

Helse Sør-Øst RHF

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

«Likeverdig og forutsigbar helsehjelp»

Oppsummering fra fem revisjoner og undersøkelse av vurderingspraksis i psykisk helsevern

Innhold

1. Bakgrunn og metode	3
2. Hovedkonklusjon og overordnede læringspunkter	9
3. Utdypende begrunnelser og læringspunkter	12
4. Oppfølging av revisjonene - behov for tiltak på flere nivå?	33

1. Bakgrunn og metode

Bakgrunn for oppsummeringsrapport

Revisjoner

- Oppdragsplan for revisjoner ble godkjent av revisjonsutvalget 14. juni 2016
- I etterkant av revisjonene ved de enkelte helseforetakene er det utarbeidet en felles oppsummeringsrapport

Undersøkelse henvisninger

- Revisjonene er supplert med en undersøkelse av hvordan poliklinikker vurderer henvisninger

Rapportering

- Revisjonsrapportene er sendt til det enkelte helseforetak
- Oppsummeringsrapport fra revisjoner og supplerende undersøkelse er sendt til revisjonsutvalget og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Grunnlag for revisjoner

Bakgrunn

- Helsepolitisk mål om at befolkningen skal tilbys likeverdige og forutsigbare helsetjenester av god kvalitet
- Ny pasient- og brukerrettighetslov og nye nasjonale prioriteringsveiledere i 2015
- Økning i poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for voksne
- Økende oppmerksomhet rundt variasjon innen psykisk helsevern
- Pakkeforløp blir innført i 2018 innen psykisk helse og rus

Mål

- Undersøke hvordan helseforetakene arbeider for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester

Problemstillinger

- P1) Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
- P2) Sikrer helseforetaket at pasientene innenfor samme diagnosegruppe får mest mulig likeverdige utrednings- og behandlingsforløp?
- P3) Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
- P4) Sikrer helseforetaket at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatt juridisk frist, herunder bruk av Helfo pasientformidling?

Metodisk gjennomføring i revisjoner

Dokumentanalyse og intervju

Gjennomgang av rutiner og prosedyrer for helseforetaket, klinikkene og poliklinikkene

Samtaler/intervju:

- Ledere
- Vurderingsansvarlige
- Behandlere
- Merkantilt personell
- Stabspersonell

Testing i journal

Gjennomgang av cirka 20 journaler per poliklinikk for blant annet å belyse:

- Svarbrev på henvisning
- Registreringspraksis
- Behandlingsplaner
- Epikriser

Bruk av styringsdata

Uttrekk og analyse av ulike rapporter fra DIPS for å belyse:

- Utrednings- og behandlingsforløp
- Ventelister mv.

Helseforetak og enheter som er revidert

- innen psykisk helse og rus

Helseforetak	Poliklinikker	Rapport
Sykehuset i Vestfold HF	<ul style="list-style-type: none">Nordre Vestfold DPS, allmennpsykiatrisk poliklinikkSøndre Vestfold DPS, allmennpsykiatrisk poliklinikk	7/2016
Sykehuset Østfold HF	<ul style="list-style-type: none">DPS Halden-Sarpsborg, seksjon Sarpsborg, allmennpsykiatrisk poliklinikkDPS Nordre Østfold, seksjon Moss, allmennpsykiatrisk poliklinikk	13/2016
Sørlandet sykehus HF	<ul style="list-style-type: none">DPS Lister, seksjon Flekkefjord, allmennpsykiatrisk poliklinikkDPS Aust-Agder, seksjon Arendal, allmennpsykiatrisk poliklinikkAllmennteam, Bispegra (ARA poliklinikken), avdeling for rus og avhengighet, Kristiansand	2/2017
Vestre Viken HF	<ul style="list-style-type: none">DPS Asker, allmennpsykiatrisk poliklinikkDPS Kongsberg, allmennpsykiatrisk poliklinikk	3/2017
Diakonhjemmet Sykehus	<ul style="list-style-type: none">Allmennteam Voksenpsykiatri, Vinderen	10/2017

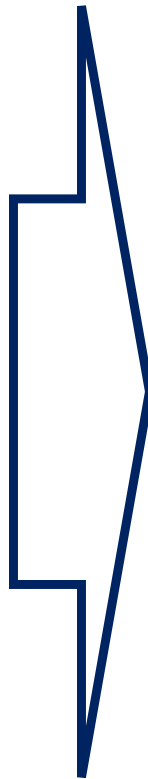
Supplerende undersøkelse av hvordan poliklinikker vurderer henvisninger

Formål:

- Belyse likheter og forskjeller i vurderingspraksis innad og mellom helseforetak i Helse Sør-Øst.

Gjennomføring:

- 9 allmennpsykiatriske poliklinikker vurderte de samme 23 henvisningene.



Hva er belyst:

- For hver av henvisningene vurderte poliklinikkene blant annet:
 - Rett til nødvendig helsehjelp eller avslag
 - Forventet nytte, kostnadseffektivitet og individuelle forhold
 - Hvilken type rett (utredning/behandling)
 - Hvilken frist får pasientene (antall uker)
 - Antatt utrednings-behandlingsforløp

2. Hovedkonklusjon og overordnede læringspunkter

Hovedkonklusjon

- Det er gjennomgående risiko for at “like” pasienter får ulike rettigheter og forløp

Dette er begrunnet ut fra følgende observasjoner:

- Like henvisninger blir vurdert ulikt innad i Helse Sør-Øst
 - Manglende dokumentasjon ved rettighetsvurdering av henvisninger
 - Svakheter ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp
-
- Helseforetakene bør vurdere tiltak for å styrke og formalisere internkontrollen på sentrale områder.

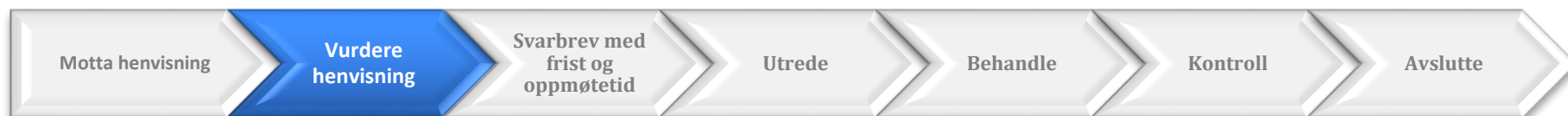
Overordnede læringspunkter

For å sikre at like pasienter får like rettigheter og forløp viser revisjonene at følgende læringspunkter er særlig viktige:

- Systematisk oppfølging av prioriteringspraksis
- Tilstrekkelig dokumentasjon av rettighetsvurderinger
- Gode planer og oppfølging av pasientforløpene
- Rutiner på riktig organisatorisk nivå som sikrer at lov og krav imøtekommes

3. Utdypende begrunnelser og læringspunkter

Rettighetsvurdering av nyhenviste pasienter (P1)



Forbedringsområder

- **Vurdering av henvisninger**
 - Stor variasjon i prioriteringspraksis mellom poliklinikker (se eksempler i påfølgende sider)
 - Dette kan medføre at en pasient får ulike rettigheter avhengig av hvilken poliklinikk pasienten henvises til. Dette gjelder eksempelvis:
 - Rett versus ikke rett til helsehjelp
 - Juridisk frist
 - Rett til utredning versus behandling

Læringspunkter


- **Potensiale for mer systematisk opplæring ved endringer i lovverk, krav etc.**
 - Opplæring på riktig nivå
 - Vurdere obligatorisk opplæring
- **Potensiale for mer systematisk oppfølging av prioriteringspraksis**
 - Kalibreringer/sammenligninger
 - Bruk av styringsinformasjon
 - Stikkprøver/revisjoner

Variasjon i vurderingspraksis

- 23 henvisninger vurdert av 9 poliklinikker

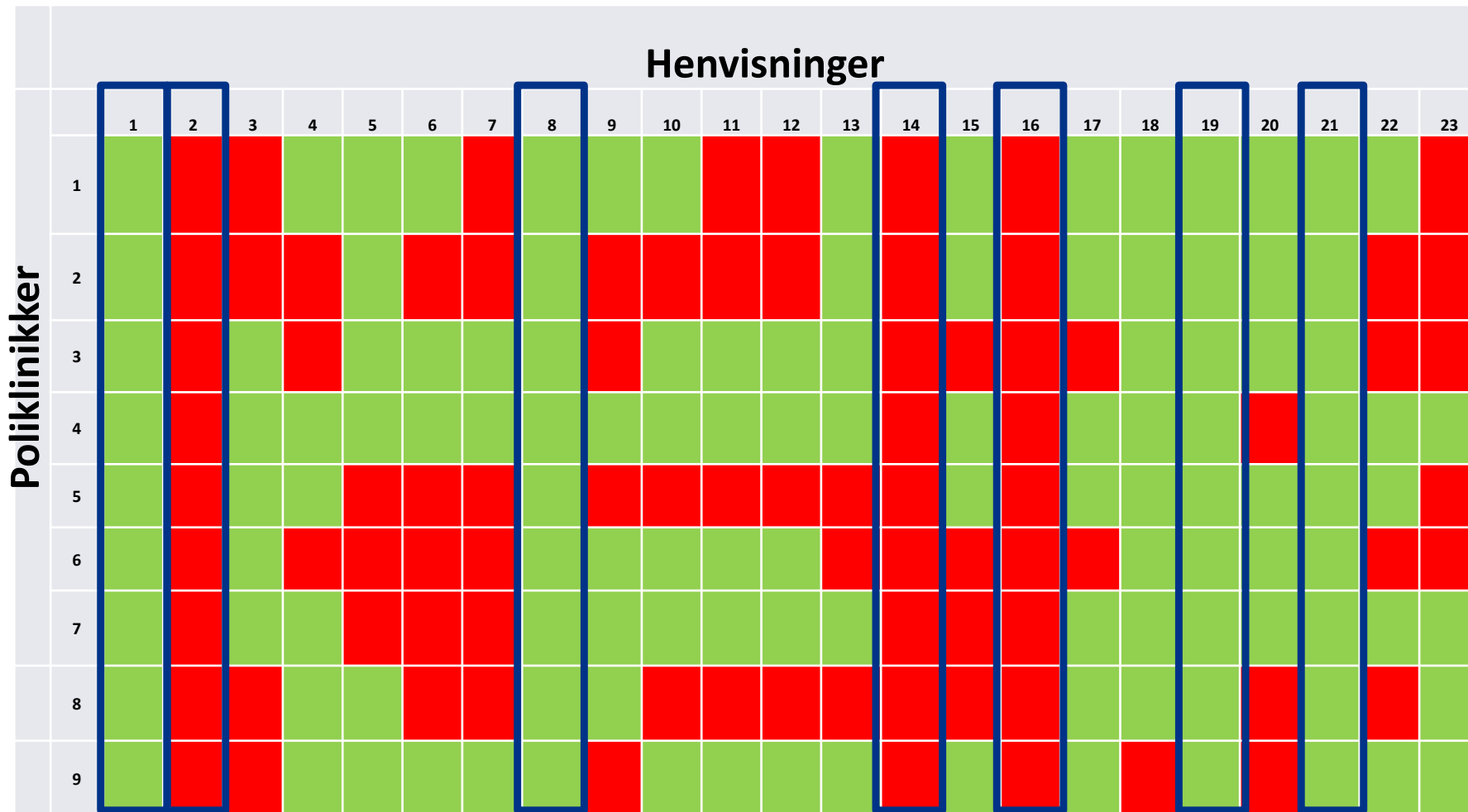
		Henvisninger																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Poliklinikker	1	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red
	2	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
	3	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
	4	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green
	5	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red
	6	Green	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red
	7	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	8	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green
	9	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green

 = Rett til helsehjelp

 = Avslag

Variasjon i vurderingspraksis

- 7 av 23 henvisninger vurderes likt av de 9 poliklinikkene

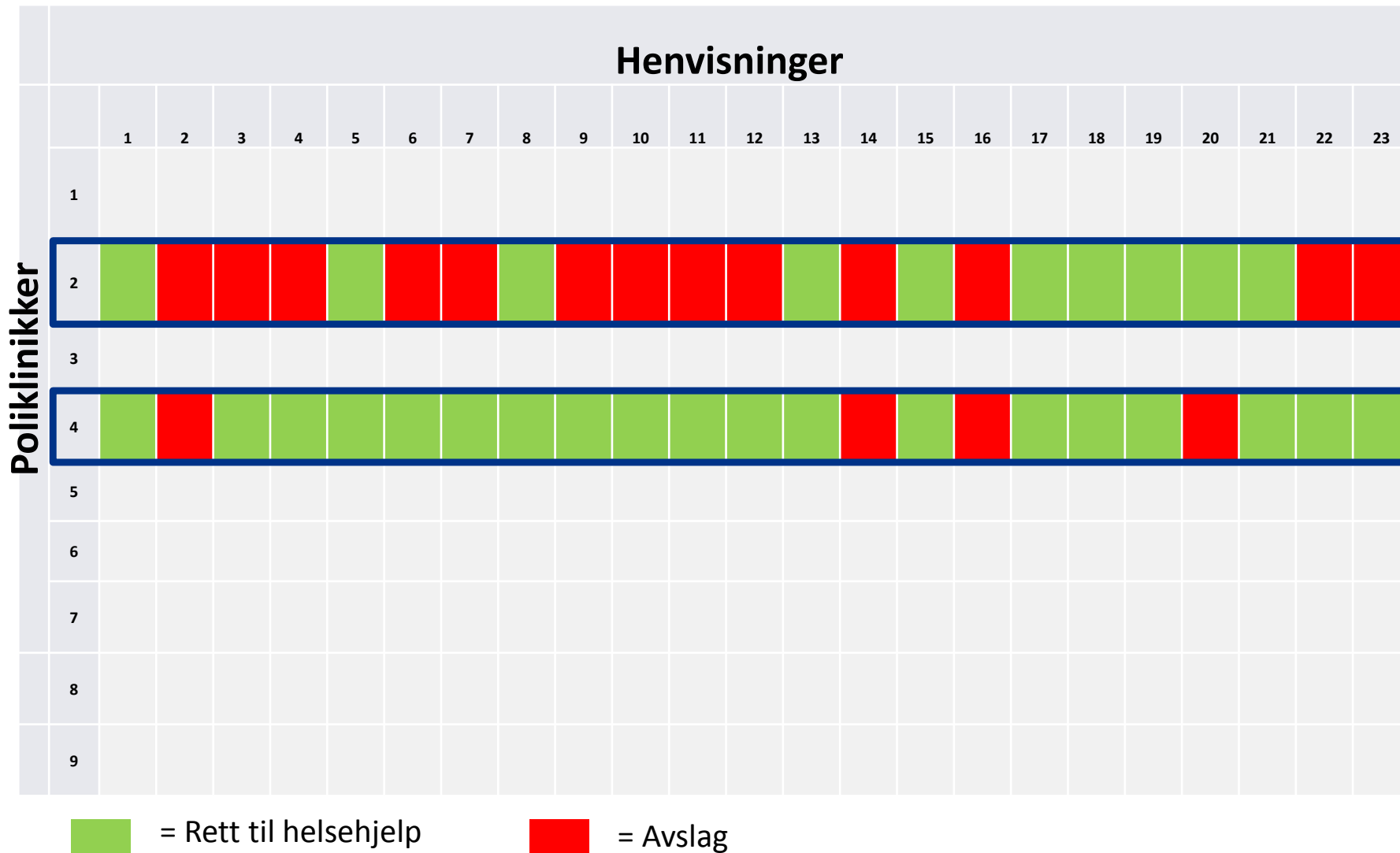


Green = Rett til helsehjelp

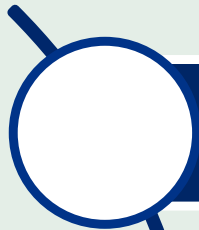
Red = Avslag

Bosted har stor betydning for rettighetstildeling

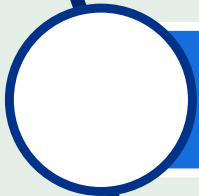
- eksempel på stor variasjon mellom to poliklinikker



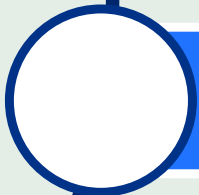
Årsaker til at like henvisninger blir vurdert ulikt



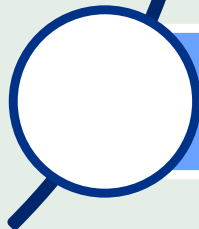
Vurderer nytte og effekt i spesialisthelsetjenesten ulikt



Ulik praksis mellom poliklinikkene når pasienter allerede får helsehjelp hos avtalespesialist

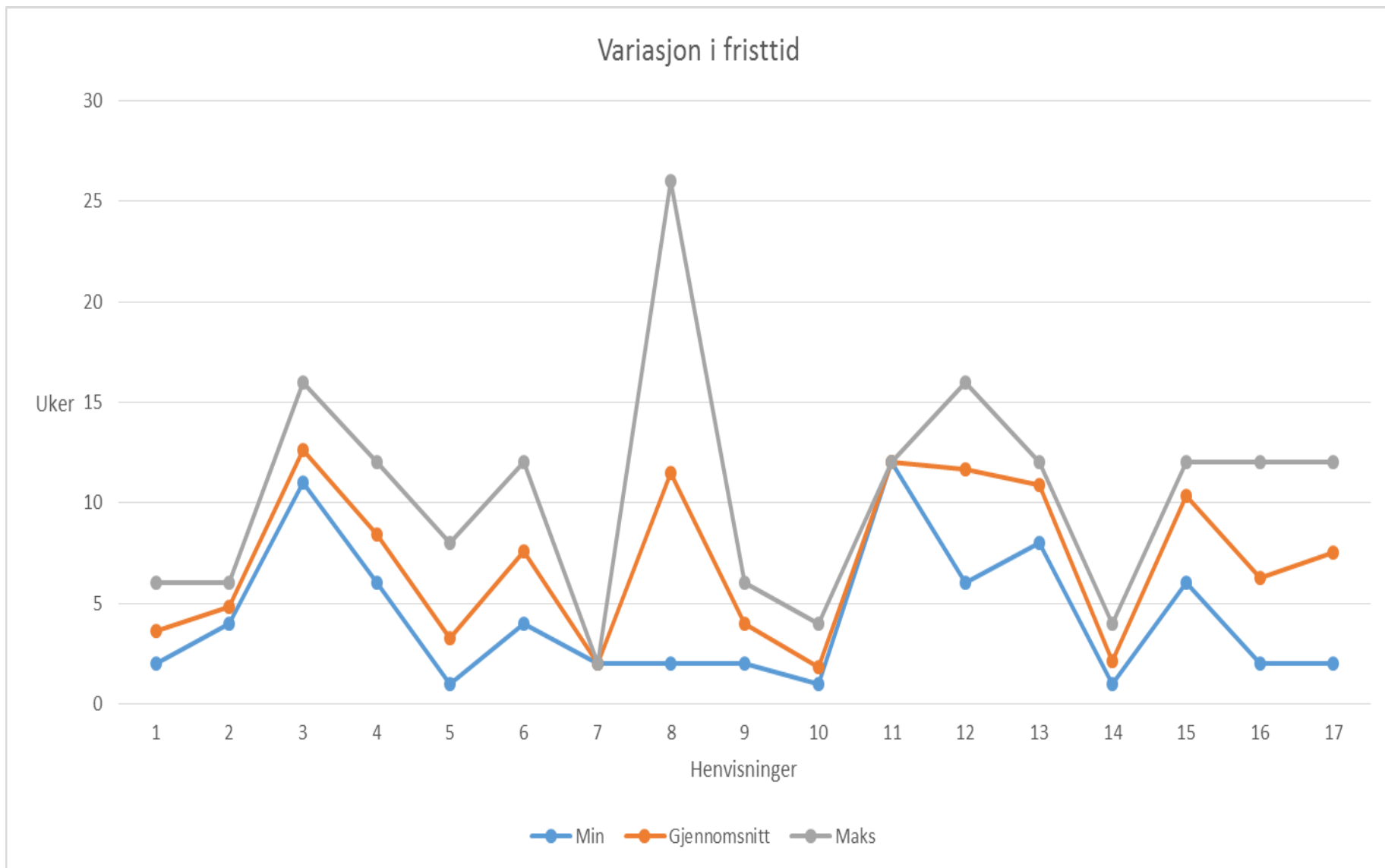


Ulik praksis i poliklinikkene hvis det fremkommer rusproblematikk i henvisningene



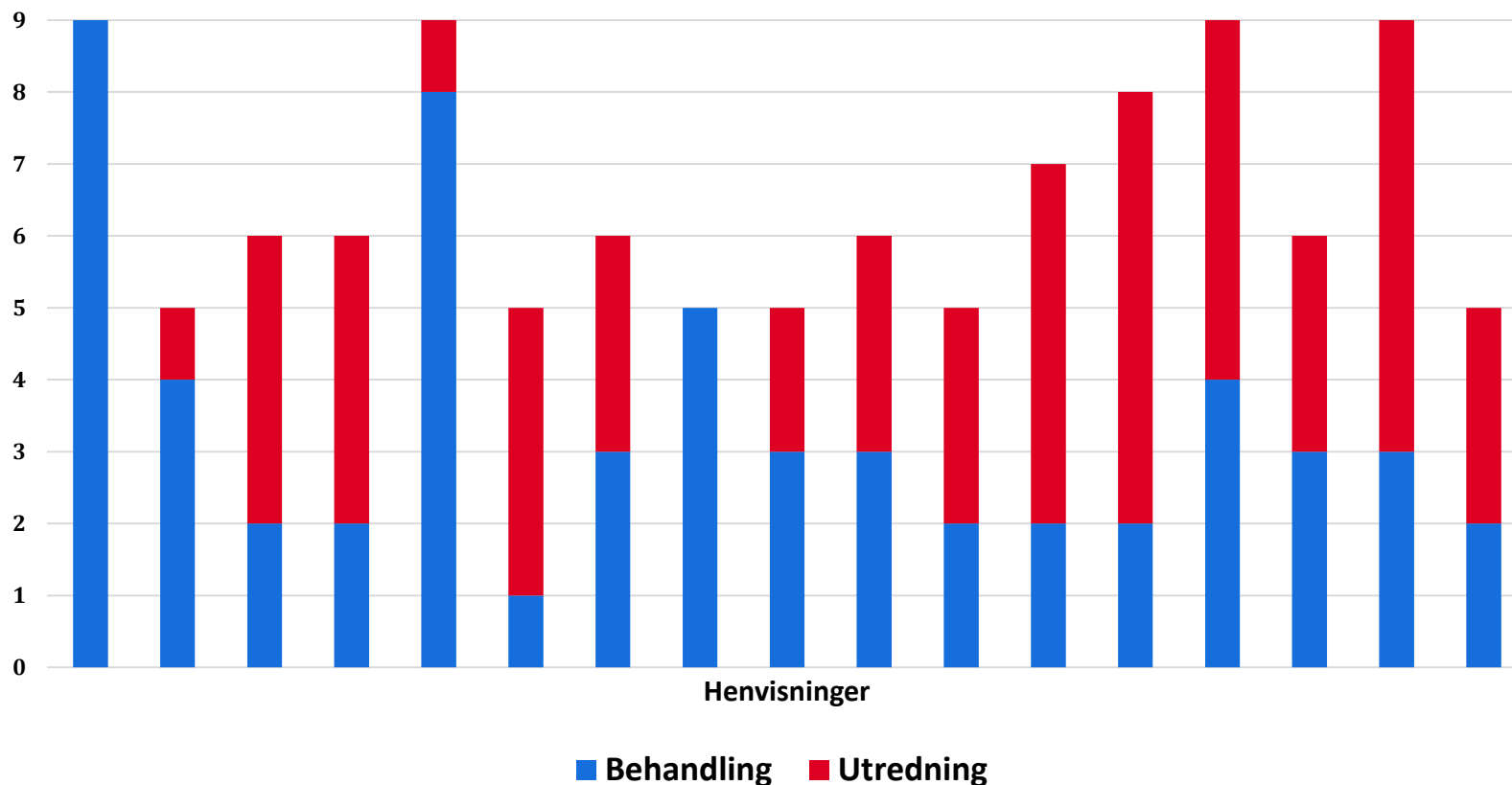
Enkelte poliklinikker har en lavere terskel for å gi rett til helsehjelp ved at de gir rett til vurderingssamtale(r)

Hvilken frist gis til pasientene?

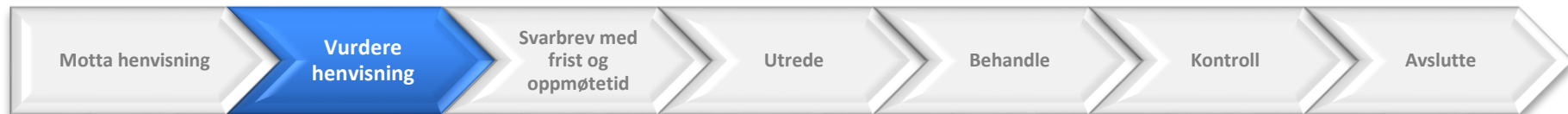


Rett til utredning eller behandling

- stor variasjon mellom poliklinikkene



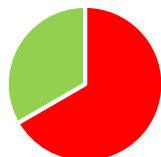
Rettighetsvurdering av nyhenviste pasienter (P1)



Forbedringsområder

▪ Dokumentasjon ved vurdering av henvisninger

- Kun 3 av 9 poliklinikker dokumenterer begrunnelsene for pasientene som får rett til helsehjelp



■ Dokumenterer ikke ■ Dokumenterer begrunnelse

- Manglende dokumenterte begrunnelser reduserer sporbarheten av hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen
- Begrunnelsene vil blant annet være viktig informasjon ved klagesaker, dersom det skjer noe med pasienten i perioden før helsehjelpen er startet, samt for behandlerne som skal gi pasienten helsehjelp

Læringspunkter

▪ Behov for å tydeliggjøre krav om dokumentasjon av rettighetsvurderinger i overordnede rutiner/prosedyrer

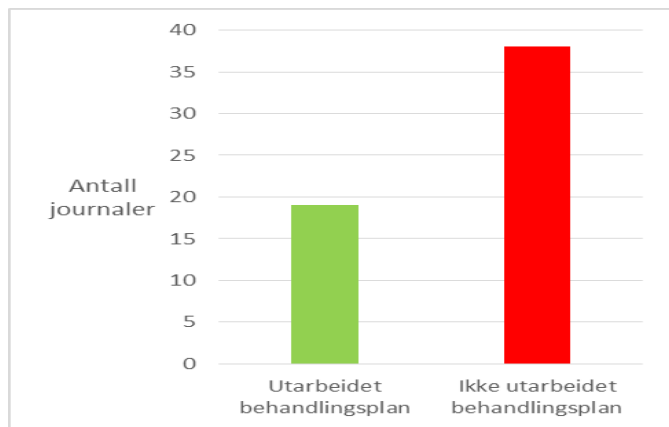
- Enkelte enheter som ble revidert har utarbeidet rutiner/prosedyrer (samt maler) for dette med gode erfaringer

Utrednings- og behandlingsforløp (P2)



Forbedringsområder

- Varierende bruk av utrednings- /behandlingsplaner



- Manglende føringer for bruk av utrednings- /behandlingsplan kan bidra til uklarhet om hva som forventes av den enkelte behandler
- Manglende bruk av utrednings-/behandlingsplaner kan medføre manglende fastsettelse av hvilket forløp pasienten har behov for, og redusere forutsigbarheten for den enkelte pasient og henviser

Læringspunkter

- Behov for økt bruk og riktig innhold i utrednings- /behandlingsplaner
 - Føringer for å utarbeide utrednings- /behandlingsplan. Planen bør inneholde:
 - Tentativ diagnose
 - Målet med utredningen/behandlingen
 - Behandlingstiltak
 - Antatt forløp (antall konsultasjoner, hyppighet konsultasjoner, varighet)
 - Kriterier for avslutning
 - Stoptidspunkt(er) for å evaluere behandlingen

Utrednings- og behandlingsforløp (P2)



Forbedringsområder

- **Faglig støtte til behandlerne for planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsplanene**
 - Det er lagt til rette for fagstøtte i alle poliklinikkene
 - Ansaret og oppgaven til etablert fagstøtte er imidlertid ikke tilstrekkelig formalisert og tydeliggjort
 - Manglende formalisering og tydeliggjøring av fagstøttens ansvar og oppgaver innebærer risiko for at det er opp til den enkelte behandler selv å bestemme om de involverer fagstøtten og hva som eventuelt tas opp
 - Dette gir videre risiko for at «like» pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp avhengig av hvilken behandler de får

Læringspunkter

- **Potensiale for å formalisere og eventuelt tydeliggjøre føringene for faglig støtte til behandlerne**
 - Fagstøtte ved planlegging av forløp
 - Fagstøtte ved evaluering/stoppunkter
 - Fagstøtte ved avslutning av behandling

Utrednings- og behandlingsforløp (P2)



Forbedringsområder

- **Oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp**
 - Helseforetakene benytter i liten grad tilgjengelig styringsinformasjon som belyser pasientenes forløp
 - Mangel på oppfølging av forløpene gir risiko for manglende informasjon om driften i poliklinikkene og reduserer muligheten til å korrigere driften
- **Uttrekk fra DIPS viser store variasjoner i forløpene (se påfølgende sider)**
 - Det er relativt store forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antall konsultasjoner, tid mellom konsultasjonene, og total varighet på behandlingen innenfor samme diagnosegruppe
 - Manglende bruk av behandlingsplaner, lite formalisert fagstøtte og manglende ledelsesoppfølging av forløpene gir indikasjoner på ubegrunnet variasjon i pasientenes forløp, samt at hvilken helsehjelp som gis er avhengig av hvilken behandler pasienten får

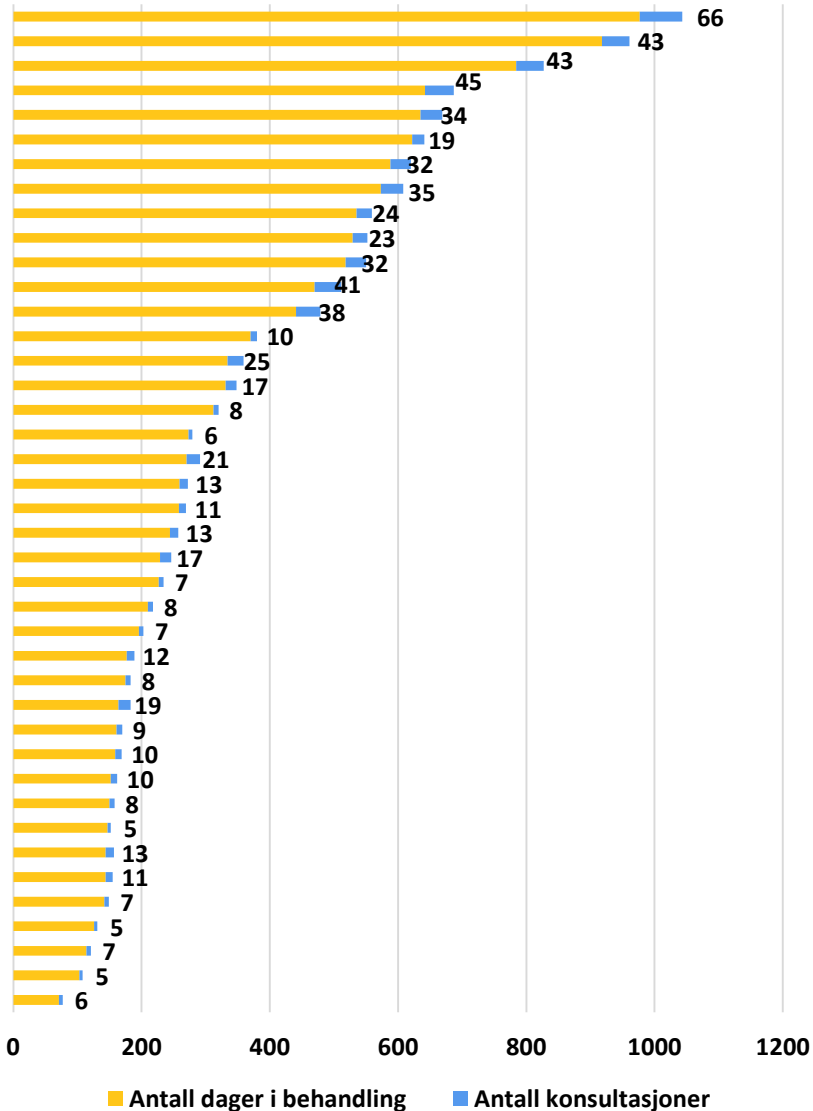
Læringspunkter

- **Potensiale for økt bruk av tilgjengelig styringsinformasjon**
 - Benytte eksempelvis DIPS-rapport som viser konsultasjonsseriene for den enkelte pasient, hvordan dette fordeles på diagnosegrupper, variasjon mellom behandlere osv.

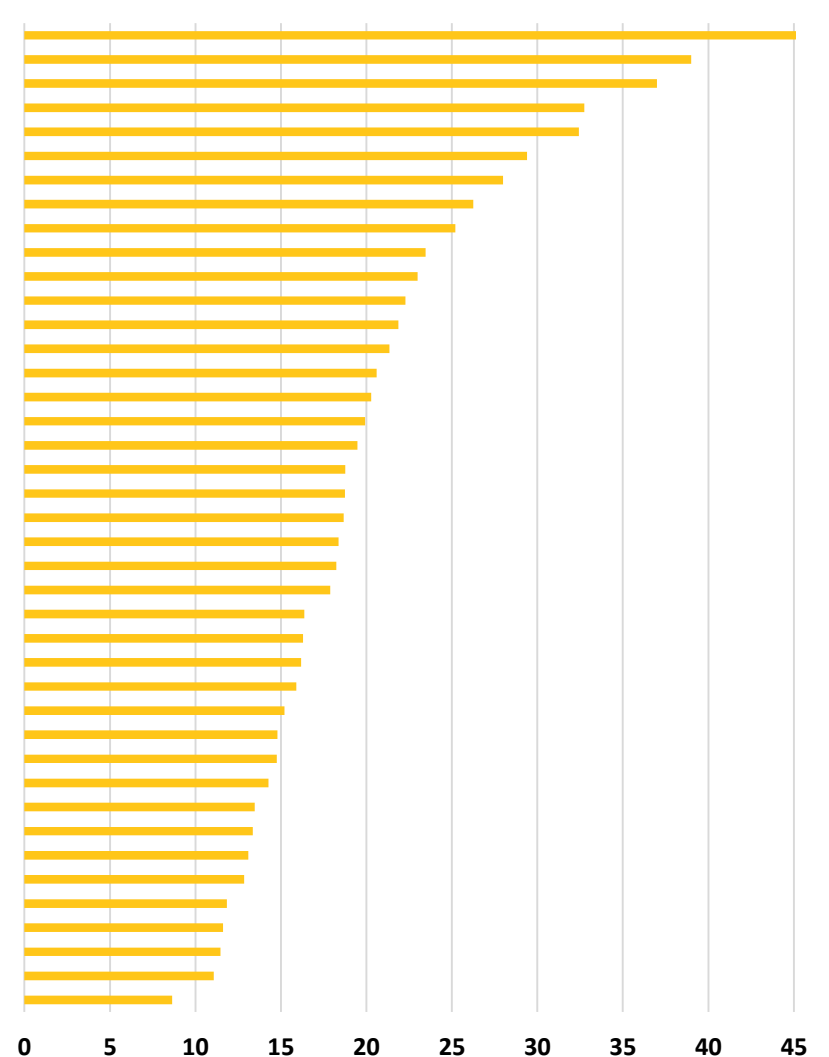
Utrednings- og behandlingsforløp (P2)

- eksempel på variasjon for pasienter med tilpasningsforstyrrelser

Varighet på behandling og antall konsultasjoner mellom pasienter



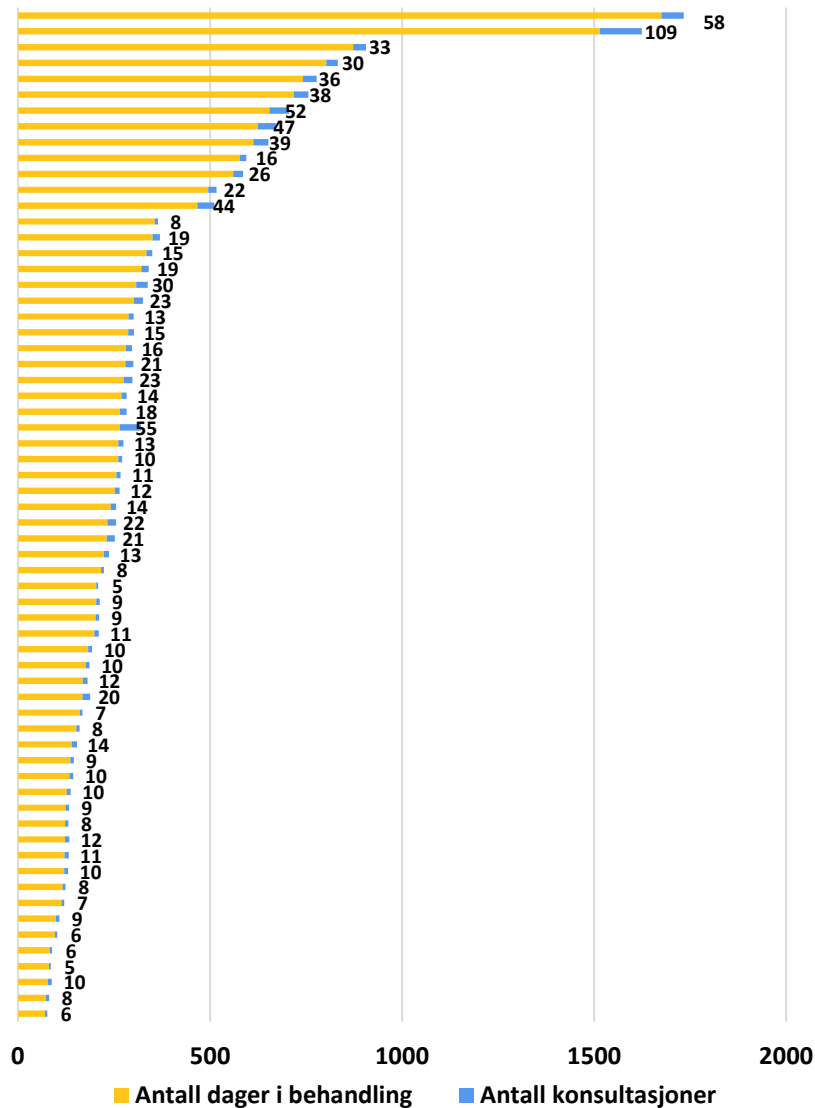
Gjennomsnittlig hyppighet (dager) på konsultasjoner mellom pasienter



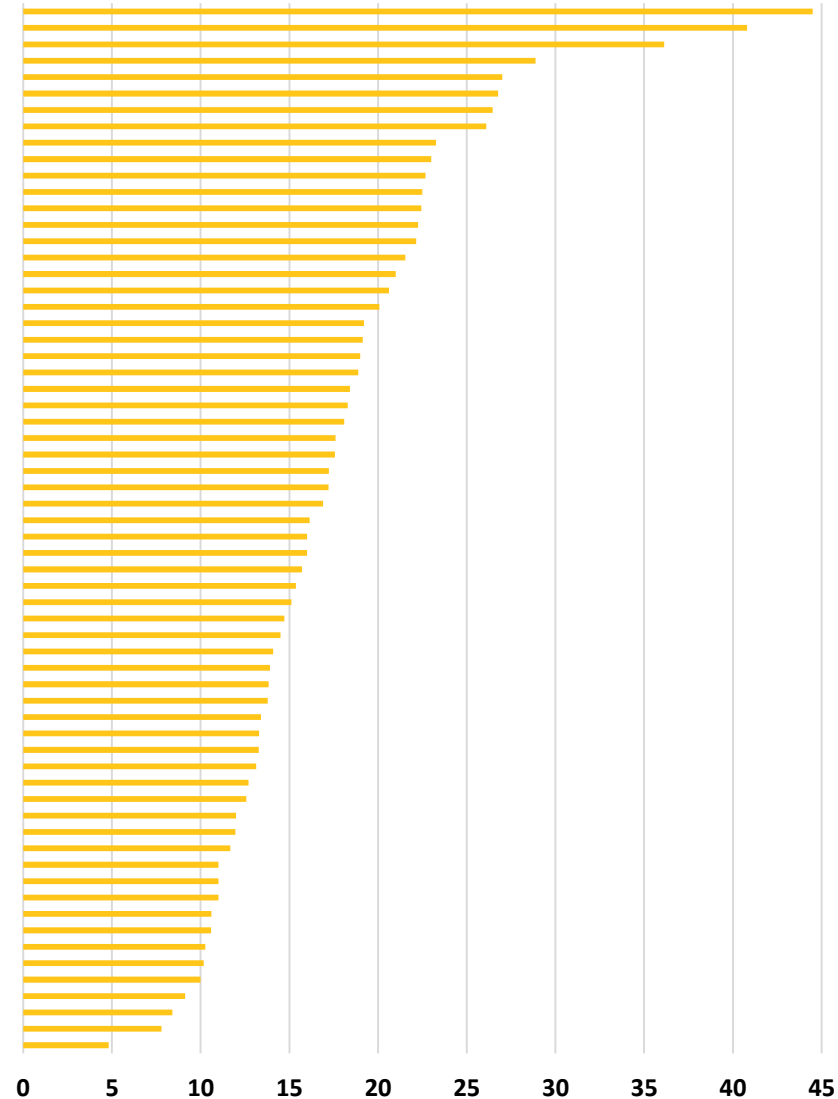
Utrednings- og behandlingsforløp (P2)

- eksempel på variasjon for pasienter med moderat depresjon

Varighet på behandling og antall konsultasjoner mellom pasienter

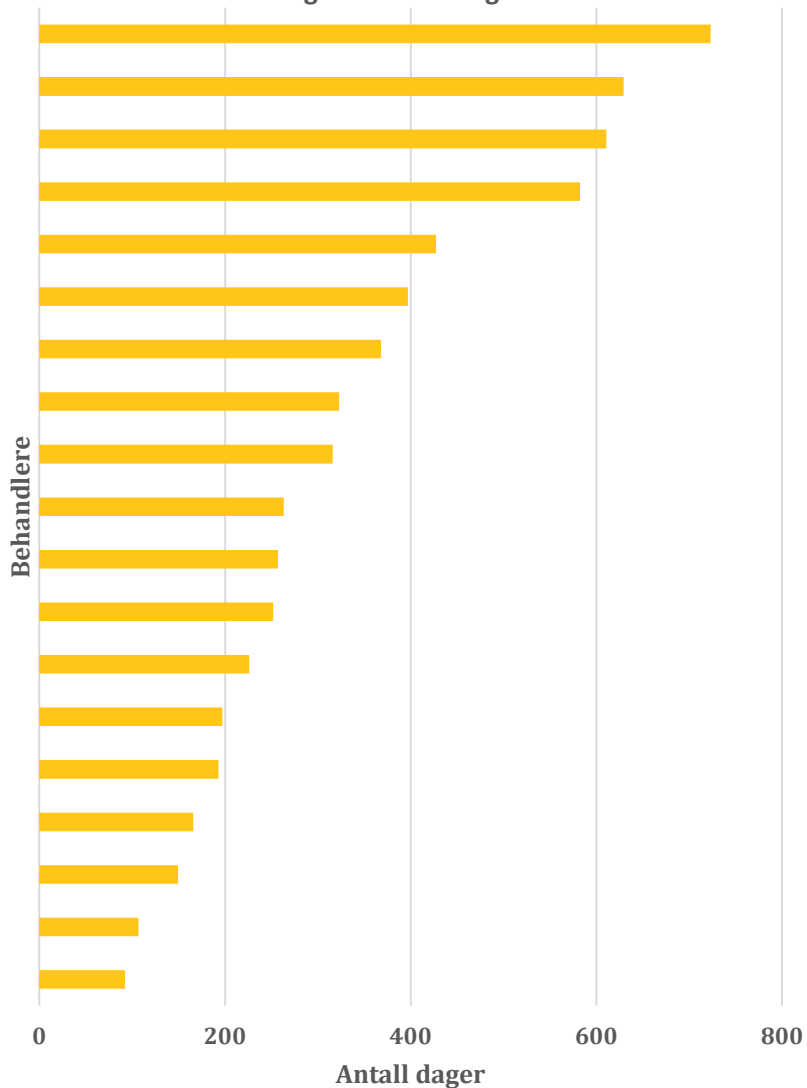


Gjennomsnittlig hyppighet (dager) på konsultasjoner mellom pasienter

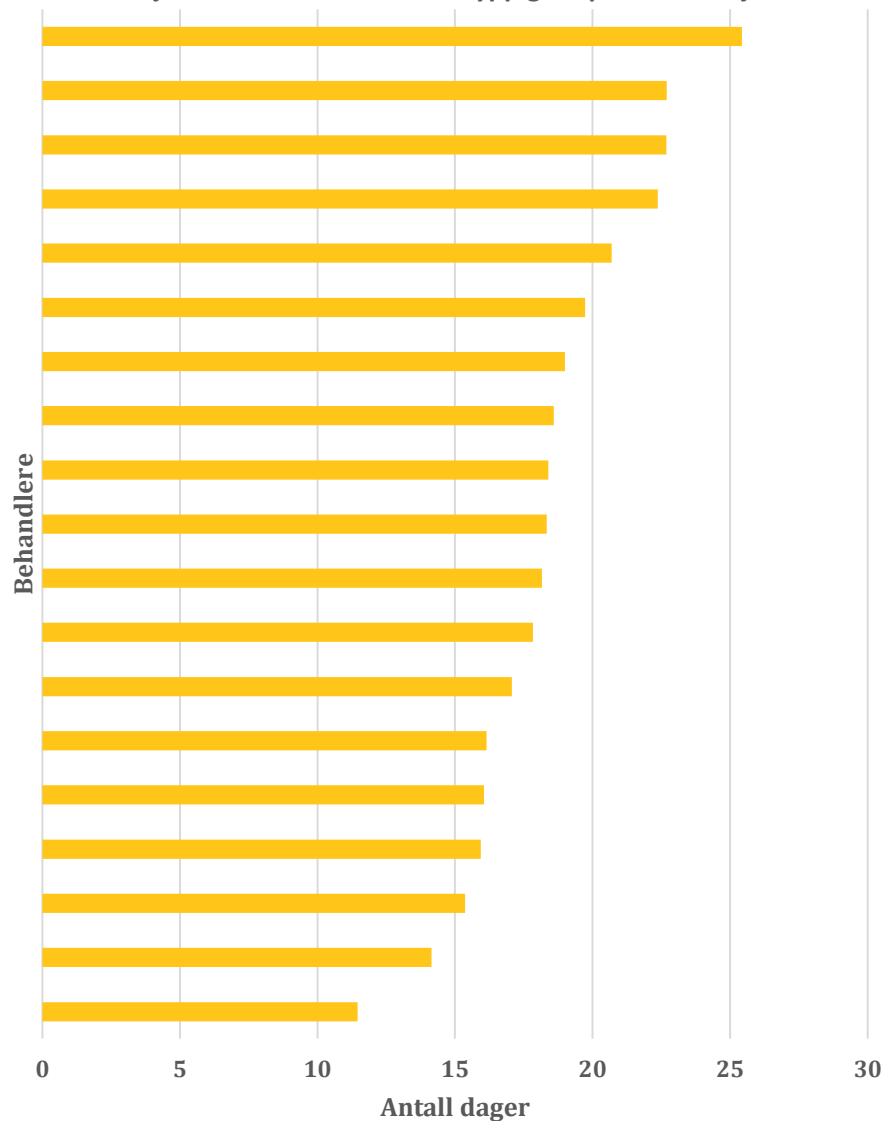


Variasjon mellom behandlere som har pasienter med like diagnoser – Eksempel moderat depresjon fra en poliklinikk

Variasjon mellom behandlere i hvor lenge pasienter går i behandling



Variasjon mellom behandlere i hyppighet på konsultasjoner



Utrednings- og behandlingsforløp (P2)



Forbedringsområder

- **Ubegrunnet opphold i helsehjelpen**
 - Uttrekk som grunnlag for nærmere undersøkelser viste at enkelte pasienter hadde ubegrunnet opphold i sine forløp (se foil 25)
 - Ubegrunnede opphold i helsehjelpen innebærer risiko for pasientsikkerheten
- **Epikrise**
 - Uttrekk som grunnlag for nærmere undersøkelser viste at det for enkelte pasienter ikke er registrert reelle avslutningstidspunkter på helsehjelpen (se foil 26)
 - Dette medfører at epikrise kan sendes lenge etter avslutning på helsehjelpen. For sen utsendelse av epikrise innebærer risiko for pasientsikkerheten

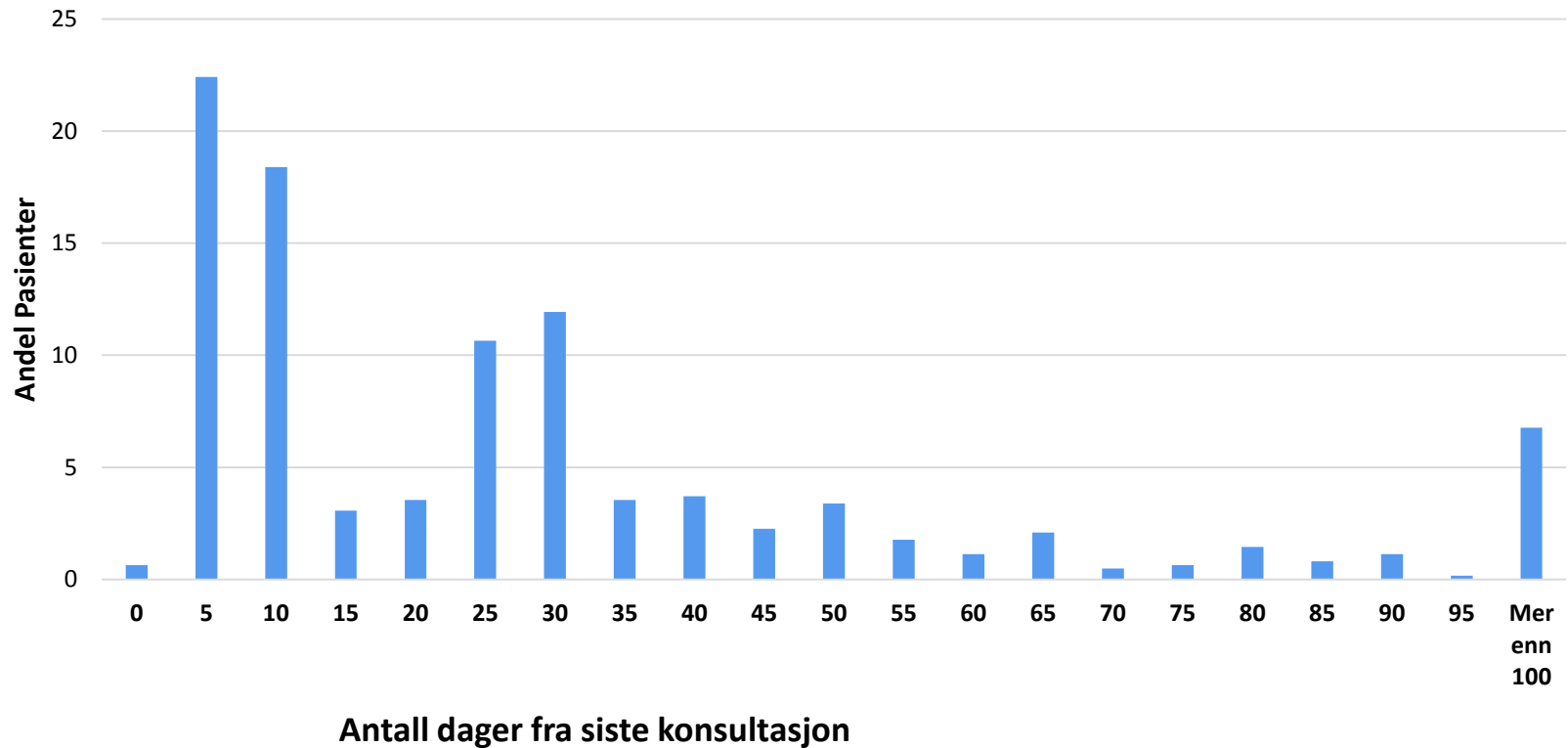
Læringspunkter

- **Potensiale for økt bruk av tilgjengelig styringsinformasjon**
 - Rapporter fra DIPS kan benyttes som grunnlag for nærmere undersøkelser for å se om det er ubegrunnede opphold i helsehjelpen som ytes, samt om avslutningstidspunktene er reelle (se påfølgende to sider)

Tid siden siste konsultasjon

– For noen pasienter var det ubegrunnet opphold i helsehjelpen

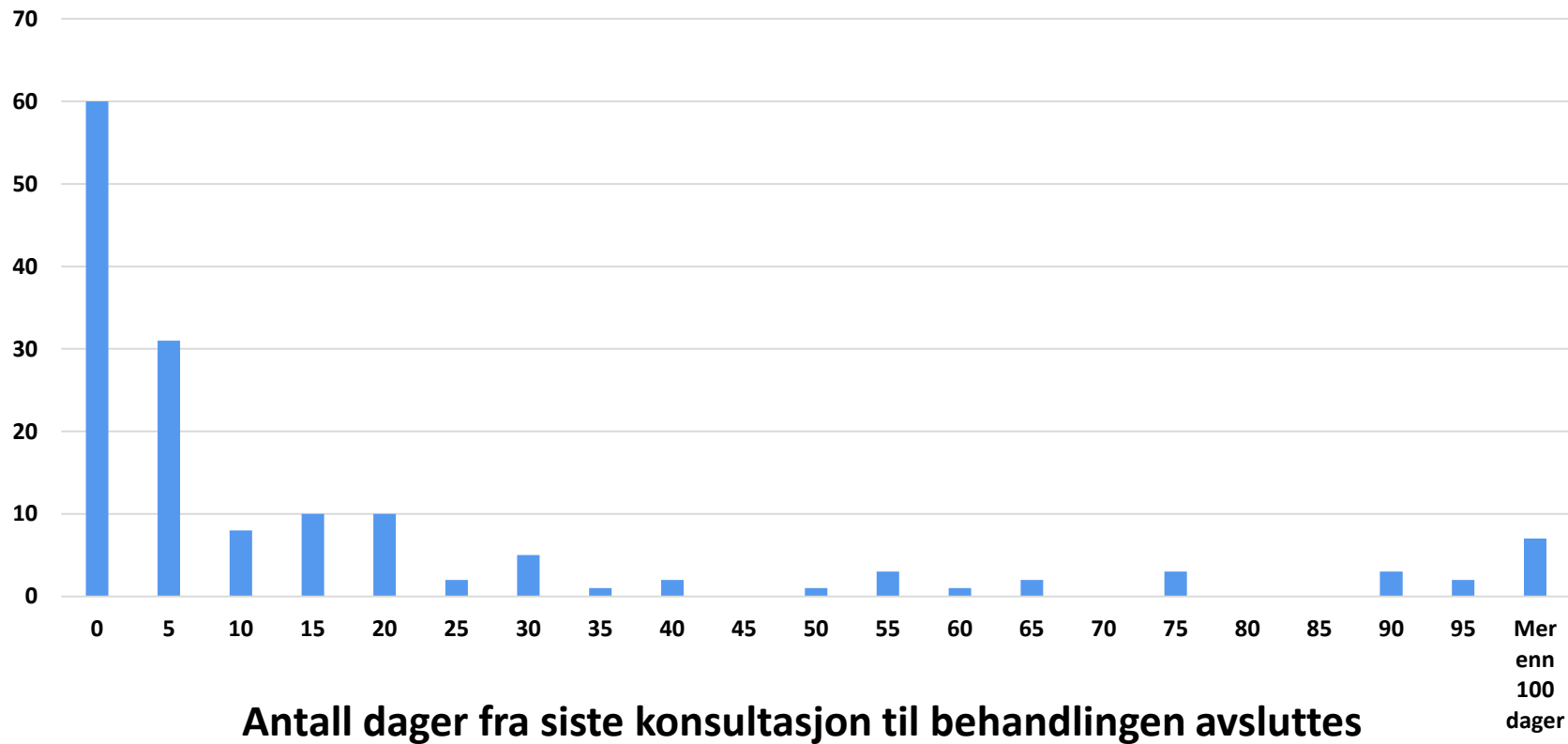
Eksempel fra en poliklinikk



Tid fra siste konsultasjon til behandlingen avsluttes

– For noen pasienter var det ubegrunnet opphold ved utsendelse av epikrise

Eksempel fra en poliklinikk



Oppmøtetidspunkt – i svarbrev og for videre helsehjelp (P3)



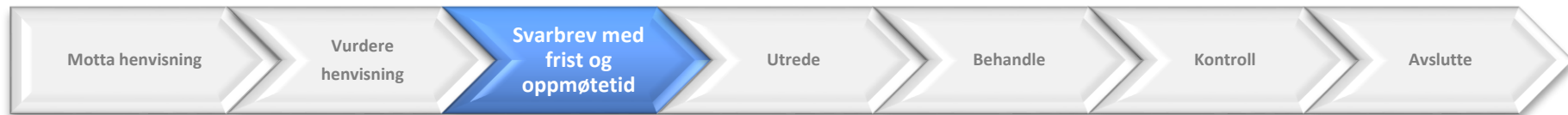
Forbedringsområder

- **Utsendelse av svarbrev**
 - God praksis knyttet til svarbrev
 - Viktig å skille mellom avslag på rettighetsvurderingen og avvist på grunn av manglende kapasitet/tilbud
- **Registreringspraksis av oppmøtetidspunkt for konsultasjoner etter start helsehjelp**
 - Nye timeavtaler gis i stor grad løpende, men enkelte enheter gir i tillegg alle pasienter en tentativ dato som ikke er fastsatt på bakgrunn av faglige vurderinger
 - Der pasienten ikke møter til timeavtale eller timen avlyses, kan dette medføre at det er den tentative datoen som er utgangspunktet for oppsett av ny time. Dette gir risiko for at pasienter ikke får forsvarlig og forutsigbar helsehjelp

Læringspunkter

- **Viktig å benytte riktig avslagskode for å sikre at pasienter får korrekt informasjon i svarbrevet**
- **Behov for overordnede føringer for å sikre at:**
 - Tentativ dato benyttes kun hvis det ikke er hensiktsmessig å sette opp ny timeavtale
 - Tentativ dato skal alltid fastsettes på bakgrunn av faglige vurderinger
 - Erfaringer viser at det er svært hensiktsmessig å begrunne på venteliste i DIPS hvorfor pasienten er satt opp med en tentativ dato. Dette vil gjøre oppfølgingen av ventelisten enklere og sikrere

Bruk av Helfo pasientformidling (P4)



Forbedringsområder

- **Bruk av Helfo pasientformidling**
 - Noe manglende oppdaterte rutiner og prosedyrer

Læringspunkter

- **Behov for å oppdaterte rutiner og prosedyrer**
 - Fristbruddproblematikk har ikke vært en aktuell utfordring i de reviderte poliklinikker
 - Behov for å oppdatere rutiner og prosedyrer for å unngå feil praksis dersom fristbruddproblematikk blir en aktuell utfordring

Gjennomgående funn som påvirker pasientforløpet



Forbedringsområder

- **Rutiner, prosedyrer mv.**
 - En del manglende og ikke oppdaterte føringer, samt overlappende føringer på ulike organisatoriske nivå som gir risiko for:
 - Manglende etterlevelse av lovkrav
 - Ulik praksis og lite effektiv bruk av ressurser i den enkelte helseforetak
- **Ressursstyring**
 - Poliklinikkene har i liten grad belyst sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet
 - I tillegg til risiko for dårlig ressursutnyttelse, kan mangelfull ressursstyring bidra til redusert forutsigbarhet og mindre ansvarlig pasientbehandling

Læringspunkter

- **Behov for å etablere/konsolidere rutiner og prosedyrer**
 - Etablere rutiner på riktig organisatorisk nivå
 - Nasjonalt
 - Regionalt
 - Helseforetak
 - Klinikk
 - Avdeling/DPS
 - Poliklinikk
 - Systematisk tilnærming i opplæringen ved endringer i regelverk/egne rutiner og prosedyrer
- **Potensiale for bedre ressursstyring**
 - Tilrettelegge for et felles system for ressursstyring slik at enhetene på en enhetlig måte synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet i sitt planlegging- og oppfølgingsarbeid

4. Oppfølging av revisjonene - behov for tiltak på flere nivå?

Anbefalinger

- Utfordringene må hovedsakelig løses på foretaksnivå
- Tiltak på foretaks- og klinikknivå
 - Etablere/konsolidere rutiner og prosedyrer for pasientforløpet
 - Følge opp prioriteringspraksis
 - Tydeliggjøre føringer for behandlingsforløp og fagstøtte
 - Ledelsesoppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene
- Tiltak i poliklinikkene
 - Særskilte funn i den enkelte poliklinikk



Veien videre

- Flere tiltak er allerede igangsatt i helseforetakene
- Det bør vurderes behov for regionale tiltak
- Behov for tiltak på nasjonalt nivå?



Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Organisering og mandat

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene»

Våre rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>