaket følge opp bruken av prioriteringsveilederne og egen prioriteringspraksis gjennom eksempelvis benchmarking av styringsdata, kalibrering og stikkprøver.

2.3 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er tilrettelagt med prosedyrer og retningslinjer for prioritering av nyhenviste – behov for samkjøring mellom klinikkene

Det er utarbeidet en overordnet prosedyre for vurdering og registrering av henvisninger[3], samt en prosedyre for rettighetsvurdering[4].

Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH) har utarbeidet egne retningslinjer knyttet til vurdering[5] og til registrering[6] av henvisninger. I retningslinje til KPH knyttet til vurdering av henvisning fremkommer det at vurderingsansvarlig skal gi en kort faglig begrunnelse for vurderingen ved bruk av tre aktuelle maler: *Rett til utredning*, *rett til behandling* og *ikke behov* (avslag). Det er utarbeidet et dokument med eksempler på vurderinger og faglige redegjørelser[7]. Det vises her blant annet til at en vurdering kan være "ingen individuelle forhold tilsier kortere frist" og at "prioriteringsveilederen for ….. er lagt til grunn for vurderingen".

Utover antall avslag og antall som får rett til nødvendig helsehjelp, er det ikke tilrettelagt for styringsinformasjon som kan benyttes til oppfølging av bruk av prioriteringsveilederne.

- Helseforetaket har utarbeidet utfyllende føringer knyttet til bruk av prioriteringsveiledere, samt føringer for å registrere vurderingene i DIPS. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er uhensiktsmessig at det ikke er samordnede føringer knyttet til hva som gjelder for helseforetaket som helhet og spesifikt for KPH. Dette kan bidra til uklarheter knyttet til hvilken rutine som gjelder, ulik praksis og lite hensiktsmessig bruk av ressurser. Konsernrevisjonen vurderer at det er behov å samordne disse prosessene.
- Konsernrevisjonen vurderer at manglende føringer for somatikk knyttet til å dokumentere begrunnelsen knyttet til rettighetsvurderingen, herunder eventuelle fravik fra anbefalingen i

[3] Dok: I.2.2-10
[4] Dok: I.2.2-19
[5] Dok: II.KPH.2.2.1-1
[6] Dok: II.KPH.2.2.1-2
[7] Dok: II.KPH.2.2.2-1

prioriteringsveilederen, gjør det mindre sporbart av hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen.

- Konsernrevisjonen vurderer at KPHs føringer knyttet til hva som skal gis av faglige redegjørelser kan tydeliggjøres, slik at det legges til rette for at det gjøres på en ensartet måte.
- Konsernrevisjonen vurderer at det er tilrettelagt for noe styringsdata som kan benyttes til oppfølging av bruk av prioriteringsveilederne. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er et potensiale for å tilrettelegge for annen type styringsdata som kan bidra til å identifisere risikoer for feil prioritering (eksempel vises i kapittel 2.4).

Anbefaling

- Helseforetaket bør samordne og tydeliggjøre rutiner/prosedyrer knyttet til begrunnelser ved vurdering av henvisninger.

2.4 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er gjennomført opplæring i nytt lovverk, og prioriteringspraksis følges opp

Stab og fagråd for klinikken har hatt opplæring for de ulike avdelingene i forkant av ny pasient- og brukerrettighetslov. Opplæringen omhandlet endringene i lovverket samt den generelle delen i prioriteringsveilederne. Stab for klinikken har videre bistått vurderingsteamene knyttet til vurderingspraksisen i klinikken gjennom ulike oppfølgingstiltak for å etablere «lik» forståelse av prioriteringsveiledere og lovverk. Opplæringen har ikke vært obligatorisk.

Det er videre gjennomført kalibreringskonferanser en gang per år hvor ulike henvisninger gjennomgås for å sikre lik praksis mellom poliklinikkene. I tillegg er det gjennomført et samarbeid mellom klinikken og praksiskonsulentene[8] hvor de møtes gjennom to samlinger i året, for å sikre informasjon og kommunikasjon knyttet til henvisninger og pasientinformasjon mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. I 2016 har det vært fokus på henvisninger som har fått avslag gjennom egne kartlegginger samt journalauditer/interne revisjoner.

- Det er gjennomført opplæringstiltak i poliklinikken i ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere. Konsernrevisjonen vurderer at det vil være hensiktsmessig at opplæringen ved denne type endringer i lovverket gjøres obligatorisk, slik at risikoen ved manglende opplæring reduseres. Konsernrevisjonen gjør oppmerksom på at Helsedirektoratet har utarbeidet et e-læringskurs i forbindelse med ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere.

- Konsernrevisjonen vurderer at klinikken har iverksatt tilfredsstillende oppfølgingstiltak for å sikre konsensus knyttet til prioriteringspraksis, samt bruk av styringsinformasjon som grunnlag for å undersøke særskilte forhold.

Føringer for prioritering benyttes – enkelte mangler i etterlevelsen

De tre poliklinikkene har organisert inntaksmøtet ved at psykiater, psykologspesialist og merkantilt personell deltar. Inntaksmøtene for de to allmennpsykiatriske poliklinikkene er organisert felles med tilhørende poliklinikker i deres respektive avdelinger. Inntaksmøtet i allmennteam Bispegra er organisert som en egen enhet under avdelingsleder og inntaksmøtet behandler henvisninger til alle enheter under ARA Kristiansand, og koordinatorer fra alle enheter deltar i inntaksmøtet. Alle poliklinikkene oppgir at inntaksmøtet legger de reviderte prioriteringsveilederne til grunn for rettighetsvurderingene.

[8] Praksiskonsulenter er allmennpraktiserende leger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusene og allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

- Konsernrevisjonen vurderer at felles inntaksmøter og aktiv bruk av reviderte prioriteringsveiledere, reduserer risikoen for feil og ulik vurderingspraksis i og mellom poliklinikkene i den enkelte avdeling.

Begrunnelsene for rettighetsvurderingen dokumenteres

Poliklinikkene utarbeider gjennomgående vurderingsnotater knyttet til rettighetsvurderingene. Der det gis rett til helsehjelp viser vurderingsnotatene ofte til prioriteringsveileder og inneholder begrunnelse for rett til helsehjelp og juridisk frist. I tillegg viser vurderingsnotatene til at individuelle forhold har medført kortere frist enn hva prioriteringsveilederen anbefaler. For pasienter som har fått rett til utredning ved poliklinikken i Arendal skilles det mellom uavklarte og avklarte pasienter, hvor det i vurderingsnotatene for de uavklarte pasientene skisseres 1-3 vurderingskonsultasjoner for å avklare behovet for videre helsehjelp (dette fremkommer også i svarbrevet til pasient og henviser).

For pasienter som får avslag på henvisningen gis det i de fleste tilfeller en begrunnelse med henvisning til prioriteringsveilederen, og i enkelte tilfeller informeres det om aktuelt kommunalt tilbud.

- Konsernrevisjonen vurderer at begrunnelser av rettighetsvurderingene, både til de som får rett og de som får avslag, gir sporbarhet i forhold til hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen. Begrunnelsene vil blant annet være viktig informasjon ved klagesaker og dersom noe skulle skje med pasienten i perioden før helsehjelpen har startet. I tillegg kan inntaksmøtets vurderinger gi viktig informasjon for behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling.

Varierende oppfølging av vurderingspraksis

For å følge opp prioriteringsarbeidet vises det til at alle DPS-ene har deltatt på kalibreringssamlinger to ganger i året, hvor også praksiskonsulentene har deltatt.

Allmennteam Bispegra har ikke gjennomført oppfølgingsaktiviteter av sin vurderingspraksis.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkenes utveksling av henvisninger for kalibrering, er et risikoreduserende tiltak som kan bidra til konsensus om prioritering internt og eksternt.

- Konsernrevisjonen vurderer at systematisk oppfølging av vurderingspraksis i allmennteam Bispegra kan bidra til å sikre ensartet og riktig praksis i forhold til prioriteringsveilederne.

Anbefaling

- Allmennteam Bisbegra bør følge opp prioriteringspraksis systematisk.

Eksempler på styringsinformasjon som kan vurderes for å belyse prioriteringspraksis

Rett til helsehjelp versus ikke rett

Konsernrevisjonen har ikke vurdert om henvisningene er vurdert riktig. Et uttrekk fra DIPS[9] viser imidlertid at det er store ulikheter mellom poliklinikkene knyttet til rettighetsvurderingene. Et uttrekk[10] fra 2016 viste at poliklinikken i Flekkefjord ga avslag på 29 % av henvisningene, Arendal ga avslag på 38 % av henvisningene, mens Bispegra ga avslag på 16 % av henvisningene.

[9] DIPS-rapport 6813. Primærhenvisninger mottatt i 2016.
[10] DIPS-rapport 6813. Primærhenvisninger mottatt i 2016.

Rett til utredning versus behandling
Når det gjelder hvilken rett pasientene får varierer også dette. Et uttrekk[11] av fra 2016 viste at poliklinikken i Flekkefjord ga rett til utredning for 90 % av pasientene, Arendal ga rett til utredning for 53 % av pasientene, mens Bispegra ga rett til utredning til 1 % av pasientene.

Fristfastsettelser
For å belyse praksis for fristfastsettelse har konsernrevisjonen for enkelte diagnoser sammenstilt pasientenes hoveddiagnose ved avslutning av behandlingen med hvilken frist pasientene fikk ved vurdering av henvisningen. Analyser viser at gjennomsnittlig fristtid uavhengig av diagnose er 93 dager ved poliklinikken i Arendal og 68 dager i Flekkefjord.

Tabell 1 Gjennomsnittlig fristtid for utvalgte diagnoser ved poliklinikkene sammenlignet med anbefalte frister i prioriteringsveileder for psykisk helse for voksne.[12]

Diagnose	Anbefalt fristtid jf. prioriteringsveileder	Gjennomsnitt Arendal (Antall pasienter)	Gjennomsnitt Flekkefjord (Antall pasienter)
Moderat depresjon	56 dager	65 dager (6) Min: 31 dager Maks: 94 dager	59 dager (5) Min: 56 dager Maks: 63 dager
Angst og tvang (alvorlig til moderat) lettere symptomer	84 dager Ikke rett/112 dager	100 dager (11) Min: 21 dager Maks: 184 dager	77 dager (10) Min: 61 dager Maks: 100 dager

Tabell 1 viser at det er mange pasienter i diagnosegruppene som får frister i henhold til hva som er anbefalt i prioriteringsveilederne, mens andre har fått lengre frist. Konsernrevisjonen vil imidlertid påpeke at diagnosene er satt ved avslutning av helsehjelpen. Det betyr at kvaliteten på henvisningen kan ha stor betydning for vurdering av henvisningen, herunder juridisk frist pasientene får. Det kan også være henvisninger som er misvisende eller mangelfulle og som dermed påvirker hvilken frist pasientene har fått ved vurderingen. I tillegg kan diagnosefastsettelsen ved avslutning i DIPS være feil.

- Basert på uttrekkene og analysene har konsernrevisjonen ikke grunnlag for å vurdere prioriteringspraksisen i poliklinikkene, utover at de indikerer forskjeller i tildeling av rett/avslag, rett til utredning eller behandling, og fristfastsettelsen mellom poliklinikkene. Konsernrevisjonen vurderer at denne type analyser kan benyttes for å belyse poliklinikkenes prioriteringspraksis, eller som utgangspunkt for nærmere undersøkelser eksempel gjennom stikkprøver.

2.5 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Lovendringene er kjent i poliklinikken – noe forbedringspotensiale
Konsernrevisjonen har ikke belyst om poliklinikken vurderer riktig i henhold til prioriteringsveilederen, men poliklinikken viste til at de legger til grunn revidert prioriteringsveileder ved vurdering av henvisninger. Det har ikke vært gjennomført felles opplæring i forbindelse med endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og de reviderte prioriteringsveilederne. Poliklinikken viste til at det var opp til den enkelte poliklinikk og lege å settes seg inn i lovendringene.

[11] DIPS-rapport 6813. Primærhenvisninger mottatt i 2016.
[12] DIPS-rapport 6813 og DIPS-rapport 2028.

- Konsernrevisjonen vurderer at endringer i lovverk og reviderte prioriteringsveiledere er kjent i poliklinikken. Konsernrevisjonen vurderer likevel at det ved sentrale endringer i lovverk og veiledninger, bør være obligatorisk opplæring for å sikre at alle vurderingsansvarlige, behandlere og merkantile i helseforetaket blir kjent med endringene. Konsernrevisjonen gjør oppmerksom på at Helsedirektoratet har utarbeidet et e-læringskurs i forbindelse med ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere.

Begrunnelsene for rettighetsvurderingen dokumenteres, men med litt ulik praksis

Poliklinikken registrerer nødvendig informasjon i DIPS i forbindelse ved vurdering av henvisninger, og poliklinikken dokumenterte vurderinger knyttet til rettighetsvurderingen i administrasjonsfeltet i F7-bildet i DIPS. Dette gjelder både ved avslag og ved rett til helsehjelp. Ved rett til helsehjelp beskrives eksempelvis prosedyre og forundersøkelse som må gjøres før første oppmøte. I tillegg begrunnes fristfastsettelsen hvis de fravek fra prioriteringsveilederen. Dette ble imidlertid registrert litt ulikt mellom legene i poliklinikken. En lege registrerte kortere frister enn prioriteringsveilederen hvis det var særskilte forhold som tilsa dette, mens en annen registrerte automatisk frist ut fra prioriteringsveilederen og noterte i merknadsfeltet dersom pasienten burde innkalles tidligere. Revisjonen viste at dokumentasjonspraksisen ikke ble gjort på samme måte ved urologisk poliklinikk i Kristiansand.

- Konsernrevisjonen vurderer at begrunnelser av rettighetsvurderingene i poliklinikken gir sporbarhet av hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen. Det vil være viktig informasjon ved klagesaker, og dersom noe skulle skje med pasienten før helsehjelpen har startet. I tillegg kan vurderingene være viktig informasjon for behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er behov for en mer lik praksis i poliklinikken knyttet til registrering av fristdato og mellom poliklinikkene for urologi knyttet til begrunnelsene av rettighetsvurderingen. Konsernrevisjonen vurderer dette igjen henger sammen med at det ikke er utarbeidet overordnede føringer for dette i helseforetaket (jf. vurdering i kapittel 2.3)

Anbefaling

- Poliklinikken bør dokumentere begrunnelsen for rettighetsvurderingen på en ensartet måte (se denne i sammenheng med anbefaling gitt til foretaksnivå).

Potensiale for mer systematisk oppfølging av prioriteringspraksis

Alle spesialister i poliklinikken vurderer henvisninger. Det er ikke gjennomført oppfølging av prioriteringspraksis gjennom stikkprøver, kalibreringskonferanser mv. Det ble imidlertid vist til at legene i poliklinikken ved oppstart av helsehjelpen, leser resultatet fra rettighetsvurderingene og sender en gul lapp i DIPS hvis de hadde spørsmål knyttet til prioriteringen, for eksempel hvor de påpekte at de syntes pasienten burde hatt en kortere frist.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksisen med at alle spesialistene vurderer henvisninger og at legene også ser hen til vurderingen til andre leger ved oppstart av helsehjelpen, er tiltak som kan redusere risikoen for ulik prioritering internt i poliklinikken.

- Konsernrevisjonen vurderer videre at det kan være hensiktsmessig med en mer systematisk oppfølging av prioriteringspraksis. Konsernrevisjonen vurderer at utveksling av henvisninger for kalibrering av vurderingspraksis mellom poliklinikker, er et risikoreduserende tiltak som kan bidra til konsensus om prioritering internt og eksternt.

Anbefaling

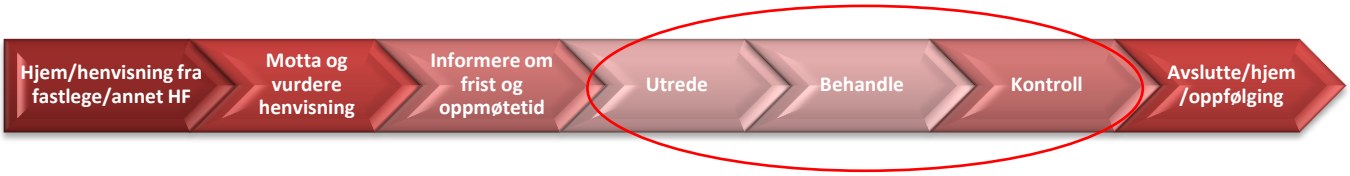
- Poliklinikken bør følge opp prioriteringspraksis systematisk.

3.0 Utrednings- og behandlingsforløp

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer helseforetaket at pasientene med like diagnoser får mest mulig likeverdige utrednings- og behandlingsforløp?

Konsernrevisjonen har i den sammenheng sett på om helseforetaket har etablert tiltak for sikre systematisk og enhetlig praksis knyttet til utrednings- og behandlingsforløpene, og at praksis er i henhold til faglig forsvarlighet. Figuren nedenfor viser hvor utrednings- og behandlingsforløpene finner sted i pasientforløpet.



Figur 3 Hvor utrednings- og behandlingsforløpene finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor gis det først en oppsummering av kapittelet (kapittel 3.1). Deretter beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn for å belyse problemstillingen (kapittel 3.2). Deretter beskrives observasjoner, vurderinger og anbefalinger for KPH (kapittel 3.3) og for poliklinikkene (kapittel 3.4). Kapittel 3.5 beskriver enkelte andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger for KPH. Til slutt beskrives observasjoner, vurderinger og anbefalinger for urologisk poliklinikk (kapittel 3.6).

3.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i Sørlandet sykehus HF for å sikre at pasienter får like utrednings- og behandlingsforløp. Revisjonen har imidlertid vist følgende sentrale forbedringspunkter for Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling (KPH):

- Det bør tydeliggjøres at antatt forløp må skisseres i utrednings- og behandlingsplanene. Det vil si varighet på behandlingen, antall- og hyppighet på konsultasjonene, samt kriterier for avslutning av behandlingen.
- Poliklinikkene bør utarbeide utrednings- og behandlingsplaner for pasientene.
- Poliklinikkene bør formalisere og tydeliggjøre hvilken fagstøtte den enkelte behandler skal motta i forløpet.
- Utrednings- og behandlingsforløpene bør følges mer systematisk opp.
- Det er potensiale for bedre ressursstyring i poliklinikkene.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter/mangler er årsaker til at det er relativt stor variasjon i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antall konsultasjoner, tid mellom konsultasjoner og total varighet på behandlingen innen samme pasientgruppe.

3.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:[13]

1. Helseforetaket utarbeider utrednings- og eller behandlingsplaner for den enkelte pasient som dokumenteres i journal.
    a) Hvis pasienten skal utredes må det skisseres en plan som beskriver utredningsforløpet og er basert på eventuelle nasjonale eller lokale retningslinjer, og øvrig kunnskapsbasert praksis
    b) Når pasienten er ferdig utredet/diagnostisert, og skal ha behandling, skal det utarbeides en behandlingsplan for alle pasienter
    c) Behandlingsplanen må baseres på eventuelle nasjonale eller lokale retningslinjer, og øvrig kunnskapsbasert praksis
    d) Dersom helsetjenestene avviker fra hovedlinjene i disse anbefalingene må dette begrunnes og journalføres
    e) Behandlingsplanen må blant annet inneholde tentativ diagnose, mål med behandlingen, behandlingstiltak, hyppighet og varighet på behandlingen, tentativ behandlingslengde/avslutningstidspunkt, tidspunkt og form for evaluering/revidering av behandlingsplanen og kriterier for avslutning av behandlingen
    f) Behandlingsplanen bør evalueres regelmessig med involverte aktører med tema som: status i forhold til målsetting, endring i problemer, funksjon og livskvalitet
    g) Det utarbeides polikliniske notater etter sentrale steg i behandlingsplanen som journalføres og sendes i kopi til fastlege
    h) Pasienten avsluttes ved siste konsultasjon og epikrise sendes innen 7 dager

For å sikre at regelverk imøtekommes må det være etablert føringer (prosedyrer, rutiner mv.) i helseforetaket som sikrer at det utarbeides utrednings- og behandlingsforløp i henhold til fag- og dokumentasjonskrav og at de avsluttes i tråd med kravene. Det bør videre være tilrettelagt for at den enkelte behandler får faglig støtte i utarbeidelse og oppfølging av planene som er utarbeidet for den enkelte pasient. For at helseforetaket skal være sikre på at de angitte kriteriene etterleves må dette følges opp/monitoreres.

3.3 KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er føringer for utrednings- og behandlingsforløp for KPH, men enkelte forbedringspunkter

I DIPS er det maler for primærjournal og innkomstnotat/journalnotat. Det er videre utarbeidet en overordnet retningslinje for utredning og behandling av voksne i KPH[14] og en retningslinje for standard utredning for pasienter med uavklart tilstand[15].

Det fremkommer av retningslinjene at det skal foreligge ferdig utrednings- og behandlingsplan etter fem konsultasjoner, som ifølge rutinen bør baseres på kliniske retningslinjer, kunnskapsbasert viten, KPHs behandlingslinjer[16], samt behandlers individuelle skjønn. Planen skal utarbeides sammen med pasient, samt revideres minimum hver 6. måned, eller ved betydelig endring i pasientens tilstand/ diagnose.

[13] I vedlegg 3 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til utrednings- og behandlingsforløpene.
[14] II.KPH.2.4.3-1
[15] II.KPH.FEL.2-10
[16] Det er utarbeidet standardiserte behandlingslinjer for ADHD, alkoholavhengighet, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelse, psykose, PTSD, Tourette syndrom og tvangslidelser (OCD). Behandlingslinjene har blant annet informasjon om utredningsverktøy, hva diagnostiske vurderinger skal inneholde, aktuelle behandling og tiltak. For

I mal for utrednings- og behandlingsplan fremgår det at planen skal inneholde problemstilling, arbeidsdiagnose, planlagte undersøkelser, behandling og behandlingsmål, somatiske risikofaktorer, samt tiltak[17].

Alle poliklinikkene oppgir at de har mål om at pasienter som er i aktiv behandling skal ha konsultasjon hver uke, i det minste annenhver uke. Det vises til at dette gjelder særlig i starten av behandlingen hvor pasientene skal ha hyppige konsultasjoner, men at det kan gå litt lengre tid mellom konsultasjonene mot slutten av behandlingen.

Videre er det utarbeidet rutine for epikrise som beskriver krav til innhold og at det skal skrives og sendes senest 6 dager etter at behandlingen er avsluttet.

- Konsernrevisjonen vurderer at de overordnede føringene for utrednings- og behandlingsforløp i hovedsak imøtekommer regelverket, og legger til rette for planleggingen av pasientforløpene.

- Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det hadde vært hensiktsmessig (og i henhold til Helsedirektoratets veileder) at malen til utrednings- og behandlingsplan også legger opp til å skissere antatt forløp (varighet, antall- og hyppighet på konsultasjonene, samt kriterier for avslutning av behandlingen). Manglende føringer på dette vil innebære risiko for manglende målrettet planlegging av utrednings- og behandlingsforløpet, som igjen gir manglende forutsigbarhet for pasient og behandler.

Anbefaling

- KPH bør tydeliggjøre i føringer at antatt forløp skisseres i utrednings- og behandlingsplan.

Det er etablert føringer for fagstøtte

Det er etablert retningslinje for tverrfaglig team[18] hvor det fremgår at underliggende enheter skal etablere egne rutiner vedrørende samråd mellom involvert helsepersonell basert på noen overordnede prinsipper, som for eksempel at alle behandlere plikter å følge opp sine pasienter ved strukturert samråd med andre kolleger. Det fremgår i overordnet retningslinje for utredning og behandling av voksne i KPH[19] at dersom ansvarlig behandler ikke er psykiater/psykologspesialist må diagnostikk og valg av behandlingsmetode foregå i tverrfaglig team eller under veiledning fra psykiater/psykologspesialist.

- Konsernrevisjonen vurderer at retningslinje for fagstøtte legger til rette for å gi faglig støtte for den enkelte behandler i utarbeidelsen og oppfølgingen av utrednings- og behandlingsplanene.

I stor grad tilrettelagt for styringsinformasjon som kan benyttes til oppfølging

Når det gjelder utrednings- og behandlingsforløpene viser klinikkens månedsrapport aktivitetsoversikt for blant annet antall konsultasjoner, antall utskrivninger, og antall liggedøgn for de ulike avdelingene. I tillegg viser rapporten antallet konsultasjoner pr behandlerdagsverk.

- Konsernrevisjonen vurderer at månedsrapporten gir styringsinformasjon om deler av pasientforløpet, men at det er et potensiale for å tilrettelegge for ytterlig styringsinformasjon. Det er viktig å følge opp lenge pasientene er i utredning/behandling, antall konsultasjoner per pasient, og

behandlingslinjene alkoholavhengighet, Tourette syndrom og tvangslidelser (OCD) er det gitt føringer for varighet og hyppighet for enkelte aktuelle behandlingsformer.

[17] Eksempler til tiltak kan være behov for sykepleie og omsorg, psykoterapeutiske tiltak, rehabilitering og miljøterapi.

[18] II.KPH.2.4.6-2

[19] II.KPH.2.4.3-1

hvor ofte pasientene er inne til konsultasjon innenfor ulike diagnosegrupper. Dette både ut i fra risiko- og vesentlighetsbetraktning knyttet til mål om likeverdige helsetjenester, men også for å ha styringsinformasjon for å kunne planlegge og følge opp egen aktivitet i forhold til de ressursene poliklinikkene har, herunder se sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Anbefaling

- KPH bør legge til rette for styringsinformasjon som kan benyttes til å følge opp utrednings- og behandlingsforløpene.

3.4 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Mangler knyttet til utrednings- og behandlingsplaner

Journalgjennomgangen viste at et flertall av pasientene i de tre poliklinikkene har fått utrednings- og behandlingsplaner i henhold til føringene. Samtidig viste revisjonen at en del pasienter ikke har fått utrednings- og behandlingsplan. Der det var utarbeidet utrednings- og behandlingsplan inneholdt de i liten grad informasjon om planlagt forløp knyttet til antatt varighet, hyppighet og antall konsultasjoner. Kun et fåtall av behandlingsplanene hadde blitt evaluert eller oppdatert.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende bruk av utrednings- og behandlingsplaner, gir risiko for manglende fastsettelse av formål med behandlingen, manglende planlegging av forløpet (varighet på behandlingen, antall og hyppighet på konsultasjoner), samt fastsettelse av kriterier for avslutning av behandling. Dette reduserer forutsigbarheten for den enkelte pasient, behandler og henviser/fastlege.

- Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende bruk av behandlingsplaner reduserer muligheten til å gjennomføre evaluering opp mot de mål som er fastsatt i individuelle behandlingsforløp, samt gjøre justeringer av behandlingstiltakene eller målsettingen med behandlingen.

Anbefaling

- Poliklinikkene bør utarbeide utrednings- og behandlingsplaner for alle pasienter, der det skisseres antatt forløp og kriterier for avslutning.

Fagstøtte tilbys i poliklinikkene – men svakheter knyttet til formalisering og bruk

De tre poliklinikkene har ukentlig tverrfaglige team/behandlermøte for å gi faglig støtte til den enkelte behandler. Det vises til at den enkelte behandler kan diskutere nye pasienter, få bistand til å utarbeide utrednings- og behandlingsplan, diagnostisk hjelp, eller vurdere videre behandling eller avslutning. Poliklinikkene oppga at den enkelte behandler i stor grad selv bestemmer om de vil diskutere noe i tverrfaglig team og hva de eventuelt ønsker å diskutere, noe som medførte at enkelte behandlere i mindre grad gjorde dette. Behandlere som ikke er spesialister er pålagt å ha systematisk veiledning med spesialist, både i utredningsfasen og løpende under behandlingen.

- Konsernrevisjonen vurderer at tverrfaglig team/behandlermøter er en nyttig arena for å gi faglig støtte for den enkelte behandler, samt sikre faglig konsensus rundt pasientforløpene.

- Konsernrevisjonen vurderer at ansvaret og oppgaven til tverrfaglig team ikke er tilstrekkelig formalisert og tydeliggjort. Dette gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for manglende stoppunkter og dialog/diskusjon om pasientenes utrednings- og behandlingsforløp. Dette gir videre risiko for at «like» pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp avhengig av hvilken behandler de har.

Anbefaling

- Poliklinikkene bør formalisere og tydeliggjøre hvilken fagstøtte den enkelte behandler skal motta i forløpet, herunder planlegging, oppfølging og avslutning av pasientforløpene.

Oppfølging - flere tiltak iverksatt, men varierende systematikk og innhold

Ledere på ulike nivå benytter den faste månedsrapporten til oppfølging i KPH. Utover månedsrapporten er det lite oppfølging av den enkelte behandler og pasientenes utrednings- og behandlingsforløp.

Ved allmennteam Bispegra har teamleder tilbudt frivillig pasientlistegjennomgang til enkelte behandlere, hvor behandler og teamleder går igjennom hele pasientlisten og vurderer videre forløp og om det er noen pasienter som kan avslutte behandlingen.

Merkantile ved de tre poliklinikkene tar ut rapporter over behandlernes pasienter og tidspunkt for siste kontakt. Revisjonen viste at det i stor grad er de merkantile som følger opp disse ved å følge opp behandlere dersom det er pasienter med lang tid siden siste konsultasjon.

Ved poliklinikken i Arendal er det gjennomført en journalaudit om bruk av utrednings- og behandlingsplan, mens det i Flekkefjord har vært journalaudit av til journalskriving.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for systematisk oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene. Mangel på oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene gir risiko for manglende informasjon om driften i poliklinikken, herunder om det gis likeverdig helsehjelp. Dette medfører manglende mulighet for å korrigere driften.

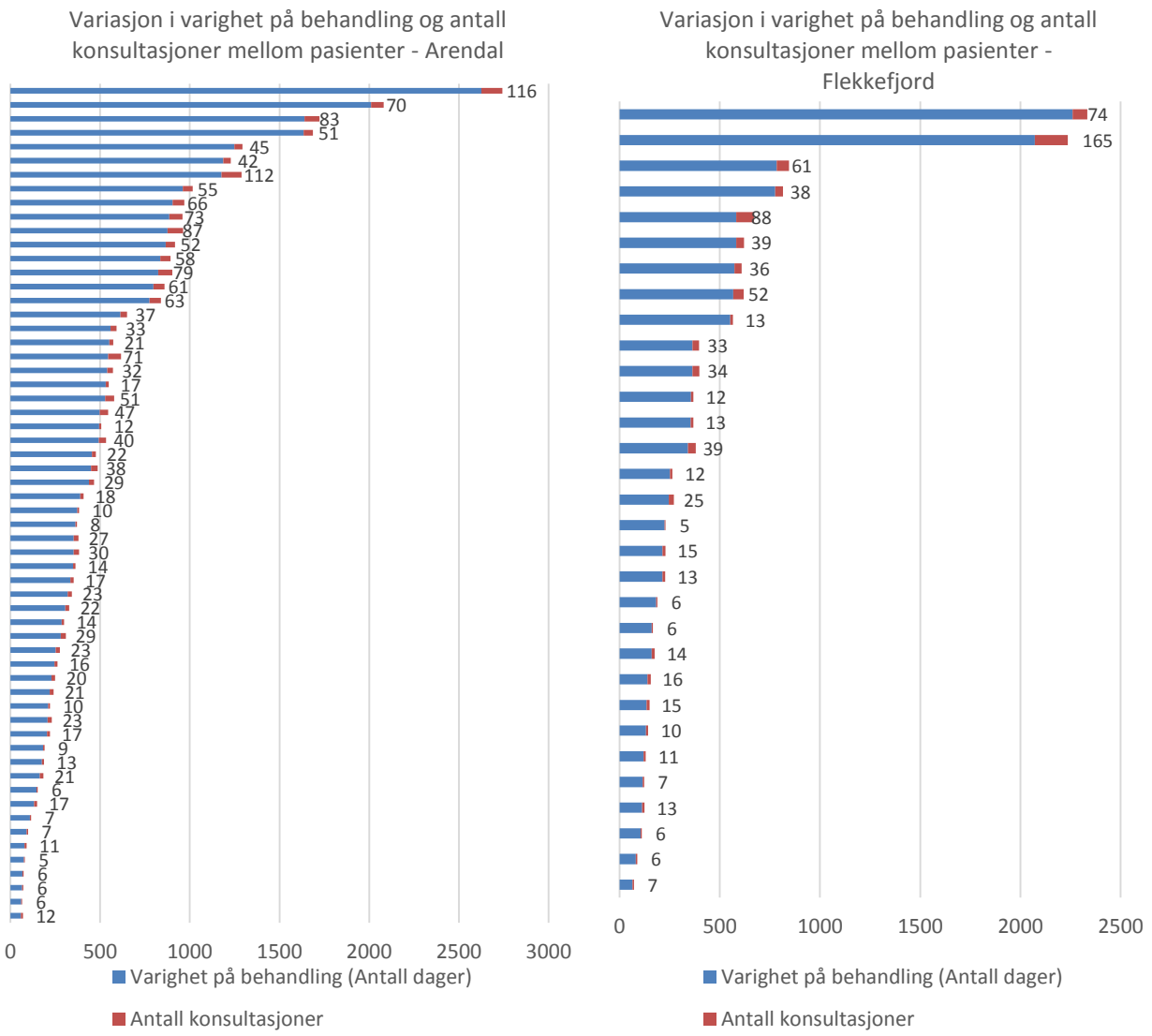
- Konsernrevisjonen vurderer at eksempelvis bruk av ulik styringsinformasjon, tilgjengelige rapporter og pasientlistegjennomganger, kan benyttes i oppfølgingen for å iverksette tiltak som kan redusere risikoen for ubegrunnet variasjon i pasientforløpene.

Anbefaling

- Ledelsen bør benytte styringsinformasjon systematisk for å følge opp utrednings- og behandlingsforløpene.

Variasjon i utrednings- og behandlingsforløp

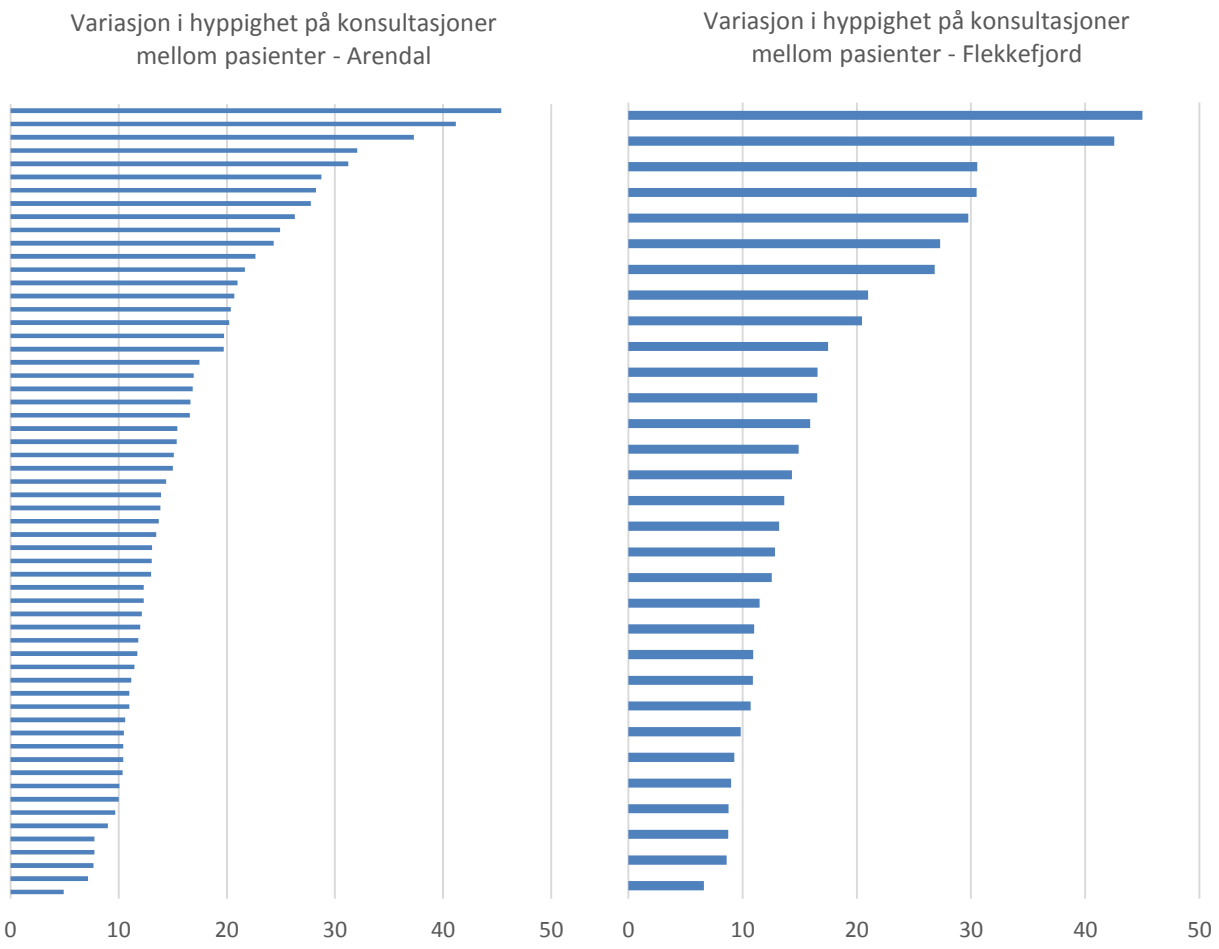
Konsernrevisjonen har gjort ulike uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hvor lenge pasientene går i behandling, antallet konsultasjoner og hvor lang tid det er mellom konsultasjonene innenfor flere diagnosegrupper. Figur 4 nedenfor viser at det for pasientgruppen tilpasningsforstyrrelser, er betydelig variasjon i varigheten på behandlingen mellom pasientene innad i poliklinikkene. Ved poliklinikken i Arendal varer behandlingen for pasienter i denne pasientgruppen i gjennomsnitt er 544 dager, samt at de i gjennomsnitt har 34 konsultasjoner. Tilsvarende tall for pasienter ved poliklinikken i Flekkefjord er 426 dager i behandling og 28 konsultasjoner.



Figur 4 Varighet på behandlingen og antallet konsultasjoner per pasient avsluttet i 2015 og 2016. Kun pasienter med 5 eller flere konsultasjoner er tatt med i figuren. DIPS-rapport 2028. ICD-10 F431 og F432.

Figuren viser at varigheten på behandlingen for disse pasientene varierer fra 59 dager til over 6 år i Arendal, og fra 65 dager til 6 år i Flekkefjord. Enkelte pasienter med lang behandlingstid har like mange konsultasjoner som pasienter med betydelig kortere behandlingstid.

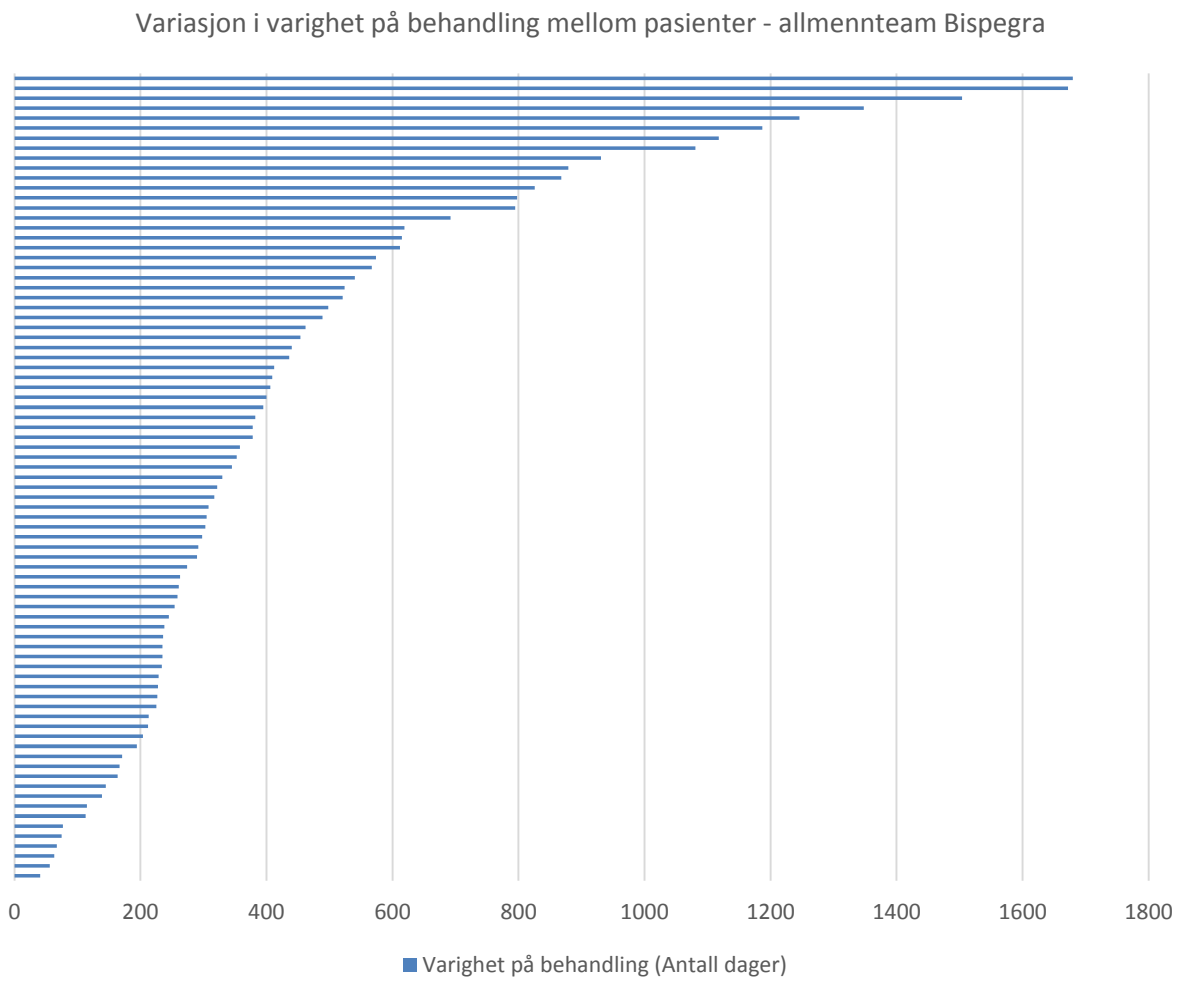
Konsernrevisjonen har videre undersøkt hyppigheten på konsultasjonene ved å belyse gjennomsnittlig tid mellom konsultasjonene for pasienter innen samme pasientgruppe for de to allmennpsykiatriske poliklinikkene. Figur 5 nedenfor viser betydelig variasjon i gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner for pasienter i samme diagnosegruppe som vist til ovenfor. I gjennomsnitt har pasientene konsultasjon hver 17. dag ved begge poliklinikkene. Figuren viser at enkelte pasienter er inne til konsultasjon gjennomsnittlig hver uke, mens andre pasienter er inne til konsultasjon sjeldnere enn en gang i måneden.



Figur 5 Gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner per pasient i Flekkefjord og Arendal. Kun pasienter med 5 eller flere konsultasjoner er tatt med i figuren. Pasienter avsluttet i 2015 og 2016. DIPS-rapport 2028. ICD-10 F431 og F432.

Figur 5 viser videre at rundt 50 prosent av pasientene får konsultasjoner innen hver 14. dag, som er poliklinikkenes mål. De resterende 50 prosentene har et gjennomsnitt som er lengre enn 14 dager.

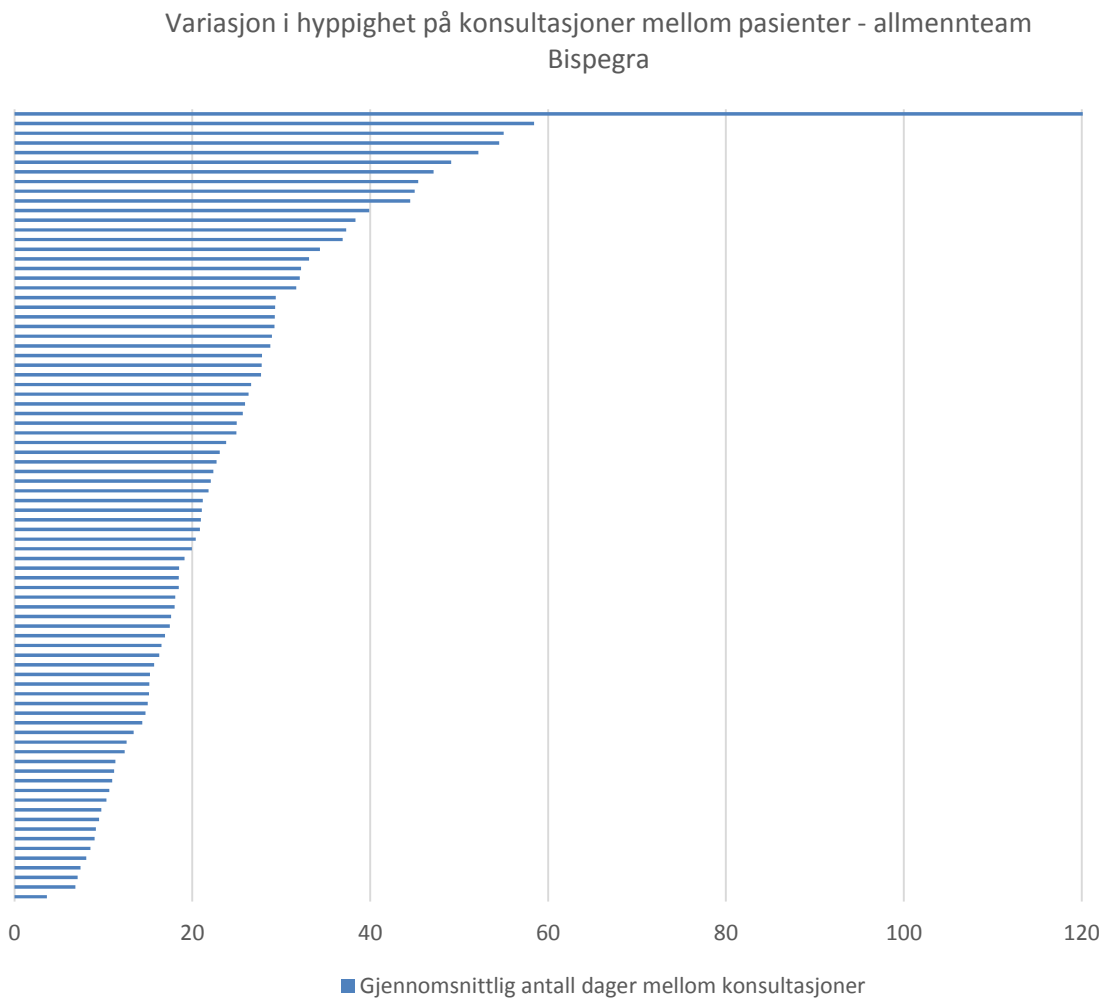
I tillegg til de allmennpsykiatriske poliklinikkene er det gjennomført tilsvarende analyser for allmennteam Bispegra. Figur 6 nedenfor viser at det for pasienter med alkoholavhengighetssyndrom, er betydelig variasjon i varigheten på behandlingen mellom pasientene i allmennteam Bispegra.



Figur 6 Varighet på behandlingen for pasienter med alkoholavhengighetssyndrom ved allmennteam Bispegra. Kun pasienter med 5 eller flere konsultasjoner er tatt med i figuren. Pasienter avsluttet i 2016. DIPS-rapport 2028. ICD-10 F102.

Gjennomsnittlig antall dager i behandling for denne pasientgruppen er 424 dager. Figuren viser at varigheten varierer fra rundt 14 dager til over flere år. Nærmere analyser viser at antallet konsultasjoner i gjennomsnitt er 22, men at dette varierer betydelig. Enkelte pasienter med lang behandlingstid har like mange konsultasjoner som pasienter med betydelig kortere behandlingstid.

Konsernrevisjonen har videre undersøkt hyppigheten på konsultasjonene ved å belyse gjennomsnittlig tid mellom konsultasjonene for denne pasientgruppen. Figur 7 nedenfor viser at det er betydelig variasjon i hvor ofte pasientene med alkoholavhengighetssyndrom har konsultasjoner.

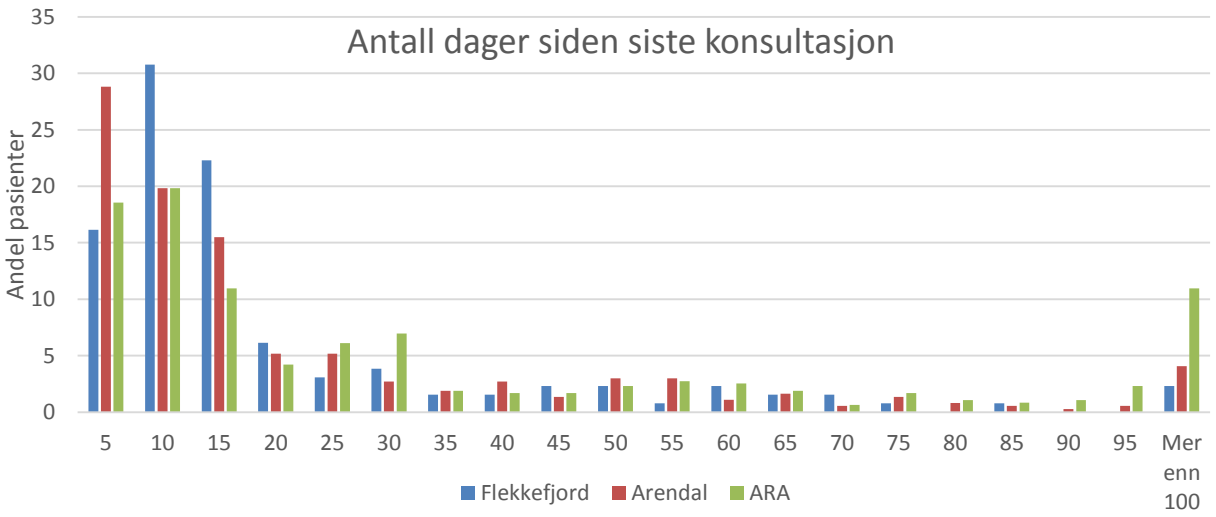


Figur 7 Gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner per pasient med alkoholavhengighetssyndrom ved allmennteam Bispegra. Kun pasienter med 5 eller flere konsultasjoner er tatt med i figuren. Pasienter avsluttet i 2016. DIPS-rapport 2028. ICD-10 F102.

Figur 7 viser at enkelte pasienter med alkoholavhengighetssyndrom er inne til konsultasjon gjennomsnittlig hver uke, mens andre pasienter er inne til konsultasjon annenhver måned. Gjennomsnittet for pasientgruppen for hele poliklinikken er konsultasjon hver 23. dag, og 30 prosent av pasientene får konsultasjoner innen hver 14. dag, som er poliklinikkenes mål. De resterende 60 prosentene har et gjennomsnitt som er mer enn 14 dager.

Revisjonen har i tillegg til diagnosegruppen/pasientgruppen som er vist til i figur 4 til figur 7 gjort tilsvarende analyser for flere andre diagnosegrupper/pasientgrupper. Analysene for disse viser tilsvarende variasjon i antall kontakter, tid mellom kontakter og varighet. Nærmere analyser indikerer også at det er variasjon mellom behandlerne med tanke på varighet på behandlingen, antallet- og hyppighet på konsultasjoner for enkeltpasienter innen samme diagnosegruppe.

For å belyse om poliklinikkene har pasienter som blir stående uforholdsmessig lenge (ubegrunnet opphold) uten ny konsultasjon, har konsernrevisjonen (ved siden av antall dager mellom konsultasjoner) gjort et uttrekk i DIPS av pasientoversikten per behandler med tidspunkt for når pasientene sist var inne til konsultasjon. Ut fra dette er det beregnet hvor mange dager det var siden siste konsultasjon for den enkelte pasient, se figur 8.



Figur 8 Andel pasienter (%) fordelt på antall dager siden siste konsultasjon. Omfatter alle diagnosegrupper i poliklinikkene. DIPS-rapport 1117.

Figur 8 viser at mange pasienter har kort tid siden siste konsultasjon.[20] Samtidig er det en betydelig andel pasienter med lang tid siden siste konsultasjon, og da særlig ved allmennteam Bispegra. I gjennomsnitt var det 21 dager siden siste konsultasjon for alle pasientene ved poliklinikk Flekkefjord, 24 dager ved poliklinikken i Arendal, og 41 dager ved allmennteam Bisbegra.

- Etter konsernrevisjonens vurdering viser uttrekkene (figur 4 til 8) at det er relativt store forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antallet konsultasjoner, tid mellom konsultasjonene, og total varighet på behandling innenfor samme diagnosegruppe. Konsernrevisjonen vurderer at pasienter i samme diagnosegruppe kan ha behov for ulike utrednings- og behandlingsforløp, men funnene indikerer at det også er andre årsaker til den relativt store variasjonen. Konsernrevisjonen vurderer at manglende bruk og utforming av utrednings- og behandlingsplaner, manglende formalisering av fagstøtte, samt mangler ved ledelsens oppfølging, gir risiko for at "like pasienter" innen samme diagnosegruppe kan få ulike forløp, avhengig av hvilken behandler pasienten får.

3.5 KPH - andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Potensiale for bedre ressursstyring

Revisjonen viser at det ikke er etablert et felles system for å styre ressursene i klinikken, men at det er opp til hver enkelt avdelingsleder å legge til rette for dette. Aktivitet- og produktivitetstallene benyttes i oppfølgingen av avdelingene for å belyse utvikling over tid innenfor den enkelte avdeling. Det er eksempelvis enkelte måltall i forhold til antall konsultasjoner pr behandler pr dag i poliklinikkene. Sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet belyses i liten grad knyttet til planlegging og oppfølging i poliklinikkene.

- For å utnytte tilgjengelige ressurser på en god måte, vurderer konsernrevisjonen at poliklinikkene i større grad må synliggjøre sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet knyttet til planlegging og oppfølging. Dette vil blant annet bidra til at poliklinikkene vil ha bedre kontroll over pasientlogistikken – både når det gjelder pasientene som er inne i et utrednings- og behandlingsforløp og for de som skal påbegynne helsehjelpen. Konsernrevisjonen vurderer at det

[20] Det kan være velbegrunnede forklaringer på at det har gått lang tid siden siste konsultasjon. Eksempelvis dersom pasienten for en periode overføres til en annen avdeling, er i ferd med å droppe ut av behandlingen eller er i en nedtrappingsfase i behandlingen.

bør tilrettelegges for at alle poliklinikkene gjør dette på en ensartet måte, både for å gi lederstøtte og at man kan sammenligne innad og mellom poliklinikkene.

Anbefaling

- KPH bør tilrettelegge for at enhetene har tilstrekkelig og tilgjengelig styringsinformasjon, samt tilknyttede verktøy, knyttet til ressursstyringen. Dette må ses i sammenheng med hva som er tilrettelagt på foretaksnivå.

Diagnosefastsetting – varierende registreringspraksis av spesifiserte diagnoser
I henhold til overordnede og lokale føringer skal det tidlig i utredningsforløpet registreres en tentativ diagnose i DIPS, samt en diagnose ved avslutning av helsehjelpen. Uttrekk fra DIPS[21] viste at en del pasienter står registrert med en uspesifisert diagnose (Z-kode) både under behandlingsforløpet og ved avslutning. For avsluttede pasienter viser uttrekket at 16 prosent av pasientene ved allmennteam Bisbegra står registrert med en Z-kode, mens tilsvarende tall ved poliklinikkene i Flekkefjord og Arendal er 6 prosent.

➢ Konsernrevisjonen vurderer at mangelfull registrering av korrekt diagnose gir misvisende styringsinformasjon. Pålitelig styringsinformasjon tilknyttet diagnoser vil være viktig for intern oppfølging av ISF-finansiering.

Anbefaling

- Poliklinikkene bør sikre at føringer knyttet til registrering av diagnoser etterleves.

3.6 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Ikke føringer for å estimere pasientforløp - bortsett fra for pakkeforløp for kreft
Det er ikke etablert føringer for normering av tidsaspektet for helsehjelpen som gis, med unntak av pakkeforløp for kreft. Bortsett fra pakkeforløp for kreft var det ikke utarbeidet tilsvarende normerte tidsintervaller for øvrige pasientforløp i urologisk poliklinikk. Behandlerne fastsetter tidspunkt for neste kontakt (utredning, behandling og kontroll), eventuelt avslutter helsehjelpen, ut fra medisinskfaglige vurderinger og ikke kapasitet. Faglige vurderinger for utrednings- og behandlingsforløpene var tema på morgenmøter og diskusjonstema mellom behandlerne i Arendal. Det ble vist til at poliklinikken ikke gjennomfører systematisk oppfølging av pasientforløpene, eksempel ved bruk av stikkprøver eller benchmarking.

➢ Konsernrevisjonen vurderer at arenaer for å diskutere pasientforløp, herunder normering av tidsintervaller kan være hensiktsmessig for å redusere risikoen for ulik praksis i poliklinikken og mellom sammenlignbare poliklinikker. Konsernrevisjonen vurderer at denne praksisen bør følges opp eksempelvis gjennom styringsinformasjon som belyser pasientforløpene. Dette både ut i fra en risiko- og vesentlighetsbetraktning knyttet til mål om likeverdige helsetjenester, men også for å ha styringsinformasjon for å kunne planlegge egen aktivitet i forhold til de ressursene poliklinikkene har.

[21] DIPS-rapport 2028. I uttrekket ble det lagt som forutsetning av pasientene hadde hatt 5 eller flere kontakter ettersom tentativ diagnose skal settes senest innen 5 konsultasjoner. Tall for 2016.

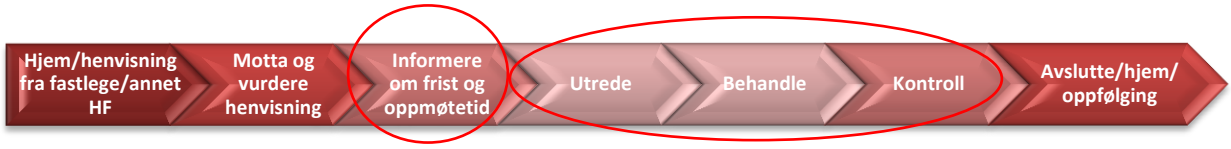
4.0 Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?

Pasienter som vurderes til å ha nødvendig rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal etter lovendringene få tidspunkt for oppmøte i svarbrevet på henvisningen. Oppmøtetidspunkt skal gi forutsigbarhet for pasientene og styrke pasientrettighetene. Oppmøtetidspunkt for pasienter som har startet helsehjelpen og som allerede er i et behandlingsforløp, er ikke nevnt i forbindelse med lovendringene. Forutsigbarhet er viktig også i denne fasen av pasientforløpet. Det er derfor viktig å belyse når helseforetakene gir oppmøtetidspunkt til pasientene som er i et utrednings- og behandlingsforløp.

Figuren nedenfor illustrerer hvor timeavtale i første brev og nye timeavtaler etter at helsehjelpen er startet, fremkommer i pasientforløpet.



Figur 9 Hvor timetildeling finner sted i pasientforløpet - både før start helsehjelp (svar på henvisning) og etter start helsehjelp (utredning, behandling og kontroll)

I kapitlene nedenfor gis først en oppsummering av sentrale forbedringspunkter (kapittel 4.1). Deretter beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn knyttet til timeavtale i første brev og oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timeavtaler etter at helsehjelpen har startet (kapittel 4.2). Videre beskrives observasjoner, vurderinger og anbefalinger knyttet til oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning (kapittel 4.3) og for oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp (kapittel 4.4). For hvert av kapitlene presenteres først funn på foretaksnivå, deretter for poliklinikkene.

4.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i Sørlandet sykehus HF for at pasienter får informasjon om oppmøtetidspunkt i svarbrevet på henvisning, samt videre i pasientforløpet. Revisjonen har imidlertid vist følgende sentrale forbedringspunkter:

- Helseforetaket bør klargjøre og samkjøre prosedyrer/rutiner knyttet til registrering av oppmøtetidspunkt og oppfølging av ventelisten mellom KPH og somatikk.
- Poliklinikk urologi bør gjennomgå rutiner for svarbrev på henvisningene (hvem som mottar og innhold).
- Registrering av tentativ dato/ventelisteinformasjon (etter start helsehjelp) bør gjennomgås i poliklinikkene i KPH, slik at en sikrer reelle og oversiktlige ventelister.

Konsernrevisjonen vurderer at svakheter ved registrering og oppfølging av ventelisten kan få konsekvenser for pasientsikkerheten. Videre vil ovennevnte forhold gi manglende forutsigbarhet for pasientene.

4.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:[22]

1. Nyhenviste pasientene får timeavtale i første brev. I den sammenheng forventes det at helseforetaket;
    a. Svar på henvisningen sendes innen 10 virkedager til pasient og henvisende instans
    b. Informerer om følgende i svarbrevet til nyhenviste pasienter:
        i. Resultatet av vurderingen
        ii. Juridisk frist for start helsehjelp
        iii. Fristen gjelder behandling eller utredning
        iv. Oppmøtetidspunkt og sted for pasienter med kortere frist enn 4 måneder
        v. Tentativ uke for pasienter med lengre frist enn 4 måneder
        vi. Informasjon om Helfo pasientformidling
2. Pasienter får, hvis mulig, oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timeavtaler etter helsehjelpen er startet.[23]

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert føringer i helseforetaket som sikrer at nyhenviste pasienter får oppmøtetidspunkt i svarbrev, og at pasientene får den informasjon de har krav på. Videre må det være etablert føringer i helseforetaket for oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp for å sikre forutsigbarhet for pasienten. Tildeling av direkte timeavtale både før og etter start helsehjelp, forutsetter en lang planleggingshorisont på timetildeling på poliklinikkene, jf. krav gitt i Oppdrag- og bestilling til helseforetakene om seks måneders planleggingshorisont. For at helseforetaket skal være sikre på at de etablerte føringer etterleves må dette følges opp/monitoreres.

4.3 Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning

4.3.1 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Føringer er etablert i tråd med krav – behov for samkjøring mellom klinikkene

Det er utarbeidet to overordnede prosedyrer; *vurdering og registrering av henvisninger i DIPS - behandlere*[24] og *Henvisning – rettighetsvurdering*[25]. KPH har utarbeidet egne retningslinjer knyttet til vurdering[26] og til registrering[27] av henvisninger.

I føringene fra helseforetaket og fra KPH, fremkommer det at henvisningene skal vurderes og sendes pasient og henviser innen 10 virkedager og at ved mistanke om alvorlige eller livstruende tilstander, må dette skje tidligere. I overordnet rutine *Utsending av informasjonsbrev til pasient og henvisende instans etter at ny henvisning er mottatt og ferdig vurdert,* vises det imidlertid til at informasjonsbrev alltid skal sendes til pasient og henvisende instans innen 7 dager etter at henvisningen er ferdig vurdert.

---

22 I vedlegg 4 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

23 Det er ikke alltid at dette kan gis ettersom man ofte må vente på prøvesvar, røntgenundersøkelser eller lignende for å avgjøre om pasienten skal tilbake til samme poliklinikk eller om vedkommende f.eks. skal til en annen poliklinikk eller legges inn. Å gi time i hånden er derfor ikke alltid gjennomførbart grunnet det faktum at man mange ganger ikke vet hva som er pasientens diagnose og dermed heller ikke vet hva som er korrekt neste trinn i pasientforløpet. Det kan også være slik at pasienten settes opp til kontroll innen 12 måneder. Ettersom timebøkene ikke er satt så langt frem i tid vil det være vanskelig her å gi direkte time.

24 Dok: I.2.2-10

25 Dok: I.2.2-19

26 Dok: II.KPH.2.2.1-1

27 Dok: II.KPH.2.2.1-2

I overordnet prosedyre for *Fristbrudd, håndtering av pasienter*[28] fremgår det at det skal settes en timeavtale hvis fristen er 4 måneder eller kortere og en tentativ uke hvis fristen er lengre enn 4 måneder. Det er ikke gitt føringer for når pasienter med lengre frist enn 4 måneder, og som har fått en tentativ uke, skal få nytt brev med innkalling med timeavtale.

Det er utarbeidet brevmaler for svarbrev for de som får rett til helsehjelp og for de som får avslag. For pasienter som får rett til helsehjelp skal det utarbeides enten timebrev (med timeavtale) eller ventelistebrev (med tentativ uke). I prosedyren vises det til at hvis arbeidsplanene for behandlere ikke er klare på dette tidspunkt, må det først sendes ut ventelistebrev med bekreftelse på mottatt henvisning og beskrivelse av rettighetsvurdering, og deretter innkallingsbrev når oppmøtetidspunkt er avklart. For avslagsbrev har klinikken ulike maler alt etter hva begrunnelsen på avslaget skal være.

- Konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har utarbeidet føringer knyttet til utsendelse og innhold i svarbrev på henvisninger som er i tråd med overordnede krav. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er uhensiktsmessig at det er overlappende føringer knyttet til hva som gjelder for helseforetaket som helhet og spesifikt for KPH. Dette kan bidra til uklarheter knyttet til hvilken rutine som gjelder, ulik praksis og lite hensiktsmessig bruk av ressurser. Konsernrevisjonen vurderer at det er behov å samkjøre disse prosessene (se også vurdering i kapittel 2.3).

- Konsernrevisjonen vurderer at det kan være hensiktsmessig at det presiseres i prosedyre *Fristbrudd, håndtering av pasienter* at når pasienter med frist over 4 måneder, og som har fått en tentativ uke, skal gis en timeavtale for å sikre forutsigbarhet for pasientene.

- Konsernrevisjonen vurderer at overordnet rutine *Utsending av informasjonsbrev til pasient og henvisende instans etter at ny henvisning er mottatt og ferdig vurdert,* kan være misvisende ved at det står at utsendelse skal sendes til pasient og henvisende instans innen 7 dager etter at henvisningen er ferdig vurdert. Konsernrevisjonen vil presisere, som også er i tråd med det som står i andre prosedyrene i helseforetaket, at alle svarbrev skal sendes senest innen 10 virkedager etter mottak av henvisningen.

Anbefaling

- Helseforetaket bør samkjøre rutiner/prosedyrer knyttet til timetildeling mellom KPH og somatikk der dette er mulig.

Tilrettelagt for styringsinformasjon

Pasientadministrativt årshjul viser blant annet gjennomsnitt vurderingstid, andel direktebooking, konsultasjonstype, antall nyhenviste. Klinikk for psykisk helse rus- og avhengighetsbehandling har utarbeidet en egen fast månedsrapport som inneholder samme styringsindikatorer som pasientadministrativt årshjul, samt noe mer. I månedsrapporten til klinikken fremkommer det at klinikken gir timeavtale i første brev til godt over 90 % av pasientene.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er tilrettelagt for styringsinformasjon som kan gi oversikt over status på timetildeling i svarbrevet på henvisning.

[28] Dok: I.2.2-25

4.3.2 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Svarbrev sendes som oftest til rett tid, med timeavtale og med riktig innhold, ventelisten følges løpende opp

Henvisningene ble vurdert innenfor kravet på 10 virkedager og svarbrevene ble i stor grad ble sendt ut fortløpende. Journalgjennomgangen viste et par tilfeller, ved poliklinikken i Arendal, at svarbrevet ikke ble sendt ut før det hadde gått 3-4 uker.

Alle pasienter som fikk rett til helsehjelp fikk svarbrev med oppmøtetidspunkt og riktig innhold. Journalgjennomgangen viste at det gjennomgående ble sendt svarbrev til pasient og henviser både for de som fikk rett til nødvendig helsehjelp og de som fikk avslag. Avslagsbrevene var i tråd med føringene.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene i stor grad imøtekommer kravene til svarbrev på henvisninger. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er viktig for pasientens forutsigbarhet at svarbrevet sendes senest innen kravet på 10 virkedager.

Per november 2016 hadde poliklinikkene et fåtall pasienter som stod på ventelisten til start helsehjelp. Dette var pasienter som hadde fått en timeavtale i svarbrevet på henvisningen, men som på grunn av utsettelse eller ikke møtt var satt opp på ventelisten med en tentativ dato. Ingen av disse pasientene hadde overgått tentativ dato. Det ble vist til at de merkantile har rutine for å følge opp denne delen av ventelisten.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har gode rutiner knyttet til oppfølging av ventelisten for pasienter som ventet på start helsehjelp.

4.3.3 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Svarbrev sendes til rett tid, men noen mangler knyttet til innhold og hvem de sendes til

Revisjonen viste at henvisningene ble vurdert innenfor kravet på 10 virkedager og svarbrevene ble sendt ut fortløpende. Gjennomgangen viste at det er tre ulike enheter som sender ut svarbrev:

1. Ved avslag er det skrivetjenesten som sender svarbrev. Svarbrevene sendes til henviser og ikke til pasient.
2. Ved rett til helsehjelp sendes svarbrev fra poliklinikken. Disse brevene sendes både henviser og pasient. Innhold i svarbrevene var korrekte. Ved enkelte tilfeller fikk ikke pasienter med frist kortere enn 4 måneder timeavtale, men et ventelistebrev. Det ble vist til at dette skyldtes at timebøkene ikke var åpne langt nok frem i tid.
3. Der det er pakkeforløp er det koordinatorene som sender svarbrev. Svarbrevene inneholder ikke informasjon vedrørende vurderingen, juridisk frist, klagemuligheter, Helfo mv.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken imøtekommer 10 dagers fristen for vurdering av henvisning og utsendelse av svarbrev.

- Konsernrevisjonen vurderer at avslagsbrev også må sendes pasient, slik at de er informert om status på henvisningen og eventuelle klagemuligheter. Konsernrevisjonen vurderer at manglende informasjon om frist, klagemuligheter etc. i svarbrev til de pasientene som skal inn i pakkeforløp for kreft, medfører manglende forutsigbarhet for pasient og henviser.

Anbefaling

- Urologisk poliklinikk bør sikre at svarbrev sendes i tråd med overordnede føringer.

Per november 2016 hadde poliklinikken et fåtall pasienter som stod på ventelisten til start helsehjelp. Dette var pasienter som hadde fått en timeavtale i svarbrevet på henvisningen, men som på grunn av utsettelse eller ikke møtt var satt opp på ventelisten med en tentativ dato. Ingen av disse pasientene hadde overgått tentativ dato. Det ble vist til at de merkantilt ansatte har rutine for å følge tett opp denne delen av ventelisten. Det ble også vist til at det var innarbeidet en rutine hvor de skrev ned årsak hvis det ble satt en tentativ dato, samt årsak hvis tentativ dato ikke ble innfridd. Det ble vist til at det i disse tilfellene var innarbeidet en rutine med å konferere medisinsk ansvarlig slik at pasientene sikkerhet ble ivaretatt.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har gode rutiner knyttet til oppfølging av ventelisten, herunder timetildeling, for pasienter som venter på start helsehjelp.

4.4 Oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp

4.4.1 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er etablert føringer, men uklarheter

I overordnet rutine *Ventelister - aktivitetsplikt – SSHF*[29] fremkommer det at "alle pasienter som skal til videre utredning, behandling eller kontroll skal registreres i DIPS med ny tentativ dato for neste oppmøte, med unntak av de som får satt opp timeavtale. Dette skal gjøres senest innen 2 uker etter siste oppmøte". Videre fremkommer det at "pasienter som skal til videre oppfølging/kontroll skal ha skriftlig informasjon hvis de ikke får timeavtale innen forventet dato". Det er utarbeidet egen brevmal til bruk for dette.

I KPHs egen retningslinje for registrering[30] fremkommer det at "så lenge pasienten er i behandling skal det stå en poliklinisk kontakt (tentativ dato)". Dette for å sikre at pasienter ikke blir "glemt" av sykehuset.

- Det er etablert føringer knyttet til timeregistrering og oppfølging av ventelisten etter at helsehjelpen er startet. Konsernrevisjonen vurderer at føringene er litt uklare/mangelfulle. Konsernrevisjonen vurderer at alle pasienter, så fremt det ikke er særskilte forhold eller at helsehjelpen skal gis langt frem i tid, skal få ny timeavtale etter endt konsultasjon. Det vil i tillegg være hensiktsmessig at man begrunner hvorfor det er gitt en tentativ dato.

- Konsernrevisjonen vurderer videre at føringen om å informere pasientene hvis de ikke får timeavtale innen tentativ dato, bidrar til forutsigbar for pasientene. Konsernrevisjonen vurderer at pasienter med tentativ dato langt frem i tid, bør få informasjon om ny timeavtale/eventuelt utsettelse i god tid før fastsatt tentativ dato. Konsernrevisjonen vil presisere at det bør være et system for at medisinskfaglig vurderinger er hensyntatt hvis tentative datoer som er satt ikke kan imøtekommes.

- Konsernrevisjonen vurderer at KPHs føring om at det alltid skal gis en tentativ dato, i tillegg til en timeavtale, ikke er hensiktsmessig. Konsernrevisjonen vurderer at en slik praksis innebærer en risiko for pasienter som ikke møter/får utsatt time. Dette på bakgrunn av at de tentative datoene ikke er

[29] Dok: I.2..2-13
[30] Dok: KPH.2.2.1-2

fastsatt ut i fra faglige vurderinger. For det andre medfører praksisen at ventelisten vil bli uhensiktsmessig stor og uoversiktlig.

Anbefalinger

- KPH bør tydeliggjøre føringer for registrering og oppfølging av ventelisten
    - Praksis med å registrere tentativ dato når det allerede er satt opp en timeavtale, må avvikles.
    - Hvis poliklinikken ikke får satt opp ny timeavtale til pasient, må tentativ datoer fastsettes med utgangspunkt i faglige vurderinger.
    - Bruk av «blank kontakt» i DIPS gjennomgås og følges opp.
    - Poliklinikkene bør følge opp ventelisten slik at alle pasienter får timeavtale innen oppsatt tentativ dato.
- Helseforetaket bør samkjøre rutiner/prosedyrer der dette er mulig (jf. anbefaling i kapittel 2.3).

Tilrettelagt for noe styringsinformasjon, men potensiale for økt bruk

Ved siden av rutiner knyttet til ventelister er det tilrettelagt for styringsinformasjon i årshjulet knyttet til blant annet antall kontroller, antall ikke møtt. Klinikk for psykisk helse rus- og avhengighetsbehandling har utarbeidet en egen fast månedsrapport som inneholder samme styringsindikatorer som pasientadministrativt årshjul, samt noe mer.

- Konsernrevisjonen vurderer det er lagt til rette for noe styringsinformasjon vedrørende timetildeling for pasienter som er i et pasientforløp. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er et potensiale for å benytte ytterligere styringsinformasjon knyttet til oppmøtetidspunkt slik, at man styrker kontrollen på pasientsikkerheten og pasientenes forutsigbarhet.

4.4.2 Poliklinikkene i KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Poliklinikken i Flekkefjord: God styring av ventelisten, men svakheter ved poliklinikken i Farsund

Behandlerne setter selv opp nye timeavtaler for pasientene – også når pasienter ikke møter til time. Hvis behandler er syk har de en rutine hvor leder følger opp pasientene for å avklare eventuell hastegrad. Det var få pasienter som per november 2016 stod på ventelisten. Disse var satt på ventelisten for videre helsehjelp på grunn av særskilte forhold og som ble fulgt opp av sekretær.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har gode rutiner knyttet til fastsettelse av nye timeavtaler og oppfølging av ventelisten.

Ett uttrekk fra ventelisten for poliklinikken i Farsund viste at det var langt flere pasienter som stod på ventelisten i denne poliklinikken (70 pasienter), flere var gått over tentativ dato og relativt mange med "blank kontakt", det vil si at de ikke hadde et tidspunkt for når pasienten senest må inn til ny time, og de var dermed uten prioritering på ventelisten.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i Farsund ikke har gode nok rutiner for oppsett av nye timeavtaler, herunder styring og kontroll av ventelisten. Manglende rutiner og kontroll av ventelisten gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for at pasienter får ubegrunnet opphold i sin helsehjelp. Dette kan videre medføre at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp.

- Konsernrevisjonen vurderer videre at der man ikke får satt opp ny timeavtale, eventuelt at man ikke klarer å innkalle pasientene til ny tentativ dato, må begrunnelsen for dette fremkomme på ventelisten.

Anbefalinger

- Poliklinikken i Farsund bør følge opp ventelisten slik at alle pasienter får timeavtale innen oppsatt tentativ dato. Hvis det er særskilte årsaker til at dette ikke er mulig, bør begrunnelsen for dette fremkomme av ventelisten.
- Bruk av "blank kontakt" i DIPS ved poliklinikken i Farsund bør gjennomgås og følges opp.

Poliklinikken i Arendal: Timeavtaler gis løpende, men svakheter i registreringspraksis

Revisjonen viste at behandlerne løpende setter opp ny timeavtale etter endt konsultasjon der det er mulig. I tillegg setter merkantilt personell en tentativ dato. Denne tentative datoen ble ikke fastsatt ut fra en medisinsk vurdering, men ble satt frem i tid for å følge opp at behandlerne satt opp ny timeavtale hvis ikke møtt/avlysning. Praksisen medførte at alle pasientene stod på ventelisten per desember 2016. Når pasienter ikke møter eller får utsatt timeavtale er det tentativ dato som angir tidspunkt for når pasienten senest må inn til ny time.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksis med å gi løpende oppmøtetidspunkt til neste konsultasjon, gir forutsigbarhet for pasientene.

- Etter konsernrevisjonens vurdering vil bruk av tentative datoer som ikke er fastsatt ut fra faglige vurderinger medføre en risiko for at pasienter ikke får forsvarlig og forutsigbar helsehjelp. Praksisen medfører også at ventelisten blir uhensiktsmessig stor og uoversiktlig.

Anbefalinger

- Praksis med å registrere en tentativ dato, når det allerede er satt opp en timeavtale, må endres.
- Hvis poliklinikken ikke får satt opp ny timeavtale til pasient, må tentative datoer fastsettes med utgangspunkt i faglige vurderinger. Det vil i tillegg være hensiktsmessig å begrunne hvorfor pasienten er satt på ventelisten, samt årsak hvis pasienten ikke får timeavtale innen fastsatt tentativ dato.

Allmennteam Bispegra: Timeavtale gis løpende, men svakheter i registreringspraksis

Revisjonen viste at behandlerne som hovedregel setter opp timeavtale etter endt konsultasjon der det er mulig. Merkantilt personell går i tillegg gjennom pasientlisten i januar og juli og setter en tentativ dato et halvt år frem i tid for alle pasientene. Denne tentative datoen ble ikke fastsatt ut fra en medisinsk vurdering, men ble satt frem i tid for å følge opp at behandlerne satt opp nye timeavtaler. Denne Praksisen medførte at alle pasientene som stod på ventelisten per desember 2016. Når pasienter ikke møter eller får utsatt timeavtale er det tentativ dato som angir tidspunkt for når pasienten senest må inn til ny time.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksis med å gi ny timeavtale etter en konsultasjon, gir forutsigbarhet for pasientene. Poliklinikkens praksis med fastsettelse av tentative datoer et halvt år frem i tid for alle pasientene, innebærer etter konsernrevisjonens vurdering en risiko for at pasienter ikke får forsvarlig og forutsigbar helsehjelp. Dette på bakgrunn av at de tentative datoene ikke fastsettes ut i fra faglige vurderinger. For det andre medfører praksisen at ventelisten er uhensiktsmessig stor og uoversiktlig.

Anbefalinger

- Praksis med å registrere en tentativ dato, samtidig som det gis en timeavtale, må avvikles.
- Hvis poliklinikken ikke får satt opp ny timeavtale til pasient, må tentative datoer fastsettes med utgangspunkt i faglige vurderinger. Det vil i tillegg være hensiktsmessig å begrunne årsak i DIPS hvorfor pasienten er satt på ventelisten, samt årsak hvis pasienten ikke får timeavtale innen fastsatt tentativ dato.

4.4.3 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Timeavtaler gis løpende og ventelisten blir fulgt opp

Poliklinikken gav i stor grad ny timeavtale til pasienter med behov for videre helsehjelp der videre forløp var avklart. Når det gjelder timeavtale til operasjon kunne pasientene selv velge dette. Hvis det er kontroller langt frem i tid ble det satt en tentativ dato ettersom timebøkene ikke var rullet ut langt frem i tid. Poliklinikken viste til at de ikke gav ny timeavtale, til pasientene som stod på ventelisten og som skulle til kontroll, lang tid i forveien ettersom de brukte ledig tid de kommende par ukene til å fylle inn med pasienter som skulle til kontroll. På den måten fikk poliklinikken fleksibilitet med tanke på å utnytte kapasiteten og prioritere pasientene med størst kortsiktig behov.

Per november 2016 hadde poliklinikken et lite antall pasienter på ventelisten som hadde startet helsehjelp. Det er innarbeidet en rutine med å skrive ned årsak hvis det ble satt en tentativ dato, samt årsak hvis tentativ dato ikke ble innfridd, som innbefattet å konferere medisinsk ansvarlig. Det ble også vist til at de hadde arbeidet med tiltak for å redusere pasienter som stod på ventelisten til kontroller, enten gjennom å benytte andre leverandører eller sende de tilbake til fastlegen.

➢ Konsernrevisjonen vurderer at praksis med å gi timeavtale etter en konsultasjon gir forutsigbarhet for pasientene. Konsernrevisjonen vurderer videre at poliklinikkens praksis knyttet til registrering og oppfølging av ventelisten sikrer at pasientenes sikkerhet ivaretas.

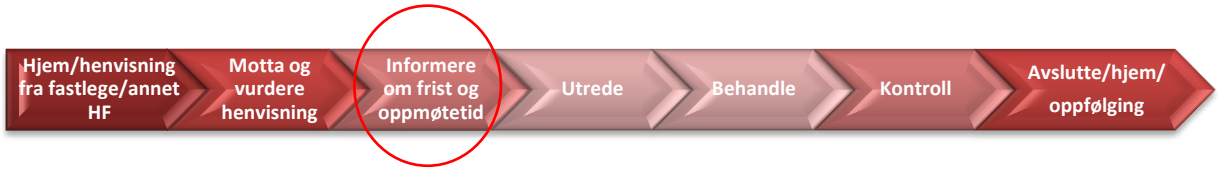
5.0 Helfo pasientformidling

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer helseforetaket at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatt juridisk frist, herunder bruk av Helfo pasientformidling?

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven som ble gjort gjeldende 1. november 2015 innebar at helseforetakene overtok ansvaret for å varsle Helfo pasientformidling ved fristbrudd. Tidligere hadde pasientene selv ansvar for å kontakte Helfo pasientformidling. Nå skal helseforetakene ta kontakt med Helfo pasientformidling når de oppdager at de ikke har mulighet til å tilby pasienten helsehjelp innen fastsatt frist. Helfo pasientformidling vil hjelpe pasienten med å finne et tilbud uten opphold - om nødvendig hos privat tjenesteyter eller i utlandet.

Figuren nedenfor tar for seg hvor bruken av Helfo pasientformidling fremkommer i pasientforløpet.



Figur 10 Hvor bruk av Helfo pasientformidling finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor gis det først en oppsummering av kapittelet (kapittel 5.1). Deretter beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn knyttet til Helfo pasientformidling (kapittel 5.2). Deretter beskrives hvilke funn som er gjort og anbefalinger tilknyttet disse. Først presenteres funn på foretaksnivå (kapittel 5.3), deretter for poliklinikkene (kapittel 5.4 og kapittel 5.5).

5.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er tilrettelagt tilstrekkelige tiltak for oppfølging av ventelister og videreformidling av mulige fristbruddpasienter.

5.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:[31]

1. Ved mulig fristbrudd er helseforetaket pliktig å finne et tilbud til pasienten innen juridisk frist.
    a. Helseforetaket kan selv finne et alternativt konkret behandlingstilbud innen oppsatt juridisk frist. Dersom pasienten takker nei til dette tilbudet skal:
        i. Det registreres som pasientbestemt utsettelse (blir ikke registrert som fristbrudd). Alternativ behandlingstilbud (konkret) som ble gitt pasient skal fremkomme i journal.
        ii. Helseforetaket informerer om hvilke konsekvenser det har for pasienten med ikke å få helsehjelp innen juridisk frist.
        iii. Pasienter med pasientbestemt utsettelse skal ikke nedprioriteres i forhold til andre pasienter på ventelisten.
    b. Dersom helseforetaket ikke er i stand til å finne tilbud innenfor fristen, skal Helfo pasientformidling umiddelbart kontaktes gjennom en egen portal.

[31] I vedlegg 5 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til bruk av Helfo pasientformidling. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

i. Helseforetaket kan forhøre seg om pasienten vil bli formidlet til Helfo pasientformidling. Dersom pasienten ikke ønsker dette skal dette registreres som fristbrudd i helseforetaket.

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert rutiner i helseforetaket knyttet til ventelisteføring og bruk av Helfo pasientformidling. Her bør det blant annet fremkomme når og hvem som skal ta kontakt med pasient, hvilken informasjon som skal gis pasient og hvordan dette skal dokumenteres. Det må være etablert rutiner for når Helfo pasientformidling skal kontaktes, hvem som skal ta kontakt og eventuell videreformidling av pasient. Helseforetaket bør videre følge opp at krav og føringer etterleves.

5.3 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Sørlandet sykehus har etablert føringer for håndtering av fristbrudd
Dokumentgjennomgang viser at det er etablert en overordnet prosedyre[32] ved mulige fristbrudd. Det vises til at ventelisten og DIPS-rapport 5945 kan benyttes for å få oversikt over kommende fristbrudd.

Før fristbrudd inntreffer skal avdelingene forsøke å unngå at det blir et faktisk fristbrudd. Prosedyren viser til at avdelingene kan omprioritere internt på avdelingen, benytte annet tilbud i helseforetaket eller undersøke andre behandlingstilbud gjennom Fritt behandlingsvalg. Avdelingen har selv ansvar for å overføre pasienten til aktuelt tilbud, etter at pasienten har samtykket til dette.

Hvis pasienten har fått et konkret og reelt tilbud ved annet behandlingssted før fristen, men takker nei og ønsker å stå på ventelisten i helseforetaket, registreres dette som en pasientbestemt utsettelse. Det vil da ikke regnes som et fristbrudd. Det vises til at disse tilfellene må praktiseres forsvarlig:

- Utgangspunktet må være pasientens ønske
- Det må foreligge et konkret og reelt alternativt tilbud
- Pasienten må samtykke og være informert om konsekvensene
- Utsettelsen må ikke bli så lang at den blir uforsvarlig

Hvis fristbrudd ikke kan unngås skal disse meldes til Helfo pasientformidling på en egen elektronisk portal. Prosedyren viser til at helseforetaket på eget initiativ skal kontakte Helfo pasientformidling hvis fristen for oppstart av helsehjelpen ikke kan oppfylles. Det fremkommer videre av prosedyren hva helseforetaket skal gjøre hvis pasienten takker ja til at Helfo pasientformidling forsøker å finne et alternativt behandlingstilbud, samt hva helseforetaket skal gjøre hvis pasient takker ja til annet behandlingstilbud Helfo pasientformidling har funnet.

➢ Konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har utarbeidet føringer i tråd med regelverket for håndtering av både forventede og inntrufne fristbrudd.

5.4 Poliklinikkene KPH - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Ingen fristbruddproblematikk – føringene benyttes følgelig ikke
De reviderte enhetene har ikke fristbruddproblematikk og dermed ikke benyttet alternative behandlingssteder eller Helfo pasientformidling.

[32] Dok1.2..2-25

5.5 Urologisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Overordnede føringer benyttes, herunder bruk av Helfo pasientformidling
Merkantilt personell gjennomgår ventelisten hver dag, og følger opp i forhold til fristdatoen. Poliklinikken har pt ikke fristbruddproblematikk som skyldes egen kapasitet. De har imidlertid enkelte pasienter med fristbrudd som er pasientbestemt. Hvis pasienten utsetter oppstart helsehjelp to ganger ringer poliklinikken pasienten. Dersom pasienten da ikke vil ha timeavtale strykes pasienten fra ventelisten og det sendes brev om dette til pasient og henviser. Videre har poliklinikken fått enkelte fristbrudd ettersom de har "plukket" enkelte fristbruddpasienter fra ventelisten til urologisk poliklinikk i Kristiansand.

Poliklinikken viser til at de benytter helseforetakets rutiner og prosedyrer knyttet til frsitbruddproblematikk, herunder bruk av Helfo pasientformidling. Det er seksjonsleder merkantilt, i dialog med fagansvarlig, som adminstrerer det praktiske knyttet til dette. De viser til at det rundt sommer 2016 både ble benyttet andre helseforetak og Helfo pasientformidling. I tillegg viser poliklinikken til at de har benyttet kveldspoliklinikk og innleie av vikarer for å øke kapasiteten i perioder for å unngå fristbrudd.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken følger de overordnede føringene for bruk av Helfo pasientformidling.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Styrende dokumenter
Pasient- og brukerrettighetsloven
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m)
Spesialisthelsetjenesteloven
Helseforetaksloven
Helsepersonelloven
Forskrift om pasientjournal
Brev av 6. november 2009 fra Helsedirektoratet til Sykehuset Østfold HF. Dokumentasjonskrav i forbindelse med vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten
Prioriteringsforskriften
Forskrift om ventelisteregistrering
Meld. St. 34 (2015–2016): Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering
Brev av 5. november 2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene: Spørsmål om plikten til å melde fristbrudd til HELFO – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2.
IS-8/2015 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer
IS-2331 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister
Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2015 og 2016
Oppdrag- og bestilling fra Helse Sør-øst RHF til Sørlandet sykehus HF for 2015 og 2016
Styresak 029-2016 Kvalitets-, aktivitets-, og økonomirapport per mars 2016
Utvalg prosedyrer fra Sørlandet sykehus HF sitt kvalitetssystem
Styreprotokoller og dokumenter fra styremøter i Sørlandet sykehus HF for 2015 – d.d.
IS-1388. Veileder fra Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre
IS-1570. Veileder fra Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.
DIPS-rapport 2028 – avsluttede konsultasjonsserier (01012014-15112016)
DIPS -rapport 3964 – aktivitetsrapport pr behandler (01012016-15112016)
DIPS -rapport 1117 – Polikliniske pasienter pr terapeut (pr 15112016)
DIPS -rapport 6817 – Polikliniske konsultasjoner (01012015-15112016)
DIPS -rapport 6813 – henvisninger (010112015-15112016)
Uttrekk fra ventelisten

Gjennomførte samtaler

Rolle
Vegard Øksendal Haaland, konstituert klinikkleder, Klinikk for rus og avhengighetsbehandling
Anne Dorte Lykken, avdelingsleder DPS Lister
Eli Lende Lindeland, enhetsleder, allmennpsykiatrisk poliklinikk, seksjon Flekkefjord, DPS Lister
Silje Aasland, vurderingsteamet, allmennpsykiatrisk poliklinikk, seksjon Flekkefjord, DPS Lister
Karl Martin Jungebrand, psykolog, allmennpsykiatrisk poliklinikk, seksjon Flekkefjord, DPS Lister
Anne Martine Rafoss Dunsæd, psykolog, allmennpsykiatrisk poliklinikk, seksjon Flekkefjord, DPS Lister
Henny Elida Hansen, enhetsleder kontortjenesten, DPS Lister
Tobbi Kvaale, Konstituert avdelingsleder Avdeling for rus og avhengighet
Reidun Åsland, enhetsleder allmennpoliklinikken Bisbegra, Avdeling for rus og avhengighet
Kjell Agnar Karlsen, inntaksteamet, Avdeling for rus og avhengighet
Ulf Wold, psykolog i allmennteam, allmennpoliklinikken Bisbegra, Avdeling for rus og avhengighet
Turid Espegren, overlege i allmennteam, allmennpoliklinikken Bisbegra, Avdeling for rus og avhengighet
Ellen Bie Øiestad, enhetsleder merkantile tjenester, allmennpoliklinikken Bisbegra, Avdeling for rus og avhengighet
Anne-Brit Dræge, avdelingssjef, DPS Aust-Agder
Anne Dalen, enhetsleder, Polikliniske tjenester og gruppebehandling, DPS Aust-Agder
Annette Lilletvedt, teamleder/ medlem av vurderingsteamet, Enhet for polikliniske tjenester og gruppebehandling, team Arendal, DPS Aust-Agder
Gunnstein Kallestad, spesialsykepleier, Enhet for polikliniske tjenester og gruppebehandling, team Arendal, DPS Aust-Agder
Gunhild Melleby, LIS, Enhet for polikliniske tjenester og gruppebehandling, team Arendal, DPS Aust-Agder
Karina Ditlefsen, merkantil, Enhet for polikliniske tjenester og gruppebehandling, team Arendal, DPS Aust-Agder
Gro Merete Eilertsen, faglig rådgiver Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling
Anna María Andrésdóttir, kvalitetsrådgiver Klinikk for psykisk helse, rus- og avhengighetsbehandling
Jeanne Mette Goderstad, avdelingsjef kirurgi, Klinikk for somatikk Arendal
Aage Andersen, seksjonsoverlege urologi, Klinikk for somatikk Arendal
Carl Hammarlund, LIS seksjon urologi, Klinikk for somatikk Arendal

Marit Heggli Nyhus, avdelingsleder merkantil avdeling for kirurgiske fag, Klinikk for somatikk Arendal
Astrid B. Storjord, spesialsykepleier merkantil avdeling for kirurgiske fag, Klinikk for somatikk Arendal

Saksgang og rapportbehandling

Dato	**Aktivitet**
28. september 2016	Varsel om internrevisjon
27. oktober 2016	Innledende møte
28. november 2016	Oppstart revisjon
7. februar 2017	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
27. februar 2017	Tilbakemelding utkast rapport
20. mars 2017	Oversendelse endelig rapport
	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre

Vedlegg 2 - Utdypende føringer for prioritering av nyhenviste pasienter

Når pasienter blir henvist til spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten vurdere om pasienten har behov for spesialisthelsetjenester. Å prioritere henvisninger innebærer å ta bevisste valg om hvilke pasienter som skal få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, hvilke som skal prioriteres først, hvilke som må vente, eller hvem som ikke skal få. Prioriteringsvalg i helsesektoren har først og fremst implikasjoner som er viktige for liv og helse. Samtidig har prioritering konsekvenser for aktiviteten i helseforetakene. Prioriteringene må derfor være i samsvar med verdiene som gjelder i norsk helsetjeneste.

Fra 1.november 2015 ble det gjort endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som medførte at alle pasienter som skal ha helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får en juridisk frist for når helsehjelpen senest skal starte. Ved vurdering av henvisninger skal nytten av tiltaket og om det er et rimelig forhold mellom tiltakets kostnader og effekt skal legges til grunn ved rettighetsvurderingen. Tilstandens alvorlighet og hastegraden skal vurderes i forbindelse med fastsetting av en frist for oppstart av utredning eller behandling.

De juridiske fristene settes blant annet på bakgrunn av veiledende frister for helsehjelp gitt i nasjonale prioriteringsveiledere for 33 fagområder. Prioriteringsveilederen for hvert av fagområdene består av en liste over tilstander med anbefaling om rettighetsstatus og frist for hver tilstand.

Prioriteringsveilederne gir også anbefalinger om fristen gis til start utredning eller til start behandling. Tilstandene i prioriteringsveilederne er ment å dekke ca. 80 % av problemstillingene som tas opp i henvisningene, og inneholder anbefalinger på gruppenivå. Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler individuelle pasienters rettigheter. Individuelle forhold kan derfor tilsi at rettighetsvurdering og fristfastsettelse blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

Anbefalingene i prioriteringsveilederne er ikke bindende for helseforetakene. Samtidig er dette anbefalinger som er utarbeidet av de ulike fagmiljøene selv og de faglige anbefalingene bør derfor veie tungt. Prioriteringsveilederne skal bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem. De som rettighetsvurderer henvisningene må derfor ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene. Dersom spesialisthelsetjenesten velger en annen praksis enn prioriteringsveilederen, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges. Det er uansett slik at det er spesialisten/teamet som er ansvarlig for vurderingene og for avgjørelsene om rettighet og frist for start helsehjelp for den enkelte pasient.

Etter helsepersonelloven § 39 plikter den som yter helsehjelp å nedtegne opplysninger i journal for den enkelte pasient. Journalføringsplikten skal ivareta hensynene til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og hensynet til muligheten til etterprøvbarhet av de vurderinger som er gjort. Hvorvidt rettighetsvurderingen av henvisningene skal dokumenteres i form av et eget journalnotat i pasientens journal eller ved at svarbrevet på henvisningen vedlegges journalen, vil ifølge Helsedirektoratet[33] ikke være avgjørende. Helsedirektoratet viser til at det vesentlige er at det er foretatt en faglig forsvarlig vurdering, at dette er tilstrekkelig godt begrunnet skriftlig i vedtaket og at denne vurderingen kan gjenfinnes i pasientens journal.

[33] Brev fra Helsedirektoratet 6. november 2009 til Sørlandet sykehus HF.

Vedlegg 3 - Utdypende føringer for utrednings- og behandlingsforløp

Statens Helsetilsyn mener at på bakgrunn av helselovgivningen må det forutsettes av pasientens behandlingsbehov blir kartlagt, at det stilles en diagnose, og at det utarbeides en individuell plan og behandlingsplan. All undersøkelse og behandling skal i henhold til journalforskriften dokumenteres. Helsetilsynet viser også til at det i psykisk helsevern er behov for konkretiserte behandlingsplaner som beskriver gjennomføring av behandlingen for den enkelte pasient ved det enkelte pasient ved det enkelte tjenestested. Ifølge helsetilsynet er behandlingsplanen å forstå som en del av forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Pasientjournalen skal blant annet inneholde kartlegging av pasientens problemer og situasjon, testresultater, prøvetaking, vurderinger av pasientens psykiske helse og behandlingsplan. Journalen skal føres slik at den kan fungere som kommunikasjon med annet helsepersonell.

I helsedirektoratets veileder for Psykisk helsevern for voksne – Distriktspsykiatriske senter (DPS) fremstår det at det er avgjørende at behandlingstilbudet bygger på en behandlingsplan som er utformet i samarbeid med den det gjelder. Et målrettet og strukturert behandlingstilbud som pasienten også er innforstått med forutsetter at det utarbeides en behandlingsplan som journalføres. Behandlingsplanen bør blant annet inneholde diagnose, mål for behandlingen, valgt behandlingstilnærming med begrunnelse, antatt varighet, kriterier for avslutning.

Vedlegg 4 - Utdypende føringer for oppmøtetidspunkt til helsehjelp

Fra 1.november 2015 ble det gjort endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som medførte at alle pasienter som har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få tidspunkt for oppmøte i svarbrevet på henvisningen. Pasienten og henviser skal få denne informasjonen innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsforskriften § 5 utdyper § 2-2 i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten skal informeres om resultatet av vurdering av henvisningen, pasienten skal informeres om retten til ny vurdering, videre skal det presiseres om fristen for nødvendig helsehjelp gjelder oppstart av utredning eller behandling, samt at pasienten skal få informasjon om sted og tidspunkt for oppmøte.

Det er utarbeidet egne brevmaler fra Helsedirektoratet som skal brukes ved svar på henvisninger. Pasienter som vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal informeres om dette. Det skal gis informasjon om retten til fornyet vurdering og klagerett, herunder klagefrist og klageinstans. Rettighetspasienter skal også informeres om at spesialisthelsetjenesten skal kontakte Helfo pasientformidling ved fristbrudd eller forventet fristbrudd.

I forarbeidene til loven understreker Helse- og omsorgsdepartementet at rettighetspasienter med frist innen fire måneder bør få en konkret dato og klokkeslett (time). De pasientene som får en frist som er lengre enn fire måneder, bør også gis et tidspunkt. Dette behøver imidlertid ikke være en konkret time, men et tidsintervall som ikke strekker seg utover en uke.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at tidspunktet for oppmøte som skal gis pasienten, ikke er juridisk bindende. Det betyr at pasienten ikke vil ha et rettslig krav på å få utredning eller behandling den dato som er opplyst. Tidspunktet skal være reelt. Spesialisthelsetjenesten må vurdere om det er kapasitet til å ta imot pasienten i det aktuelle tidsrommet før tidspunktet formidles til pasienten.. Tidspunktene som opplyses til pasientene må derfor legges inn i pasientadministrative systemene når det formidles til pasientene.

Pasienter som er i et behandlingsforløp utgjør den største "andelen" pasienter; omtrent 70-80 % av kapasiteten på poliklinikkene opptas av disse pasienter. Oppmøtetidspunkt for disse pasientene er like viktig slik at de gis forutsigbarhet.

Ved siden av den juridiske fristen for start helsehjelp må helseforetakene i tillegg sikre forsvarlig helsehjelp etter at helsehjelpen er startet og fristen er "innvilget". Det vil si at fastsatte tidspunkt for videre utredning/behandling, eventuelt til kontroll, ikke skal nedprioriteres.

Vedlegg 5 - Utdypende føringer for Helfo pasientformidling

Spesialisthelsetjenesten skal varsle fristbrudd umiddelbart når den ser at det er overveiende sannsynlig at det vil bli et fristbrudd. Pasientene har rett til oppstart av helsehjelp før fristen, og hvis spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart før fristen, skal Helfo pasientformidling varsles umiddelbart slik at pasienten får oppfylt rettigheten sin. Fristbruddordningen er en rettighet for pasienten, men ikke en plikt. Pasienter kan velge å takke nei til tilbudet fra Helfo pasientformidling, og bli værende på venteliste ved helseforetaket.

Hvis helseforetaket har vært i kontakt med pasienten, og pasienten har sagt uttrykkelig at han eller hun ikke ønsker at Helfo pasientformidling kontaktes, skal heller ikke Helfo pasientformidling varsles. Helseforetakene må gi god og tilstrekkelig informasjon slik at pasienten kan ta et informert valg. Pasienten skal få objektiv informasjon om hva sykehuset kan tilby, og hva det innebærer at melding ikke sendes til Helfo pasientformidling. Hvilke vurderinger som er gjort og hvilken informasjon pasienten har fått dokumenteres i pasientens journal. Hvis helsehjelpen som helseforetaket tilbyr starter etter fristen, skal det registreres og telles som et fristbrudd.

Hvis helseforetaket har skaffet et konkret alternativ tilbud med oppstart av helsehjelpen før fristen, men takker nei og ønsker å stå på ventelisten hos helseforetaket, selv om pasienten vet at helsehjelpen da starter etter fristen, skal ikke Helfo pasientformidling varsles. Pasienten har da valgt å utsette oppstart helsehjelp, og det foreligger ikke et fristbrudd (pasientbestemt utsettelse). Pasienten må få god og tilstrekkelig informasjon om hva valget vil innebære. I kontakten med pasienten er det viktig at det gis informasjon om når helsehjelpen faktisk forventes å bli utført av helseforetaket. Helseforetakene må ikke forsøke å overtale eller på annen måte påvirke pasienten til å bli stående på venteliste på det opprinnelige helseforetaket for å unngå å måtte betale for et alternativt tilbud gitt av Helfo pasientformidling.