

**Konsernrevisjonen**  
**Rapport 16/2017**

**Revisjon av Likeverdig og  
forutsigbar helsehjelp**

*Martina Hansens Hospital*

Revisjonsperiode: desember 2017-januar 2018

Konsernrevisjonen, 1.2.2018

# Introduksjon

Det er et helsepolitisk mål at befolkningen skal ha likeverdige og forutsigbare helsetjenester av god kvalitet på tvers av geografi og sosiale grupper. Pasient- og brukerrettighetsloven ble i 2015 endret for å i større grad understøtte dette målet. I tillegg har oppdragsdokumentene fra Helse Sør-Øst i de senere årene hatt økende oppmerksomhet på uønsket variasjon på helsehjelp som gis. Det fremkommer at kunnskap om kapasitetsutnyttelse aktivt skal brukes som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Målet med revisjonen er å undersøke og vurdere hvordan sykehuset sikrer pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov.

Følgende problemstillinger er belyst i revisjonen:

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

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet desember 2017-januar 2018.

# INNHOOLD

<b>1. Konklusjoner og anbefalinger</b>	<b>4</b>
1.1 Konklusjoner	
1.2 Anbefalinger	
<b>2. Kontekst</b>	<b>6</b>
<b>3. Tilnærming</b>	<b>7</b>
3.1 Metodisk tilnærming	
3.2 Omfang og avgrensning	
3.3 Revisjonskriterier	
<b>4. Prioritering av nyhenviste pasienter</b>	<b>8</b>
4.1 Innledning	
4.2 Observasjoner	
4.3 Vurderinger	
<b>5. Utrednings- og behandlingsforløp</b>	<b>10</b>
5.1 Innledning	
5.2 Observasjoner	
5.3 Vurderinger	
<b>6. Tidspunkt for helsehjelp</b>	<b>12</b>
6.1 Innledning	
6.2 Observasjoner – timeavtale i svarbrev	
6.3 Vurderinger – timeavtale i svarbrev	
6.4 Observasjoner – timeavtale gjennom forløpet	
6.5 Vurderinger – timeavtale gjennom forløpet	
<b>7. Bruk av Helfo pasientformidling</b>	<b>15</b>
7.1 Innledning	
7.2 Observasjoner	
7.3 Vurderinger	
<b>Vedlegg</b>	<b>16</b>
1. Revisjonskriterier	
2. Informasjonsgrunnlag	
3. Gjennomførte samtaler	

# 1. Konklusjoner og anbefalinger



## 1.1 Ortopedisk avdeling har i stor grad lagt til rette for likeverdige og forutsigbare helsetjenester

Ny pasient- og brukerrettighetslov og prioriteringsforskrift skal bidra til å sikre at pasienter og brukere får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Revisjonen har vist at avdeling for ortopedi ved Martina Hansens Hospital arbeider med å implementere nytt lovverk, samt andre krav som er satt for å sikre gode pasientforløp. Revisjonen viser enkelte forbedringspunkter, men konsernrevisjonen vurderer at avdelingen i stor grad legger til rette for å sikre pasienter likeverdige for forutsigbare helsetjenester. Vurderingen begrunnes med følgende forhold:

- Avdelingen har lagt til rette for konsensus ved vurdering av nyhenviste pasienter
- Avdelingen har lagt til rette for konsensus i utredning- og behandlingsforløpene
- Avdelingen gir i stor grad helsehjelp innen planlagt tid
- Avdelingen kan i større grad sikre korrekt informasjon til pasient og henviser i svarbrev på henvisning

### **Avdelingen har lagt til rette for konsensus ved vurdering av nyhenviste pasienter**

Det er lagt til rette med føringer som skal sikre enhetlig praksis for prioritering av nyhenviste pasienter. Videre gis det løpende opplæring i disse og etablert praksis følges opp gjennom ulike møtearenaer og oppfølgingsaktiviteter. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det kan iverksettes tiltak som kan forbedre registreringspraksis ved vurderingen.

### **Avdelingen har lagt til rette for konsensus i utredning- og behandlingsforløpene**

Avdelingen har etablert flere føringer som bidrar til å legge til rette for enhetlig praksis ved beslutning om behandlingstilbud, eksempelvis operasjon eller annen behandling. Konsernrevisjonen vurderer videre at avdelingen har ulike arenaer og oppfølgingsaktiviteter som sikrer konsensus i utrednings- og behandlingsforløpene.

### **Avdelingen gir i stor grad helsehjelp innen planlagt tid**

Revisjonen viser at det store flertallet pasienter får helsehjelp innen planlagt tid, men at en liten andel kontrollpasienter venter 1-2 måneder utover planlagt tid. Konsernrevisjonen vurderer at avdelingen har god kontroll over pasientlogistikken, men at det samtidig er viktig å etterstrebe at alle pasienter får timeavtaler innen planlagt tid.

### **Avdelingen kan i større grad sikre korrekt informasjon til pasient og henviser i svarbrev på henvisning**

Revisjonen har vist at avdelingen har etablert føringer som i stor grad legger til rett for å sikre pasienter forutsigbar helsehjelp. Det er imidlertid enkelte mangler ved utsendelse av svarbrev på henvisning. Manglende informasjon til pasient og henviser reduserer mulighet til å kunne ha et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å følge opp henvisningen.



## **1.2 Anbefalinger**

Konsernrevisjonens vurdering er at fokus i forbedringsarbeidet etter revisjonen bør være å sikre riktig informasjon ved svar på henvisning:

- Avdelingen bør sikre at henviser får kopi av svarbrev for pasienter som får rett til helsehjelp.
- Avdelingen bør sikre at pasienter som får avslag på rettighetsvurderingen eller som blir avvist på grunn av manglende tilbud, får svarbrev på henvisningen i likhet med henviser. Pasientene som får avslag på rettighetsvurderingen må få informasjon om sine rettigheter i svarbrevet.

## 2. Kontekst



### 2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

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 personellens side.

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

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

I tillegg til endringer i lovverket er Helseatlas etablert for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i ulike geografiske områder. Analyser fra Helseatlas viser at det er relativt stor variasjon i bruken av helse-tjenester innenfor flere fagområder. Forskjellene kan blant annet indikere at det ikke tilbys likeverdige helsetjenester for alle deler av befolkningen.

### 2.2 Martina Hansens Hospital

Sykehuset er eid av Stiftelsen Martina Hansens Hospital, og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Martina Hansens Hospital har rundt 300 ansatte.

Sykehuset er et spesialsykehus for pasienter med muskel- og skjelettplager og revmatiske sykdommer. I tillegg har sykehuset som oppgave å drive forskning, opplæring av pasienter og pårørende, og utdanning av helsepersonell.

Sykehuset utfører nærmere 35 000 konsultasjoner og 4 600 operasjoner årlig. Utredning og behandling skjer både ved poliklinikk og innleggelse. Den ortopediske avdelingen er blant de avdelingene i Norge som setter inn flest leddproteser.

# 3. Tilnærming



## 3.1 Metodisk tilnærming

Det er benyttet ulike metoder for å belyse hvordan sykehuset har sikret etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven:



Oversikt over gjennomførte samtaler/intervjuer, gjennomgått dokumentasjon og styringsdata fremgår av vedlegg 2.

## 3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet avdeling for ortopedi ved Martina Hansens Hospital. Både etablert intern kontroll og etterlevelse av regelverk er belyst for hver av problemstillingene.

## 3.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier og undersøkelsesmål er utledet fra krav og føringer som er angitt både i lover, forskrifter og gjennom krav gitt i oppdraget til sykehuset;

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Prioriteringsforskriften
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Oppdrag og bestillingsdokumentet til Martina Hansens Hospital 2017

Revisjonskriteriene er nærmere beskrevet for hver av problemstillingene i vedlegg 1.

# 4. Prioritering av nyhenviste pasienter

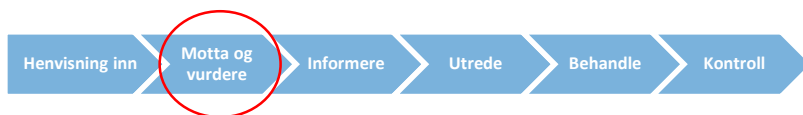


## 4.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

Pasient- og brukerrettighetsloven viser til at alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand innen 10 virkedager. Sykehuset skal legge prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger. Revisjonen har belyst hvilke tiltak sykehuset har iverksatt for å etterleve lovkrav og bruk av prioriteringsveilederne.



Figur 1 Hvor prioritering av henvisninger finner sted i pasientforløpet

For å sikre at overordnet regelverk knyttet til prioritering imøtekommes, har revisjonen sett på hvilke føringer (rutiner, prosedyrer mv.) som er etablert i sykehuset, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging av prioriteringspraksis som er etablert.

Revisjonen har i tillegg testet hvordan vurderingen registreres i DIPS.

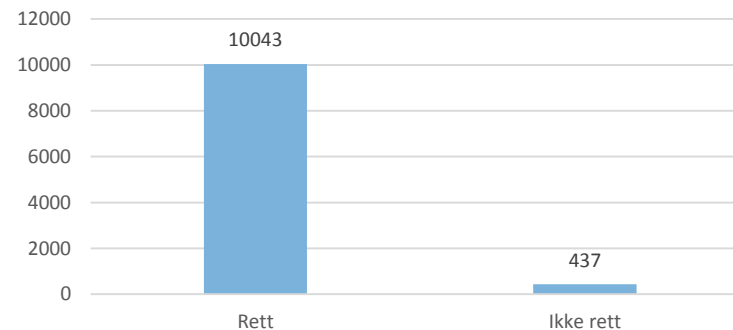
## 4.2 Observasjoner

Sykehuset har føringer for mottak og vurdering av henvisninger, med fastsatte tidsfrister for de ulike stegene i forløpet; fra henvisningen mottas, vurderes og til svarbrev sendes ut.

Videre har de enkelte seksjonene utarbeidet kortversjoner av de nasjonale prioriteringsveilederne. Disse angir blant annet aktuelle tilleggsundersøkelser (røntgen etc.) før time på poliklinikken, samt kriterier for hvilke juridiske frister som benyttes. I tillegg til de faglige vurderingene beskriver veilederne hvordan dette skal registreres i DIPS. Dersom pasienten bør raskere inn til utredning eller behandling enn anbefalt i veilederen, skal kommentarfeltet i vurderingsbildet i DIPS benyttes.

Konsernrevisjonen har observert enkelte uklarheter i føringene for hvordan fristdato skal registreres i DIPS i de tilfeller der man fraviker fra prioriteringsveileder. Dette kan være årsaken til at dette registreres noe ulikt.

Revisjonen viser at avdelingen, i likhet med øvrige ortopediske avdelinger, i alle hovedsak gir rett til helsehjelp (96 %) ved vurdering av henvisninger (se figur 2).

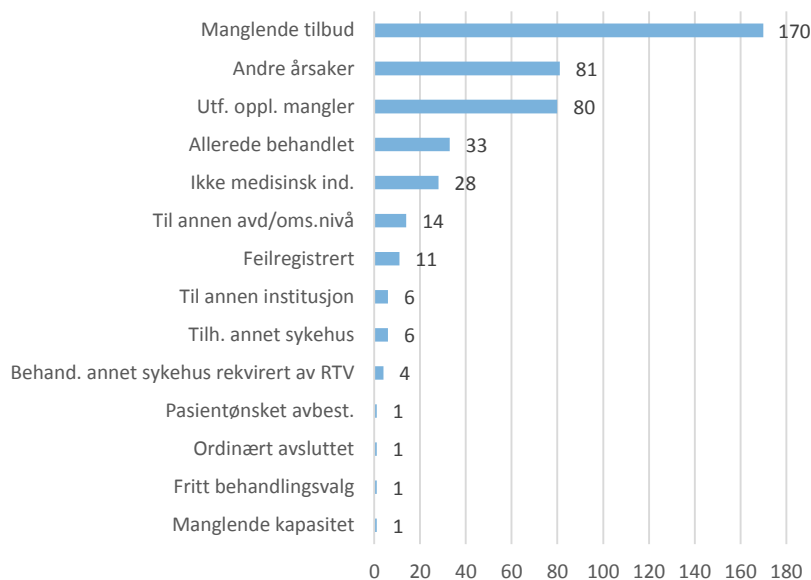


Figur 2 Antall pasienter med rett/ikke rett i 2017. DIPS-rapport 6813





For de fire prosentene som ikke får rett til helsehjelp skyldes dette først og fremst manglende tilbud (avvist) ved sykehuset og i mindre grad manglende medisinsk indikasjon (avslag). Se figur 3 under. Journalgjennomgangen viste enkelte tilfeller av feil bruk av årsakskoder.



Figur 3 Fordeling årsakskoder til avslag/avvist. 2017. DIPS-rapport 6813.

Seksjonsoverlegene har ansvar for prioriteringspraksisen i egen seksjon og det gjennomføres jevnlig opplæring i føringene. Videre er det etablert ulike møtearenaer hvor vurdering av henvisninger diskuteres.

## 4.3 Vurderinger

Konsernrevisjonen vurderer at ortopedisk avdeling har etablert et system som i hovedsak ivaretar kravene ved vurderingen av nyhenviste pasienter. Revisjonen viste enkelte svakheter ved registrering av vurderingene.

### 4.3.1 Noe ulik registreringspraksis

Revisjonen viste noe ulik praksis for registrering av fristdato og begrunnelse i DIPS der man fraviker prioriteringsveilederen. Konsernrevisjonen vurderer at dette ikke har fått direkte konsekvenser for pasientene, ettersom timetildelingen tar hensyn til eventuelle merknader om kortere frist. Vi vurderer imidlertid at dette kan redusere kvaliteten på styringsdata, samt at pasienter kan få feil informasjon om juridisk frist i svarbrev på henvisning. Konsernrevisjonen vurderer derfor at det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre hvordan fristdato og begrunnelse skal registreres i DIPS, når man fraviker veilederen.

På bakgrunn av enkelte feil ved bruk av årsakskoder, vurderer konsernrevisjonen at det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre praksis for bruk av disse. Dette for å sikre korrekt styringsinformasjon.

# 5. Utrednings- og behandlingsforløp



## 5.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

I de senere årene har det vært økende nasjonal oppmerksomhet rundt uønsket variasjon i helsehjelpen. Dette gjelder eksempelvis variasjon i hvilken type helsehjelp som gis samt variasjoner i forbruk av gitte helsetjenester. Revisjonen har derfor belyst hvilke tiltak sykehuset har iverksatt for å sikre at like pasienter får et mest mulig likeverdig helsetilbud uavhengig av alder, etnisitet, bosted mv.



Figur 4 Hvor utrednings- og behandlingsforløpene finner sted i pasientforløpet

For å sikre at pasienter med like diagnoser får likeverdige utrednings- og behandlingsløp har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging som er etablert.

## 5.2 Observasjoner

Det er utarbeidet prosedyrer som skal benyttes som beslutningsstøtte for valg av behandlingstilbud innenfor ulike tilstander. Disse inneholder eksempelvis definerte kriterier for valg av operasjon, eventuelt konservativ behandling.

Ved valg av operasjon fremkommer indikasjoner for valg av type protese, operasjonsbeskrivelser, og kontrollregime etter operasjon etc. Prosedyrene skal minimum revideres hvert annet år og det vises til at disse skal være i tråd «beste praksis» på området. I tillegg er det utarbeidet flere flyt-skjemaer og behandlingslinjer som beskriver de ulike stegene i forløpene.

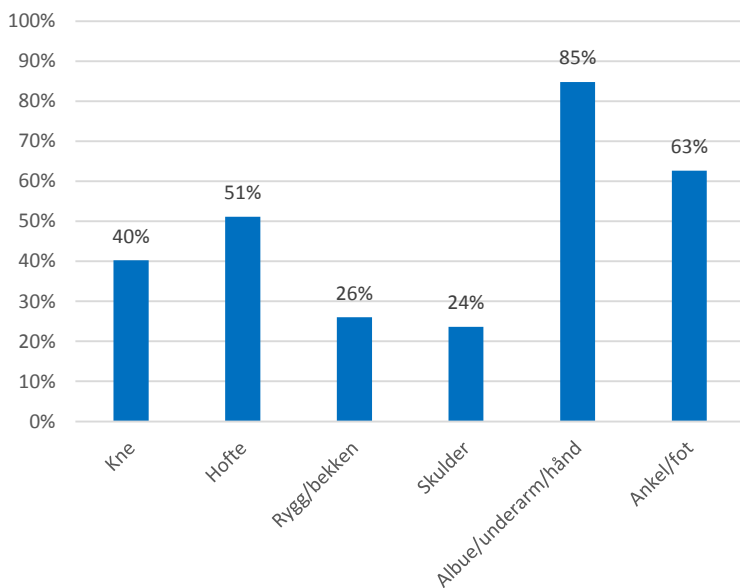
Det fremkommer gjennom intervju at det er flere forhold enn hva som fremkommer i prosedyren, som påvirker valg av behandlingstilbud. Dette gjelder eksempelvis sykehistorie, pasientens egen vurdering av helsetilstand samt pasientens ønsker og preferanser ut fra informasjon som sykehuset gir om alternative behandlingstilbud. Sykehuset har gjennom «mestersvenn», intern undervisning og faste møtearenaer gjennomgang av hva de skal gi av informasjon til pasient ved valg av mulige behandlingstilbud. I tillegg er det utarbeidet informasjonsskriv med utdypende informasjon knyttet til enkelte behandlingstilbud.

Beslutning om valg av behandlingstilbud skal dokumenteres i journal. Dersom man fraviker fra prosedyren skal begrunnelsen dokumenteres. Konsernrevisjonens journalgjennomgang viser at sykehuset gjennomgående dokumenterer begrunnelse for valg av behandlingstilbud.

Gjennom samtaler vises det til at avdelingen har arbeidet med å sikre at legene vurderer valg av behandlingstilbud likt. Dette skjer gjennom prinsippet om «mestersvenn», intern undervisning og gjennom faste møtearenaer i seksjonene. I tillegg blir vurderingene kvalitetssikret ved felles gjennomgang av operasjonsprogrammet. Det vises til at det her kan bli diskusjoner om pasienter som er satt opp til operasjon er i tråd med etablert praksis i sykehuset.



Avdelingen følger videre opp deler av helsehjelpen gjennom rapportering til kvalitetsregister, samt at avdelingsleder følger opp ulike aktivitetsmål. I 2015 og 2017 har det i tillegg blitt gjort analyser av hvor stor andel av rettighetspasientene som faktisk blir operert innenfor ulike spesialiteter. Figur 5 viser at andelen pasienter som ble operert varierte fra 24 % til 85 % innenfor de ulike spesialitetene.



Figur 5 Andel rettighetspasienter som blir operert fordelt på de ulike spesialitetene ved Martina Hansens Hospital. Tall fra 2015.

## 5.3 Vurderinger

### 5.3.1 Sykehuset har lagt til rette for konsensus i utrednings- og behandlingsforløpene

Konsernrevisjonen vurderer at avdelingen har etablert flere føringer som bidrar til å legge til rette for enhetlig praksis for beslutning for valg av behandlingstilbud, eksempel operasjon eller ikke.

Konsernrevisjonen vurderer at det kan være et potensiale for å tydeliggjøre hvilken informasjon pasienter skal motta og gjennomgå før beslutning om behandlingstilbud. Dette for å sikre at pasienter har fått nødvendig informasjon og kan medvirke til endelig beslutning om valg av helsehjelp. Konsernrevisjonen vurderer i tillegg at dokumentasjon av dette i journal vil sikre økt sporbarhet, som vil være viktig ved eventuelle klager.

Konsernrevisjonen vurderer videre at avdelingen har ulike arenaer og oppfølgingsaktiviteter som sikrer konsensus i utrednings- og behandlingsforløpene. Etter konsernrevisjonens vurdering er avdelingens oppfølging av andel operasjon et godt tiltak for å følge opp utvikling i helsetilbudet over tid, samt sammenligne internt i den enkelte seksjon. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det vil være relevant å sammenligne dette med tilsvarende avdelinger i andre sykehus.

# 6. Tidspunkt for helsehjelp



## 6.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer sykehuset forutsigbarhet for pasienter knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?

Oppmøtetidspunkt for helsehjelp er viktig for å sikre forutsigbarhet når pasienter skal få helsehjelp. Revisjonen har belyst om og hvordan sykehuset gir oppmøtetidspunkt til pasienter i svarbrev på henvisning og for pasienter som er i et forløp.



Figur 6 Hvor timetildeling finner sted i pasientforløpet – både før start helsehjelp (svar på henvisning) og etter helsehjelpen er startet

For å sikre forutsigbarhet om tidspunkt for helsehjelp har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging som er etablert. Revisjonen har i tillegg testet hvordan dette håndteres i DIPS.

## 6.2 Observasjoner - timeavtale i svarbrev på henvisning

Revisjonen viser at det er etablert rutine for utsendelse av svarbrev med timeavtale for rettighetspasienter, samt for pasienter som får avslag på henvisningen eventuelt blir avvist. I tillegg er det utarbeidet maler for svarbrev til rettighetspasienter.

Revisjonen viste enkelte svakheter ved føringene:

- Det fremkommer ikke at svarbrev til rettighetspasienter også skal sendes henviser.
- Det er ikke utarbeidet beskrivelse eller maler for innhold i svarbrev for pasienter som får avslag på rettighetsvurderingen eller avvises på grunn av manglende tilbud mv.

Testing viser at svarbrev på henvisning i hovedsak sendes innen 10 virkedager. Svarbrevene inneholder i stor grad informasjon i henhold til lovkravene. Revisjonen har samtidig observert enkelte svakheter:

- Ved rett til helsehjelp sendes ikke svarbrev til henviser.
- Ved avslag på rettighetsvurderingen eller avvising på grunn av manglende tilbud etc, får pasienter ikke gjennomgående svarbrev på henvisningen.
- Informasjon om "Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten" legges ikke ved svarbrev når pasient får avslag på rettighetsvurderingen.



## 6.3 Vurdering - timeavtale i svarbrev på henvisning

### 6.3.1 Enkelte svakheter i føringer og etterlevelse

For å gi riktig informasjon i svarbrev til henviser og pasient, er det viktig med tydelige rutiner og maler for dette. Revisjonen viste enkelte svakheter i føringene. Dette medfører risiko for at sykehuset i enkelte tilfeller ikke gir tilstrekkelig informasjon til pasient og henviser.

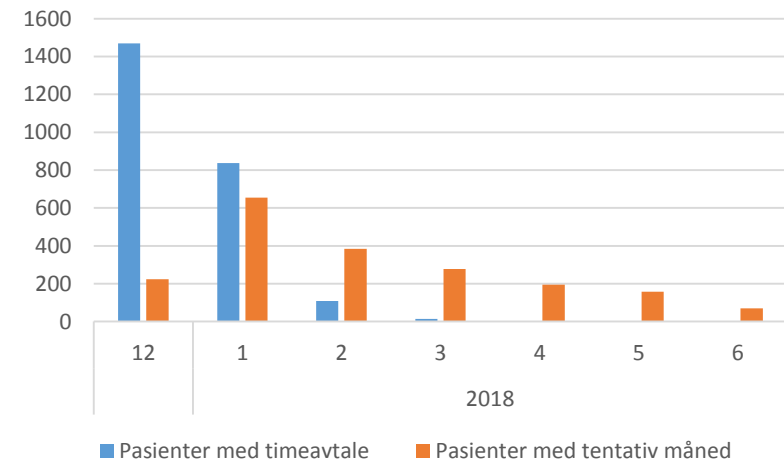
Testing viser at henviser ikke får svarbrev på henvisning for pasienter som får rett til helsehjelp. Manglende informasjon reduserer henvisers mulighet til å kunne ha et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å kunne følge opp pasienten.

Videre viser testing at pasienter som får avslag eller avvises ikke gjennomgående får tilsendt svarbrevet. Ved avslag får pasienter dermed ikke informasjon om sine rettigheter, eksempelvis klageadgang. Fravær av svarbrev til pasient medfører både manglende forutsigbarhet for pasient og mulighet for å følge opp vurderingen som er gjort. I tillegg kan fravær av informasjon om pasientens rettigheter medføre risiko for at pasienten har manglende informasjonsgrunnlag for å ivareta sine rettigheter, eksempel at det finnes mulighet for å klage på vurderingen.

## 6.4 Observasjoner - timeavtale gjennom forløpet

Revisjonen viser at det er etablert enkelte føringer for tildeling av timeavtaler etter at helsehjelpen er påbegynt. Det fremkommer gjennom intervju at pasienter som skal ha ny konsultasjon får direkte timeavtale etter endt konsultasjon, eller en tentativ måned. Det fremkommer ikke når pasienter med en tentativ måned skal innkalles. Poliklinikken oppgir imidlertid at det er praksis at pasientene får innkalling en måned før konsultasjon.

Figur 7 viser at poliklinikken har gitt timeavtaler til en stor andel pasienter 1-2 måneder frem i tid.

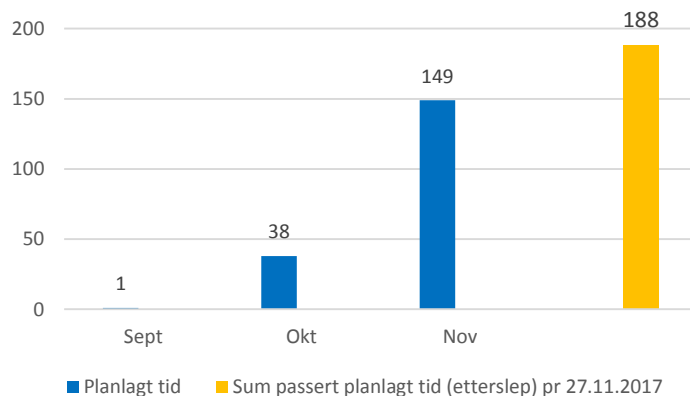


Figur 7 Planleggingshorisont pr 27. november 2017. DIPS-rapport 4829.



Uttrekk viser at avdelingen i gjennomsnitt har ca 1200 konsultasjoner pr måned og at de fleste pasienter som skal inn til konsultasjon får timeavtale i henhold til planlagt tid.

Figur 8 viser at avdelingen hadde totalt 188 pasienter som ikke hadde fått timeavtale innen planlagt tid (tentativ måned), og at disse har ventet 1-2 måneder utover oppsatt tid. En del av pasientene med passert planlagt tid er satt opp til 5 eller 10-års kontroll.



Figur 8 Antall pasienter passert planlagt behandlingstid og hvor langt tilbake i tid. DIPS-rapport 4829.

## 6.5 Vurdering - timeavtale gjennom forløpet

### 6.5.1 Det gis i stor grad forutsigbar helsehjelp innen planlagt tid

For å gi pasienter forutsigbar helsehjelp og ivareta pasientsikkerheten, er det en forutsetning at sykehuset har etablert tilstrekkelige føringer for timetildeling og oppfølging av ventelisten. Revisjonen har vist at føringene i stor grad er dekkende. Revisjonen viser samtidig at det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre når sykehuset skal gi timeavtale til pasienter som står på ventelisten med en tentativ måned.

Revisjonen viser videre at en liten andel av pasientene ikke får helsehjelp innen planlagt tid, men at disse pasientene har ventet relativt kort tid utover oppsatt tid. Konsernrevisjonen vurderer at avdelingen har god kontroll over pasientlogistikken og i all hovedsak sikrer at pasienter får time i henhold til planlagt tid. Samtidig er det viktig å etterstrebe at alle pasienter får timeavtaler innen planlagt tid, herunder gi tilstrekkelig informasjon om status til pasient dersom dette ikke er mulig.

# 7. Bruk av Helfo pasientformidling



## 7.1 Innledning

I dette kapitlet 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 sykehusene overtok ansvaret for å 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.



Figur 9 Hvor bruken av Helfo pasientformidling fremkommer i pasientforløpet

For å sikre riktig bruk av Helfo pasientformidling har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert og testet hvordan dette håndteres praksis.

## 7.2 Observasjoner

Revisjonen viser at det er etablert prosedyre for å unngå fristbrudd. Denne beskriver uttak av ukentlig rapport, ansvar og roller, samt fremgangsmåte for eventuelt å melde disse til Helfo pasientformidling.

Sykehuset har imidlertid ikke utfordringer med fristbrudd og har dermed ikke benyttet Helfo pasientformidling.

## 7.3 Vurdering

### 7.3.1 Føringer etablert – ikke fristbruddproblematikk

For å sikre at pasienter ivaretas ved fremtidige fristbrudd, må sykehuset ha gode rutiner for håndtering av disse pasientene, herunder dialog med Helfo pasientformidling. Sykehuset har etter konsernrevisjonens vurdering etablert tilstrekkelige føringer, som kan benyttes ved eventuell fristbruddproblematikk.

# Vedlegg 1 - revisjonskriterier

## **Prioritering av nyhenviste**

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

- Sykehuset legger prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert.
- Sykehuset vurderer følgende ved prioriteringen:
  - Om pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus)
  - For de med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal det settes en juridisk frist for start helsehjelp
  - Om den juridiske fristen innfris ved start utredning eller start behandling
- Sykehuset dokumenterer vurderingene i journal, herunder:
  - Dersom sykehuset velger en annen praksis enn prioriteringsveilederen, må den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges.
  - 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 føringer. 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.

## **Utrednings- og behandlingsforløp**

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

- Sykehuset må organiseres på en slik måte at helsepersonellet settes i stand til å overholde sine lovpålagte krav til forsvarlig helsehjelp.
- Det utarbeides polikliniske notater etter sentrale steg i forløpet som journalføres og sendes i kopi til fastlege.
- 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, sjekklister, skjema, bruk av rapporter 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.



## Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

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

- Nyhenviste pasienter får timeavtale i første brev. I den sammenheng forventes det at:
  - Svar på henvisningen sendes innen 10 virkedager til pasient og henvisende instans.
  - Informerer om følgende i svarbrev til nyhenviste pasienter:
    - Resultatet av vurderingen
    - Juridisk frist for start helsehjelp
    - Om friste gjelder utredning eller behandling
    - Oppmøtetidspunkt og sted for pasienter med kortere frist enn 4 måneder
    - Tentativ uke for pasienter med lengre frist enn 4 måneder
    - Informasjon om Helfo pasientformidling
- Pasienter får, hvis mulig, oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timeavtaler etter at helsehjelpen er startet.

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 av timetildeling på poliklinikkene. For at sykehuset skal være sikre på at de etablerte føringer etterleves må dette følges opp/monitoreres.

## Helfo pasientformidling

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

Ved mulig fristbrudd er sykehuset pliktig å finne et tilbud til pasienten innen juridisk frist.

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

# Vedlegg 2

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

Informasjonsgrunnlag	
Pasient- og brukerrettighetsloven	IS-8/2015 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet med mer)	IS-2331 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister
Spesialisthelsetjenesteloven	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2016) - Indikatorer for måling av uberettiget variasjon
Helseforetaksloven	Utvalgte rutiner og prosedyrer fra Martina Hansens Hospital sitt kvalitetssystem
Helsepersonelloven	Prioriteringsveileder - ortopedi. Helsedirektoratet.
Forskrift om pasientjournal	DIPS-rapport 4829 - Timetildeling/oppmøtetid
Brev av 6. november 2009 fra Helsedirektoratet til Sykehuset Østfold HF. Dokumentasjonskrav i forbindelse med vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten	DIPS-rapport 6817 - Oversikt Polikliniske besøk i perioden
Prioriteringsforskriften	DIPS-rapport 6813 - Oversikt henvisninger mottatt i periode
Forskrift om ventelisteregistrering	Uttrekk fra venteliste - per 27.11.17
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Oppdragsdokument Martina Hansens Hospital 2017
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.	

# Vedlegg 3

Tabell 2 Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel/rolle
11.12.2017	Tor Kjetil Nerhus, avdelingsleder ortopedi
12.12.2017	Hilde Mjølid, avdelingsleder sengepost/leder poliklinikk
12.12.2017	Stig Heir, seksjonsoverlege ortopedi
12.12.2017	Wenche Elstad, leder kontortjenesten
12.12.2017	Wenche Kikut, inntakskontoret
12.12.2017	Monica Inger Åse Skrondal, kvalitetssjef
12.12.2017	Trine Årmot Andreassen, avd. sekretær ortopedisk avdeling
15.12.2017	Lars Bjune, overlege ortopedi
15.12.2017	Daniel Storli, økonomidirektør



## **Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**

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»

## **Om revisjonsprosjektet:**

Revisjonsperiode: desember 2017 – januar 2018

Virksomhet: Martina Hansens Hospital

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen oppdragseier
- Anders Tømmerås oppdragsleder
- Hans Petter Eide internrevisor

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Martina Hansens Hospital v/styreleder
- Administrerende direktør i Martina Hansens Hospital
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF

### **Våre rapporter:**

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

[www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen)