

Rapport 10/2017

Likeverdig og forutsigbar helsehjelp Diakonhjemmet Sykehus

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
01.11.2017

Rapport nr.	10/2017
Revisjonsperiode	Juni – oktober 2017
Virksomhet	Diakonhjemmet Sykehus
Rapportmottaker	Styret i Diakonhjemmet Sykehus ved styreleder Administrerende direktør Diakonhjemmet Sykehus
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	Sammendrag	4
	Mål og problemstillinger	4
	Konklusjoner	4
	Sentrale anbefalinger	6
	Vedlegg 1: Rapport Likeverdig og forutsigbar helsehjelp	7
1	Innledning	9
2	Prioritering av nyhenviste pasienter	11
3	Utrednings- og behandlingsforløp	18
4	Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	27
5	Helfo pasientformidling	34
6	Andre observasjoner	36

Sammendrag

Mål og problemstillinger

I de senere årene har det vært økende oppmerksomhet rundt uønsket variasjon i helsehjelpen, som blant annet fremkommer gjennom målene i oppdragsdokumentene til sykehusene. I tillegg har det vært endringer i pasient- og brukerrettighetsloven samt prioriteringsveilederne.

Målet med revisjonen har vært å undersøke og vurdere hvordan Diakonhjemmet Sykehus sikrer etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven, herunder at pasientene gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Følgende problemstillinger er undersøkt:

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

I revisjonen ble følgende enheter revidert:

- Seksjon ortopedi, kirurgisk avdeling
- Revmatologisk poliklinikk, revmatologisk avdeling
- Poliklinikk allmennpsykiatri, voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

I tillegg til å belyse praksis i den enkelte enhet er målet for revisjonen å belyse hvordan sykehuset har tilrettelagt for enhetlig og riktig praksis.

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden juni til oktober 2017. Utkast rapport ble oversendt sykehuset 2. oktober. Diakonhjemmets kommentarer er hensyntatt i rapporten.

Konklusjoner

Diakonhjemmet sykehus jobber med å implementere nytt lovverk, nye prioriteringsveiledere og andre krav som er satt til sykehuset for å sikre gode pasientforløp. Revisjonen viser samtidig at sykehuset har enkelte svakheter og mangler i sitt system for sikre disse kravene. Dette er også erkjent av sykehuset. Innad i sykehuset er det forskjeller i hvor langt enhetene har kommet i implementeringen av kravene. En av enhetene har etablert god styring og kontroll, mens de øvrige har potensiale for forbedring.

Ulik etterlevelse av krav innad i sykehuset skyldes svakheter i internkontrollen

Revisjonen har vist enkelte mangler og ulik praksis i hvordan pasientene håndteres gjennom pasientforløpet. En av enhetene sender eksempelvis en del svarbrev med timeavtale langt utover vurderingsfristen, og har feil bruk av brevmalen der de har manglende tilbud. Dette medfører at pasienter får feil informasjon og manglende forutsigbarhet.

Sykehuset har ikke etablert systematisk oppfølging av vurderingspraksis. En supplerende regional undersøkelse i psykisk helsevern utført av konsernrevisjonen, viser store forskjeller i hvordan poliklinikker vurderer samme henvisninger. Dette understøtter behovet for at poliklinikker sammenligner sin vurderingspraksis med andre tilsvarende poliklinikker.

Videre har en enhet mangler ved planlegging og oppfølging av pasientforløpene. Det gir risiko for uberettiget variasjon i helsehjelpen, ved at «like pasienter» får ulike forløp avhengig av hvilken behandler de har.

Ved to enheter er det en del kontrollpasienter som ikke får helsehjelp innen planlagt tid. Dette gir manglende forutsigbarhet for pasient, samt risiko for at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp.

Konsernrevisjonen vurderer at ulik etterlevelse i sykehuset skyldes følgende svakheter i internkontrollen:

- Sykehusets kvalitetssystem gir ikke tilstrekkelig støtte for å etterleve krav
- Fravær av enhetlig ressursstyring gir redusert forutsigbarhet for noen pasientgrupper
- Det er behov for å formalisere ansvaret for å sikre gode pasientforløp

Sykehusets kvalitetssystem gir ikke tilstrekkelig støtte for å etterleve krav

Det er lagt til rette med enkelte overordnede føringer for pasientforløpet. Føringene er imidlertid ikke dekkende for hele pasientforløpet. Dette gjelder eksempelvis for vurdering av henvisninger, utsendelse av svarbrev med timeavtale og oppfølging av ventelisten etter at helsehjelpen er påbegynt. Dette er en av årsakene til at underliggende enheter selv har etablert enkelte føringer på områder som burde vært standardisert for hele sykehuset. I tillegg til manglende etterlevelse av lovverket medfører dette at praksis blir ulik innad i sykehuset.

Ved sentrale endringer, eksempelvis pasient- og brukerrettighetsloven, er det viktig at sykehuset gjennomgår endringene og vurderer hvordan sykehuset på riktig organisatorisk nivå skal implementere dette. Det kan eksempelvis være ved å utarbeide nye eller endre gamle rutiner/prosedyrer, og vurdere opplæringstiltak for disse. Dekkende og oppdaterte føringer på riktig nivå vil sikre god kvalitet og hensiktsmessig bruk av ressurser ved utarbeidelsen av disse.

Fravær av enhetlig ressursstyring gir redusert forutsigbarhet for noen pasientgrupper

Sykehuset har ikke utarbeidet et felles system for ressursstyringen, og gjøres dermed ulikt innad i sykehuset. Revisjonen viser at enhetene i varierende grad har analysert forventet aktivitet og sett dette opp mot behovet for bemanning og ressurser. For det første medfører dette risiko for dårlig ressursutnyttelse. For det andre kan få konsekvenser pasientene. Revisjonen viser blant annet at ikke alle pasienter får timeavtaler innen planlagt tid. I tillegg medfører manglende åpne timebøker og oppgaveplanlegging i GAT kort planleggingshorisont for bemanning og aktivitet. Det reduserer forutsigbarheten for pasienter ved at det kan gå lang tid før pasienter får svarbrev på henvisning.

Det er behov for å formalisere ansvaret for å sikre gode pasientforløp

Det er ikke gjennomgående lederavtaler og stillings- og funksjonsbeskrivelse i sykehuset. Manglende lederavtaler innebærer risiko for at ansvar og oppgaver i og mellom linje og stab ikke er tydeliggjort. Dette kan være medvirkende årsaker til nevnte svakheter ved kvalitetssystemet, ressursstyring/bemanningsplanlegging og plan- og oppfølgingsprosessene.

Manglende stillings- og funksjonsbeskrivelser medfører uklarheter ved hvilke faglige og administrative rutiner og oppgaver som behandlingspersonell og merkantilt personell skal etterleve.

Sentrale anbefalinger

For å sikre enhetlig praksis i sykehuset vil vi peke på følgende overordnede anbefalinger:

- Sykehuset bør gjennomgå kvalitetssystemet for å sikre at det er oppdatert og dekkende for å imøtekomme krav og sikre lik praksis innad i sykehuset der dette er hensiktsmessig.
- Sykehuset bør tilrettelegge for et felles system for ressursstyring slik at enhetene på en lik måte synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet i sitt planlegging- og oppfølgingsarbeid.
- Sykehuset bør etablere et helhetlig system for fordeling av ansvar og oppgaver.
- Sykehuset bør sikre at vurderingspraksis følges opp for å sikre mest mulig lik prioritering av henvisninger innenfor samme fagområder.
- Sykehuset bør sikre at «like pasienter» får mest mulig like pasientforløp, ved å formalisere praksis rundt oppstart helsehjelp, herunder hva som skal danne grunnlaget for beslutning av hvilken helsehjelp som skal gis og hvordan dette dokumenteres.

I tillegg til disse er det gitt enkelte anbefalinger som er særskilt for den enkelte avdeling.

Vedlegg 1

Rapport: Likeverdig og forutsigbar helsehjelp

Innhold

1.0	Innledning	9
1.1	Bakgrunn	9
1.2	Mål og problemstillinger	9
1.3	Pasientforløpet	9
1.4	Valgte enheter i Diakonhjemmet	9
1.5	Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode	10
1.6	Veiledning til leseren	10
2.0	Prioritering av nyhenviste pasienter	11
2.1	Oppsummering	11
2.2	Revisjonskriterier	11
2.3	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	12
2.4	Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	13
2.5	Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	15
2.6	Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	16
3.0	Utrednings- og behandlingsforløp	18
3.1	Oppsummering	18
3.2	Revisjonskriterier	18
3.3	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	19
3.4	Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	19
3.5	Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	25
3.6	Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	26
4.0	Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	27
4.1	Oppsummering	27
4.2	Revisjonskriterier	27
4.3	Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning	28
4.3.1	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	28
4.3.2	Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	29
4.3.3	Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	30
4.3.4	Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	31
4.4	Oppmøtetidspunkt gjennom forløpet	31
4.4.1	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	31
4.4.2	Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	31
4.4.3	Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	32
4.4.4	Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	33
5.0	Helfo pasientformidling	34
5.1	Oppsummering	34
5.2	Revisjonskriterier	34
5.3	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger	35
6.0	Andre observasjoner	36
6.1	Ansvar og oppgaver	36
6.2	Ressursstyring – aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	36
	Vedlegg - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling	37

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 personellet 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.

1.2 Mål og problemstillinger

På bakgrunn av endringene er målet med revisjonen å undersøke og vurdere hvordan Diakonhjemmet Sykehus har sikret etterlevelse pasient- og brukerrettighetsloven, herunder sikrer pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester. I revisjonen er følgende problemstillinger undersøkt:

1. Sikrer sykehuset at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
2. Sikrer sykehuset at pasientene med like diagnoser får mest mulig likeverdig utrednings- og behandlingsforløp?
3. Sikrer sykehuset forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
4. Sikrer sykehuset 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, som vist i figur 1.



Figur 1 Stegene i pasientforløpet

Den første problemstillingen er i hovedsak knyttet til aktiviteter som skjer når henvisninger mottas og vurderes (steg 2). Problemstilling 2 er knyttet til når pasienten utredes, behandles og skal til kontroll (stegene 4,5 og 6). Den tredje problemstillingen belyser om pasienten får timeavtale i svarbrev på henvisningen (steg 3), samt timeavtaler 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 Diakonhjemmet

I revisjonen ble det valgt å revidere tre poliklinikker, henholdsvis:

- Seksjon ortopedi, kirurgisk avdeling
- Revmatologisk poliklinikk, revmatologisk avdeling

- Allmennpsykiatrisk poliklinikk, voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

1.5 Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden juni til oktober 2017. Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremkommer av vedlegg.

Revisjonsgrunnlaget som er benyttet i revisjonen er lov og forskriftskrav, styrende dokumenter, samt rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst RHF. Enkelte av revisjonskriteriene er ikke eksplisitte lovkrav, men forutsetninger for at overordnede mål og krav etterleves. Revisjonskriteriene er nærmere beskrevet i hvert kapittel.

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:¹

- Gjennomgang av dokumenter (prosedyrer, rutiner, retningslinjer etc.).
- 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.

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 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.

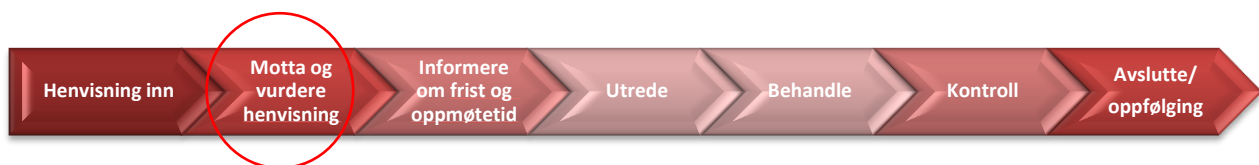
¹ I tillegg har poliklinikk allmennpsykiatri besvart en undersøkelse av vurderingspraksis av henvisninger. Undersøkelsen omfatter flere allmennpsykiatriske poliklinikker som har vurdert de samme 23 henvisningene for å belyse lik/ulik prioritering.

2.0 Prioritering av nyhenviste pasienter

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer sykehuset 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.

2.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i Diakonhjemmet Sykehus for å sikre at pasienter prioriteres i henhold til prioriteringsveilederne. Revisjonen har imidlertid vist forbedringspunkter:

- Sykehuset bør sikre at det etableres oppdaterte føringer (rutiner, prosedyrer etc.) på riktig nivå, for å legge til rette for at lovkrav etterleves (dette gjelder også for øvrige problemstillinger i rapporten).
- Potensiale for å følge opp prioriteringspraksis mer systematisk.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter kan medføre manglende etterlevelse av lovkrav, samt svakheter ved prioriteringspraksis.

2.2 Revisjonskriterier

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

1. Sykehuset legger prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert.
2. Sykehuset vurderer følgende ved prioriteringen:
 - a) Om pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus)
 - 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. Sykehuset dokumenterer vurderingene i journal, herunder:
 - a) Dersom sykehuset 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 (retningslinjer, prosedyrer, rutiner, bruk av rapporter, 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 at sykehuset prioriterer i henhold til prioriteringsveilederne må sykehuset følge opp bruken av prioriteringsveilederne og egen prioriteringspraksis gjennom eksempelvis sammenligning ved bruk av styringsdata, kalibrering og stikkprøver.

2.3 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Manglende og utdaterte prosedyrer og retningslinjer for prioritering av nyhenviste

Revisjonen viser at det er etablert overordnede føringer for registrering og oppfølging av vurderte henvisninger, og hvordan henvisninger angående helsehjelp som ikke tilbys ved Diakonhjemmet skal håndteres.² Revisjonen viser imidlertid at rutinene i kvalitetssystemet (EK) ikke er oppdatert i henhold til nye lovkrav, og at det i stedet ble sendt ut informasjon om lovendringene til ansatte per epost.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er lagt til rette med enkelte overordnede føringer knyttet til mottak og vurdering av henvisninger. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at føringene ikke i tilstrekkelig grad er oppdaterte og dekkende. Det mangler blant annet føringer for tildeling i første brev, registrering og fastsettelse av juridisk frist, og dokumentasjon av begrunnelse for vurdering av henvisning. Manglende overordnede føringer gir risiko for manglende etterlevelse av lovverk, samt at praksis blir ulik innad i sykehuset.

Anbefaling

- Sykehuset bør gjennomgå kvalitetssystemet for å sikre at kvalitetssystemet er oppdatert og dekkende for å imøtekomme lovkrav og sikre lik praksis der dette er hensiktsmessig.

Til hjelp ved vurdering har Diakonhjemmet lagt inn tilstandene i prioriteringsveilederne med tilhørende anbefalte frister i vurderingsbildet i DIPS, slik at den som vurderer henvisningen kan ta utgangspunkt i anbefalt frist ved vurdering.

- Konsernrevisjonen vurderer at å inkludere tilstandsgruppene i vurderingsbildet i DIPS er et godt tiltak for å legge til rette for at prioriteringsveilederne benyttes, samt legge til rette for enhetlig praksis for fastsettelse av juridisk frist.

Potensiale for mer systematisk opplæring

I forbindelse med lovendringene og reviderte prioriteringsveiledere i 2015 ble det gjennomført gjennomganger av endringene i avdelingene i regi av ulike stabsfunksjoner.

- Konsernrevisjonen vurderer at det vil være hensiktsmessig å etablere en mer systematisk tilnærming i opplæringen sykehuset. Dette for å sikre at underliggende enheter og involverte parter faktisk får opplæring og at den er mest mulig lik. Dette fordrer samtidig at sykehuset har oppdaterte og dekkende føringer.

Brukervennlig ledelsessystem - potensiale for økt bruk og formalisering

Diakonhjemmet har utviklet systemet DiaLis for presentasjon og bruk av styringsinformasjon³. DiaLis inneholder blant annet informasjon om utvikling i antall henvisninger, andel rett/avslag, årsak til avslag, og hvilken tilstand i prioriteringsveileder som henvisningen er vurdert ut fra. Systemet har vært basert på at behov og innspill på innhold har kommet fra avdelingene, og i mindre grad styrt fra overordnet nivå.

² EK.14-5.1.1.10.1.1.1 og EK.14-5.1.1.10.14

³ Styringsinformasjon kan defineres som en kvantitativ størrelse eller resultatet av en kvalitativ vurdering.

Informantene påpeker at systemet er et oversiktlig, lett tilgjengelig og nyttig system, men at det er varierende bruk av systemet, særlig blant ledere.

Det er ikke utarbeidet en oversikt i DiaLis over hvilke data man skal benytte, formålet med styringsdataene, tidspunkt/hyppighet for bruk (enten i forhold til planlegging eller rapportering), samt ansvarlig (merkantile, seksjonsledere, avdelingsledere etc.).

- Konsernrevisjonen vurderer at det gjennom DiaLis er tilrettelagt viktig og relevant styringsdata som belyser ulike deler av pasientforløpet.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at det vil være hensiktsmessig å formalisere bruken av DiaLis, herunder tydeliggjøre både hvilken styringsinformasjon det er forventet at leder og stabsfunksjoner skal følge med på.

Potensiale for oppfølging av prioriteringspraksis

Revisjonen viser at sykehuset ikke har fulgt opp bruken av prioriteringsveilederne, eksempelvis ved bruk av stikkprøver, kalibreringer, eller annen sammenligning med andre sykehus/helseforetak.

- Konsernrevisjonen vurderer at det kan være hensiktsmessig at overordnet nivå i sykehuset følger opp prioriteringspraksis. Etter konsernrevisjonens vurdering kan det bidra til å redusere risikoen for ubegrunnet variasjon i prioritering.

Anbefaling

- Sykehuset bør sikre at vurderingspraksis følges opp for å sikre mest mulig lik prioritering av henvisninger innen samme fagområder.

2.4 Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Prosedyrer og retningslinjer er etablert lokalt

Revisjonen viser at avdelingen har utarbeidet egne rutiner/prosedyrer for inntak og vurdering av henvisninger. Ansvar og roller er beskrevet, og føringene er oppdaterte i forhold til nytt regelverk. I prosedyrene fremkommer det blant annet hvordan henvisninger skal håndteres fra mottak til vurdering, at prioriteringsveilederne skal legges til grunn ved vurdering, at det skal utarbeides et vurderingsnotat for alle henvisninger som skal legges i journal, samt hvordan avdelingen skal opplæres i dette.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har utarbeidet utfyllende beskrivelser av organisering, ansvar og oppgaver, bruk av prioriteringsveilederne, herunder dokumentasjon og registrering av rettighetsvurderingene.

Tiltak er iverksatt for å sikre etterlevelse av nytt regelverk

Poliklinikken viser til at prioriteringsveilederne og kortversjonene benyttes aktivt av vurderingsansvarlige og i inntaksmøtene. Poliklinikken viser til at de kontinuerlig har intern opplæring i aktuelle føringene. Dette gjelder for alle ansatte i poliklinikken.

- Konsernrevisjonen vurderer det er iverksatt hensiktsmessige opplæringstiltak i avdelingen for å sikre at ny pasient- og brukerrettighetslov og at reviderte prioriteringsveiledere er kjent.

- Konsernrevisjonen vurderer videre at felles inntaksmøter hvor flere spesialister deltar og hvor en aktivt bruker prioriteringsveilederne, er et tiltak som reduserer risikoen for feil og ulik vurderingspraksis internt i poliklinikken.

Begrunnelsene for vurderingen dokumenteres gjennomgående

Testing i journal viste at det utarbeides vurderingsnotat for alle rettighetsvurderingene i henhold til føringer. I enkelte journalnotater fremkommer det at individuelle forhold har medført kortere frist enn hva prioriteringsveilederen anbefaler.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har god praksis på å dokumentere begrunnelsene på rettighetsvurderingene både ved rett og ved avslag.

Registreringspraksis er i stor grad i tråd med føringene

Testing i journal viste at vurderingene registreres riktig i DIPS. Uttrekk fra DIPS viser imidlertid at ved avslag er det kun avslagskoden «andre årsaker» som benyttes.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkens registreringspraksis i stor grad imøtekommer krav. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at poliklinikken må sikre registrering av riktig avslutningskode i DIPS, ettersom avslagskode gir utfyllende informasjon om årsaker til avslagsprosent.

Potensiale for mer systematisk oppfølging av vurderingspraksis

I tillegg til diskusjoner i inntaksmøtene og rapportering på avslagsprosent, har avdelingen en årlig gjennomgang av prosedyrer for inntaksarbeidet, hvor de i tillegg gjennomgår to henvisninger for kalibrering i inntaksarbeidet.

Poliklinikken har deltatt i en regional undersøkelse av vurderingspraksis av henvisninger, hvor de har vurdert samme henvisninger som flere andre tilsvarende poliklinikker. Resultatene viser at det er stor variasjon mellom poliklinikkene i regionen med tanke på rett til helsehjelp versus ikke rett for de samme henvisningene. Se tabell 1 nedenfor.

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

Tabell 1 Resultater av undersøkelse av vurderingspraksis i 9 poliklinikker. Grønt felt betyr at poliklinikken har gitt rett til helsehjelp. Rødt felt betyr avslag.

Av de 23 henvisninger var det full enighet om vurderingsutfallet for 7 av henvisningene, samt henvisninger hvor et klart flertall har gitt rett eller avslag. For de øvrige henvisninger var det stor variasjon i vurderingsutfallet.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har etablert enkelte hensiktsmessige tiltak for å sikre lik prioriteringspraksis. Konsernrevisjonen vurderer likevel at det er et potensiale for at dette kan gjøres litt mer utførlig, eksempel ved bruk av styringsinformasjon som grunnlag for å undersøke særskilte forhold ved poliklinikkens prioriteringspraksis. Et annet tiltak kan være utveksling av henvisninger for kalibrering med andre poliklinikker for å sikre konsensus om prioritering utover egen avdeling. Resultatene i undersøkelsen av vurderingspraksis understøtter behovet for at poliklinikker i psykisk helsevern sammenligner sin vurderingspraksis med andre tilsvarende poliklinikker.

2.5 Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Riktig registrering ved vurdering av henvisninger

Avdelingen eller seksjonen har ikke utarbeidet lokale føringer for vurdering og registrering av henvisninger. I forbindelse med innføringen av de reviderte prioriteringsveilederne i 2015 var det gjennomganger av prioriteringsveiledere i avdelingsmøter etc.

Uttrekk fra DIPS viser at henvisningene i all hovedsak vurderes innen 10 virkedager⁴. For pasienter som får rett til helsehjelp benyttes de forhåndsdefinerte diagnosegruppene i vurderingsbildet i DIPS. Det vises til at frister settes i henhold til anbefaling i prioriteringsveilederen, men at individuelle vurderinger kan gjøre at man fraviker fra anbefalingene. Uttrekk fra DIPS bekrefter at prioriteringsveilederen følges, men at det også settes kortere frister.

- Konsernrevisjonen vurderer at seksjonen har lagt til rette for å benytte revidert prioriteringsveileder og registrerer vurderingen i henhold lovkrav.

⁴ 98 % av mottatte henvisninger i 2017 er vurdert innenfor kravet på 10 virkedager.

Behov for å tydeliggjøre føringar ved fravik fra prioriteringsveileder

Testing i journal viser at kommentarfelt i vurderingsbildet i DIPS i enkelte tilfeller blir brukt for å dokumentere begrunnelsen til at man fraviker fra prioriteringsveileder ved fristfastsettelse. Det fremgår samtidig at det er noe ulik praksis når det gjelder dokumentasjon av dette.

- Konsernrevisjonen vurderer at varierende praksis for å dokumentere dersom man fraviker fra prioriteringsveileder, gjør grunnlaget for vurderingen mindre sporbar. Etter konsernrevisjonens vurdering vil det være hensiktsmessig å tydeliggjøre føringene for i hvilke tilfeller- og hvordan dette skal dokumenteres, slik at det legges til rette for en mer enhetlig praksis (jf. vurdering overordnet nivå).

Potensiale for mer systematisk oppfølging av egen vurderingspraksis

Seksjonen har ikke systematisk oppfølging av prioriteringspraksis for nyhenviste, men avdelingssjef følger av og til med på hvilke frister som benyttes innenfor ulike tilstandsgrupper i seksjonen.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er et potensiale for mer systematisk oppfølging av vurderingspraksis for å redusere risiko for feil og ulik prioritering av nyhenviste pasienter. Bruk av styringsinformasjon, for eksempel fristtid, kan benyttes mer systematisk for å belyse poliklinikkens prioriteringspraksis, eller som utgangspunkt for nærmere undersøkelser. Et annet tiltak kan være utveksling av henvisninger for kalibrering med poliklinikker i andre helseforetak/sykehus for å sikre konsensus om prioritering utover egen avdeling.

2.6 Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

God praksis ved vurdering av henvisninger

Revmatologisk avdeling har utarbeidet egen prosedyre for mottak og registrering av henvisninger i DIPS⁵, samt prosedyre for inntaksansvarlig ved avdelingen.

Uttrekk viser at henvisninger i all hovedsak blir vurdert innen 10 virkedager.

For pasienter som får rett til helsehjelp benyttes i noen grad de forhåndsdefinerte diagnosegruppene i vurderingsbildet i DIPS. Prioriteringsveilederen legges alltid til grunn for vurderingen, og juridisk frist settes i henhold til anbefaling i prioriteringsveilederen. Dersom det foreligger spesielle medisinske omstendigheter for den aktuelle pasient, fraviker man fra anbefalingene ved at poliklinikken gir kortere frist. Journalgjennomgangen viste noe ulik registreringspraksis i de tilfeller man fraviker fra prioriteringsveileder. Et eksempel kan være hvis veileder anbefaler 26 uker, mens vurderende lege likevel vurderer 12 uker juridisk frist. Slike tilfeller registreres ulikt ved at enkelte registrerer 26 uker i fristfeltet i DIPS og kommenterer i merknadsfeltet at pasienten må inn raskere og innen 12 uker, andre registrerer 12 uker i fristfeltet i DIPS og begrunner dette i merknadsfeltet.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har god praksis for vurdering av henvisninger. Vi vil imidlertid presisere at det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre føringene for hvordan juridisk frist skal registreres i DIPS når poliklinikken fraviker fra prioriteringsveilederen. Dersom vurderende lege vurderer at pasient har skal ha kortere juridisk frist enn hva som er anbefalt i prioriteringsveileder, så er det vurderende lege sin vurdering som skal registreres i fristfeltet i DIPS, og begrunne dette i merknadsfeltet.

⁵ EK.9-1.1.7.2

Poliklinikken har hatt gjennomgang av sin vurderingspraksis

Det har vært en gjennomgang av vurderingspraksis ved poliklinikken i 2016.

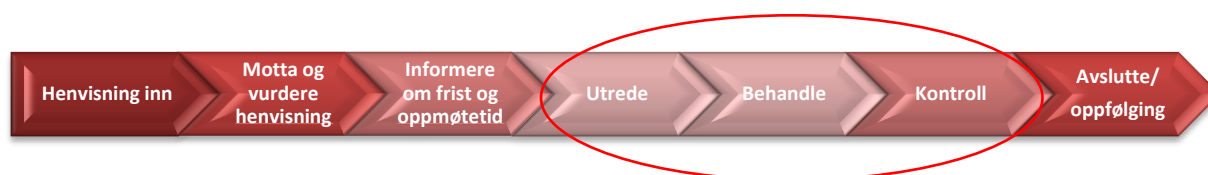
- Konsernrevisjonen vurderer at vurderingspraksis er fulgt opp, men vurderer samtidig at denne type oppfølging skjer regelmessig.

3.0 Utrednings- og behandlingsforløp

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

Konsernrevisjonen har i den sammenheng sett på om sykehuset har etablert tiltak for sikre systematisk og enhetlig praksis knyttet til utrednings- og behandlingsforløpene. Figuren nedenfor viser hvor utrednings- og behandlingsforløpene finner sted i pasientforløpet.



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

3.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i Diakonhjemmet Sykehus for å sikre at pasienter får like utrednings- og behandlingsforløp. Revisjonen har imidlertid vist følgende sentrale forbedringspunkter:

- Poliklinikk allmennpsykiatri bør forbedre styring og oppfølging av pasientforløpene, herunder å:
 - utarbeide utrednings- og behandlingsplaner
 - formalisere og tydeliggjøre hvilken fagstøtte den enkelte behandler skal motta i forløpet
 - følge opp utrednings- og behandlingsforløpene mer systematisk
- For revmatologi og ortopedi er det potensiale for å formalisere og tydeliggjøre praksis for beslutning av helsehjelpen, for å redusere mulig risiko for ubegrunnet variasjon i helsehjelpen.

3.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:

1. Enheter innen psykisk helsevern 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 fraviker fra hovedlinjene i disse anbefalingene må dette begrunnes og journalføres
 - e) Behandlingsplanen bør blant annet inneholde tentativ diagnose, mål med behandlingen, behandlingstiltak, hyppighet og varighet på behandlingen, tentativ behandlingstidspunkt, 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.
2. Virksomheten må organiseres på en slik måte at helsepersonellet settes i stand til å overholde sine lovpålagte krav til å gi forsvarlig helsehjelp.
3. Det utarbeides polikliniske notater etter sentrale steg i forløpet som journalføres og sendes i kopi til fastlege.
4. Pasienten avsluttes ved siste konsultasjon og epikrise sendes innen 7 dager.

For å sikre at regelverk imøtekommes må det være etablert føringer (retningslinjer, prosedyrer, rutiner, bruk av rapporter, sjekklister, scoreskjema osv.) i sykehuset 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 planlegging, gjennomføring og oppfølging av helsehjelpen. For at sykehuset skal være sikre på at de angitte kriteriene etterleves må dette følges opp/monitoreres.

3.3 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er ikke utarbeidet føringer knyttet utrednings- og behandlingsforløpene.

- Konsernrevisjonen forventer ikke at overordnet nivå etablerer føringer for det enkelte forløp men vurderer at det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre forventninger om at avdelingene etablerer et system (rutiner, prosedyrer, maler, sjekklister, scoringsskjema etc.) for dette, herunder utredning, behandling og kontroll.⁶

3.4 Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er manglende føringer for utrednings- og behandlingsforløp og fagstøtte

Det er ikke utarbeidet føringer knyttet til å utarbeide utrednings- eller behandlingsplaner, eller for fagstøtte på overordnet nivå i sykehuset eller i avdelingen.

I DIPS er det imidlertid maler for blant annet primærjournal, inntakstnotat/journalnotat og behandlingsplan. Mal for behandlingsplan legger opp til å dokumentere blant annet diagnose, pasientens mål og perspektiver, behandlerens mål og perspektiv for behandlingen, behandlingstiltak, herunder bidrag fra pasient og behandler, tidsramme og eventuelt konsultasjonsserie og informasjon om eventuelle barn.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende overordnede føringer for utrednings- og behandlingsforløp, herunder utarbeidelse av utrednings- og behandlingsplaner, gir risiko for ulik bruk i poliklinikken.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende føringer for hva som skal gis av fagstøtte til behandlerne ved planlegging, oppfølging og avslutning, gir risiko for ubegrunnet variasjon i hvilken helsehjelp som tilbys.

⁶ Se kapittel 6.0 for mer informasjon.

Anbefaling

- Avdelingen bør legge til rette for bedre støtte for den enkelte behandler i planlegging og gjennomføring av utrednings- og behandlingsforløpene, herunder
 - bruk av utrednings- og behandlingsplan
 - formalisere hvilken fagstøtte den enkelte behandler skal motta gjennom pasientforløpet

Manglende bruk av utrednings- og behandlingsplaner

Testing i journal viste at utrednings- og behandlingsplaner i liten grad ble utarbeidet i poliklinikken.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende bruk av utrednings- og behandlingsplaner gir risiko for manglende fastsettelse av formål med behandlingen, manglende planlegging av forløpet (behandlingstiltak og hvilke type personell skal involveres, 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 utrednings- og behandlingsplaner reduserer muligheten til å gjennomføre evaluering i forhold til de mål som er fastsatt i individuelle behandlingsforløp, samt gjøre justeringer av behandlingstiltakene eller målsettingen med behandlingen.

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

Poliklinikken har tverrfaglige team for å gi faglig støtte til behandlerne. Det oppgis at alle nye pasienter skal drøftes i tverrfaglige team. Det vises til at det i stor grad er opp til den enkelte behandler selv å bestemme om de vil diskutere noe i tverrfaglig team og hva de eventuelt ønsker å diskutere. Behandlere som ikke er spesialister, er pålagt å ha systematisk veiledning med spesialist (veileder) både i utredningsfasen og løpende under behandlingen for alle sine pasienter.

- Konsernrevisjonen vurderer at tverrfaglig team er en nyttig arena for å gi faglig støtte for den enkelte behandler, samt sikre faglig konsensus rundt pasientforløpene.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er for lite systematikk og struktur rundt bruk av tverrfaglig team. 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 (Se også anbefaling ovenfor i samme kapittel).

Potensiale for mer systematisk oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene

Utover indikatorer for epikrisetid, pasienter uten ny kontakt, diagnosesetting, gjennomsnitt antall polikliniske konsultasjoner, er det i liten grad tilrettelagt for styringsinformasjon som belyser forhold ved utrednings- og pasientforløpene.

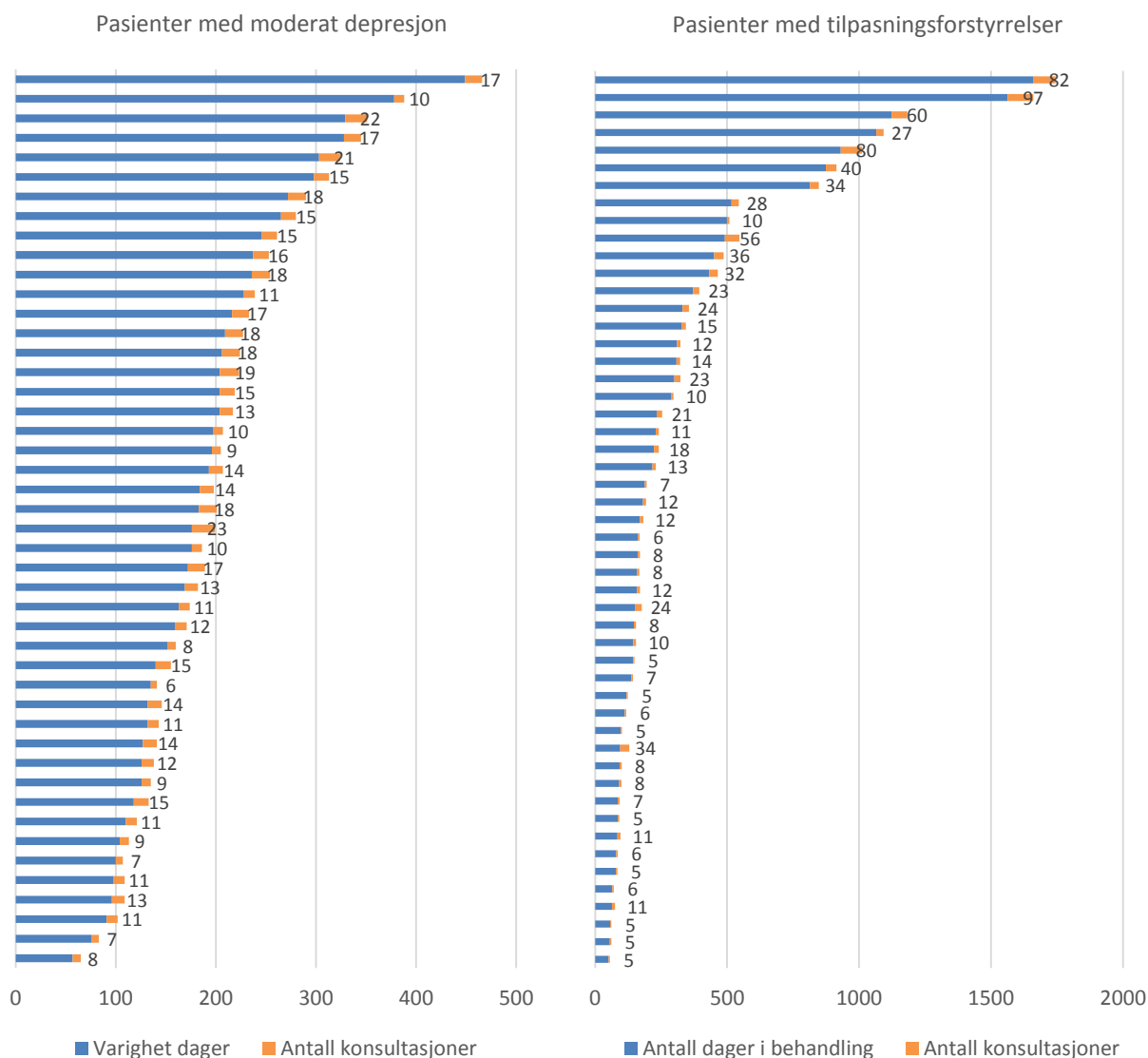
- Konsernrevisjonen vurderer at det er iverksatt enkelte oppfølgingsaktiviteter av utrednings- og behandlingsforløpene. Konsernrevisjonen vurderer likevel at det er potensiale for ytterligere bruk av styringsinformasjon, eksempelvis gjennom tilgjengelige rapporter i DIPS, som kan være hensiktsmessig i oppfølgingen av forløpene. Dette for å iverksette tiltak som kan redusere risikoen for ubegrunnet variasjon og ubegrunnede opphold i pasientforløpene. Dette behovet understøttes av analysene som vises nedenfor.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at ulike former for stikkprøver og/eller interne revisjoner kan være et hensiktsmessig tiltak som vil belyse sentrale forhold ved utrednings- og pasientforløpene.

Anbefaling

- Det bør etableres hensiktsmessige oppfølgingsaktiviteter av utrednings- og behandlingsforløpene, slik at mulig ubegrunnet variasjon kan korrigeres.

Analyser viser betydelig variasjon i enkelte av utrednings- og behandlingsforløpene

Som del av revisjonen er det gjort ulike uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hvor lenge pasientene går i behandling, antallet konsultasjoner og hvor hyppig det er mellom konsultasjonene innenfor flere diagnosegrupper. I tilknytning til dette er det også belyst variasjon mellom behandlere i poliklinikken. Figur 4 viser at det er betydelig variasjon i varigheten på behandlingen og antallet konsultasjoner mellom pasientene innenfor samme diagnosegrupper (moderat depresjon og tilpasningsforstyrrelser).

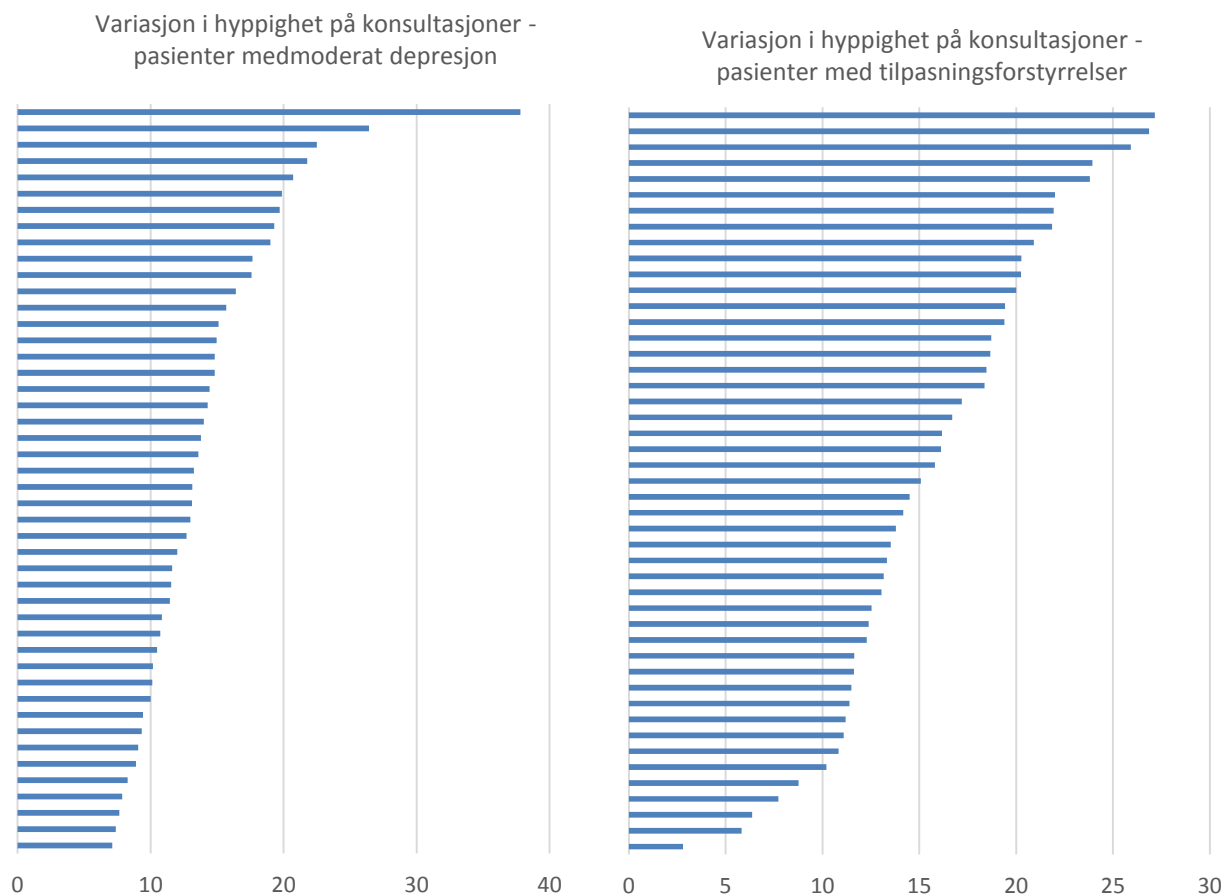


Figur 4 Varighet på behandlingen og antall konsultasjoner per pasient for diagnosegruppene moderat depresjon (ICD-10 F321 og F331) og tilpasningsforstyrrelser (ICD-10 F432 og F432). DIPS-rapport 2028. Kun pasienter med fem eller flere konsultasjoner og som avsluttet helsehjelpen i 2016/2017 er tatt med i figuren.

Figur 4 viser at varigheten på behandlingen for pasienter innenfor diagnosen moderat depresjon varierer fra rundt 60 dager til i overkant av ett år. Figuren viser videre at enkelte pasienter med lang

behandlingstid har like mange konsultasjoner som for pasienter med betydelig kortere behandlingstid. For diagnosen tilpasningsforstyrrelser, viser figuren at variasjonen på behandlingstid og antall konsultasjoner er enda mer fremtredende enn for diagnosen moderat depresjon.

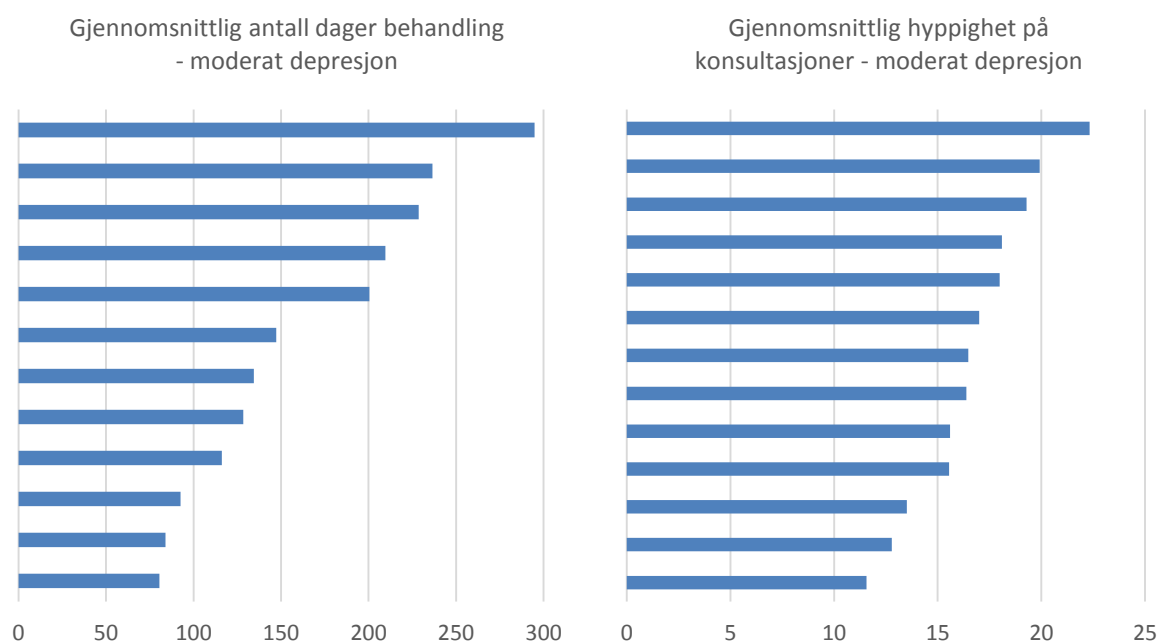
Figur 5 viser variasjon i gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner for pasienter med samme diagnoser som vist til i figur 4.



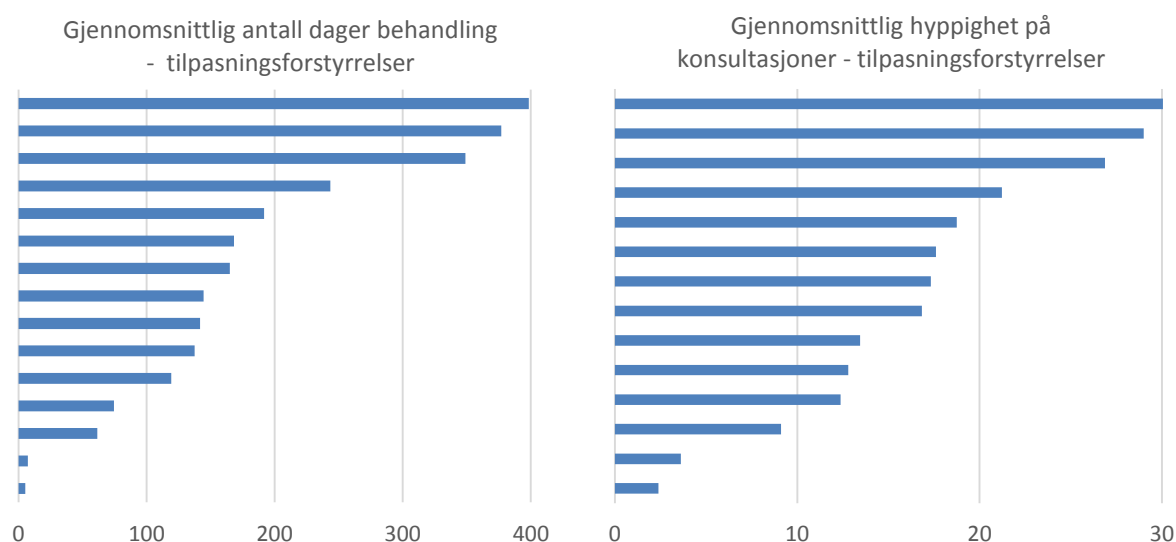
Figur 5 Gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner per pasient for diagnosegruppene moderat depresjon (ICD-10 F321 og F331) og tilpasningsforstyrrelser (ICD-10 F432 og F432). DIPS-rapport 2028. Kun pasienter med 4 eller flere konsultasjoner, og som avsluttet helsehjelpen i 2016/2017 er tatt med i figuren.

Figuren ovenfor viser at enkelte pasienter med diagnosen moderat depresjon var til konsultasjon i gjennomsnitt en gang per uke, mens andre pasienter var til konsultasjon i overkant av hver 3. uke. Om lag 56 % av pasientene med moderat depresjon har vært inne til konsultasjon hyppigere enn hver 14. dag. For pasienter med diagnosen tilpasningsforstyrrelser varierer gjennomsnittet på konsultasjonene fra hver 4-5 dager til i overkant av 50 dager. Om lag 43 % har vært inne til konsultasjon hyppigere enn hver 14. dag.

I figur 6 og 7 vises variasjon på behandlingstid og hyppighet på konsultasjonene mellom behandlere i poliklinikken for diagnosene moderat depresjon og tilpasningsforstyrrelser.



Figur 6 Gjennomsnittlig antall dager behandling (venstre side) og gjennomsnittlig hyppighet på konsultasjoner (høyre side) per behandler for pasienter med diagnosen moderat depresjon. DIPS-rapport 2028. Kun behandlere med mer enn 4 pasienter og som avsluttet helsehjelpen i 2016 og 2017 er tatt med i figuren. ICD-10 F321 og F331.



Figur 7 Gjennomsnittlig antall dager behandling (venstre side) og gjennomsnittlig hyppighet på konsultasjoner (høyre side) per behandler for pasienter med diagnosen tilpasningsforstyrrelser. DIPS-rapport 2028. Kun behandlere med mer enn 3 pasienter og som avsluttet helsehjelpen i 2016 og 2017, er tatt med i figuren. ICD-10 F431 og F432.

Figur 6 og 7 viser at det er stor variasjon mellom behandlerne i poliklinikken når det gjelder hvor lang tid pasientene er inne til behandling. Det er også store variasjoner mellom behandlerne i hvor ofte pasientene i gjennomsnitt er inne til behandling (høyre side i figur 6 og 7). Forskjellene som er vist i figur 6 og 7 viser særlig stor variasjon innenfor diagnosen tilpasningsforstyrrelser.

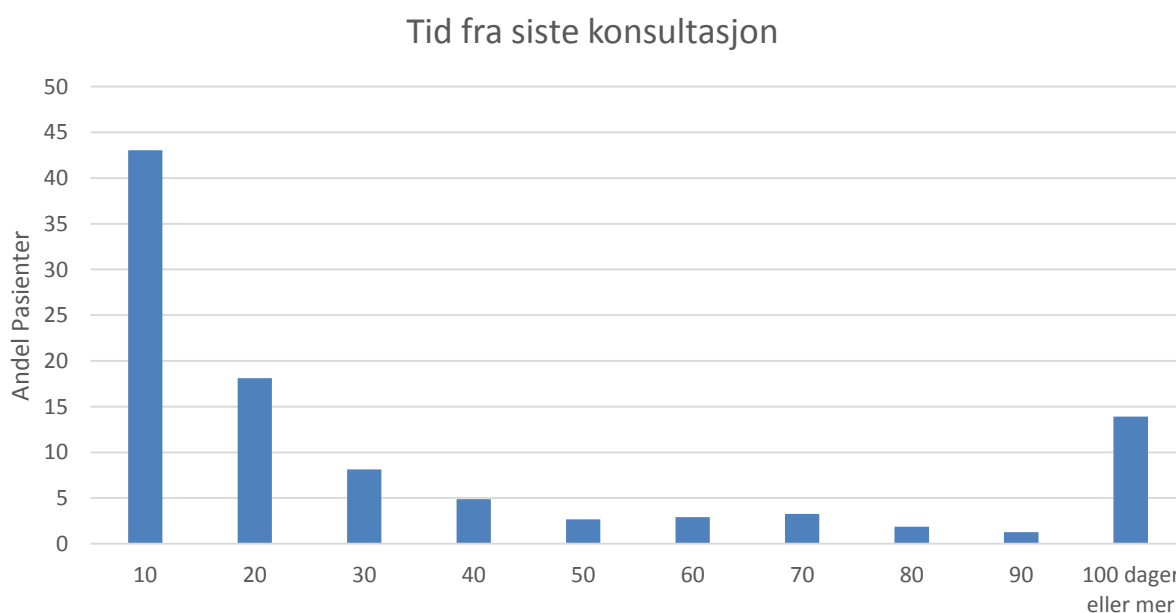
Poliklinikken viser til at noe av variasjonene som er vist i figurene 4 til 7 kan skyldes at poliklinikken praktiserer en fordeling av pasienter der enkelte behandlere får de «enkle» pasientene med behov for kortere forløp, mens andre får de mer «tyngre» pasientene med behov for lengre forløp. Det ble også vist til at variasjonen kunne skyldes at det har vært stor variasjon i hvilke utredningsmetodikk som benyttes,

men at det nå er fastsatt en standard utredningsmetodikk og at det nå skal dokumenteres dersom man fraviker fra denne. Det vises også til at det er en erkjent sak i poliklinikken at det er ubegrunnet variasjon i pasientforløpene, men at det er blitt bedre de senere årene og at det arbeides med utfordringen.

- Etter konsernrevisjonens vurdering viser uttrekkene (figur 4 til 7) at det er en del forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på varighet på behandling, antallet konsultasjoner, samt tid mellom konsultasjonene innenfor samme diagnosegruppe. Konsernrevisjonen vurderer at pasienter innenfor samme diagnosegruppe kan ha behov for ulike utrednings- og behandlingsforløp, men forskjellene og påvist fravær av systematikk knyttet til planlegging og oppfølging av pasientforløpene, indikerer at det er uønsket og ubegrunnet variasjon i poliklinikken.
- 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.

Opphold i helsehjelpen er i stor grad begrunnet

For å belyse om poliklinikkene har pasienter som blir stående uforholdsmessig lenge uten ny konsultasjon og eventuelt om denne er ubegrunnet, har konsernrevisjonen gjort et uttrekk av tidspunkt for når pasientene sist var inne til konsultasjon, se figur 8.



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

Figur 8 viser at mange pasienter har vært inne til konsultasjon innenfor siste to uker. Samtidig er det en betydelig andel pasienter med lang tid siden siste konsultasjon. Journalgjennomgangen viste at det i stor grad er velbegrunnede forklaringer på at det har gått lang tid siden siste konsultasjon, eksempel ved at pasienter for en periode er overført til en annen avdeling, er i ferd med å droppe ut av behandlingen eller er i en nedtrappingsfase i behandlingen. Journalgjennomgangen viste samtidig enkelte pasienter med ubegrunnede opphold i helsehjelpen, og enkelte pasienter som skulle vært avsluttet.

- Konsernrevisjonen vurderer det som alvorlig at enkelte pasienter har ubegrunnet opphold i helsehjelpen ettersom at dette kan medføre risiko for pasientsikkerheten. Etter konsernrevisjonens vurdering er det i tillegg behov for å rydde i pasientlistene for at disse er pålitelige (eksempelvis ved bruk av DIPS rapport 1117).

Anbefaling

- Avdelingen iverksetter tiltak for å unngå ubegrunnet opphold i helsehjelpen, samt rydding av pasientlistene.

God registreringspraksis av spesifiserte diagnoser

Ved avslutning av helsehjelpen skal det fastsettes en diagnose som videre fremkommer i epikrisen. Avdelingen viser til at de har iverksatt tiltak for bedre registrering av diagnoser. Et uttrekk fra DIPS⁷ viste at tiltaket for registrering av diagnoser hadde hatt stor effekt ettersom alle avsluttede pasienter for 2017 var registrert med spesifiserte diagnoser.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har gode rutiner for å sikre riktig registrering av diagnoser.

3.5 Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Potensiale for å formalisere føringer

Det er ikke etablert skriftlige føringer for hva som skal legges til grunn for beslutning om hvilken helsehjelp som skal gis, både ved utredning, behandling og kontroll. Det opplyses likevel om at poliklinikken skal benytte skjemaer for infeksjonsscreening og diverse scoringsskjema⁸, til hjelp for beslutning om helsehjelp. Det opplyses noe varierende praksis rundt bruk av disse. Det opplyses videre at poliklinikken har faste intervaller for kontroller etter kirurgisk behandling.⁹

Det er i varierende grad ledelsesoppfølging av forløpene, herunder bruken av de ulike skjemaene, men seksjonen har etablert møtearenaer for å diskutere forløpene, blant annet konservativ behandling i forkant av eventuell operasjon og kontrollhyppighet for ulike tilstander.

- Konsernrevisjonen vurderer at det vil være hensiktsmessig å etablere tydeligere føringer/prinsipper for hva som skal legges til grunn for beslutning om hvilken helsehjelp som skal gis ved utredning, behandling og kontroll. Føringerne (eksempelvis rutine og prosedyre) kan for eksempel beskrive prosessstegene med eventuelle sjekklister, scoreskjema etc. for beslutning. Dette vil etter konsernrevisjonens vurdering legge til rette for standardisert og enhetlig praksis, samt redusere mulig risiko for ubegrunnet variasjon. I tillegg vil økt sporbarhet muliggjøre bedre ledelsesoppfølging og herunder mulighet for å korrigere praksis. Dette fordrer imidlertid elektroniske løsninger som muliggjør dette på en hensiktsmessig og effektiv måte.

⁷ DIPS-rapport 2028. I uttrekket ble det lagt som forutsetning at pasientene hadde hatt 5 eller flere kontakter ettersom tentativ diagnose skal settes senest innen 5 konsultasjoner.

⁸ Harris Hip Score og Oxford Knee score.

⁹ Seksjonen har et prosjekt rundt bruk av fysioterapi i utredningen av enkelte tilstander (kne og skulder). Disse pasientene møter ortoped til første time på poliklinikken, men overføres til fysioterapeut for behandling i 3 måneder. Pasienten kommer deretter tilbake til ortoped og det vurderes videre helsehjelp.

3.6 Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Poliklinikken har lagt til rette for konsensus om forløpene

Poliklinikken benytter flere utrednings- og behandlingslinjer for utredning og behandling av revmatologiske lidelser. Det oppgis at dersom pasienten ut fra henvisningen vurderes som avklart settes pasient direkte til en behandlingslinje. Dersom det ved vurdering av henvisning er uavklart hva som feiler pasienten, kommer pasienten inn til utredning for å avklare videre helsehjelp. Flere av disse pasientene blir deretter satt i en behandlingslinje. Behandlingslinjene har definerte oppsett for utredning/behandling, med blant annet hyppighet på konsultasjoner, hvilken faggruppe som skal inn på ulike steder i utredningen/behandlingen, og hva som skal skje på de ulike konsultasjonene. Alt tilknyttet behandlingslinjene skal dokumenteres i henholdsvis journal og GTI. Behandlingslinjene er ofte tilknyttet forskningsprosjekter og følges opp gjennom lederlinjen og GTI.

I tillegg har poliklinikken i sin vaktplan alltid en overlege tilgjengelig som «supervisor». Det oppgis at rollen er etablert for å legge til rette med en diskusjonspartner for behandlerne ved spørsmål rundt videre forløp, samt for å bidra til konsensus innad i poliklinikken. I tillegg diskuteres pasientforløpene i ulike møtearenaer.

Revisjonen viser at poliklinikkens praksis rundt forløpene i varierende grad er skriftliggjort i overordnede rutiner.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken, gjennom bruk av behandlingslinjer og «supervisor», har iverksatt tiltak for å sikre konsensus og enhetlig praksis for en stor andel av pasientene som mottar helsehjelp.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det kan være hensiktsmessig å formalisere og tydeliggjøre praksis rundt oppstart helsehjelp, herunder type tester som skal gjennomføres i forkant av beslutning og hvordan dette dokumenteres. Dette gjelder særlig for utredningen av uavklarte pasienter som skal utredes i forkant av en eventuell behandlingslinje. Dette vil kunne redusere mulig risiko for ubegrunnet variasjon i disse forløpene.

4.0 Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer sykehuset 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 sykehuset 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)

4.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i sykehuset som sikrer at pasienter får informasjon om oppmøtetidspunkt i svarbrevet på henvisning, samt videre i pasientforløpet. Revisjonen har imidlertid vist følgende sentrale forbedringspunkter:

- Sykehuset har manglende føringer for timetildeling etter start helsehjelp og styring av ventelisten.
- Kirurgisk avdeling etablerer mer langsiktig bemanningsplanlegging for å sikre at pasienter får svarbrev med timeavtale innen 10 virkedager.
- Kirurgisk avdeling benytter riktige svarbrev ved avslag på henvisning for å sikre pasienter korrekt informasjon.

4.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:

1. Nyhenviste pasientene får timeavtale i første brev. I den sammenheng forventes det at sykehuset;
 - a. Sender svar på henvisningen 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. Om fristen gjelder utredning eller behandling
 - 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.¹⁰

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert føringer (retningslinjer, prosedyrer, rutiner, bruk av rapporter, osv.) i sykehuset 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 sykehuset 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. For at sykehuset skal være sikre på at de etablerte føringer etterleves må dette følges opp/monitoreres.

4.3 Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning

4.3.1 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Tilrettelagt for riktig informasjon i svarbrev til pasient og henviser

For pasienter som får rett til helsehjelp skal standard svarbrev fra Helse Sør-Øst benyttes til pasient og henviser. Dette svarbrevet inneholder informasjon om vurderingstidspunkt, rettighet - herunder frist, timeavtale og sted for oppmøte eventuelt tentativ dato for senest oppmøte, om de skal til utredning eller behandling. I tillegg er det utarbeidet et informasjonsark¹¹ som skal legges ved svarbrevet som inneholder generelle rettigheter, herunder informasjon om Helfo pasientformidling, klagemuligheter etc.

For de som ikke får rett til helsehjelp på grunn av ikke medisinsk indikasjon, er det utarbeidet et standard avslagsbrev med informasjon om vurderingstidspunkt, vurderingsutfall med begrunnelse og informasjon om klagemuligheter. Der pasienten er fra en annen helseregion og det ikke er kapasitet på sykehuset, er det utarbeidet et standardbrev hvor man avviser henvisningen på bakgrunn av manglende kapasitet i sykehuset. Det er videre utarbeidet et svarbrev for tilfeller der sykehuset ikke har egnet tilbud, hvor det i malen vises til at sykehuset har videresendt henvisningen til annet sykehus. Dersom henviser har krysset av på fritt behandlingsvalg skal henvisningen ikke videresendes, men returneres henviser ettersom det er viktig at pasienten selv velger sykehus¹².

- Konsernrevisjonen vurderer at sykehuset har lagt til rette for å gi pasienter informasjon i henhold til lovkravene.

Tilrettelagt for styringsinformasjon

Det er tilrettelagt for gode oversikter i DiaLis knyttet til styringsindikatorer knyttet til vurderingstid, samt andel timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning (direkte time).

- Konsernrevisjonen vurderer at det er tilrettelagt for styringsinformasjon som gir oversikt over status på vurderingsfrist og på timetildeling i svarbrevet på henvisning.

¹⁰ I enkelte tilfeller må man vente på prøvesvar, røntgenundersøkelser eller lignende for å avgjøre pasientens videre forløp. Å gi time i hånden er derfor ikke alltid gjennomførbart grunnet 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 timeavtale.

¹¹ EK.14-5.1.1.10.1.5.1

¹² EK.14-5.1.1.10.6

4.3.2 Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Føringene etablert i avdelingen – enkelte forbedringsområder i utarbeidelse og etterlevelse

Avdelingen har utarbeidet rutine¹³ for oppfølging av henvisninger etter at de er vurdert av inntaksteam. Etter vurdering skal henvisningene sendes til teamkoordinator som fordeler pasienter til behandlerne. Deretter skal henvisningen sendes i arbeidsflyt til henvisningsmottaket som setter opp timeavtaler og sender ut svarbrev. Dette skal gjøres fortløpende for å innfri kravet om 10 virkedagers vurderingsfrist.

For de som får rett til helsehjelp fremkommer det av rutine¹⁴ at standard svarbrev fra Helse Sør-Øst benyttes. For pasienter med *ikke rett til helsehjelp* skal standard avslagsbrev benyttes. I avslagsbrevet skal begrunnelsen fra vurderingsnotatet limes inn. Avdelingens rutine skiller ikke mellom avslag på rettighet og avvist på grunn av manglende tilbud/kapasitet slik som overordnede rutiner gjør. Det vises videre til at det skal legges ved et informasjonsskriv om rettigheter, men at dette ikke er oppdatert i kvalitetssystemet.

Journalgjennomgangen viste at svarbrev på henvisninger sendes gjennomgående til både pasient og henviser. Uttrekk fra DIPS viste at svarbrev i hovedsak blir sendt innen kravet på 10 virkedager. Testing i journal viste at standard svarbrev til både rettighetspasienter og pasienter som får avslag benyttes i tråd med føringene.

Foruten pasienter som var henvist til «Raskere tilbake», var det ikke pasienter på ventelisten til start helsehjelp. Hvis pasienter ikke møter ble det påpekt at pasientene får en ny indirekte kontakt i behandlerens timebok. Pasientene fremkommer da ikke på ventelisten, men fremkommer på det som heter oppmøtelisten. Dette gjøres for å sikre at behandlerne følger tett opp pasientene knyttet til ny timetildeling for start helsehjelp. Denne praksisen er ikke beskrevet i rutiner.

- Konsernrevisjonen vurderer at sykehusets rutiner og praksis for svarbrev, herunder timetildeling, i stor grad er i tråd med overordnede krav. Det er imidlertid noen uklarheter knyttet til avdelingens rutiner knyttet til svarbrev for pasienter som ikke får rett til helsehjelp ved at det ikke skilles mellom avslag på rettighet (ikke medisinsk indikasjon) eller avvises (og eventuelt videresendes til annet sykehus) på grunn av manglende tilbud eventuelt manglende kapasitet. Konsernrevisjonen vurderer at mulige uklarheter i rutinene innebærer risiko for at pasienter vil kunne få misvisende svarbrev.
- Revisjonen vurderer det er gode innarbeidede rutiner knyttet til oppfølging av pasienter, herunder de som ikke møter, som skal starte helsehjelpen. Revisjonen vurderer imidlertid at manglende skriftlig rutine for ikke møtt pasienter gir risiko for at rutinen ikke følges.

¹³ Dok. 11-2.3.1.6

¹⁴ EK.11-2.3.1.5

4.3.3 Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Riktig innhold i svarbrev til rettighetspasienter, men sendes ut for sent

Testing viser at standard svarbrev benyttes og disse sendes gjennomgående til pasient og henviser. Henvisningene vurderes i all hovedsak innen kravet på 10 virkedager.¹⁵ Testing viser imidlertid at svarbrev for pasienter som får rett til helsehjelp ikke gjennomgående sendes innen 10 virkedager. Et uttrekk fra ventelisten i mai 2017¹⁶ viste at 220 pasienter sto på ventelisten til første time. Av disse var det 156 pasienter hvor vurderingstiden på 10 virkedager var overskredet. Flere av disse pasientene hadde ventet over 2 måneder på svarbrev fra sykehuset.

Det ble vist til at årsaken til at seksjonen ikke sendte ut svarbrev innen krav, var at man ikke fikk avklart fastsettelse av timeavtale for pasientene. Dette skyldtes manglende oppgaveplanlegging i GAT, samt at timebøkene til den enkelte behandler ikke i tilstrekkelig grad var åpen for planlegging frem i tid. Det ble vist til at timebøkene åpnes for en periode av gangen, eksempelvis januar-mai. I påvente av at en kommende periode skal åpnes, er det ikke mulig å gi pasientene timer i kommende periode. Videre medfører manglende godkjente avtaler for LIS at deres timebøker ikke åpnes.

- Konsernrevisjonen vurderer det som alvorlig at pasienter ikke mottar den svarbrev med timeavtale innen 10 virkedager. Manglende svar på henvisning gir manglende informasjon og forutsigbarhet for pasient. Dette gjelder særlig pasienter som har fått frist for start helsehjelp langt frem i tid.
- Konsernrevisjonen vurderer det som hensiktsmessig å kommunisere, eventuelt tydeliggjøre avdelingens rutine¹⁷, knyttet til ansvar og roller for planlegging av legeressurser. I rutinen fremkommer det at seksjonsoverlegene har ansvar for å koordinere alt legefravær i egen seksjon, og at fravær i størst mulig grad skal være planlagt 6 måneder frem i tid.

Anbefalinger

- Sykehuset må sikre at alle avdelinger etablerer minimum 6 måneders løpende planleggingshorisont som blant annet legger til rette for at alle pasienter får svarbrev på henvisning innen 10 virkedager. Se også kapittel 6.2

Feil svarbrev til pasienter som avvises på grunn av manglende helsetilbud

Uttrekk fra DIPS viser at seksjonen i perioden januar 2016 til mai 2017 ga 251 avslag på henvisninger, hvor 107 av disse hadde avslagskoden «manglende tilbud».¹⁸ Testing i journal viser at alle svarbrev sendes både pasient og henviser. Pasienter som får avslag på rettighetsvurderingen grunnet manglende medisinsk indikasjon får svarbrev til riktig tid med riktig innhold. Henvisninger som avvises på grunn av manglende tilbud, mottar standard avslagsbrev i stedet for avvistbrev på grunn av manglende tilbud. Poliklinikken sender i tillegg til avslagsbrevet et brev hvor det fremkommer at Diakonhjemmet har manglende tilbud og anbefalinger om riktig henvisningsinstans.

- Konsernrevisjonen vurderer at bruk av feil svarbrev medfører at pasienter får feilaktig og tvetydig informasjon. Konsernrevisjonen vurderer at praksisen kan skyldes manglende opplæring knyttet til overordnede føringer.

¹⁵ 98 % av mottatte henvisninger i 2017 er vurdert innenfor kravet på 10 virkedager.

¹⁶ Uttrekk av ventelisten til første konsultasjon pr. 22. mai 2017.

¹⁷ EK.5-3.3.1

¹⁸ DIPS-rapport 6813.

Anbefaling

- Avdelingen bør sikre at det benyttes riktige brevmalen i svarbrev.

4.3.4 Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Svarbrev sendes til riktig tid og med riktig innhold

Test i journal viser at poliklinikken sender ut riktige svarbrev for både pasienter med rett og ikke rett til helsehjelp. Ved rett til helsehjelp gis timeavtale i svarbrevet. Poliklinikken etterstreber å ringe pasientene for å avklare tidspunkt for første time før svarbrev sendes ut. Dersom pasienten ikke får rett til helsehjelp, sender poliklinikken, i tillegg til et avslagsbrev, et eget brev til pasient og henviser med utdypende begrunnelse for avslaget.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkens vurdering av henvisninger og utsendelse av svarbrev er i henhold til regelverket. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det vil være hensiktsmessig å lime inn utdypende informasjon om begrunnelse for avslaget i svarbrevet på henvisning, i stedet for å sende to ulike svarbrev til pasient og henviser.

4.4 Oppmøtetidspunkt gjennom forløpet

4.4.1 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Manglende føringer for timetildeling og styring av ventelisten

Det er ikke utarbeidet overordnet føringer for timetildeling etter start helsehjelp, samt styring av ventelisten.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er manglende føringer knyttet til å gi nytt oppmøtetidspunkt for pasienter som har startet helsehjelpen og skal ha ny konsultasjon, samt styring av ventelisten. Etter konsernrevisjonens vurdering vil manglende føringer for å gi ny timeavtale etter endt konsultasjon gi risiko for at pasientene ikke får timeavtale til riktig tid.

Anbefaling

- Sykehuset bør utarbeide føringer knyttet til av bruk av timeavtale, eventuelt tentativ dato, når pasientene skal ha videre helsehjelp.

4.4.2 Allmennpsykiatrisk poliklinikk - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Ikke etablert lokale føringer

Avdelingen har ikke utarbeidet skriftlig rutine knyttet til å gi nytt oppmøtetidspunkt etter en endt konsultasjon - enten ved å gi ny timeavtale¹⁹ eller en tentativ dato²⁰. Det er videre ikke etablert rutiner for bruk og oppfølging av ventelister.

- Konsernrevisjonen vurderer at avdelingen må tilpasse eventuelle lokale føringer ut fra overordnede føringer. Se vurdering og anbefaling til overordnet nivå.

¹⁹ Pasienter som har fått timeavtale vises på oppmøtelisten og er da ikke på ventelisten

²⁰ Pasienter som ikke har fått timeavtale, men en tentativ dato, fremkommer på ventelisten

Timeavtaler gis løpende

Gjennomgangen viste at behandlerne i poliklinikken selv setter opp nye timeavtaler for pasientene. Dersom pasienten ikke møter skal sekretær sette en ny indirekte kontakt i behandleres timebok innen en uke, slik at behandler skal huske å sette opp en ny timeavtale for pasienten. Praksisen medførte at ingen av pasientene stod på en felles venteliste, men på oppmøtelisten til den enkelte behandler.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken har god praksis for å sikre at pasientene får løpende timeavtaler, herunder ved ikke møtt.

4.4.3 Seksjon ortopedi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Ikke etablert lokale føringer

Seksjonen har ikke etablert egne føringer for eksempelvis styring av forløpene, timetildeling, samt ventelisten.

- Konsernrevisjonen vurderer at avdelingen må tilpasse eventuelle lokale føringer ut fra overordnede føringer. Se vurdering og anbefaling til overordnet nivå.

Potensiale for mer langsiktig planleggingshorisont

Dersom legen vurderer at pasient skal til operasjon settes disse opp på ventelisten og pasientkoordinator planlegger operasjonene. Innkalling til operasjon sendes ca. 4 uker i forkant. Uttrekk fra ventelisten til operasjon²¹ viser 65 pasienter. Av disse var det 26 pasienter som fortsatt ventet på en operasjonsdato og står med en «blank kontakt» på ventelisten. De resterende 39 pasienter hadde fått en operasjonsdato, men avbestilt. Disse står på ventelisten med en tentativ dato. Det opplyses om at det er et vesentlig antall pasienter som avbestiller timer, og at dette medfører betydelig re-planlegging.

Etter operasjon får pasienter automatisk timeavtale for 2, 4 og 6 ukers kontroller, mens de får en tentativ dato når de skal inn til henholdsvis 6 og 12 måneders kontroll. Uttrekk fra ventelisten for kontroller²² viser at 930 pasienter sto på venteliste til kontroll. Av disse var 100 pasienter passert tentativ dato, og dette var i hovedsak pasienter til 12 måneders kontroll.

For å sikre god informasjonsflyt sender poliklinikken poliklinisk notater etter alle polikliniske konsultasjoner til fastlege og pasient.

- Konsernrevisjonen vurderer at seksjonen har etablert en praksis som sikrer kontroll og oversikt av pasienter skal til operasjon og til kontroll. Etter konsernrevisjonens vurdering vil en mer langsiktig planlegging av bemanning og aktivitet bidra til mer forutsigbarhet for pasient, som igjen vil kunne redusere omfanget av avbestillinger (jf. vurdering og anbefaling i kapittel 4.3.3).
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er viktig å sikre tilstrekkelig oppfølging av kontrollpasientene slik at også disse pasientene får time innen det som er satt på bakgrunn av en medisinsk faglig vurdering.

Anbefaling

- Seksjonen bør følge opp ventelisten slik at alle pasienter blir fulgt opp innen oppsatt tentativ dato.

²¹ Uttrekk av ventelisten til operasjon pr. 22. mai 2017.

²² Uttrekk av ventelisten til kontroll pr. 22. mai 2017.

4.4.4 Poliklinikk revmatologi - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Egne føringer etablert for timetildeling etter start helsehjelp

Poliklinikken har føringer for timetildeling til polikliniske konsultasjoner for pasienter som ikke deltar i forskningsprosjekt, samt ulike typer kontroller. Retningslinjen angir hvordan timetildeling og utsendelse av brev skal registreres og gjennomføres, varighet på ulike typer kontakter, fremgangsmåte ved avbestilling, samt prioritering av kontroller. I tillegg skal kontaktårsak fylles ut med kort beskrivelse av type kontakt.

Poliklinikken oppgir at de kategoriserer det løpende inntaket av pasienter i tre grupper. Høyest prioritert er øyeblikkelig hjelp-pasienter og alle nyhenviste. Videre er det pasienter som er i faste behandlingsforløp/linjer, mens gruppe tre er de øvrige pasientene.

Poliklinikken har årlig om lag 29000 pasientkontakter.²³ Poliklinikken gir pasientene enten ny timeavtale i hånden eller en tentativ dato i henhold til kategorisering og føringene i behandlingslinjene. Uttrekk viser at poliklinikken har nærmere 7000 pasientkontakter på ventelisten²⁴. Av disse er det rundt 850 kontakter som har passert tentativ dato. Tilnærmet alle disse pasientkontaktene tilhører gruppe tre, som er den lavest prioriterte gruppen pasienter. Det vises til at årsaken skyldes kapasitetsutfordringer. Det opplyses om at pasienter i gruppe 3 kan ta kontakt dersom noe oppstår og få time på poliklinikken raskt. Pasienter som tilhører gruppe 1 og 2 blir fulgt tettere opp og svært få har passert tentativ dato.

For å sikre god informasjonsflyt sender poliklinikken poliklinisk notater etter alle polikliniske konsultasjoner til fastlege.

- Etter konsernrevisjonens vurdering har poliklinikk for revmatologi etablert tiltak som legger til rette for å gi pasienter likeverdige og forutsigbare utrednings- og behandlingsforløp.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er viktig å sikre tilstrekkelig oppfølging av de lavest prioriterte pasientene, slik at også disse pasientene får time innen det som er satt på bakgrunn av en medisinsk faglig vurdering.

Anbefaling

- Poliklinikken bør følge opp ventelisten slik at alle pasienter blir fulgt opp innen oppsatt tentativ dato.

²³ Revmakirurgiske og ortopediske konsultasjoner er ikke med blant disse.

²⁴ Uttrekk fra ventelisten pr 22. mai.

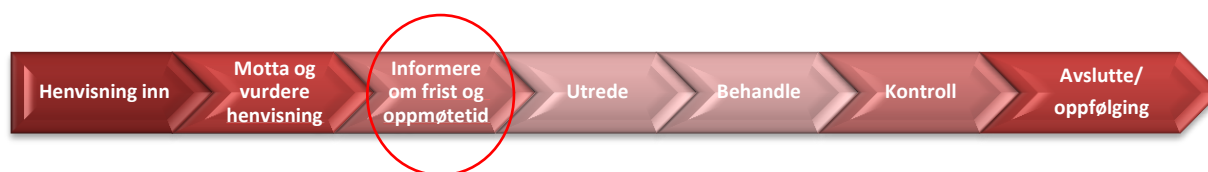
5.0 Helfo pasientformidling

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven medførte at helseforetakene/sykehusene overtok ansvaret for å varsle Helfo pasientformidling ved fristbrudd. Helseforetakene/sykehusene skal 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.

5.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det ikke er utarbeidet overordnede føringer i sykehuset eller i avdelingen for oppfølging av ventelister og videreformidling av mulige fristbruddpasienter. Revidert poliklinikk har ikke hatt fristbruddproblematikk og derfor ikke benyttet etablerte føringer.

5.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:

1. Ved mulig fristbrudd er sykehuset pliktig å finne et tilbud til pasienten innen juridisk frist.
 - a. Sykehuset 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). Alternativt behandlingstilbud (konkret) som ble gitt pasient skal fremkomme i journal.
 - ii. Sykehuset 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 sykehuset ikke er i stand til å finne tilbud innenfor fristen, skal Helfo pasientformidling umiddelbart kontaktes gjennom en egen portal.
 - i. Sykehuset kan forhøre seg om pasienten vil bli formidlet til Helfo pasientformidling. Dersom pasienten ikke ønsker dette skal det registreres som fristbrudd i sykehuset.

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert rutiner i sykehuset 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. Sykehuset bør videre følge opp at krav og føringer etterleves.

5.3 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Føring er ikke etablert – poliklinikkene har ikke hatt fristbruddproblematikk

Dokumentgjennomgangen viser at det ikke er etablert føring for håndtering av fristbruddpasienter i sykehuset. Poliklinikkene har ikke fristbruddproblematikk og dermed ikke benyttet alternative behandlingssteder eller Helfo pasientformidling.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende føring i sykehuset gir risiko for manglende etterlevelse av gjeldende regelverk hvis det vil oppstå kapasitetsutfordringer som gir fristbruddproblematikk.

6.0 Andre observasjoner

Konsernrevisjonen har gjennom revisjonen gjort enkelte observasjoner som har betydning for problemstillingene som er belyst i rapporten, samt for øvrige prosesser i sykehuset.

6.1 Ansvar og oppgaver

Det er mange aktører som er involvert for å gi gode pasientforløp. For å sikre likeverdig og forutsigbar helsehjelp er det viktig at ansvar og oppgaver i og mellom linje og stab er tydelig plassert og kjent. Dette gjelder blant annet ansvar for følgende sentrale oppgaver:

- Sørge for at kvalitetssystemet er oppdatert, dekkende og etterleves
- Sørge for nødvendig opplæring i nye krav
- Legge til rette for ressursstyring som støtter forutsigbare pasientforløp
- Sørge for at prioriteringspraksis og pasientforløpene følges opp

Revisjonen viser at det ikke gjennomgående er utarbeidet lederavtaler og stillings- og funksjonsbeskrivelse, men at det er påbegynt et arbeid for å etablere dette.

- Konsernrevisjonen vurderer krav og forventninger overfor leder og medarbeider må fremgå og være kjent. Det innebærer at ansvar og oppgaver i og mellom linje og stab er avklart, forstått og skriftliggjort. Dette for å sikre felles måloppnåelse.

Anbefaling

- Sykehuset bør etablere et helhetlig system for fordeling av ansvar og oppgaver i sykehuset.

6.2 Ressursstyring – aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

For å sikre gode pasientforløp er det nødvendig med god innsikt i aktivitetsgrunnlaget ettersom dette er viktig for planlegging av bemanning og ressurser.

Revisjonen viser at enhetene i varierende grad har analysert forventet aktivitet og sett dette opp mot behovet for bemanning og ressurser.

- For å utnytte tilgjengelige ressurser på en god måte, vurderer konsernrevisjonen at poliklinikkene i større grad bør belyse sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet for planlegging og oppfølging. Dette vil blant annet bidra til at poliklinikkene vil ha bedre kontroll over pasientlogistikken – både når det gjelder pasientene som skal påbegynne helsehjelpen og for de som er inne i et utrednings- og behandlingsforløp.
- Konsernrevisjonen vurderer at ressursstyringen på sykehuset bør gjøres på en mest mulig ensartet måte, både for å gi lederstøtte og at man kan sammenligne innad og mellom avdelinger. Dette vil etter konsernrevisjonens vurdering blant annet medføre at sykehuset får et bedre beslutningsgrunnlag for fordeling av ressurser innad og mellom avdelinger.

Anbefaling

- Sykehuset bør tilrettelegge for et felles system for ressursstyring slik at enhetene på en enhetlig måte belyser sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet i sitt planleggings- og oppfølgingsarbeid.

Vedlegg - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag
Pasient- og brukerrettighetsloven
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet med mer)
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
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2016) - Indikatorer for måling av uberettiget variasjon
Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2015 og 2016
Utvalg prosedyrer fra Diakonhjemmet Sykehus sitt kvalitetssystem
IS-1388. Veileder fra Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. Distrikts psykiatriske sentre
IS-1570. Veileder fra Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.
DIPS-rapport 2028 – avsluttede konsultasjonsserier allmennpsykiatrisk poliklinikk (periode 01.01.15 til 31.05.17)
DIPS-rapport 3964 – aktivitetsrapport pr behandler allmennpsykiatrisk poliklinikk (periode 01.01.16 til 31.05.17)
DIPS-rapport 1117 – Polikliniske pasienter pr terapeut allmennpsykiatrisk poliklinikk (pr 31.5.2017)
DIPS-rapport 6813 – henvisninger til allmennpsykiatrisk poliklinikk (periode 01.11.15 til 31.05.17)
Uttrekk fra venteliste for poliklinikk allmennpsykiatri pr 31.5.17
DIPS-rapport 6813 for ortopedi og revmatologi – henvisninger mottatt (01.11.15 til 22.05.17)
Uttrekk fra venteliste for poliklinikk revmatologi pr 22.5.17
Uttrekk fra venteliste for seksjon for ortopedi pr 22.5.17

Gjennomførte samtaler
Arne Refsum, Avdelingssjef kirurgisk avdeling
Anne Nørsett Groussard, Rådgiver Klinisk IKT
Rita Solveig Olsen, Kontorleder Kirurgisk avdeling
Einar Sivertsen, ortoped, seksjon ortopedi, Kirurgisk avdeling
Jostein Arnesen, seksjonsleder kontortjenesten, Revmatologisk avdeling
Randi Askeland, enhetsleder kirurgisk poliklinikk
Kari Eikvar, seksjonsoverlege Ortoped/revmakirurgi, Kirurgisk avdeling
Manuel Hantke, analyseavdelingen
Trond Munkejord, analyseavdelingen
Kari Janne Hernes, pasientkoordinator kirurgisk avdeling
Elisabeth Hope, pasientkoordinator kirurgisk avdeling
Therese Bjør Rønningen, HR-direktør
Anne Wenche Lindboe, Direktør for fag, kvalitet og ikt
Kristine Nerbye, enhet for administrasjon og økonomi, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Stig Hegnar, Ortoped, Kirurgisk avdeling
Anders Husby, assisterende avdelingsoverlege Kirurgisk avdeling
Kjetil Bergsmark, assisterende avdelingsoverlege Revmatologisk avdeling
Tore Kvien, Avdelingssjef revmatologisk avdeling
Sølvi Ristvedt Molvik, enhetsleder revmatologisk poliklinikk
Lars Fridtjof Karoliussen, overlege revmatologisk avdeling
Inger Jorid Berg, overlege revmatologisk avdeling
Cecilie Skule, Avdelingssjef Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Solgunn Hesseberg, inntakskoordinator, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Harald Aulie, seksjonsleder allmennpsykiatrisk poliklinikk, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Kim Edgar Karlsen, assisterende avdelingssjef, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Kari Kaja Iler, overlege allmennpsykiatrisk avdeling, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Ida Stubberud, teamleder, allmennpsykiatrisk avdeling, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Grete Jakobsen, Enhetsleder administrasjon og økonomi, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Ellen Moholt, sykepleier, Revmatologisk avdeling

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
27. april 2017	Varsel om internrevisjon
9. mai 2017	Innledende møte
31. mai 2017	Oppstart revisjon
2. oktober 2017	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
19. oktober 2017	Tilbakemelding utkast rapport
1. november 2017	Oversendelse endelig rapport
Ikke fastsatt	Behandling av revisjonsrapport i Diakonhjemmet Sykehus sitt styre