

Rapport 3/2017

Likeverdig og forutsigbar helsehjelp Vestre Viken HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
10.05. 2017

Rapport nr.	3/2017
Revisjonsperiode	Januar 2017 – mars 2017
Virksomhet	Vestre Viken HF
Rapportmottaker	Styret i Vestre Viken HF ved styreleder Administrerende direktør Vestre Viken HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Anders Tømmerås, Hans Petter Eide (oppdragsleder), Espen Anderssen (oppdragseier)

Innhold

1	Likeverdig og forutsigbar helsehjelp - sammendrag	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Konklusjoner	4
1.2.1	Varierende dokumentasjon av begrunnelsene for rettighetsvurderingene	5
1.2.2	Manglende oppfølging av prioriteringspraksis	6
1.2.3	Mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp	6
	Vedlegg 1: Rapport	8
1	Innledning	10
2	Prioritering av nyhenviste pasienter	12
3	Utrednings- og behandlingsforløp	19
4	Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	28
5	Helfo pasientformidling	33
6	Vedlegg	35

1.0 Likeverdig og forutsigbar helsehjelp - sammendrag

1.1 Bakgrunn

Målet med denne revisjonen har vært å undersøke og vurdere hvordan utvalgte enheter innen psykisk helsevern i Vestre Viken HF sikrer pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester. I dette ligger også å vurdere om helseforetaket har sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov som blant annet innbefattet følgende endringer:

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

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

I revisjonen er følgende problemstillinger undersøkt:

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

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



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

I revisjonen ble det valgt å revidere to allmennpsykiatriske poliklinikker i henholdsvis DPS Asker og DPS Kongsberg i Klinikk for psykisk helse og rus.

Utkast rapport ble oversendt helseforetaket 29. mars 2017. Helseforetaket har gitt kommentarer på utkastet som i hovedsak er innarbeidet i denne rapporten.

1.2 Konklusjoner

Vestre Viken HF har gjennomført flere tiltak for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Revisjonen viser likevel at helseforetaket ikke har tilstrekkelig styring og kontroll over enkelte forhold i pasientforløpet innenfor psykisk helsevern, noe som særlig gjelder utrednings- og behandlingsforløpene. Etter konsernrevisjonens vurdering medfører dette risiko for at "like" pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp, og at det blir ubegrunnede opphold i helsehjelpen. Dette begrunnes ut fra følgende forhold:

- Det er varierende dokumentasjon av begrunnelsene for rettighetsvurderingene for nyhenviste pasienter. Dette gir risiko for manglende sporbarhet.
- Det er manglende oppfølging av prioriteringspraksis. Dette gir risiko for ulik prioritering.
- Mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp gir risiko for uberettiget variasjon i helsehjelpen innenfor sammenlignbare diagnosegrupper.

1.2.1 Varierende dokumentasjon av begrunnelsene for rettighetsvurderingene

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

Forbedringsområde	Observasjoner og vurderinger
Dokumentasjon av rettighetsvurderingene	Poliklinikkene dokumenterer i ulik grad begrunnelsene av rettighetsvurderingene En av poliklinikkene dokumenterer begrunnelsene for pasienter som får rett og de som får avslag på henvisningen. Den andre poliklinikken har manglende dokumentasjon på begrunnelsene for de som får rett til helsehjelp. Konsernrevisjonen vurderer at manglende begrunnelser reduserer sporbarheten av hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen. Begrunnelse vil blant annet være viktig informasjon ved klagesaker og dersom noe skulle skje med pasienten i perioden før helsehjelpen har startet. I tillegg kan inntaksmøtets vurderinger gi viktig informasjon for behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling.

Sentral anbefaling

- Helseforetaket bør utarbeide overordnede føringer for å dokumentere begrunnelsene fra rettighetsvurderingene, slik at enhetene imøtekommer krav og sikrer lik praksis der dette er hensiktsmessig.

1.2.2 Manglende oppfølging av prioriteringspraksis

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

Forbedringsområder	Observasjoner og vurderinger
Oppfølging av prioriteringspraksis	Potensiale for mer systematisk oppfølging av prioriteringspraksis Revisjonen viste at klinikken ikke hadde etablert systematisk oppfølging av vurderingspraksis. Konsernrevisjonen vurderer at manglende systematisk oppfølging av vurderingspraksis innebærer risiko for at like henvisninger vurderes ulikt i og mellom poliklinikkene.
Sentral anbefaling	
Klinikken bør følge opp vurderingspraksis systematisk for å sikre mest mulig lik prioritering av henvisninger.	

1.2.3 Mangler ved planlegging og oppfølging av utrednings- og behandlingsforløp

Konsernrevisjonen har vurdert om helseforetaket har etablert tiltak for sikre systematisk og enhetlig praksis knyttet til utrednings- og behandlingsforløpene. Revisjonen har vist følgende sentrale forbedringsområder:

Forbedringsområder	Observasjoner og vurderinger
Utrednings- og behandlingsplaner	Poliklinikkene dokumenterer ikke plan for utrednings- og behandlingsforløpene til en stor del av pasientene Det foreligger ikke overordnede føringer for utredning- og behandlingsforløpene, herunder bruk av behandlingsplan. Revisjonen viser videre at det er varierende bruk av utrednings- og behandlingsplaner i poliklinikkene. Konsernrevisjonen vurderer at manglende føringer for - og bruk av utrednings- og behandlingsplan, reduserer forutsigbarheten for den enkelte pasient, behandler og henviser/fastlege.
Fagstøtte	Det er manglende formalisering av faglig støtte til behandlerne Det er ikke føringer i klinikken for bruk av fagstøtte i poliklinikkene. De reviderte poliklinikkene har likevel lagt til rette for faglig støtte til behandlerne gjennom tverrfaglige team/behandlermøter hvor de kan diskutere nye pasienter, få bistand til å diskutere eksempelvis diagnose, plan, videre behandling eller avslutning. Det er imidlertid i stor grad opp til den enkelte behandler selv å bestemme om de deltar og hva som eventuelt tas opp. Konsernrevisjonen vurderer at ansvaret og oppgaven til tverrfaglig team ikke er tilstrekkelig formalisert og tydeliggjort. Dette gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for manglende stoppunkter og dialog/diskusjon om pasientenes utrednings- og behandlingsforløp. Dette gir videre risiko for at «like» pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp avhengig av hvilken behandler de har.

Oppfølging	Det er varierende systematikk og innhold i oppfølgingen av utrednings- og behandlingsforløpene Analyser av utrednings- og behandlingsforløp innenfor enkelte diagnosegrupper, viser at det er relativt store forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antallet konsultasjoner, tid mellom konsultasjonene, og total varighet på behandlingen. Denne type analyser blir ikke belyst i oppfølgingen i helseforetaket. I tillegg viser analyser at det er tilfeller hvor det er ubegrunnede opphold i helsehjelpen og at epikriser ikke sendes innen 7 virkedager. Konsernrevisjonen vurderer at mangel på systematisk oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene gir risiko for manglende informasjon om driften i poliklinikken, herunder om det er ubegrunnet variasjon eller ubegrunnede opphold i helsehjelpen. Dette medfører manglende mulighet for å korrigere driften.
------------	--

Sentrale anbefalinger

- Klinikken bør utarbeide føringer for utrednings- og behandlingsforløpene, herunder bruk av behandlingsplan.
- Klinikken bør utarbeide føringer for fagstøtte, slik at dette formaliseres og tydeliggjøres i poliklinikkene.
- Klinikken bør legge til rette for styringsinformasjon som kan benyttes i poliklinikkene til å følge opp utrednings- og behandlingsforløpene.

Vedlegg 1

Rapport: Likeverdig og forutsigbar helsehjelp Vestre Viken HF

Innhold

1.0	Innledning	10
1.1	Bakgrunn og beskrivelse	10
1.2	Mål og problemstillinger	10
1.3	Pasientforløpet	10
1.4	Valgte enheter i Vestre Viken HF	11
1.5	Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode	11
1.6	Veiledning til leseren	11
2.0	Prioritering av nyhenviste pasienter	12
2.1	Oppsummering	12
2.2	Revisjonskriterier	12
2.3	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	13
2.4	Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	14
3.0	Utrednings- og behandlingsforløp	19
3.1	Oppsummering	19
3.2	Revisjonskriterier	19
3.3	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	20
3.4	Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	21
3.5	Andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger	25
4.0	Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	28
4.1	Oppsummering	28
4.2	Revisjonskriterier	29
4.3	Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning	29
4.3.1	Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	29
4.3.2	Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	30
4.4	Oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp	31
4.4.1	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	31
4.4.2	Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	32
5.0	Helfo pasientformidling	33
5.1	Oppsummering	33
5.2	Revisjonskriterier	33
5.3	Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	34
5.4	Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger	34
	Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling	35
	Vedlegg 2 - Utdypende føringer for prioritering	37
	Vedlegg 3 - Utdypende føringer for utrednings- og behandlingsforløp	38
	Vedlegg 4 - Utdypende føringer for oppmøtetidspunkt til helsehjelp	39
	Vedlegg 5 - Utdypende føringer for Helfo pasientformidling	40

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 og beskrivelse

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

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

I 2018 vil det videre bli innført pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus. Pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling av ulike tilstander. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling der disse finnes. Målet er å forbedre behandlingstilbudet, gi økt forutsigbarhet og oversikt over forløpet for både pasient og behandler, samt redusere uønsket eller uberettiget variasjon i utredning og behandling.¹

1.2 Mål og problemstillinger

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

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

1.3 Pasientforløpet

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

¹ Ubertettiget eller uønsket variasjon kan forstås som variasjon i forbruk av helsetjenester som ikke skyldes tilfeldighet, forskjeller i befolkningens sykkelighet eller pasientenes preferanser. Å undersøke ubertettiget variasjon gir muligheter for å rette oppmerksomheten mot tjenester hvor det er forskjeller i medisinsk praksis og tilbud, og hvor det kan være behov for kvalitetsarbeid, prioritering og tilbudsplanlegging (ref. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 2016).



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 omhandler at pasienten får timeavtale i svarbrev på henvisningen (steg 3) og oppmøtetidspunkt for videre helsehjelp (steg 4, 5 og 6). Problemstilling fire knytter seg til å sikre at pasienter får startet helsehjelpen innen fastsatt frist (steg 3).

1.4 Valgte enheter i Vestre Viken HF

I revisjonen ble det valgt å revidere Klinikk for psykisk helse og rus ved to poliklinikker, henholdsvis:

- Allmennpsykiatrisk poliklinikk DPS Asker
- Allmennpsykiatrisk poliklinikk DPS Kongsberg

1.5 Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden januar til mars 2017. Se vedlegg 1 for nærmere redegjørelse om saksgang og rapportering.

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

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:²

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

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

1.6 Veiledning til leseren

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

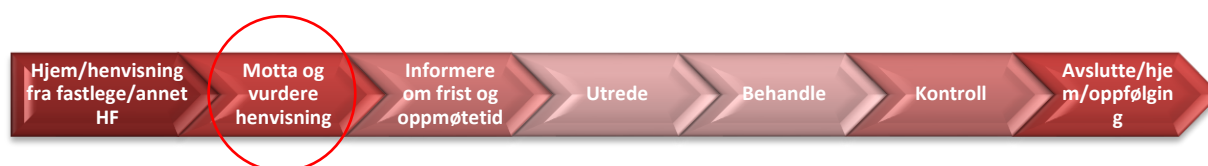
² I tillegg er det gjennomført en vignettundersøkelse av henvisninger der poliklinikkene har vurdert et antall henvisninger. Resultatet av vignettundersøkelsen vil bli presentert i en oppsummeringsrapport som inkluderer resultatene fra flere helseforetak.

2.0 Prioritering av nyhenviste pasienter

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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



Figur 2 Hvor prioritering av henvisninger finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor gis det først en oppsummering av kapittelet (kapittel 2.1). Deretter beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn for å belyse problemstillingen om prioritering (kapittel 2.2). Deretter beskrives løpende observasjoner, vurderinger og anbefalinger, først på overordnet nivå (kapittel 2.3), deretter for poliklinikkene (kapittel 2.4).

2.1 Oppsummering

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

- Helseforetaket bør utarbeide overordnede føringer for å dokumentere begrunnelsene for rettighetsvurderingene.
- Helseforetaket bør sikre at det etableres føringer (rutiner, prosedyrer etc.) på riktig nivå, slik at man unngår overlappende og ulike føringer på ulike nivåer i helseforetaket (dette gjelder også for øvrige problemstillinger i rapporten).
- Prioriteringspraksis bør følges mer systematisk opp.

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

2.2 Revisjonskriterier

Basert på lovkrav og overordnede føringer har konsernrevisjonen lagt følgende revisjonskriterier til grunn:³

1. Helseforetaket legger prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert.
2. Helseforetaket vurderer følgende ved prioriteringen:
 - a) Om pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus)
 - b) For de med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal det settes en juridisk frist for start helsehjelp

³ I vedlegg 2 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til prioritering av nyhenviste pasienter.

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

For å sikre at regelverk og overordnede føringer imøtekommes må det være etablert føringer (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 informasjonsdeling og sporbarhet, samt tilstrekkelig informasjon ved eventuelle klagesaker, må begrunnelsene for vurderingene dokumenteres i journal. For å sikre at helseforetaket prioriterer i henhold til prioriteringsveilederne må helseforetaket følge opp bruken av prioriteringsveilederne og egen prioriteringspraksis gjennom eksempelvis benchmarking av styringsdata, kalibrering og stikkprøver.

2.3 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Etablert prosedyrer og retningslinjer – manglende føringer for å dokumentere rettighetsvurderingene

Det er etablert prosedyre⁴ på foretaksnivå som blant annet skal sikre at rettighetsvurderingen er basert på prioriteringsforskriftens vilkår. Videre er det utarbeidet en brukerveiledning for vurdering av henvisninger.⁵ I veiledningen fremkommer hva som skal registreres i henvisningsbildet i DIPS. Vurderingsansvarlig må ta stilling til rett eller avslag på henvisningen, hvis rett må man sette fristdato, omsorgsnivå, hastegrad og type rettighet (utredning og behandling).

Når det gjelder registrering av type rettighet, det vil si utredning eller behandling, beskrives det i veiledningen at vurderingsansvarlig må sjekke hva som er registrert på venstre side av henvisningsbilde og at dette samsvarer med den type rettighet vurderingsansvarlig har registrert inn på høyre side av henvisningsbildet. Dette må gjøres fordi det p.t. er en standard innstilling i DIPS som medfører at alle elektroniske henvisninger automatisk blir satt opp til *utredning* på venstre side i henvisningsbilde og det er denne registreringen som videre angir pasientens rettighet.⁶

Ved siden av føringer på foretaksnivå har klinikk for psykisk helse og rus utarbeidet en prosedyre knyttet til registrering og vurdering av henvisninger som beskriver prosessen «en vei inn» for å sikre behandling på riktig nivå i klinikken.⁷

Det fremkommer ikke av noen av de overordnede føringene om at begrunnelsene av rettighetsvurderingene skal dokumenteres i journal. Dette fremkommer imidlertid i lokale prosedyrer som DPSene/poliklinikkene har utarbeidet (se kapittel 2.4).

- Konsernrevisjonen vurderer det er etablert overordnede føringer i tråd med nytt regelverk som sikrer riktig registrerings- og vurderingspraksis av henvisninger i vurderingsbildet i DIPS. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at manglende overordnede føringer knyttet til å dokumentere begrunnelsen av rettighetsvurderingen, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen,

⁴ DokID: 19046

⁵ DokID: 4275

⁶ Dette er planlagt endret i DIPS Arena.

⁷ DokID: 50937

innebærer risiko for at sporbarheten av hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen er fraværende eller mangelfull, eventuelt at dette gjøres uhensiktsmessig ulikt. Begrunnelsene av rettighetsvurderingene vil blant annet være viktig informasjon ved klagesaker og dersom noe skulle skje med pasienten i perioden før helsehjelpen har startet. I tillegg kan inntaksmøtets vurderinger gi viktig informasjon for behandlerne ved oppstart av helsehjelpen.

Anbefaling

- Det bør utarbeides overordnede føringer for å dokumentere begrunnelsene fra rettighetsvurderingene, slik at enhetene imøtekommer krav og sikrer lik praksis der dette er hensiktsmessig.

Potensiale for mer systematisk opplæring og oppfølging

Foruten et felles seminar i helseforetaket og informasjon på intranettet ved endret pasient og brukerrettighetslov, har det ikke vært gjennomført opplæringsaktiviteter på overordnet nivå knyttet til lovendringene. Det ble vist til at ansvaret for opplæring knyttet til ny pasient- og brukerrettighetslov er lagt til DPSene. Representanter fra DPSene mottar også informasjon av denne type endringer gjennom etablerte nettverk i klinikken.

Utover antall avslag og antall som får rett til nødvendig helsehjelp, er det ikke tilrettelagt for annen styringsinformasjon⁸ som kan benyttes til oppfølging av bruk av prioriteringsveilederne for å sikre lik prioriteringspraksis. Det er heller ikke gjennomført andre undersøkelser eller revisjoner i regi av overordnet nivå som belyser prioriteringspraksis.

- Konsernrevisjonen vurderer at det har vært til rette for noe opplæring i nytt regelverk. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at når tilretteleggingen og gjennomføringen for opplæringen legges til det enkelte DPS, gir det risiko for ulik opplæring. Etter konsernrevisjonens vurdering vil det være hensiktsmessig å sikre en mer systematisk tilnærming i opplæringen. Dette for å sikre at underliggende enheter og involverte parter faktisk får opplæring og at den er mest mulig lik. Konsernrevisjonen gjør oppmerksom på at Helsedirektoratet har utarbeidet et e-læringskurs i forbindelse med ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere.
- Konsernrevisjonen vurderer at det er tilrettelagt for en del styringsdata som kan benyttes til oppfølging av bruk av prioriteringsveilederne. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er et potensiale for å tilrettelegge for annen type styringsdata, eventuelt selv å belyse prioriteringspraksis, gjennom egne analyser, kalibreringer, revisjoner mv. Dette kan bidra til å identifisere risikoer for feil prioritering (eksempel vises i kapittel 2.4).

2.4 Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Lokale prosedyrer etablert – ulike føringer for å dokumentere rettighetsvurderingene

Ved siden av overordnede føringer er det utarbeidet egne prosedyrer for inntaksmøte ved reviderte poliklinikker.⁹ Disse viser til hvordan inntaksmøtet er organisert, hvor ofte en skal vurdere henvisninger mv. Det fremkommer også at lov og regelverk skal legges til grunn ved rettighetsvurderingene og at vurderingene skal begrunnes med utgangspunkt i føringene i prioriteringsveilederne. I DPS Asker fremkommer det av prosedyren at henvisningene skal vurderes og dokumenteres etter en fast mal med punkter som; henvisers diagnose, aktuell problematikk, tidligere behandling, beskrevne symptomer,

⁸ Styringsinformasjon kan defineres som en kvantitativ størrelse eller resultatet av en kvalitativ vurdering.

⁹ DokID: 52537 og DokID: 90925

suicidalitet herunder vurdering av risiko, antatt tilstand, vurderingsgrunnlag, vurdering, prioriteringsveileders frist, herunder grunnlag for kortere eller lengere frist, konklusjon og frist for start helsehjelp. Det er ikke tilsvarende mal for DPS Kongsberg.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene har utarbeidet utfyllende beskrivelser av organisering av inntak av henvisninger og at det skal gjøres faglige begrunnelser for prioriteringspraksis med utgangspunkt i prioriteringsveilederne.
- Når det gjelder føringer for dokumentasjon av begrunnelsene, er det kun DPS Asker som har beskrevet føringer for dette. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det ikke er hensiktsmessig at DPSene/poliklinikkene utarbeider lokale føringer på områder som burde vært felles for klinikken, eventuelt på foretaksnivå (jf. vurdering og anbefaling i kapittel 2.3). Konsernrevisjonen vurderer at dette innebærer risiko for ulik praksis mellom poliklinikkene, samt at det er lite effektiv bruk av ressurser.

Tiltak er iverksatt for å sikre etterlevelse av nytt regelverk

Begge poliklinikkene har etablert et inntaksmøte med et team sammensatt av minimum to spesialister som vurderer henvisninger. Disse møtes tre ganger i uken i Kongsberg og fem ganger i uken i Asker. Poliklinikkene viser til at de både benytter overordnede og lokale prosedyrer knyttet til prioriteringsarbeidet. I tillegg ble det vist til at prioriteringsveilederne benyttes aktivt i inntaksmøtene. Begge poliklinikkene viser til at de har hatt intern opplæring i nytt regelverk og aktuelle føringer. Ved poliklinikken i Kongsberg hadde alle i inntaksteamet gjennomført E-læringskurs rettet mot rettighetsvurderinger i regi av Helsedirektoratet.

- Konsernrevisjonen vurderer det er iverksatt opplæringstiltak i poliklinikkene for å sikre at ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere er kjent. Konsernrevisjonen vurderer videre at inntaksmøter hvor flere spesialister deltar og hvor en aktivt bruker prioriteringsveilederne, er et tiltak som reduserer risikoen for feil og ulik vurderingspraksis internt i poliklinikkene.

Registrering i stor grad i tråd med føringene – men mangel i en poliklinikk

Ved vurdering av henvisninger registrerer poliklinikkene blant annet rettighetsvurdering (ja/nei), avvistkode ved *ikke rett til helsehjelp*, og ved *rett til helsehjelp* settes fristdato og om pasienten har fått rett til utredning eller behandling.

Ett uttrekk i DIPS viste at det i poliklinikken i Kongsberg var samsvar mellom det som var registrert som rettighet (utredning eller behandling) på høyre og venstre side i henvisningsbilde. Ved poliklinikken i Asker viste tilsvarende uttrekk lite samsvar.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkens registreringspraksis i henvisningsbilde (F7-bildet) i stor grad imøtekommer krav til hva som skal registreres knyttet til rettighetsvurderingen.
- Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at Askers registreringspraksis av type rettighet (utredning eller behandling) ikke er i tråd med føringene. Manglende samsvar innebærer risiko for at pasienten får feil informasjon om hvilken rettighet de faktisk har fått. Videre vil feil registrering bety at tilgjengelig styringsinformasjon er misvisende.

Anbefaling

- Poliklinikken i Asker sikrer riktig registreringspraksis av type rettighet ved vurdering av henvisninger.

Dokumentasjon av begrunnelsene – variasjon mellom poliklinikkene

Praksis for dokumentasjon av begrunnelser knyttet til rettighetsvurderingene varierer mellom poliklinikkene. Poliklinikken i Asker utarbeider et vurderingsnotat gjennomgående for alle rettighetsvurderingene (jf. prosedyre og mal beskrevet i kapittel 2.3). Disse vurderingsnotatene viser til prioriteringsveileder og inneholder begrunnelse for rett til helsehjelp og juridisk frist. I tillegg viser vurderingsnotatene til at individuelle forhold har medført kortere frist enn hva prioriteringsveilederen anbefaler. For pasienter som får avslag utarbeides det vurderingsnotat hvor avslaget begrunnes opp mot prioriteringsveileder (nytte/kostnad).

For poliklinikken i Kongsberg begrunnes ikke rettighetsvurderingene for pasienter som får rett til helsehjelp i et eget notat. Det skrives en kort kommentar i merknadsfeltet i F7-bildet med frist og type rettighet (utredning/behandling). I noen tilfeller dokumenteres årsak til at man fraviker fra prioriteringsveileder knyttet til rettighet, men poliklinikken viser til at dette ikke er satt i system. For pasienter som får avslag skrives et vurderingsnotat og viser til kriteriene (nytte/kostnad). Det gis også noe veiledende informasjon om kommunalt tilbud i avslagsbrevene.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i Asker har god praksis på å dokumentere begrunnelsene på rettighetsvurderingene både ved rett og ved avslag.
- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i Kongsberg har god praksis på å dokumentere begrunnelser knyttet til avslag. Når det gjelder pasienter som får rett til helsehjelp, vurderer konsernrevisjonen at rutinene knyttet til dokumentasjon kan bedres for å sikre gjennomgående sporbarhet i forhold til hvilken informasjon som er vektlagt i rettighetsvurderingene. Begrunnelsene for rettighetsvurderingene vil blant annet være viktig informasjon ved klagesaker og dersom noe skulle skje med pasienten i perioden før helsehjelpen har startet. I tillegg kan inntaksmøtets vurderinger gi viktig informasjon for behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling.

Anbefaling

- Poliklinikken i Kongsberg dokumenterer gjennomgående begrunnelsene som er lagt til grunn for pasienter som blir vurdert til å ha rett til helsehjelp. Se sammenfallende anbefaling gitt til overordnet nivå i kapittel 2.3.

Potensiale for mer systematisk oppfølging av vurderingspraksis

Det var ikke systematisk oppfølging av vurderingspraksis i poliklinikkene.

- Konsernrevisjonen vurderer at mangel på systematisk oppfølging av vurderingspraksis i poliklinikkene innebærer risiko for feil og ulik prioritering av nyhenviste pasienter. Det kan eksempelvis medføre at en pasient kan få rett til helsehjelp på en poliklinikk, men få avslag på en annen poliklinikk. Konsernrevisjonen vurderer at bruk av styringsinformasjon som grunnlag for å undersøke særskilte forhold kan være en innfallsvinkel til oppfølging (se eksempler nedenfor). Et annet tiltak kan være utveksling av henvisninger for kalibrering mellom poliklinikker for å sikre konsensus om prioritering internt i helseforetaket eller mellom helseforetak.

Anbefaling

- Poliklinikkene bør følge opp vurderingspraksis systematisk for å sikre mest mulig lik prioritering av henvisninger.

Eksempler på styringsinformasjon som kan vurderes for å belyse prioriteringspraksis

Rett til helsehjelp versus ikke rett

Konsernrevisjonen har ikke vurdert om henvisningene er vurdert riktig. Et uttrekk fra DIPS¹⁰ viser imidlertid at det er noe forskjell mellom poliklinikkene knyttet til rettighetsvurderingene. Et uttrekk for 2016 viste at Kongsberg gav avslag på i underkant 18 % av henvisningene, mens Asker gav avslag på i overkant 26 % av henvisningene.

Rett til utredning versus behandling

Ett uttrekk viste at Kongsberg gav 87 % av rettighetspasientene rett til utredning og 13 % rett til behandling, mens tilsvarende tall for Asker var 3 % rett til utredning og 97 % rett til behandling. En årsak til disse forskjellene, og som er nevnt tidligere i rapporten, er at Asker hadde mangler ved registreringspraksis i vurderingsbilde i DIPS.¹¹

Fristfastsettelse

For å belyse praksis for fristfastsettelse har konsernrevisjonen for enkelte diagnoser sammenstilt pasientenes hoveddiagnose ved avslutning av behandlingen med hvilken frist pasientene fikk ved vurdering av henvisningen. Se tabell 1.

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

Diagnose	Anbefalt fristid jf. prioriteringsveileder	Gjennomsnitt Asker (Antall pasienter)	Gjennomsnitt Kongsberg (Antall pasienter)
Lettere depresjon	84 dager	49 dager (14) Min: 9 dager Maks: 66 dager	72 dager (17) Min: 8 dager Maks: 96 dager
Moderat depresjon	56 dager	43 dager (37) Min: 8 dager Maks: 66 dager	43 dager (26) Min: 1 dag Maks: 94 dager
Alvorlig depresjon	14 dager	62 dager (3)	61 dager (1)
Angst og tvang (alvorlig til moderat) lettere symptomer	84 dager Ikke rett / 112 dager	72 dager (16) Min: 31 dager Maks: 151 dager	69 dager (40) Min: 0 dager Maks: 182 dager
ADHD	182 dager	101 dager (27) Min: 15 dager Maks: 185 dager	119 dager (16) Min: 4 dager Maks: 186 dager
Spiseforstyrrelser	56 dager- 84 dager	54 dager (8) Min: 28 dager Maks: 67 dager	35 dager (2)

¹⁰ DIPS-rapport 6813 – primærhenvisninger 2016

¹¹ Se side 14.

¹² DIPS-rapport 6813 og DIPS-rapport 2028.

Tabell 1 viser at det er mange pasienter i flere diagnosegrupper som får frister i henhold til hva som er anbefalt i prioriteringsveilederne, samtidig er det enkelte pasienter som har fått betydelig lengre frist enn hva som er anbefalt. Konsernrevisjonen vil imidlertid påpeke at diagnosene er satt ved avslutning av helsehjelpen. Det betyr at kvaliteten på henvisningen kan ha stor betydning for vurdering av henvisningen, herunder juridisk frist pasientene får. Det kan også være henvisninger som er misvisende eller mangelfulle og som dermed påvirker hvilken frist pasientene har fått ved vurderingen. Videre kan det være gjort individuelle vurderinger som tilsier kortere eller lengre frist enn hva prioriteringsveilederne anbefaler. I tillegg kan diagnosefastsettelsen ved avslutning i DIPS være feil.

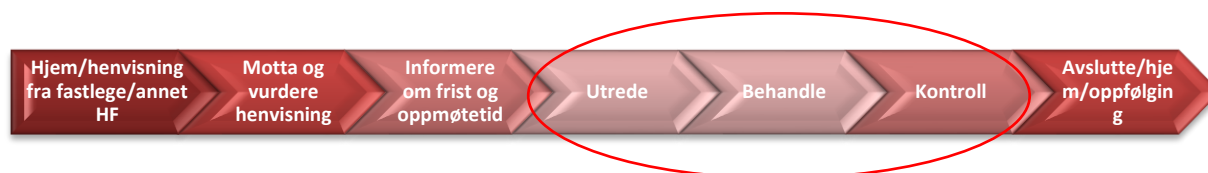
- Basert på analysene har konsernrevisjonen ikke grunnlag for å vurdere prioriteringspraksisen i poliklinikkene, utover at de indikerer forskjeller i tildeling av rett/avslag, rett til utredning eller behandling, og fristfastsettelse mellom poliklinikkene. Konsernrevisjonen vurderer derimot at denne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

3.0 Utrednings- og behandlingsforløp

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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



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

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

3.1 Oppsummering

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

- Poliklinikkene bør utarbeide utrednings- og behandlingsplaner for pasientene.
- Poliklinikkene bør formalisere og tydeliggjøre hvilken fagstøtte den enkelte behandler skal motta i forløpet.
- Utrednings- og behandlingsforløpene bør følges mer systematisk opp.
- Det er potensiale for bedre ressursstyring i poliklinikkene.

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

3.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:¹³

1. Helseforetaket utarbeider utrednings- og eller behandlingsplaner for den enkelte pasient som dokumenteres i journal.
 - a) Hvis pasienten skal utredes må det skisseres en plan som beskriver utredningsforløpet og er basert på eventuelle nasjonale eller lokale retningslinjer, og øvrig kunnskapsbasert praksis

¹³ I vedlegg 3 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til utrednings- og behandlingsforløpene.

- b) Når pasienten er ferdig utredet/diagnostisert, og skal ha behandling, skal det utarbeides en behandlingsplan for alle pasienter
- c) Behandlingsplanen må baseres på eventuelle nasjonale eller lokale retningslinjer, og øvrig kunnskapsbasert praksis
- d) Dersom helsetjenestene avviker fra hovedlinjene i disse anbefalingene må dette begrunnes og journalføres
- e) Behandlingsplanen 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
- g) Det utarbeides polikliniske notater etter sentrale steg i behandlingsplanen som journalføres og sendes i kopi til fastlege
- h) Pasienten avsluttes ved siste konsultasjon og epikrise sendes innen 7 dager

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

3.3 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Det er manglende føringer for utrednings- og behandlingsforløp og fagstøtte

Det er ikke utarbeidet overordnede føringer knyttet til utredning eller behandling, eller for fagstøtte i klinikken. Det er imidlertid utarbeidet enkelte lokale føringer i DPS-ene (se kapittel 3.4).

I DIPS er det maler for blant annet primærjournal, innkommstnotat/journalnotat og behandlingsplan. Mal for behandlingsplan legger opp til å dokumentere blant annet diagnose, mål for behandlingen, behandlingstiltak, antall timer og hyppighet, samt evalueringstidspunkt.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende overordnede føringer for utrednings- og behandlingsforløp, herunder utarbeidelse av utrednings- og behandlingsplaner, gir risiko for ulik praksis i og mellom poliklinikkene.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende føringer for hva som skal gis av fagstøtte til behandlerne, gir risiko for at dette ikke tydeliggjøres og formaliseres i poliklinikkene.

Anbefalinger

- Klinikken bør utarbeide føringer for utrednings- og behandlingsforløp, herunder bruk av behandlingsplan.
- Klinikken bør utarbeide føringer for fagstøtte, slik at dette formaliseres og tydeliggjøres i DPSene/poliklinikkene.

I stor grad tilrettelagt for styringsinformasjon som kan benyttes til oppfølging

Klinikken har utarbeidet en oversikt over rapporter for oppfølging. Oversikten skiller mellom ulike rapporter for ulike roller (blant annet kontor, seksjonsleder, behandler), samt ansvarlig, hyppighet og formålet med rapportene.

- Konsernrevisjonen vurderer rapportoversikten til oppfølging gir styringsinformasjon om deler av pasientforløpet, men at det er et potensiale for å benytte rapporter som gir mer informasjon om utrednings- og behandlingsforløpene. For eksempel hvor lenge pasientene er i utredning/behandling, antall konsultasjoner per pasient, og hvor ofte pasientene er inne til konsultasjon innenfor ulike diagnosegrupper, vil etter konsernrevisjonens vurdering være viktig å følge opp gjennom flere ledelsesnivåer. Dette både ut i fra risiko- og vesentlighetsbetraktning knyttet til mål om likeverdige helsetjenester, men også for å ha styringsinformasjon for å kunne planlegge og følge opp egen aktivitet i forhold til de ressursene poliklinikkene har, herunder se sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Anbefaling

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

3.4 Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Mangler knyttet til utrednings- og behandlingsplaner

Kongsberg DPS har utviklet egne retningslinjer for utredning¹⁴ og for dokumentasjon i journal.¹⁵ I retningslinje for utredning fremkommer standardpakke for utredning, og dersom denne fravikes, skal det begrunnes i journal. I retningslinje for journal fremkommer oversikt over hvilke dokumenter som skal dokumenteres i journal, samt innholdet i disse. Her fremkommer det at det skal utarbeides en behandlingsplan etter 1-5 konsultasjoner og som skal diskuteres i tverrfaglig team. Det vises her til at behandlingsplanen bør evalueres og ajourføres jevnlig og minst en gang i året med tverrfaglig team. Det er ikke utarbeidet tilsvarende føringer for utrednings- og behandlingsplaner ved Asker DPS.¹⁶

Revisjonen viste manglende bruk av utrednings- og behandlingsplaner i begge poliklinikkene.¹⁷

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

Anbefaling

- Poliklinikkene bør utarbeide utrednings- og behandlingsplaner for alle pasienter.

¹⁴ DokID 36724

¹⁵ DokID 20618

¹⁶ Det er i tillegg utarbeidet egne føringer for utrednings- og behandlingsplan ved Drammen DPS.

¹⁷ Kongsberg DPS har i 2016 gjennomført en intern revisjon om bruk av behandlingsplaner ved poliklinikk og døgn, som viste svakheter ved bruken av behandlingsplan. Revisjonen viste blant annet at rundt 50 % av pasientene hadde behandlingsplan.

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

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

- Konsernrevisjonen vurderer at tverrfaglig team/behandlermøter er en nyttig arena for å gi faglig støtte for den enkelte behandler, samt sikre faglig konsensus rundt pasientforløpene.
- Konsernrevisjonen vurderer at ansvaret og oppgaven til tverrfaglig team ikke er tilstrekkelig formalisert og tydeliggjort. Dette gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for manglende stoppunkter og dialog/diskusjon om pasientenes utrednings- og behandlingsforløp. Dette gir videre risiko for at «like» pasienter får ulike utrednings- og behandlingsforløp avhengig av hvilken behandler de har.

Anbefaling

- Poliklinikkene bør formalisere og tydeliggjøre hvilken fagstøtte den enkelte behandler skal motta i forløpet, herunder planlegging, oppfølging og avslutning av pasientforløpene (se også anbefaling til klinikken i kapittel 3.3).

Oppfølgingstiltak iverksatt, men med varierende systematikk og innhold

I klinikkens oversikt over rapporter til oppfølging er det enkelte rapporter som belyser deler av utrednings- og behandlingsforløpene. Det gjelder for eksempel ventende uten ny kontakt, epikriser, utskrevne pasienter uten diagnose, registrering av GAF, individuell plan, pasienter som venter på behandling, samt tidspunktet for pasientenes siste konsultasjon. Rapportoversikten viser hvem som er ansvarlig for å ta ut rapporten, hvor hyppig de skal tas ut, samt formålet.

Revisjonen viser at merkantile jevnlig tar ut aktuelle rapporter og at det i stor grad er de merkantile som følger opp behandlere dersom det er pasienter med lang tid siden siste konsultasjon. I tillegg går seksjonslederne av og til gjennom behandlernes pasientlister. Ellers er det lite systematisk oppfølging av pasientenes utrednings- og behandlingsforløp.

Ved poliklinikken i Kongsberg er det gjennomført en internrevisjon om bruk av utrednings- og behandlingsplan.

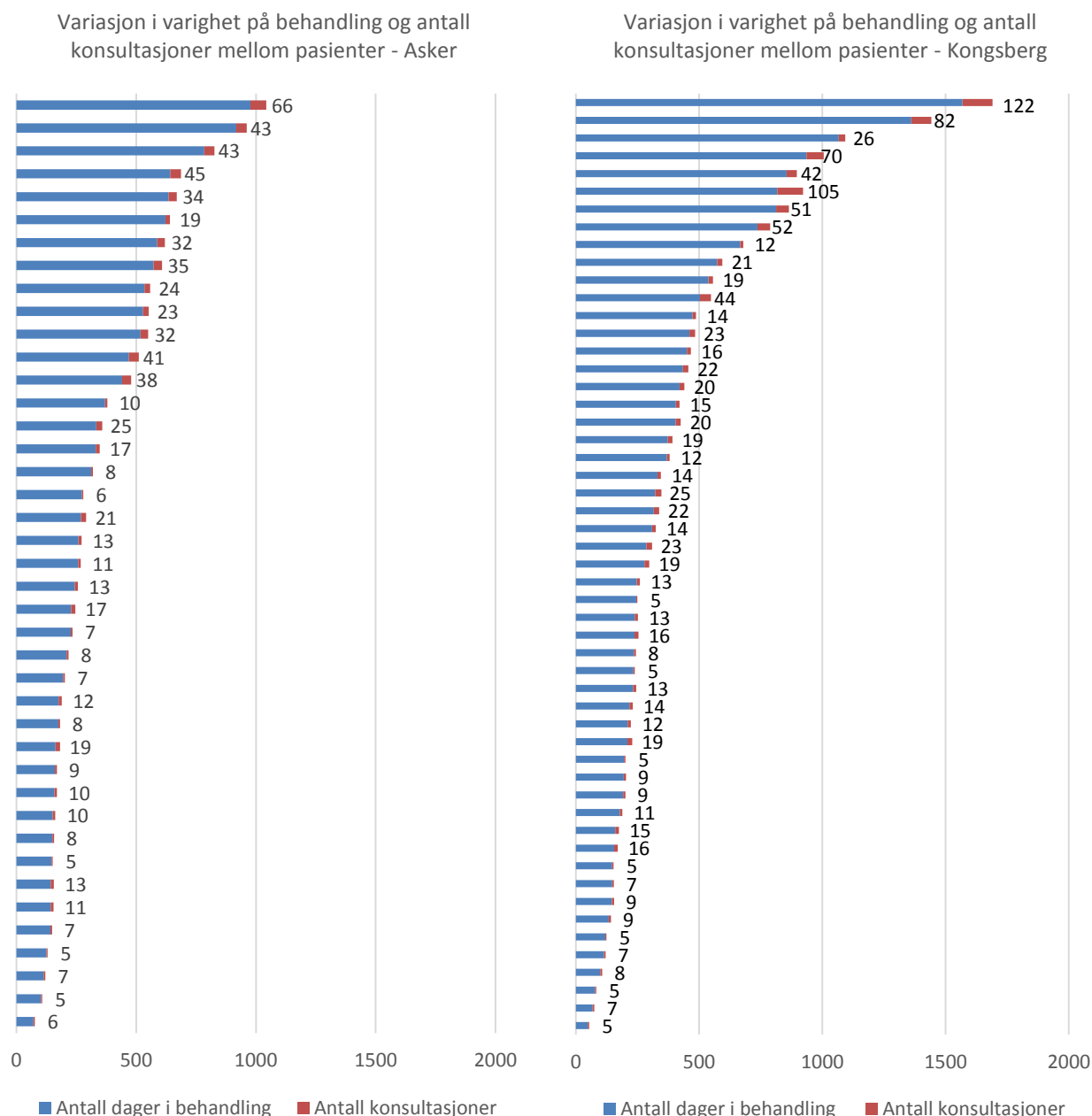
- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for systematisk oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene. Konsernrevisjonen vurderer at bruk av ulik styringsinformasjon, eksempel gjennom tilgjengelige rapporter og pasientlistegjennomganger, kan benyttes i oppfølgingen for å iverksette tiltak som kan redusere risikoen for ubegrunnet variasjon og ubegrunnede opphold i pasientforløpene. Dette behovet understøttes av analysene som vises nedenfor.

Anbefaling

- Poliklinikkene benytter styringsinformasjonen systematisk for å følge opp utrednings- og behandlingsforløpene.

Analyser viser stor variasjon i utrednings- og behandlingsforløpene

Konsernrevisjonen har gjort ulike uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hvor lenge pasientene går i behandling, antallet konsultasjoner og hvor hyppig det er mellom konsultasjonene innenfor flere diagnosegrupper. Figur 4 nedenfor viser at det for pasientgruppen tilpasningsforstyrrelser, er betydelig variasjon i varigheten på behandlingen mellom pasientene i poliklinikkene.¹⁸

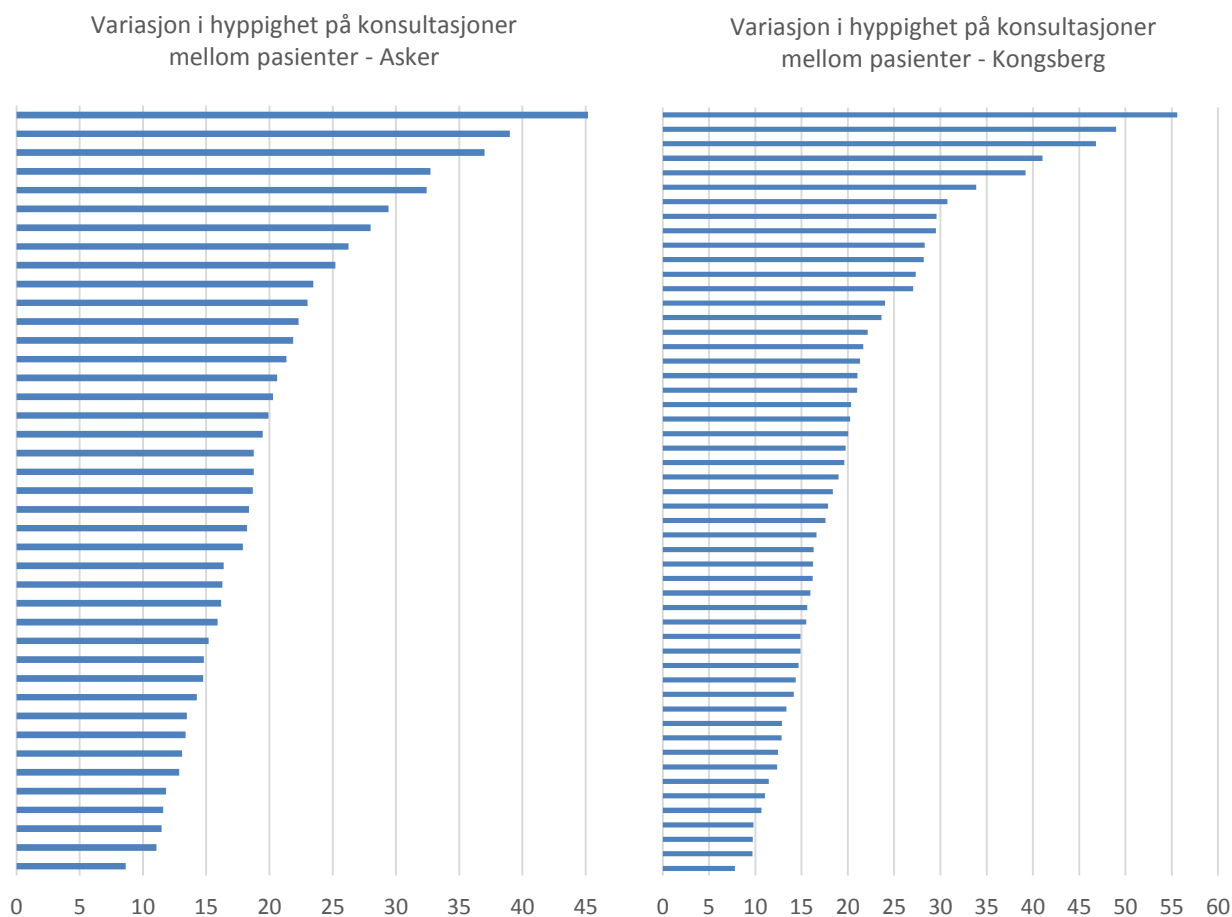


Figur 4 Varighet på behandlingen og antallet konsultasjoner per pasient. DIPS-rapport 2028. Kun pasienter med 5 eller flere konsultasjoner og som avsluttet helsehjelpen i 2016 er tatt med i figuren. ICD-10 F431 og F432.

Figuren viser at varigheten på behandlingen for disse pasientene varierer fra rundt 70 dager til rundt 3 år i Asker, og fra 50 dager til 4 år i Kongsberg. Figuren viser videre at enkelte pasienter med lang behandlingstid har like mange konsultasjoner som pasienter med betydelig kortere behandlingstid.

¹⁸ Gjennomsnittlig varighet på behandling innen denne pasientgruppen er 338 dager og 19 konsultasjoner ved poliklinikken i Asker, og 388 dager og 22 konsultasjoner i Kongsberg.

Konsernrevisjonen har videre undersøkt hyppigheten på konsultasjonene ved å belyse gjennomsnittlig tid mellom konsultasjonene for pasienter innen samme pasientgruppe for de to allmennpsykiatriske poliklinikkene. Figur 5 nedenfor viser betydelig variasjon¹⁹ i gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner for pasienter med samme diagnose som vist til i ovenfor. Figuren viser at enkelte pasienter er inne til konsultasjon gjennomsnittlig en gang i uken, mens andre pasienter er inne til konsultasjon sjeldnere enn en gang i måneden.



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

Figur 5 viser videre at rundt 30 prosent av pasientene får konsultasjoner innen hver 14. dag, som er poliklinikkens mål. De resterende 70 prosentene har et gjennomsnitt som er lengre enn 14 dager.

Revisjonen har i tillegg til diagnosegruppen/pasientgruppen som er vist til i figur 4 og 5 gjort tilsvarende analyser av andre diagnosegrupper/pasientgrupper. Analysene for disse viser tilsvarende variasjon i antall kontakter, tid mellom kontakter og varighet. Nærmere analyser indikerer også at det er variasjon mellom behandlerne i og mellom poliklinikkene når det gjelder utforming av pasientforløpene innen like diagnosegrupper. Her fremkommer relativt store forskjeller på gjennomsnitt varighet på behandlingen, antallet- og hyppighet på konsultasjonene.

- Etter konsernrevisjonens vurdering viser uttrekkene (figur 4 og 5) at det er relativt store forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antallet konsultasjoner, tid mellom konsultasjonene, og total varighet på behandling innenfor samme diagnosegruppe. Konsernrevisjonen vurderer at pasienter i samme diagnosegruppe kan ha behov for ulike utrednings-

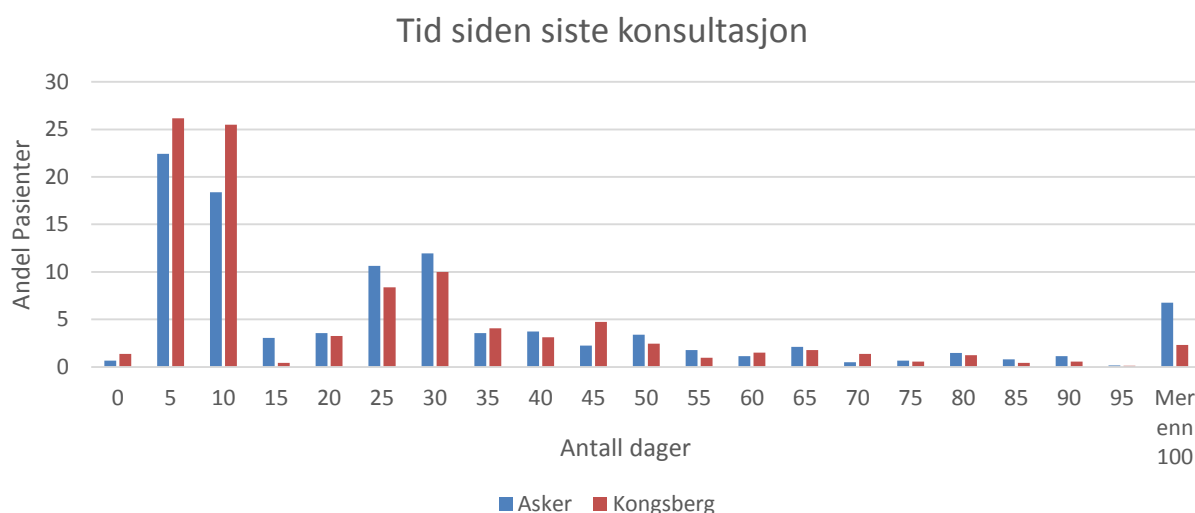
¹⁹ I gjennomsnitt har pasientene konsultasjon hver 20. dag i Asker, og hver 21. dag i Kongsberg.

og behandlingsforløp, men funnene indikerer at det også er andre medvirkende årsaker til variasjonen.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende bruk og utforming av utrednings- og behandlingsplaner, manglende formalisering av fagstøtte, samt mangler ved ledelsens oppfølging, gir risiko for at «like pasienter» innen samme diagnosegruppe kan få ulike forløp, avhengig av hvilken behandler pasienten får. Konsernrevisjonen vurderer at dette igjen kan bety at omfanget av ytelsene er for lave eller for høye.

Analyser viser ubegrunnet opphold i helsehjelpen

For å belyse om poliklinikkene har pasienter som blir stående uforholdsmessig lenge (ubegrunnet opphold) uten ny konsultasjon, har konsernrevisjonen (ved siden av antall dager mellom konsultasjoner) gjort et uttrekk i DIPS av pasientoversikten per behandler med tidspunkt for når pasientene sist var inne til konsultasjon. Ut fra dette er det beregnet hvor mange dager det var siden siste konsultasjon for den enkelte pasient, se figur 6.



Figur 6 Andel pasienter (%) fordelt på antall dager siden siste konsultasjon. Omfatter alle pasienter i poliklinikkene. DIPS-rapport 1117.

Figur 6 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. Det kan være velbegrunnede forklaringer på at det har gått lang tid siden siste konsultasjon. Eksempelvis dersom pasienten for en periode overføres til en annen avdeling, er i ferd med å droppe ut av behandlingen eller er i en nedtrappingsfase i behandlingen. Journalgjennomgangen viste imidlertid at det var en del pasienter som ikke hadde velbegrunnede forklaringer på hvorfor de ikke var i «aktiv» behandling.

- Konsernrevisjonen vurderer at ubegrunnede opphold i helsehjelpen, innebærer risiko for pasientsikkerheten.

3.5 Andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Potensiale for bedre ressursstyring

Revisjonen viste at sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet belyses i liten grad i planlegging og oppfølging i poliklinikkene. Det ble vist til at aktivitet- og produktivitetstallene benyttes i

oppfølgingen for å belyse utvikling over tid innenfor den enkelte avdeling. I tillegg følges behandlerne opp på antall konsultasjoner pr uke, per måned og per år i poliklinikkene.

Det er ikke etablert et felles system for å styre ressursene i klinikken, men det ble vist til at det var opp til hver enkelt avdelingssjef å legge til rette for dette. Klinikken viser til at det er igangsatt et aktivitets- og pasientforløpsanalyseprosjekt som skal danne grunnlag for utforming av tjenester – i henhold til føringer om økt poliklinisk og ambulant aktivitet og redusert dimensjonering av døgnkapasitet. Dette arbeidet fremkommer også i avdelingsledelsens lederavtaler for 2017. I seksjonsledernes lederavtaler fremkommer det at det skal arbeides systematisk med aktivitetsbaserte, gjennomgående bemanningsplaner som viser seksjonens samlede behov for kapasitet og kompetanse.

- For å utnytte tilgjengelige ressurser på en god måte, vurderer konsernrevisjonen at poliklinikkene i større grad synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet knyttet til planlegging og oppfølging. Dette vil blant annet bidra til at poliklinikkene vil ha bedre kontroll over pasientlogistikken – både når det gjelder pasientene som skal påbegynne helsehjelpen og for de som er inne i et utrednings- og behandlingsforløp. Konsernrevisjonen vurderer at det bør tilrettelegges for at alle poliklinikkene gjør dette på en ensartet måte, både for å gi lederstøtte og at man kan sammenligne innad og mellom poliklinikkene.

Anbefalinger

- Helseforetaket tilrettelegger for at enhetene har tilstrekkelig og tilgjengelig styringsinformasjon, herunder verktøy for ressursstyringen.
- Poliklinikkene synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet – og benytter dette til planlegging, styring og oppfølging.

Diagnosefastsetting – varierende registreringspraksis av spesifiserte diagnoser

Ved avslutning av helsehjelpen skal det fastsettes en diagnose som videre fremkommer i epikrisen. Uttrekk fra DIPS²⁰ viste at en del pasienter står registrert med en uspesifisert diagnose (Z-kode) ved avslutning. For avsluttede pasienter viser uttrekket at 11 prosent av pasientene ved allmennpsykiatrisk poliklinikk Asker står registrert med en Z-kode, mens tilsvarende tall ved poliklinikkene i Kongsberg er 1 prosent.

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

Anbefaling

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

Avslutning utredning/behandling – epikriser sendes ikke innenfor krav

Når helsehjelpen avsluttes er det et gjennomgående krav at det samtidig skal opprettes epikrise, som da skal sendes henviser/fastlege innen 7 virkedager. Gjennomgang av journaler og uttrekk fra DIPS viser at de fleste pasienter/konsultasjonsserier ble avsluttet samme dag eller innen 6 dager etter siste konsultasjon. Det var imidlertid enkelte feil og mangler i undersøkte poliklinikker.

²⁰ DIPS-rapport 2028. I uttrekket ble det lagt som forutsetning av pasientene hadde hatt 5 eller flere kontakter ettersom tentativ diagnose skal settes senest innen 5 konsultasjoner. Tall for 2016.

I poliklinikken i Kongsberg var kravet om utsendelse av epikrise innen 7 virkedager kjent. Epikrise ble imidlertid ikke alltid sendt innenfor kravet ettersom poliklinikkene ikke ble målt på epikrisetid, og at man dermed kunne utsette dette.

I poliklinikken i Asker ble det målt på epikrisetid. Gjennomgangen viste at det var en del konsultasjonsserier som ble avsluttet mer enn 21 dager etter siste registrerte kontakt, og noen få over 100 dager etter siste kontakt. En av årsakene var at pasientene uteble fra siste kontakt og at tiden fra siste kontakt til avslutning kunne bli lang. En annen årsak var at det hadde vært en rutine med å sette et utskrivningstidspunkt frem i tid og som poliklinikken regnet ut epikrisetid fra.

- Konsernrevisjonen vurderer at Kongsberg praksis med utsendelse av epikriser ikke er i tråd med krav. For sen utsendelse av epikrise innebærer risiko for pasientsikkerheten ved at epikrisen kan inneholde viktig informasjon knyttet til videre oppfølging hos fastlege/henviser.
- Konsernrevisjonen vurderer at Askers rutine med å sette et utskrivningstidspunkt frem i tid ikke imøtekommer overordnede krav. Praksisen innebærer en risiko for pasientsikkerheten ved at epikrisen, som kan inneholde viktig informasjon knyttet til videre oppfølging hos fastlege/henviser, blir sendt lang tid etter reell avslutning. Etter konsernrevisjonens vurdering medfører praksisen også til at rapportert epikrisetid ikke er pålitelig.

Anbefaling

- Poliklinikken i Kongsberg etterlever mål om 7 dagers epikrisetid og følger opp behandlerne på dette.
- Poliklinikken i Asker registreres avslutningen på helsehjelpen på riktig tidspunkt, slik at det ikke blir ubegrunnede opphold ved utsendelse av epikrise.

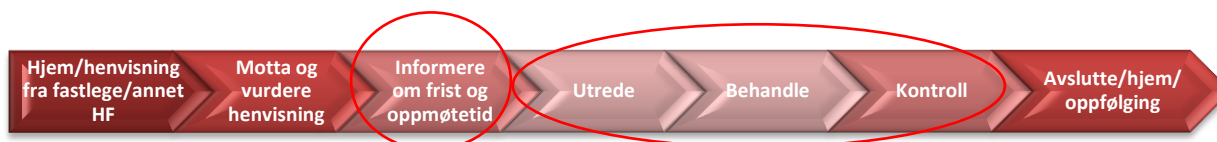
4.0 Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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

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



Figur 7 Hvor tildeling finner sted i pasientforløpet - både før start helsehjelp (svar på henvisning) og etter start helsehjelp (utredning, behandling og kontroll)

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

4.1 Oppsummering

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

- Helseforetaket bør tydeliggjøre overordnede føringer for utsendelse av svarbrev.
- Helseforetaket bør etablere føringer for tildeling av oppmøtetidspunkt for pasienter som har startet helsehjelpen.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler kan medføre ulik praksis i poliklinikkene, noe som igjen kan medføre manglende forutsigbarhet for pasienter.

4.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:²¹

1. Nyhenviste pasientene får timeavtale i første brev. I den sammenheng forventes det at helseforetaket;
 - a. Svar på henvisningen sendes innen 10 virkedager til pasient og henvisende instans
 - b. Informerer om følgende i svarbrevet til nyhenviste pasienter:
 - i. Resultatet av vurderingen
 - ii. Juridisk frist for start helsehjelp
 - iii. Fristen gjelder behandling eller utredning
 - iv. Oppmøtetidspunkt og sted for pasienter med kortere frist enn 4 måneder
 - v. Tentativ uke for pasienter med lengre frist enn 4 måneder
 - vi. Informasjon om Helfo pasientformidling
2. Pasienter får, hvis mulig, oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timeavtaler etter helsehjelpen er startet.²²

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

4.3 Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning

4.3.1 Foretaksnivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Enkelte mangler i overordnede føringer

Det fremkommer ikke av overordnede føringer om at henvisningene skal vurderes og sendes til pasient og henviser innen 10 virkedager etter henvisningen er mottatt. Dette fremkommer imidlertid i lokale prosedyrer (se 4.3.2). Det fremkommer videre ikke av overordnede føringer hvordan oppmøtetidspunkt (timeavtale eller tentativ uke) skal gis hvis vurderingsfristen er kortere enn fire måneder eller mer enn fire måneder.

På klinikknivå²³ og i en av poliklinikkene²⁴ var det utarbeidet prosedyre for pasienter som ikke møter til første timeavtale. Pasienten skal da få brev om ny time, og informasjon om at tilbudet om helsehjelp kan bortfalle, dersom vedkommende ikke møter til timen uten å gi beskjed.

Det er utarbeidet brevmaler for svarbrev for de som får rett til helsehjelp og for de som får avslag. Svarbrevene for de med rett inneholder informasjon om vurderingstidspunkt, rettighet - herunder frist,

²¹ I vedlegg 4 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

²² 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 direkte time.

²³ DokID: 2050

²⁴ DokID: 64433

timeavtale og sted for oppmøte eventuelt tentativ dato for senest oppmøte²⁵, om de skal til utredning eller behandling, Helfo pasientformidling, klagemuligheter. I avslagsbrevene er det informasjon om vurderingstidspunkt, vurderingsutfall med begrunnelse og informasjon om klagemuligheter.

Det er videre etablert føringer på foretaksnivå og klinikknivå for oppfølging av ventelister.

- Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets svarbrev på henvisninger er i tråd med overordnede krav. I rutinene fremkommer det imidlertid ikke om svarbrev senest skal sendes innen 10 virkedager etter mottatt henvisning. Videre fremkommer det ikke at alle pasienter som har fått frist innen fire måneder skal få timeavtale i første svarbrev og at de med mer enn fire måneder kan få en tentativ uke. Konsernrevisjonen vurderer at dette gir risiko for ulik praksis og manglende etterlevelse av overordnede krav.
- For de av pasientene som får frist mer enn fire måneder frem i tid og en tentativ uke, vurderer konsernrevisjonen videre at det bør fremkomme hvor lang tid i forveien timeavtale skal gis for disse pasientene for å sikre forutsigbarhet.

Anbefaling

- Foretaket bør tydeliggjøre overordnede føringer for utsendelse av svarbrev for å imøtekomme regelverket.

Tilrettelagt for styringsinformasjon

Det utarbeides månedlige oversikter over styringsindikatorer for helseforetaket. I tillegg har klinikken utarbeidet en rapportoversikt²⁶ over annen type styringsinformasjon. I disse fremkommer blant annet informasjon om 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.

4.3.2 Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

God praksis på svarbrev og oppfølging av ventelisten

I poliklinikkens egne brukerveiledninger/prosedyrer²⁷ for inntaksmøte fremkommer det at alle henvisninger skal vurderes og svarbrev sendes pasient og henviser innen 10 virkedager. Det fremkommer videre at alle nyhenviste rettighetspasienter skal ha timeavtale i svarbrev på henvisningene. Kongsberg DPS har i tillegg til klinikkens prosedyre for ikke møtt-pasienter, utarbeidet en egen rutine.²⁸

Ett uttrekk fra DIPS viste at henvisninger ble vurdert innenfor kravet på 10 virkedager og journalgjennomgangen viste at svarbrevene ble sendt ut fortløpende. Journalgjennomgangen viste videre at det gjennomgående ble sendt svarbrev både til pasient og henviser for de som fikk rett til nødvendig helsehjelp og for de som fikk avslag. Alle rettighetspasientene fikk timeavtale i svarbrevet og innholdet svarbrevene var i tråd med overordnede føringer. Det var imidlertid litt ulik praksis mellom poliklinikkene for hvor omfattende begrunnelsene for de avviste var.

²⁵ Der det ikke gir direkte timeavtale, men en tentativ dato - sendes et såkalt venteliste-brev.

²⁶ Rapporter til oppfølging.

²⁷ DokID: 52537, DokID: 90925, DokID: 26759

²⁸ DokID: 64433

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene imøtekommer kravene til tidspunkt og innhold i svarbrev på henvisninger.
- Konsernrevisjonen vurderer at det ikke er hensiktsmessig at det etableres lokale føringer (rutiner/prosedyrer) som burde vært felles for helseforetaket eller klinikken. Konsernrevisjonen vurderer at dette innebærer risiko for ulik praksis mellom poliklinikkene, samt at det er lite effektiv bruk av ressurser (se vurdering og anbefaling i kapittel 4.3.1).

Per januar 2017 hadde poliklinikkene et fåtall pasienter som stod på ventelisten til start helsehjelp. Dette var pasienter som hadde fått timeavtale i svarbrevet på henvisningen, men som på grunn av ikke møtt eller utsettelse var satt opp på ventelisten med en tentativ dato. Ingen av disse pasientene hadde overgått tentativ dato. Det ble vist til at de merkantile har rutine for å følge opp denne delen av ventelisten. Ved poliklinikken i Kongsberg fremkommer det av ventelisten hva som er årsaken til at det var oppsatt ny tentativ dato. Det ble vist til at det var de merkantile som la dette inn i ventelisten ut i fra hva behandler hadde skrevet i journalnotatet.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene har gode rutiner knyttet til oppfølging av ventelisten for pasienter som stod på ventelisten til start helsehjelp. Konsernrevisjonen vurderer Kongsbergs praksis med å skrive inn behandlerens begrunnelse på hvorfor pasientene settes på ventelisten, herunder en tentativ dato, bidrar til en oversiktlig venteliste som igjen reduserer risikoen for ubegrunnede opphold i helsehjelpen (se også samme type vurdering i kapittel 4.4.2).

4.4 Oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp

4.4.1 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Manglende føringer

Det er ikke utarbeidet overordnede føringer knyttet til å gi nytt oppmøtetidspunkt etter en endt konsultasjon - enten ved å gi ny timeavtale²⁹ eller en tentativ dato³⁰. Det er etablert føringer på foretaksnivå og klinikknivå³¹ for bruk og oppfølging av ventelister.³² På klinikknivå og i en av poliklinikkene³³ var det utarbeidet prosedyre for pasienter som ikke møter til timeavtale etter igangsatt helsehjelp. Det ble her vist at behandlerne så langt som mulig, bør finne årsaken til uteblivelsen og behandle hver sak individuelt.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er mangler i føringene knyttet til å gi nytt oppmøtetidspunkt for pasienter som har startet helsehjelpen og skal ha ny konsultasjon.
 - Etter konsernrevisjonens vurdering vil manglende føringer for å gi ny timeavtale etter endt konsultasjon gi risiko for manglende forutsigbarhet for pasient og en uoversiktlig venteliste.
 - Hvis det må gis en tentativ dato, vurderer konsernrevisjonen at det vil være hensiktsmessig at man begrunner i DIPS hvorfor det er gitt en tentativ dato og ikke en timeavtale. Begrunnelsene må baseres på behandlerens faglige vurderinger. Dette vil bidra til en mer oversiktlig venteliste som vil redusere risikoen for at pasienter får ubegrunnede opphold i helsehjelpen.

²⁹ Pasienter som har fått timeavtale vises på oppmøtelisten og er da ikke på ventelisten

³⁰ Pasienter som ikke har fått timeavtale, men en tentativ dato, fremkommer på ventelisten

³¹ Dokument-ID: 37406

³² Dokument-ID: 2050 PHR

³³ Dokument-ID: 64433KDPS

- Konsernrevisjonen vurderer at det vil være hensiktsmessig med føringer for at pasienter med tentativ dato langt frem i tid bør få informasjon om ny timeavtale/eventuelt utsettelse i god tid før fastsatt tentativ dato. Dette vil gi økt forutsigbarhet for pasient og poliklinikken. Hvis det er helseforetaket selv som må utsette på grunn av kapasitet, må det konfereres med de som har det faglige ansvaret for å sikre forsvarlig helsehjelp.

Anbefaling

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

Tilrettelagt for noe styringsinformasjon, men potensiale for økt bruk

I klinikkens oversikt over rapporter for oppfølging vises det til at poliklinikkene må følge opp ventelisten med tanke på pasienter som av spesielle grunner venter på ny konkret time, samt daglig oppfølging av poliklinikkens oppmøteliste med tanke på pasienter som ikke har møtt.

- Konsernrevisjonen vurderer det er lagt til rette for noe styringsinformasjon vedrørende timetildeling for pasienter som er i et pasientforløp. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er et potensiale for å benytte ytterligere styringsinformasjon knyttet til oppmøtetidspunkt for pasienter som har startet et forløp, eksempel hvor mange pasienter som er på oppmøtelisten (fått timeavtale) og hvor mange som er på ventelisten, herunder oversikt over årsakene til at de står på ventelisten.

4.4.2 Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Timeavtaler gis løpende - ventelisten blir fulgt opp, men enkelte forbedringsområder

Det fremkommer av prosedyre i Kongsberg at behandlerne skal sette opp tidspunkt for ny time etter endt konsultasjon. Dette ble vist til at dette også var en uttalt føring i Asker.

Gjennomgangen viste at behandlerne i begge poliklinikkene selv setter opp nye timeavtaler for pasientene. Det var en del pasienter som per januar 2017 stod på ventelisten, og disse ble fulgt opp av sekretær. Ingen av disse pasientene hadde overgått tentativ dato. Enkelte pasienter på ventelisten ved poliklinikken i Asker hadde imidlertid ikke tentativ dato, men stod som «blank kontakt». En gjennomgang av et utvalg av journaler viste at disse pasientene ikke var glemt.

Ved poliklinikken i Kongsberg fremkommer det av ventelisten hva som er årsaken til at det var oppsatt ny tentativ dato. Det ble vist til at det var de merkantile som la dette inn i ventelisten ut i fra hva behandler hadde skrevet i journalnotatet. Poliklinikken i Asker hadde ikke tilsvarende praksis.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i Kongsberg har gode rutiner knyttet til registrering og oppfølging av ventelisten. Konsernrevisjonen vurderer Kongsberg praksis med å skrive inn behandlerens begrunnelse på hvorfor pasientene settes på ventelisten, herunder en tentativ dato, bidrar til en oversiktlig venteliste som igjen reduserer risikoen for ubegrunnede opphold i helsehjelpen.
- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i Asker løpende følger opp ventelisten sin. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at ved tilfeller hvor poliklinikken av ulike årsaker må benytte en tentativ dato, vil det være hensiktsmessig at faglig begrunnelse fremkommer på ventelisten. Dette vil bidra til en oversiktlig venteliste. Bruk av blank av kontakt gir etter konsernrevisjonens vurdering risiko for at pasienter får ubegrunnet opphold i sin helsehjelp, dette gjelder særlig når det ikke fremkommer noen begrunnelse på ventelisten. Dette kan videre medføre at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp.

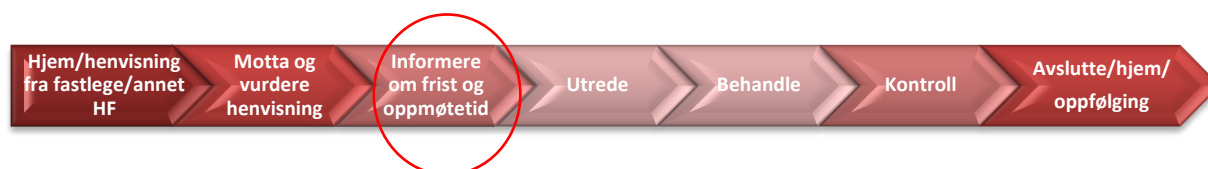
5.0 Helfo pasientformidling

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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

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



Figur 7 Hvor bruk av Helfo pasientformidling finner sted i pasientforløpet.

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

5.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er utarbeidet overordnede føringer for oppfølging av ventelister og videreformidling av mulige fristbruddpasienter. Reviderte poliklinikker har ikke hatt fristbruddproblematikk og derfor ikke benyttet etablerte føringer.

5.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:³⁴

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

³⁴ I vedlegg 5 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til bruk av Helfo pasientformidling. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

- b. Dersom helseforetaket ikke er i stand til å finne tilbud innenfor fristen, skal Helfo pasientformidling umiddelbart kontaktes gjennom en egen portal.
 - i. Helseforetaket kan forhøre seg om pasienten vil bli formidlet til Helfo pasientformidling. Dersom pasienten ikke ønsker dette skal dette registreres som fristbrudd i helseforetaket.

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

5.3 Overordnet nivå - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Føringer etablert

Dokumentgjennomgangen viser at Vestre Viken har etablert en foretaksomfattende prosedyre³⁵ for håndtering av fristbruddpasienter. Det vises her til at ventelisten og DIPS-rapport 6813 kan benyttes for å få oversikt over kommende fristbrudd. I de tilfeller helseforetaket ikke har mulighet til å gi pasienten tilbud innen frist må helseforetaket ta kontakt med informasjonstjenesten *Velg behandlingssted* forsøke å unngå at det blir et faktisk fristbrudd. Rutinen viser videre til at hvis pasienten har fått tilbud hos annet behandlingsted før fristen, men takker nei og ønsker å stå på ventelisten i eget helseforetak, registreres dette som pasientbestemt utsettelse. Pasienten vil da ikke telles som fristbrudd. Helseforetaket må sørge for å gi pasienten et tilbud inne forsvarelig tid. Prosedyren presiserer at pasienten skal få et reelt tilbud med konkret time for utredning/behandling.

Dersom pasienten takker ja, overføres pasienten til valgte behandlingssted. Videre er det beskrevet hvordan helseforetaket videreformidler pasient gjennom fristbruddportalen hos Helfo pasientformidling.

Klinikk for psykisk helse og rus har utarbeidet egen prosedyre for håndtering av meldt fristbrudd.³⁶ Prosedyren er fra 2012 og er ikke oppdatert i henhold til nytt regelverk.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende oppdatering av føringer i klinikken gir risiko for manglende etterlevelse av gjeldende regelverk. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det ikke er hensiktsmessig at det etableres klinikkvise føringer på et område som dekkes av føringer på foretaksnivå.

5.4 Poliklinikkene - observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Poliklinikkene har p.t. ikke fristbruddproblematikk

Poliklinikken i Kongsberg har føringer om å kalle inn pasient senest 14 dager før juridisk frist slik at de har noe fleksibilitet til å gi pasienten tilbud innen frist og unngå frist. Poliklinikken har også en Helfo-ansvarlig for å håndtere dialogen med Helfo pasientformidling.

De reviderte enhetene har ikke fristbruddproblematikk og dermed ikke benyttet alternative behandlingssteder eller Helfo pasientformidling.

³⁵ DokID: 76391

³⁶ DokID: 12129

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Styrende dokumenter
Pasient- og brukerrettighetsloven
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet 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
Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2015 og 2016
Oppdrag- og bestilling fra Helse Sør-øst RHF til Vestre Viken HF for 2015 og 2016
Utvalg prosedyrer fra Vestre Viken HF sitt kvalitetssystem
Styreprotokoller og dokumenter fra styremøter i Vestre Viken HF for 2015 – d.d.
IS-1388. Veileder fra Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre
IS-1570. Veileder fra Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.
Dips-rapport 2028 – avsluttede konsultasjonsserier (periode 01.01.14 til 01.01.17)
Dips-rapport 3964 – aktivitetsrapport pr behandler (periode 01.01.16 til 01.01.17)
Dips-rapport 1117 – Polikliniske pasienter pr terapeut (pr 16.01.2017)
Dips-rapport 6817 – Polikliniske konsultasjoner (periode 01.01.15 til 01.01.17)
Dips-rapport 6813 – henvisninger (periode 01.11.15 til 01.01.17)
Uttrekk fra ventelisten

Gjennomførte samtaler

Rolle
Kirsten Hørthe, klinikkdirektør Klinikk for psykisk helse og rus
Torgeir Vethe, fagsjef Klinikk for psykisk helse og rus
Mette Ryan, kvalitetssjef Klinikk for psykisk helse og rus
Per Bredesen, spesialkonsulent Klinikk for psykisk helse og rus
Heidi Merethe Skeimo Berge, avdelingssjef Asker DPS
An-Magritt Singstad, seksjonsleder allmennpsykiatrisk poliklinikk Asker DPS
Paul Johansen, avdelingsoverlege allmennpsykiatrisk poliklinikk Asker DPS
Dag Anders Ulvestad, overlege allmennpsykiatrisk poliklinikk Asker DPS
Cecilie Rachlew, psykolog allmennpsykiatrisk poliklinikk Asker DPS
Liv Torunn Jensen, konsulent Asker DPS
Gerd Vik, leder kontortjenesten Asker DPS
Mona Grindrud, avdelingssjef Kongsberg DPS
Uta Land, seksjonsleder allmennpsykiatrisk poliklinikk Kongsberg DPS
Åse Birgitte Lyngstad, avdelingsoverlege allmennpsykiatrisk poliklinikk Kongsberg DPS
Marianne Kongsgården, LIS allmennpsykiatrisk poliklinikk Kongsberg DPS
Charlotte Skajaa, psykolog allmennpsykiatrisk poliklinikk Kongsberg DPS
Rita Cecilie Skinstad- Bermingrud, inn- og utskrivingskoordinator Kongsberg DPS
Anne-Hilde Rese, seksjonsleder ROP/psykose/kontor Kongsberg DPS

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
18. oktober 2016	Varsel om internrevisjon
16. november 2016	Innledende møte
04. januar 2017	Oppstart revisjon
30. mars 2017	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
21. april 2017	Tilbakemelding utkast rapport
10. mai 2017	Oversendelse endelig rapport
Ikke fastsatt	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre

Vedlegg 2 - Utdypende føringer for prioritering

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

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

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

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

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

Etter helsepersonelloven § 39 plikter den som yter helsehjelp å nedtegne opplysninger i journal for den enkelte pasient. Journalføringsplikten skal ivareta hensynene til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og hensynet til muligheten til etterprøvbarehet av de vurderinger som er gjort. Hvorvidt rettighetsvurderingen av henvisningene skal dokumenteres i form av et eget journalnotat i pasientens journal eller ved at svarbrevet på henvisningen vedlegges journalen, vil ifølge Helsedirektoratet³⁷ ikke være avgjørende. Helsedirektoratet viser til at det vesentlige er at det er foretatt en faglig forsvarlig vurdering, at dette er tilstrekkelig godt begrunnet skriftlig i vedtaket og at denne vurderingen kan gjenfinnes i pasientens journal.

³⁷ Brev fra Helsedirektoratet 6. november 2009 til Sykehuset i Østfold HF.

Vedlegg 3 - Utdypende føringer for utrednings- og behandlingsforløp

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

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

Vedlegg 4 - Utdypende føringer for oppmøtetidspunkt til helsehjelp

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

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

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

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

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

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

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

Vedlegg 5 - Utdypende føringer for Helfo pasientformidling

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

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

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