

Konsernrevisjonen
Rapport 6/2018

Revisjon:
Likeverdig og forutsigbar
helsehjelp, Psykisk helsevern
for barn og unge

Akershus universitetssykehus HF

Konsernrevisjonen, 20.8.2018

Introduksjon



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

Det er tydelige føringer fra styret i Helse Sør-Øst RHF om at fagområdet psykisk helsevern og TSB skal prioriteres, blant annet gjennom å øke aktiviteten og redusere ventetiden. Høsten 2018 vil det bli innført nasjonale pakkeforløp innen psykisk helsevern som blant annet skal bidra til strukturerte forløp.

Målet med revisjonen er å kartlegge og vurdere hvordan Akershus universitetssykehus HF sikrer etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven og at pasientene gis likeverdige og forutsigbare helsetjenester.

Følgende problemstillinger er belyst i revisjonen:

- Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
- Sikrer helseforetaket at pasienter innenfor samme diagnosegruppe får mest mulig likeverdige utrednings- og behandlingsforløp?
- Sikrer helseforetaket korrekt informasjon og forutsigbarhet for pasientene gjennom hele pasientforløpet?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet april - juni 2018.

INNHOOLD



1. Konklusjoner og anbefalinger	4
1.1 Divisjon psykisk helse bør styrke arbeidet med å sikre likeverdige og forutsigbare pasientforløp	
1.2 Anbefalinger	
2. Kontekst	6
2.1 Strategiske mål	
2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven	
2.3 Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge	
2.4 Vurdering av henvisninger	
3. Tilnærming	8
3.1 Metodisk tilnærming	
3.2 Omfang og avgrensning	
3.3 Revisjonskriterier	
4. Prioritering av henviste pasienter	10
4.1 Innledning	
4.2 Observasjoner	
4.2.1 Prosedyrer	
4.2.2 Kompetanse	
4.2.3 Rettighetsvurdering og vurdering av faglig forsvarlig frist	
4.2.4 Oppfølging av prioriteringspraksis	
4.3 Vurderinger	
4.3.1 Hvem som kan utføre rettighetsvurderinger bør avklares	
4.3.2 Dokumentasjonen av rettighetsvurderingene bør styrkes	
4.3.3 Prioriteringspraksis bør følges opp gjennom sammenligning av hvordan henvisninger vurderes	

5. Utrednings- og behandlingsforløp	14
5.1 Innledning	
5.2 Observasjoner	
5.2.1 Prosedyrer	
5.2.2 Kompetanse	
5.2.3 Plan for utredning, behandling og involvering av spesialist	
5.2.4 Oppfølging av pasientforløpet	
5.3 Vurderinger	
5.3.1 Økt struktur i arbeidet med behandlingsplaner kan bidra til effektive forløp og økt kvalitet	
5.3.2 Kvalitet i pasientforløpene kan styrkes gjennom systematisk oppfølging	
5.3.3 Økt bruk av styringsdata kan belyse uønsket variasjon	
6. Tidspunkt for helsehjelp	22
6.1 Innledning	
6.2 Observasjoner	
6.2.1 Svarbrev og vurderingsfrist	
6.2.2 Planleggingshorisont og time i hånden	
6.2.3 Oppfølging av timetildeling og tidspunkt for helsehjelp	
6.3 Vurderinger	
6.3.1 Pasientene får forutsigbar helsehjelp innen planlagt tid	
Vedlegg	24
1. Revisjonskriterier	
2. Informasjonsgrunnlag	
3. Gjennomførte samtaler	

1. Konklusjon og anbefalinger



1.1 Divisjon psykisk helse bør styrke arbeidet med å sikre likeverdige og forutsigbare pasientforløp

For at pasienter skal gis likeverdig helsehjelp, er det viktig at rettighetsvurderinger gjøres i tråd med nasjonale føringer. Videre vil god struktur i arbeidet med pasientforløp bidra til økt involvering av pasient og pårørende samt økt forutsigbarhet og kvalitet.

Revisjonen har vist at Divisjon psykisk helse har etablert føringer for rettighetsvurderinger. Pasientene får riktig informasjon til riktig tid, og helsehjelpen starter innen planlagt tid. Det er iverksatt flere tiltak for å forberede innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern som starter opp høsten 2018. Disse skal sikre mer forutsigbare pasientforløp og bedre kvalitet i behandlingen.

Revisjonen viser samtidig områder som bør styrkes for i større grad å sikre likeverdig og forutsigbar helsehjelp. Dette gjelder særlig arbeidet med vurdering av hvem som får rett til helsehjelp.

Følgende forhold er av betydning:

- Hvem som kan utføre rettighetsvurderinger bør avklares
- Dokumentasjon av rettighetsvurderingene bør styrkes
- Opplæring og oppfølging vil kunne styrke prioriteringspraksisen
- Systematisk oppfølging av pasientforløpene kan gi mer forutsigbar og likeverdig helsehjelp

Hvem som kan utføre rettighetsvurderinger bør avklares

Avdeling barn og unges psykiske helsevern (ABUP) har en praksis der enhetsledere og deres stedfortreder vurderer henvisninger. Ikke alle enhetsledere er psykiater eller psykologspesialist, og vi vurderer at praksis ikke er i samsvar med de nasjonale føringene. Manglende involvering av psykiater eller psykologspesialist i rettighetsvurderingen gir risiko for at ikke alle forhold ved pasientens helsetilstand blir vektlagt i tilstrekkelig grad.

Dokumentasjon av rettighetsvurderingene bør styrkes

Det er stor variasjon i hvor utfyllende rettighetsvurderingene er dokumentert i journal. Dette gjelder både ved rett til helsehjelp og avslag. Manglende dokumentasjon gjør det vanskelig å vite hva som er vektlagt i vurderingen og reduserer pasientens mulighet til å ivareta sine rettigheter. Dokumentasjonen er også viktig dersom noe skjer med pasienten før helsehjelpen starter. Vurdering av individuelle forhold skal sikre at pasientene får startet helsehjelpen ut fra tilstandens alvorlighet. Når vurdering av individuelle forhold ved fastsettelse av juridisk frist ikke er dokumentert, er det ikke sporbart om dette er hensyntatt.

Opplæring og oppfølging vil kunne styrke prioriteringspraksisen

Det gis i liten grad opplæring om prioritering av henvisninger. Dette gir risiko for ulik forståelse av kriteriene for helsehjelp.

ABUP følger opp fristen for vurdering av henvisninger og andel avslag. Ut over dette er det i liten grad iverksatt systematiske tiltak for å følge opp rettighetsvurderingene. Manglende oppfølging medfører risiko for at man ikke fanger opp uønsket variasjon i prioriteringspraksisen, slik at korrigerende tiltak kan iverksettes.



Systematisk oppfølging av pasientforløpene kan gi mer forutsigbar og likeverdig helsehjelp

Analyser viser at det er forskjeller i hvilken helsehjelp pasienter innenfor samme diagnosegruppe mottar. Dette gjelder både varighet, antall konsultasjoner og hyppighet på disse. Selv om pasienter vil ha ulikt behov for helsehjelp, er det et potensiale for å øke bruken av styringsdata for å belyse hvilken helsehjelp pasientene får. Disse kan belyse eventuell uønsket variasjon og brukes som grunnlag for å iverksette korrigerende tiltak som bidrar til likeverdig helsehjelp.

Revisjonen viser at behandlingsplaner ikke utarbeides for en av tre pasienter i vårt utvalg, og at behandlingsplanene i varierende grad blir evaluert. Det gjenstår derfor et arbeid for at disse skal bli førende for behandlingen. Det fremkommer eksempler på at spesialist ikke er involvert i behandlingen og at pasienter ikke avsluttes i henhold til plan. Samlet kan dette indikere et økt behov for systematisk evaluering og oppfølging av behandlingsplanene. Dette vil kunne bidra til riktig retning og kvalitet i pasientbehandlingen.

For å følge opp behandlingen gjennomgår leder pasientlistene sammen med hver enkelt behandler. Dette er et viktig kontrolltiltak for å sikre kvalitet og struktur i pasientforløpene. Disse gjennomføres imidlertid med ulik hyppighet og på ulik måte. Bedre struktur for slike gjennomganger kan redusere risikoen for uønsket variasjon i pasientenes forløp.

1.2 Anbefalinger

Konsernrevisjonen har følgende anbefalinger til Divisjon psykisk helse:

- Praksis for hvem som utfører rettighetsvurderinger bør gjennomgås for å vurdere om denne er i tråd med krav til forsvarlighet og nasjonale føringer.
- Forventninger til dokumentasjonen av rettighetsvurderingene bør tydeliggjøres.
- Det bør iverksettes systematisk opplæring for alle som vurderer henvisninger.
- Prioriteringspraksis bør følges opp gjennom sammenligninger av hvordan henvisninger vurderes.
- Føringer for arbeid med behandlingsplaner og oppfølging av disse bør tydeliggjøres.

2. Kontekst

2.1 Strategiske mål

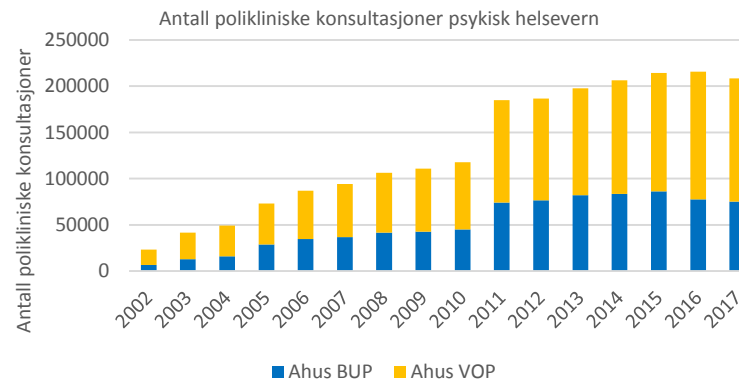
Helse Sør-Øst har over flere år gitt oppdrag om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet.

ABUP har siden 2012 hatt som mål å innføre effektive og strukturerte forløp. I strategi for 2017-2022 er det definert strategiske mål som blant annet omfatter etablering av effektive og ansvarlige pasientforløp for alle pasienter.

Befolkningsveksten for barn og ungdom anslås fra 2017 til 2022 å utgjøre en samlet vekst på 5,3 %. Veksten vil være størst på Romerike (7,0 % på Øvre Romerike og 6,2 % på Nedre Romerike), og minst i Groruddalen inkludert Nittedal (3,7 %). For å håndtere befolkningsveksten forutsettes det en årlig aktivitetsvekst.

For Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er det iverksatte tiltak for å øke kapasiteten ved poliklinikkene. Ved fordeling av nye stillinger er det tatt hensyn til behovet for økt aktivitet innen Avdeling barn og unges psykiske helsevern (ABUP). I tillegg er det igangsatt konkrete tiltak for å bidra til økt tilgjengelighet, redusere ventetider til < 40 dager samt unngå fristbrudd og at pasienter venter over passert planlagt tid.

Antallet igangsatte pasientbehandlinger var det samme i mai 2017 og mai 2018. Antall registrerte inntekstgivende konsultasjoner er 5% lavere enn på samme tid i 2017.



Figur 1: Antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern Ahus, styresak 18-18.

2.2 Innføring av pakkeforløp

I 2018 vil det bli innført pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus, dette omfatter også ABUP. 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. Målet er å forbedre behandlingstilbudet, gi økt forutsigbarhet og oversikt over forløpet for både pasient og behandler, samt redusere uønsket variasjon i utredning og behandling.

I forbindelse med innføringen av pakkeforløpene vil det bli iverksatt nasjonale tiltak for å monitorere og følge opp forløpene.



2.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

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

I 2015 ble det gjort endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften som blant annet medførte at alle pasienter med behov for spesialisert helsehjelp ble rettighetspasienter. Disse skal ha en juridisk frist for oppstart av helsehjelpen og gis et tidspunkt for oppmøte i svarbrevet på henvisning.

2.4 Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn ved vurdering av henvisningene.

Prioriteringsveilederen for BUP gir anbefalinger om tildelinger av rettighetsstatus og maksimumsfrist for start helsehjelp på gruppenivå for ulike tilstandsgrupper. Veilederen gir også oversikt over individuelle forhold som skal hensyntas for vurdering av alvorlighetsgrad og fastsetting av faglig forsvarlig frist for den enkelte pasient. Individuelle forhold kan tilsi at rettighet og frist blir annerledes enn det som er anbefalt på gruppenivå for den tilstandsgruppen pasienten tilhører.

2.5 Vurdering av henvisninger

I veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, IS1570 Helsedirektoratet, omtales hvem som kan vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Det overordnede ansvaret for inntaksvurderingen ligger hos ledelsen ved poliklinikken, men kan delegeres til kompetent fagperson/team. Det stilles ingen formelle krav til hvem som kan vurdere om en pasient har rett til helsehjelp i psykiske helsevern. Spørsmålet reguleres i kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 og helsepersonellovens § 4.

Den/de inntaksansvarlige skal vurdere henvisningene mot vilkårene som må være oppfylt for å få rett til prioritert helsehjelp, hvilke henvisninger som må avklares nærmere, og hvilke som avslås/avvises. På bakgrunn av deres kompetanse, og fordi det er tale om vedtak som er pålagt spesialisthelsetjenesten å fatte, er Helsedirektoratets vurdering at slike vedtak bør fattes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å oppfylle kravet til forsvarlighet.

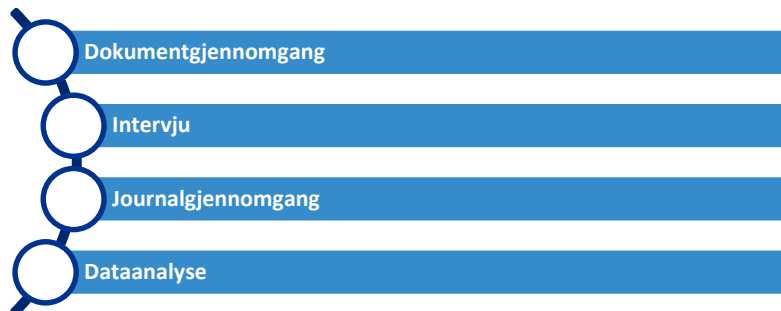
Veilederen beskriver at poliklinikken skal utarbeide prosedyrer knyttet til vedtak som ivaretar forsvarlighetskravet. Slike prosedyrer bør beskrive hvilken kompetanse som forutsettes og må tilegnes for å ivareta ansvar og utføre arbeidsoppgaver.

3. Tilnærming



3.1 Metodisk tilnærming

Følgende metoder er benyttet for å belyse problemstillingene i revisjonen:



Figur 2: Metoder i revisjonen.

Dokumentgjennomgangen har innbefattet prosedyrer og retningslinjer, månedsrapporter og tertialrapporter, strategier og virksomhetsplaner.

25 personer på ulike nivå i foretaket er intervjuet. Dette inkluderer sentral stab, divisjonsdirektør for psykisk helse, avdelingsleder for ABUP, seksjonsledere ved BUP Øvre Romerike og BUP Follo, tre enhetsledere i hver av poliklinikkene, to behandlere i hver enhet samt kontorfaglig personale. Se vedlegg tre for nærmere informasjon.

I 2017 mottok ABUP 3225 henvisninger. BUP Øvre Romerike mottok i gjennomsnitt 65 henvisninger i måneden i 2017, mens BUP Follo mottok i gjennomsnitt 75 henvisninger.

Totalt har vi gjennomgått 87 journaler. For BUP Øvre Romerike utgjorde dette 37 pasientjournaler hvorav 25 var for rettighetspasienter, samt 12 avslag. For BUP Follo har vi gjennomgått 50 journaler hvorav 38 var for rettighetspasienter, samt 12 avslag.

For å sikre god spredning i utvalget er det valgt journaler fra ulike behandlere med forskjellig fagbakgrunn; psykiater, psykologspesialist, psykolog, LIS-lege, sosionom, pedagog og barnevernspedagog. Alle enheter er representert i utvalget.

For avslagspasientene har vi testet henvisninger mottatt i november og desember 2017. Rettighetspasientene som er testet ble henvist i 2016 og 2017. De hadde alle en behandlingstid på minimum fire måneder.

I journalgjennomgangen har vi undersøkt rettighetsvurderinger, svarbrev på henvisning, registreringspraksis, bruk av behandlingsplaner, involvering av spesialist i behandlingen og avslutningsfasen i behandlingen. Journalgjennomgangen er gjennomført med bistand av kontorfaglig personale fra poliklinikkene.

Analysene er gjort med utgangspunkt i uttrekk fra ulike DIPS-rapporter for perioden 2016, 2017 og 2018. Rapportene dekker blant annet vurdering av henvisninger, timetildeling og pasientenes forløp. Nærmere beskrivelse av rapporter og tidsperioder for uttrekk er beskrevet i vedlegg to.



3.2 Omfang og avgrensning

Opptaksområde for ABUP utgjør 21 kommuner og tre bydeler i Oslo. Avdelingen har syv seksjoner, hvorav to døgnenheter og fem poliklinikker, og har tilsammen 350 årsverk. Av disse er 250 tilknyttet poliklinikkene. BUP Øvre Romerike har henholdsvis 45 årsverk, og pr april 2018 var det 584 aktive pasienter. BUP Follo har 51 årsverk og hadde 770 aktive pasienter pr april 2018.

Revisjonen har belyst hvordan de ulike stegene i pasientforløpet er inkludert i styring- og oppfølgingsprosesser på de ulike ledernivåene i helseforetaket, om det er implementert rutiner og gjennomført opplæring for å sikre etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven, samt tiltak for å evaluere og sammenligne praksis.

Revisjonen er gjennomført uten fagrevisor i teamet, og det er ikke gjort vurderinger av om pasienter burde hatt rett til helsehjelp eller ikke, eller om fristfastsettelsen var riktig.

3.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er utledet fra krav og føringer som er angitt både i lover, forskrifter og gjennom i oppdraget til helseforetaket:

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Prioriteringsforskriften
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Oppdrag og bestillingsdokumentet til Akershus universitetssykehus HF for 2017 og 2018
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge

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

4. Prioritering av henviste pasienter



4.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan helseforetaket sikrer at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveilederne.



Figur 3: Hvor prioritering av henvisninger finner sted i pasientforløpet.

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig forsvarlig vurdering av sin helsetilstand innen 10 virkedager. Helseforetaket skal legge prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger.

Revisjonen har belyst hvilke tiltak helseforetaket har iverksatt for etterleve lovkrav og bruk av prioriteringsveilederne. Dette inkluderer hvilke føringer (rutiner, prosedyrer mv.) som er etablert i helseforetaket, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging av prioriteringspraksis som er etablert. Revisjonen har også testet hvordan vurderingen dokumenteres i DIPS.

4.2 Observasjoner

4.2.1 Prosedyrer

Avdelingens målgruppe er beskrevet i prioriteringsveilederen. Gjennom intervjuer går det frem at avdelingens målgrupper er tydelig for de som vurderer henvisninger.

Prosedyre "DPH - henvisninger - vurdering og håndtering av henvisninger" gir føringer for vurdering av henvisninger i Divisjon psykisk helse, herunder at prioriteringsveileder skal benyttes. Resultatet av vurderingen skal dokumenteres i en mal med betegnelsen «vurderingsnotat». Prosedyren beskriver blant annet at spesialist(er) med erfaring/kompetanse i å vurdere/prioritere henvisninger, er ansvarlig for at henvisninger vurderes. Vurderinger kan gjøres i samarbeid med lege- eller psykologspesialister eller lokale inntaksteam.

I ABUP er enhetslederne formelt ansvarlig for vurdering av henvisninger i egen enhet. Disse har ulik utdanningsbakgrunn. Noen har spesialisering som klinisk sosionom, klinisk barnevernspedagog eller i klinisk pedagogikk. Andre er psykiatere eller psykologspesialister. Ved fravær utføres rettighetsvurderingene av stedfortredere eller annen ansatt som har fått delegert myndighet til å vurdere henvisninger.

Avdelingens rutiner tilsier at vurdering av henvisninger gjøres fortløpende av enhetsleder. BUP Follo har inntaksmøter to ganger i uken hvor enhetslederne kan drøfte henvisninger der det er usikkerhet om fristfastsettelsen eller avslag. BUP Øvre Romerike har ikke inntaksmøte, men det er mulig for enhetsledere å konsultere andre enhetsledere eller seksjonsleder ved behov for å drøfte henvisninger det er vanskelig å vurdere.



I 2016-17 kartla Ahus internkontrollsystemet i hele helseforetaket. Vesentlige forbedringsområder ble identifisert, blant annet bruk av EQS for lagring og distribusjon av helseforetakets prosedyrer. Arbeidet med å rette opp i dette er forankret hos styret og administrerende direktør og skal pågå ut 2019.

Denne revisjonen finner samme forbedringsområder som denne kartleggingen. Med kun få unntak er EQS lite kjent, og det er variabelt i hvilken grad enhetsledere og behandlere er kjent med hva som finnes av relevante prosedyrer i EQS. Begge poliklinikkene lagrer egne prosedyrer på lokalt område. Gjennom intervju går det frem at det også er vanskelig å finne prosedyrer på dette området. Prosedyrer tas ut og oppbevares permer, men det er ikke noe system for å sørge for at disse er oppdaterte. Totalt sett fremstår prosedyrene i EQS som er relevante for denne revisjonen som lite kjent.

4.2.2 Kompetanse

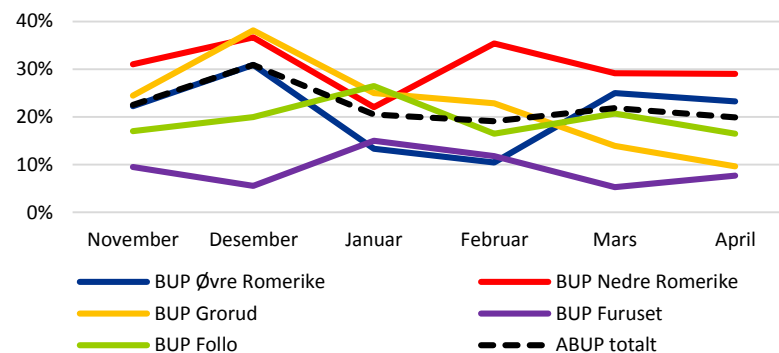
Begge poliklinikkene forutsetter at medarbeidere som vurderer henvisninger har kompetanse om prioriteringsveilederne og hvordan henvisninger skal vurderes når de får denne oppgaven.

Det har det ikke vært iverksatt opplæringstiltak om prioritering av henvisninger på avdelingsnivå eller for den enkelte poliklinikk, utover løpende veiledning og i inntaksmøte.

4.2.3 Rettighetsvurdering og vurdering av faglig forsvarlig frist

I 2017 ble henholdsvis 3,3 % og 2,9 % av barn og unge i opptaksområdene Øvre Romerike og Follo henvist til BUP. Revisjonen viser at ABUP samlet gir avslag på ca. 20 % av henvisningene. Figur 4 viser at avslagsprosenten varierer mellom de ulike poliklinikkene.

Utvikling andel avslag ABUP 2017-2018



Figur 4: Andel henvisninger med avslag i 2017-2018. Rapportering Ahus.

Divisjon Psykisk helsevern har etablert et sentralt henvisningsmottak, som skal sørge for at henvisningen kommer til riktig enhet. Revisjonen har ikke avdekket vesentlige utfordringer knyttet til feilsendte henvisninger.

Journalgjennomgangen viste at det var opprettet vurderingsnotat for alle pasientene, med unntak av enkelte som var henvist med høy hastegrad. Dette gjelder både ved avslag og rett til helsehjelp. Samtidig viste gjennomgangen at poliklinikkene i varierende grad dokumenterer vurderinger i henhold til malen for vurderingsnotat.

Revisjonen har undersøkt 24 avslag. Til sammen var det mangelfull begrunnelse ved 15 av disse. Ni fikk avslag med begrunnelse av at førstelinjetjenesten ikke var prøvd. Seks fikk avslag uten at begrunnelse var journalført. Av de 24 gjennomgåtte avslagene ble det sendt ny henvisning eller klage på vurderingen i syv saker, hvorav noen inneholdt supplerende informasjon. Seks fikk rett til helsehjelp i etterkant.



Revisjonen har undersøkt 63 henvisninger der pasienten fikk rett til helsehjelp. Vurderingsnotatet viste til prioriteringsveilederen for seks av disse.

Poliklinikkene dokumenterte i svært liten grad vurderingen av individuelle forhold og alvorlighetsgrad ved fastsetting av faglig forsvarlig frist. Gjennomgangen viste flere tilfeller hvor juridisk frist var satt kortere enn anbefalt frist på gruppenivå i prioriteringsveilederen, uten at dette var begrunnet.

For BUP Øvre Romerike viser journalgjennomgangen at seks pasienter fikk status «uavklart» i vurderingsnotatet. Disse pasientene fikk brev med innkalling til vurderingssamtale for å avklare rettighetsstatusen. Det gikk opp til en måned eller lengre før samtalen ble avholdt. Utfallet av rettighetsvurderingen ble i varierende grad dokumentert i pasientens journal, og uten at malen for vurderingsnotat ble benyttet. For å gjennomføre vurderingssamtalen gis pasientene rett til helsehjelp i DIPS. Dette medførte at fristen for vurderingen på 10 dager i praksis ble overskredet.

4.2.4 Oppfølging av prioriteringspraksis

ABUP belyser blant annet antall henvisninger og andel rett/avslag gjennom månedsrapporteringen som tas opp i ledermøter i avdelingen. Ut over dette er det ingen overordnet oppfølging av prioriteringspraksisen på avdelingsnivå. Det er heller ikke tiltak for å kalibrere praksis på tvers av poliklinikker.

BUP Follo følger opp prioriteringspraksis i inntaksmøte. Ved BUP Øvre Romerike skjer dette gjennom diskusjoner mellom enhetsledere og seksjonsleder. Ut over dette er det ingen systematisk oppfølging av vurderingspraksisen i den enkelte poliklinikk.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Hvem som kan utføre rettighetsvurderinger bør avklares

Revisjonen viser at ABUP har en praksis der enhetsledere og deres stedfortredere vurderer henvisninger. Helseledelse vurderer at slike vedtak bør fattes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Ved de reviderte poliklinikkene er ikke alle enhetsledere psykiater eller psykologspesialist, og vi vurderer derfor at praksis ikke er i samsvar med nasjonale føringer.

Etter konsernrevisjonens vurdering kan manglende involvering av psykologspesialist eller psykiater i rettighetsvurderingen gi risiko for at forhold ved pasientens helsetilstand ikke i tilstrekkelig grad blir vektlagt, eller at vesentlige forhold blir oversett.

4.3.2 Dokumentasjon av rettighetsvurderingene bør styrkes

Revisjonen viser at begrunnelsene for rettighetsvurderingene i varierende grad blir dokumentert. Dette gjelder både når pasienten får avslag om rett til helsehjelp, når det gis rett og ved vurdering av individuelle forhold for fastsetting av faglig forsvarlig frist. Malen for å dokumentere begrunnelsen benyttes, men det er til dels stor variasjon i hvor utfyllende begrunnelsene er. Manglende dokumentasjon gjør det vanskelig å vite hvilke forhold som er vektlagt i vurderingene.

Individuelle forhold kan tilsi at juridisk frist blir annerledes enn det som er anbefalt på gruppenivå for den tilstandsgruppen pasienten tilhører. Når vurdering av individuelle forhold ikke er dokumentert i journal, er det ikke mulig å vite om det er gjort en vurdering og hva denne eventuelt bygger på. Manglende vurdering av individuelle forhold kan medføre en risiko for at pasientene får startet helsehjelp senere enn hva behovet tilsier.



Ved begge poliklinikkene gis begrunnelse for avslag med henvisning til at førstelinjetjenesten ikke har vært forsøkt før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederen beskriver at det er pasientens behov for spesialisthelsetjenester som skal vurderes, og at pasienten ikke skal bli skadelidende dersom førstelinjetjenesten ikke har tilbud eller kapasitet. Konsekvensen av å gi avslag med denne begrunnelsen er at pasienter som kan ha behov for helsehjelp ikke får tilbud hverken i spesialisthelsetjenesten eller førstelinjetjenesten. Det er behov for å tydeliggjøre at det er pasientens nytte og effekt for spesialisthelsetjenester som er kriteriene ved vurdering av rett til helsehjelp eller avslag.

Revisjonen viser at BUP Øvre Romerike ikke avklarer rettighetsstatus for alle pasienter ved vurderingen av henvisningene. Disse pasientene får status som uavklart i vurderingsnotatet. Prioriteringsveilederen beskriver at utfallet av en rettighetsvurdering skal konkludere med at pasienten får rett til helsehjelp eller avslag. Dersom opplysningene i henvisningen ikke gir grunnlag til å sannsynliggjøre hva slags forløp pasienten bør ha, betegnes tilstanden som uavklart. Pasienten skal likevel ha rett til helsehjelp, og fristen settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av behandling. Når pasienten har hatt en time for å avklare videre forløp er pasientens rett oppfylt, dette selv om pasienten ikke skal ha ytterligere behandling.

Konsekvensen av praksisen ved BUP Øvre Romerike praksisen er at vurderingsfristen overskrides og at pasienten ikke får informasjon om sine rettigheter. Journalføringen i disse tilfellene er også mangelfull. Ettersom pasienten er registrert med rett i DIPS, fremkommer ikke praksisen i rapporteringen. Konsernrevisjonens vurdering er at føringene for håndtering av slike tilfeller bør tydeliggjøres og kommuniseres.

God dokumentasjon av rettighetsvurderingen er viktig for den enkelte pasient da denne ofte vil danne grunnlaget for en eventuell klagesak. Det er mulig å klage på både avslag om rett til helsehjelp og fristfastsettelse, og pasienten har da rett til fornyet vurdering. Manglende begrunnelse for rettighetsvurderingen reduserer pasientens mulighet til å ivareta sine pasientrettigheter. En godt dokumentert rettighetsvurdering vil også kunne gi retning for videre behandling av pasienten, og vil være nyttig informasjon for behandleren som skal gi pasienten helsehjelp.

4.3.3 Prioriteringspraksis bør følges opp gjennom sammenligning av hvordan henvisninger vurderes

Ledelsen av poliklinikkene forutsetter at medarbeidere som vurderer henvisninger har nødvendig kompetanse til å utføre rettighetsvurderinger når de får stillingen som enhetsleder. Revisjonen viser at det ikke er iverksatt systematisk opplæring utover løpende veiledning i saker og inntaksmøtet ved BUP Follo. Bruk av stedfortredere gjør vurderingspraksisen ytterligere sårbar.

Rapporteringen innad i ABUP viser at det er betydelig variasjon i andel avslag innad mellom de forskjellige poliklinikkene. Etter konsernrevisjonens vurdering kan det være grunn til å stille spørsmål ved om ulik forståelse av kriteriene for helsehjelp kan være en medvirkende faktor til denne variasjonen. Konsernrevisjonen vurderer derfor at systematisk opplæring og kalibrering av prioriteringspraksis innad i avdelingen kan redusere risiko for feil og potensiell uønsket variasjon i vurderingspraksis.

5. Utrednings- og behandlingsforløp



5.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan helseforetaket sikrer at pasienter får forutsigbare utrednings- og pasientforløp og at uønsket variasjon unngås.



Figur 5: Hvor utrednings- og behandlingsforløpene finner sted i pasientforløpet.

I de senere årene har det vært økende nasjonal oppmerksomhet rundt uønsket variasjon i helsehjelpen. Revisjonen har derfor belyst hvilke tiltak sykehuset har iverksatt for å sikre at «like» pasienter får et mest mulig likeverdig helsetilbud. Det er gjort analyser av pasientforløpet for pasienter med ulike diagnoser.

Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge beskriver at det så snart som mulig etter saken er igangsatt skal lages en utredningsplan, der det er aktuelt. Planen bør blant annet inneholde planlagte utredninger, fagpersoner som skal delta og tidspunkt for ferdigstilling. Diagnostisk vurdering utgjør overgangen fra utredningsfasen til behandlingsfasen i pasientforløpet, og bør gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon. Den diagnostiske vurderingen må være faglig forsvarlig og bør drøftes i et tverrfaglig møte med psykologspesialist eller psykiater tilstede. Etter utredning og diagnostisering skal det utarbeides en behandlingsplan som bør evalueres regelmessig.

Revisjonen har belyst hvilke føringer (rutiner, prosedyrer mv.) som er etablert, hvilken opplæring som er gitt, og hvordan helseforetaket følger opp og evaluerer behandlingen.

5.2 Observasjoner

5.2.1 Prosedyrer

Ved ABUP er det kommunisert forventninger om at alle pasienter skal ha plan for utredning og behandling, og det er laget en mal for dette. Det bekreftes gjennom intervju at forventningene er kjent og at behandlingsplanene skal evalueres hver tredje måned. Praksis med behandlingsplan er imidlertid ikke forankret i en EQS prosedyre.

Prosedyrer "Drøfting med psykologspesialist eller med psykiater" skal bidra til å sikre faglig forsvarlighet i alle saker og beskriver hvordan dette skal skje. Journalmalen "Internt vurderingsnotat" skal da benyttes.

5.2.2 Kompetanse

Det avholdes fast opplæring for nyansatte ved Ahus, ved Divisjon psykisk helsevern og ved ABUP. Opplæringen ved ABUP skjer en gang i halvåret, og inneholder blant annet informasjon om journalføring og epikriser. Alle nyansatte skal i henhold til poliklinikkens sjekklister gjennomgå prosedyrer for utredning og behandling. I 2017 var det et prosjekt ved BUP Follo for innføring av strukturerte pasientforløp som blant annet inkluderte internundervisning.

5.2.3 Plan for utredning, behandling og involvering av spesialist

Journalgjennomgangen viser at utredningsfasen gjennomgående har et strukturert forløp i begge poliklinikkene, selv om dette ikke alltid er dokumentert i en utredningsplan. For noen diagnoser er det også etablert strukturerte forløp for behandlingen, eksempelvis for ADHD og angstlidelser. Intervjuer og journalgjennomgang tyder på at de to enhetene for sped- og småbarn ikke har kommet like langt i arbeidet med strukturerte forløp.



Journalgjennomgangen viser at det ved BUP Øvre Romerike var opprettet behandlingsplan for 18 av 25 pasienter. Ni pasienter hadde flere enn en behandlingsplan, hvorav to har tre behandlingsplaner. Gjennomgangen viser en praksis der evaluering av behandlingsplan ofte dokumenteres i internt vurderingsnotat. Spesialist var involvert i behandlingen i 24 av de 25 sakene som ble gjennomgått. Dette var dokumentert i henhold til prosedyren.

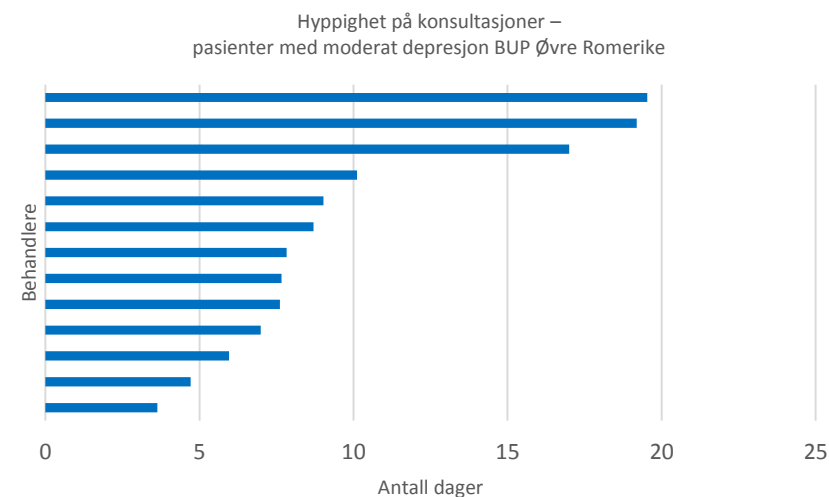
Ved BUP Follo oppretter kontorfaglig personell behandlingsplan ved oppstart av behandling. Journalgjennomgangen viste at 24 av 38 pasienter hadde behandlingsplan, hvor fire av disse var delvis fylt ut. Av de 24 som fikk behandlingsplan, var det syv pasienter som fikk denne evaluert. Tre pasienter hadde flere enn to behandlingsplaner. Spesialist var involvert i behandlingen i 34 av 38 saker. Dette var hovedsakelig dokumentert i løpende journal, foruten ved to tilfeller der journalmalen internt vurderingsnotat var benyttet.

Når det gjelder avslutning av behandlingsforløpene fremgår det av journalnotater ved begge poliklinikkene at enkelte pasienter ble beskrevet som ferdigbehandlet, uten at de ble avsluttet i DIPS. For disse gikk det fra seks uker til fire måneder fra det ble konkludert med at behandlingen skulle avsluttes, til dette ble gjort. I flere tilfeller ble det gjennomført en telefonkontakt eller en siste avslutningstime, for å informere om at epikrisen sendes. Behandlingen ble deretter avsluttet i DIPS og epikrise ble sendt.

Det fremkommer i intervju at pasienter i prinsippet skal få time ca. en gang i uka, avhengig av behov. Noen skal ha sjeldnere oppfølging, for eksempel pasienter som er inne for å gjøre vurderinger av medisiner for ADHD.

Som del av revisjonen er det gjort uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hvor lenge pasientene får behandling, antallet konsultasjoner og hyppigheten på konsultasjonene innenfor flere diagnosegrupper.

I tilknytning til dette belyser vi variasjon mellom behandlere i poliklinikken.

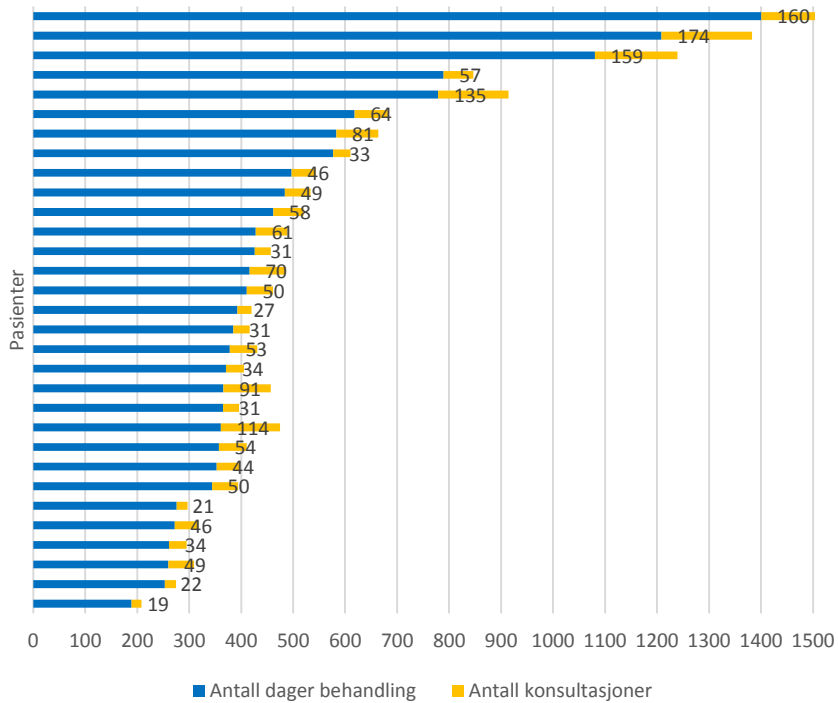


Figur 6: Gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner per behandler som har behandlet pasienter med moderat depresjon (ICD-10 F321 og F331). DIPS-rapport 2028.

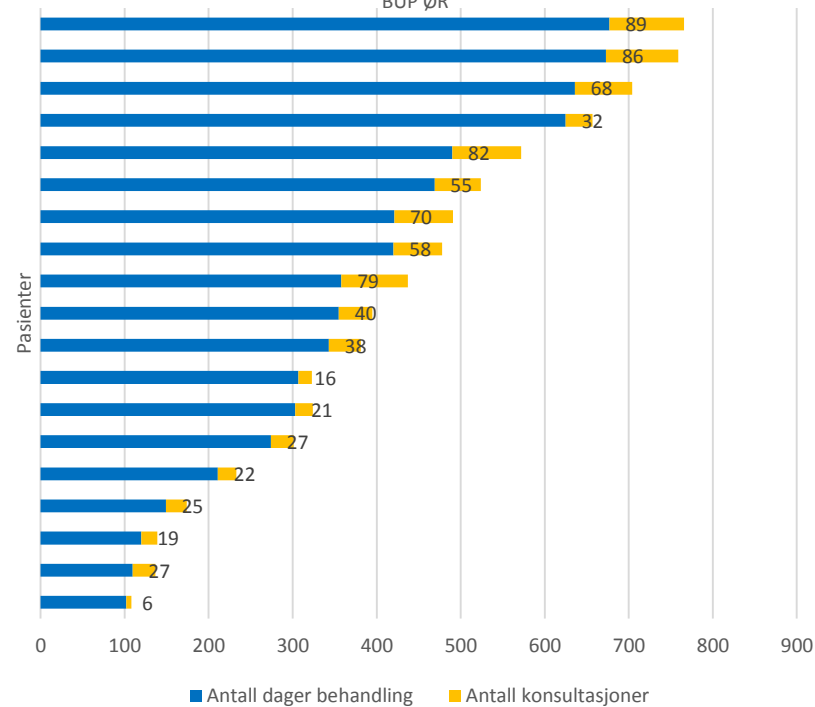
Figur 6 viser at det er relativt stor variasjon mellom behandlerne når det gjelder hyppighet av konsultasjoner ved moderat depresjon. Figuren gjelder en diagnosegruppe ved BUP Øvre Romerike, men variasjonen er tilsvarende ved begge poliklinikkene og for flere diagnoser.



Varighet og antall konsultasjoner - Pasienter med angst - BUP ØR



Varighet og antall konsultasjoner - Pasienter med moderat depresjon - BUP ØR

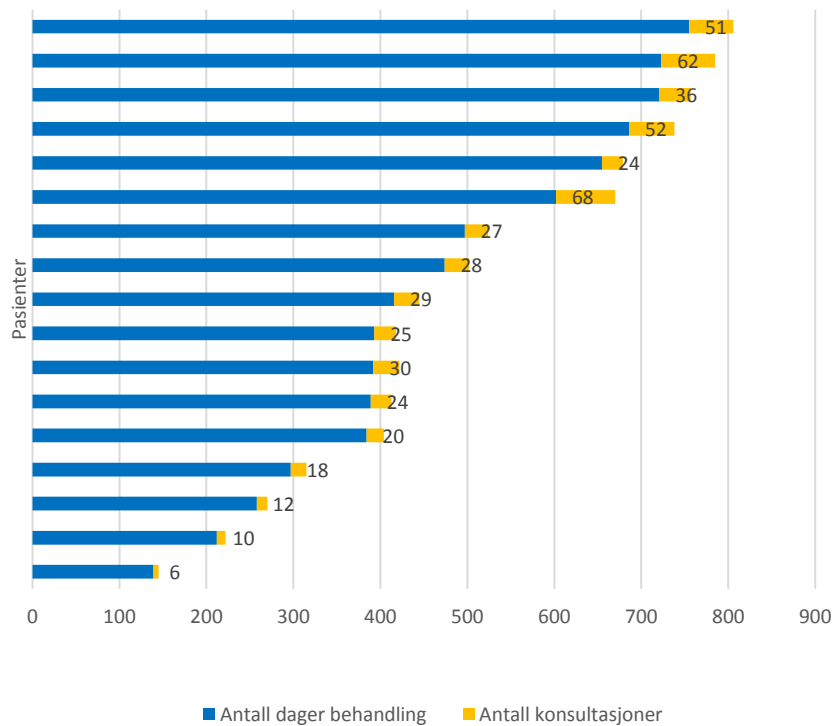


Figur 7: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med angst (ICD-10 F400, F4001, F401, F402, F411). Behandling avsluttet i 2017. DIPS-rapport 2028.

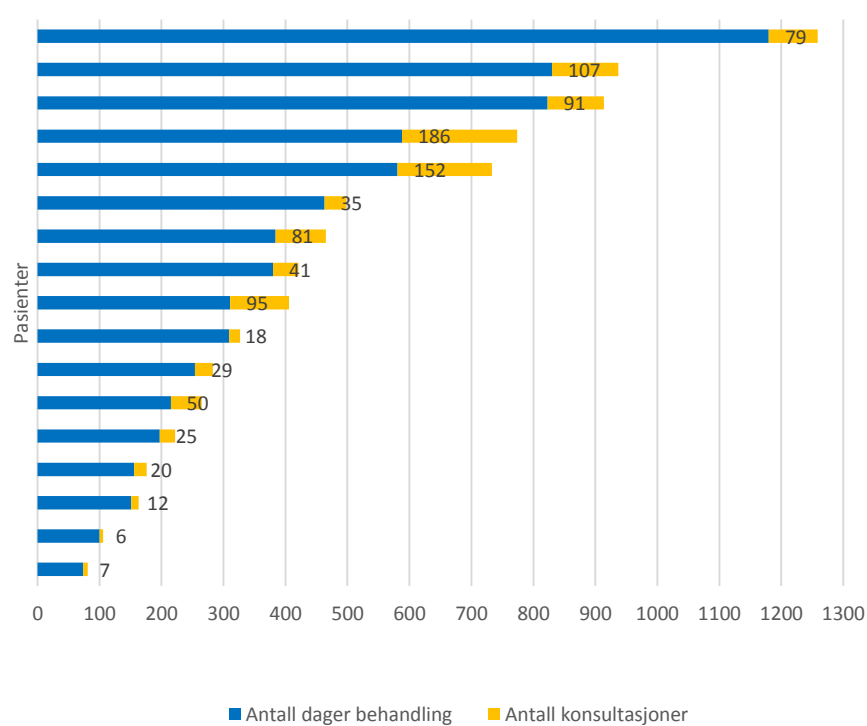
Figur 8: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med moderat depresjon (ICD-10 F321 og F331). Behandling avsluttet i 2017 og 2018. DIPS-rapport 2028.



Varighet og antall konsultasjoner - Pasienter med ADHD - BUP Follo



Varighet og antall konsultasjoner - Pasienter med spiseforstyrrelser – BUP Follo



Figur 9: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med ADHD (ICD-10 F 900-909). Behandling avsluttet i 2018. DIPS-rapport 2028.

Figur 10: Antall dager behandling og antall konsultasjoner pr pasient med spiseforstyrrelser (ICD-10 F500, 501, 502, 503, 504, 508, 509, 510). Behandling avsluttet i 2017 og 2018. DIPS-rapport 2028.



Figurene 7 - 10 viser at det er relativt stor variasjon mellom pasienter i samme diagnosegruppe når det gjelder lengde på behandlingsforløp samt antall konsultasjoner. Variasjonen gjelder begge poliklinikkene og for flere diagnoser. Det er indikasjoner på at det er noe variasjon mellom behandlere og poliklinikkene med tanke på varighet og antall konsultasjoner for enkelte av de undersøkte diagnosene.

Det er imidlertid viktig å påpeke at variasjonen kan påvirkes av flere forhold. Poliklinikken praktiserer en fordeling av «enkle» og «tyngre» pasienter ut fra kompetanse og erfaring. I tillegg kan variasjonen også skyldes at de fastsatte diagnosene ikke reflekterer hele kompleksiteten i pasientenes problematikk.

5.2.4 Oppfølging av pasientforløpet

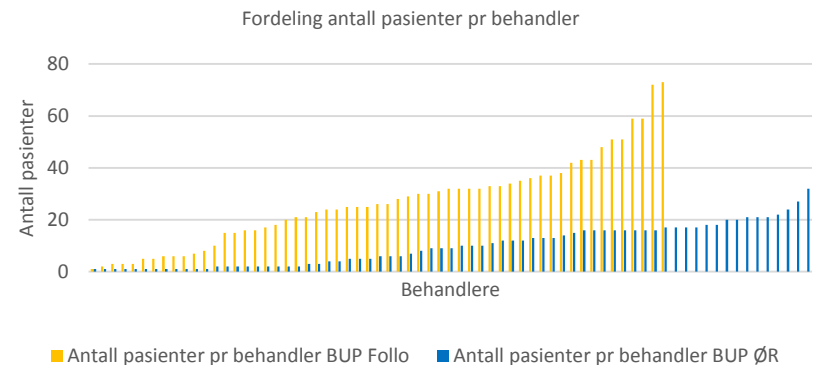
Styring og oppfølging i Divisjon psykisk helsevern inkluderer ledelsens gjennomgang (LGG) tre ganger årlig og månedrapportering. Divisjonen har månedlige resultatstyringsmøter med underordnede enheter med gjennomgang av kvalitets- og nøkkelindikatorer.

Strategiplan for ABUP for perioden 2017-2022 inneholder flere mål som er relevante for denne revisjonen. Det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for 2018, men det er definert kompetansemål og fokusområder som er kommunisert til ledergruppen. Ett av målene er «effektive og ansvarlige pasientforløp, inkludert nye nasjonale forløp». Målene følges opp gjennom ledermøter og ledersamlinger. BUP Follo har virksomhetsplan med tilsvarende relevante mål. BUP Øvre Romerike har ikke utarbeidet virksomhetsplan. Divisjonen har startet opp et prosjekt for å forberede innføring av pakkeforløpene.

For å følge opp pasientbehandlingen har enhetslederne gjennomgang av behandlernes pasientlister. Da gjøres det en vurdering av status for hver enkelt pasient, retningen for videre behandling og mulig tidspunkt for avslutning.

Det fremkommer i intervjuene at pasientens behandlingsplan også skal gjennomgås i pasientlistegjennomgangene. Ved BUP Follo gjøres denne gjennomgangen vanligvis en gang i året, noen ganger to ganger i året. Ved BUP Øvre Romerike gjøres dette tre til fire ganger pr år, og hyppigere dersom noen behandlere har behov for det. Praksisen i hyppighet er ulik for de forskjellige enhetsledere.

Gjennom intervju fremkommer det at antallet pasienter pr behandler varierer i begge poliklinikkene. Erfaring, spesialitet og kompleksitet i sakene avgjør hvor mange pasienter hver behandler har på sin liste. Figur 11 viser at det er betydelig variasjon i antall pasienter pr behandler både innad i og mellom poliklinikkene.

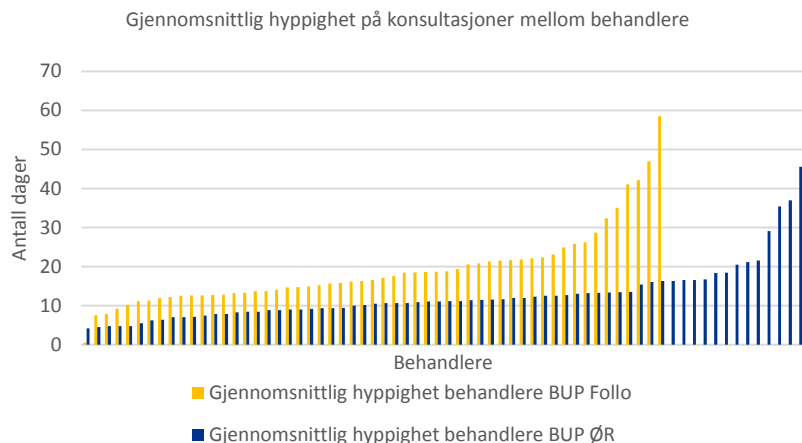


Figur 11: Totalt antall pasienter pr behandler. DIPS-rapport 1117.

Figuren viser at det er flere pasienter pr behandler ved BUP Follo, sammenlignet med BUP Øvre Romerike. Det kan være mange årsaker til dette. Vi har ikke belyst antall pasienter pr behandler i lys av for eksempel stillingsbrøk, sykefravær og varighet av behandlingen for den enkelte pasient.



Gjennom intervju vises det blant annet til at antallet pasienter på den enkelte behandler liste, kan påvirke hvor hyppig pasienter kan komme til konsultasjon. Uttrekk fra DIPS indikerer at det er variasjon i hvor hyppig de ulike behandlerne har konsultasjoner, både innad i den enkelte poliklinikk og mellom poliklinikkene.

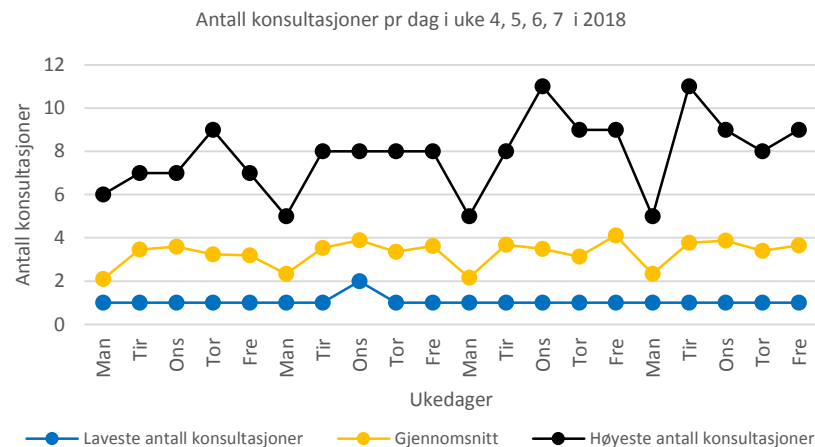


Figur 12: Gjennomsnittlig hyppighet pr behandler uavhengig av stillingsbrøk, antall pasienter og type problematikk. DIPS-rapport 1117.

Det vises til at variasjonen i gjennomsnittlig hyppighet på konsultasjoner blant annet kan påvirkes av at poliklinikken fordeler «enkle» og «tyngre» pasienter ut fra for eksempel kompetanse og erfaring.

Månedrapportene viser hvor mange refusjonsgivende konsultasjoner hver behandler ved hver poliklinikk har hovedansvar for daglig. I 2018 har snittet for de fire første månedene for ABUP samlet vært 1,95 pr dag. Det er en variasjon fra 1,66 konsultasjoner pr dag for BUP Furuset til 2,45 konsultasjoner pr dag for BUP Follo. BUP Øvre Romerike har i gjennomsnitt 1,77 konsultasjoner pr behandler pr dag.

Uttrekk fra DIPS viser at det er betydelig variasjon i antall konsultasjoner pr dag ved begge poliklinikkene. Figur 14 viser at det innad i BUP Follo er behandlere som har en konsultasjon pr dag, mens andre har over fem. Tilsvarende variasjon gjelder også ved BUP Øvre Romerike.



Figur 13: Antall konsultasjoner pr dag i uke 4, 5, 6, og 7 i 2018 for BUP Follo. Laveste antall konsultasjoner, gjennomsnitt og høyeste antall konsultasjoner. All aktivitet er medregnet. DIPS-rapport 6817.

Gjennom intervjuer vises det til at antallet konsultasjoner pr dag blant annet kan påvirkes av behandlerens stillingsbrøk og at deltakelse på møter med samarbeidsaktører medfører reisetid.

Det er ikke etablert systematiske tiltak for å kalibrere oppfølgingen av pasientforløpet mellom poliklinikkene i ABUP eller inn mot andre helseforetak. DIPS har ikke løsninger for å ta ut rapporter som viser hvilke pasienter som har behandlingsplan, tidspunkt og status for evaluering av behandlingsplan. Kontorfaglig personell har i perioder ført manuelle oversikter over dette.



5.3 Vurdering

5.3.1 Økt struktur i arbeidet med behandlingsplaner kan bidra til effektive forløp og økt kvalitet

Revisjonen viser at behandlingsplaner ikke utarbeides for en av tre pasienter i vårt utvalg. Behandlingsplanene blir i varierende grad blir evaluert, og det gjenstår et arbeid for å få disse til å bli et levende dokument som er førende for pasientens behandling. Manglende stoppunkter og evaluering av behandlingsplaner gir risiko for at behandlingstiltakene eller målsettingen for behandlingen ikke justeres.

Revisjonen viser at poliklinikkene i stor grad involverer psykologspesialist eller psykiater i behandlingen. Gjennomgangen viser likevel eksempler på at pasienter med alvorlige tilstander ikke ble fulgt opp av spesialist under behandlingen. To av disse hadde alvorlige tilstander som omfattet suicidalitet. Manglende involvering av spesialist medfører risiko for at ikke alle forhold ved pasientens problematikk blir fanget opp.

Økt bruk av behandlingsplaner i pasientforløpet vil bidra til at pasient og pårørende i større grad involveres og får informasjon om behandlingen. Det kan være et bidrag til økt kvalitet i behandlingen ved at spesialist og annen relevant fagkompetanse blir tildelt en rolle i behandlingen. Det er viktig at behandlingsplanene følges opp og evalueres underveis, slik at behandlingen får ønsket effekt.

Revisjonen viser at avslutning av pasientbehandlingen i hovedsakelig skjer i tråd med plan beskrevet i journal. Likevel viste journalgjennomgangen at noen pasienter ikke blir avsluttet i DIPS selv om behandlingen er avsluttet.

Dette medførte at epikrise først ble skrevet 6 uker til 16 uker etter avslutning. Avslutning kan innebære en sårbar fase for pasienter. Utsettelse av epikriseskriving medfører fare for at neste behandlingsnivå ikke får nødvendige informasjonen for å sikre helhetlige behandlingsforløp. Så lenge det ikke er sendt epikrise, har ABUP ansvaret for pasienten. Dersom det skulle oppstå en forverring i pasientens helsetilstand er det risiko for at dette ikke fanges opp slik at tiltak kan iverksettes.

5.3.2 Kvalitet i pasientforløpene kan styrkes gjennom systematisk oppfølging

Revisjonen viser at helseforetaket har et system for styring og oppfølging som også inkluderer Divisjon psykisk helse og ABUP. Imidlertid viser revisjonen at overordnede mål i mindre grad operasjonaliseres i handlingsplaner på de ulike nivåene i lederlinjen i avdelingen og poliklinikkene. Dette kan redusere mulighetene for å lykkes med innføring av effektive og strukturerte pasientforløp.

For å følge opp behandlingen gjennomgår enhetsleder pasientlistene sammen med hver behandler. Dette er et viktig kontrolltiltak for å sikre kvalitet og struktur i pasientforløpene. Dette gjennomføres imidlertid med ulik hyppighet og på ulik måte mellom poliklinikkene og enhetene. Det kan derfor være hensiktsmessig å ha en mer strukturert tilnærming til hvordan og hvor hyppig denne gjennomgangen skal gjennomføres i hele ABUP.



5.3.3 Økt bruk av styringsdata kan belyse uønsket variasjon

Analysene av data fra DIPS viser at det er en del forskjeller i hvilken helsehjelp pasienter i samme diagnosegruppe mottar med tanke på varighet på behandling og tid mellom konsultasjonene. Selv om det er slik at pasienter innenfor samme diagnosegruppe har ulike behov for helsehjelp, er det likevel grunn til å stille spørsmål om variasjonen som fremkommer er naturlig eller uønsket. For å redusere uønsket variasjon er det viktig at avdelingen anvender styringsdata for å utvikle innsikt i om pasientene får likeverdig helsehjelp. Etter konsernrevisjonens vurdering kan derfor økt bruk av styringsdata være nyttig for å følge opp pasientforløpene innad i ABUP.

Analyser viser også betydelig variasjon i fordelingen av antall pasienter pr behandler og antall konsultasjoner den enkelte behandler har pr dag. Dette kan for eksempel skyldes at noen behandlere har pasienter med tynge problematikk og større kompleksitet. Det kan også skyldes utfordringer knyttet til intern ressursstyring. Etter konsernrevisjonens vurdering er det potensiale for å i større grad benytte tilgjengelige aktivitetsdata som grunnlag for planlegging av aktivitet og styring av ressursene i avdelingen.

6. Tidspunkt for helsehjelp



6.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan helseforetaket sikrer at pasienter får informasjon knyttet til tidspunktet for helsehjelp ved oppstart og underveis i forløpet.



Figur 14: Hvor timetildeling finner sted i pasientforløpet – både før start helsehjelp (svar på henvisning) og etter helsehjelpen er startet

Oppmøtetidspunkt for helsehjelp er viktig for å sikre forutsigbarhet i behandlingsforløpet. Revisjonen har belyst om og hvordan helseforetaket gir oppmøtetidspunkt til pasienter i svarbrev på henvisning, og for pasienter som er i et behandlingsforløp.

For å undersøke om helseforetaket gir rimelig grad av forutsigbarhet for tidspunkt for helsehjelp, har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging som gjøres. Revisjonen har i tillegg testet hvordan dette håndteres både gjennom journalgjennomgang og via rapporter i DIPS.

6.2 Observasjoner

6.2.1 Svarbrev og vurderingsfrist

Ahus har tatt i bruk regionale maler for standard svarbrev til pasient og henviser som ligger i DIPS, i tillegg til informasjon om klagemuligheter. Poliklinikkene har rutiner for å sende ut svarbrev til henviser og pasient/foresatte etter at rettighetsvurderingen er gjennomført.

Journalgjennomgangen viste at standard svarbrev til både rettighetspasienter og pasienter som får avslag, benyttes med riktig innhold og at begrunnelsen fra rettighetsvurderingen gjenfinnes i avslagsbrevet. Alle pasientene i gjennomgangen fikk brev innen vurderingsfristen, med unntak av pasienter som fikk status som uavklart i vurderingsnotatet.

Det er en egen mal for pasienter som ikke kan få direkte time i svarbrevet. Journalgjennomgangen viste at dette var aktuelt for svært få pasienter.

Poliklinikkene har hatt en prøveperiode der pasienter skulle få tre til fire første oppmøtetidspunktene i svarbrevet på henvisning. Revisjonen viser at en stor andel pasienter som er tatt i mot i prøveperioden har fått dette.



6.2.2 Planleggingshorisont og time i hånden

Gjennom intervju fremkommer det at behandlernes timebøker er åpne frem i tid. Det pågår et arbeid i begge poliklinikkene for å standardisere oppsettet av timebøkene og for å innføre kontorlaglig styrt timebok. Dette innebærer at det er kontorlaglige medarbeidere som skal legge inn timer i behandlerens timebok.

Uttrekk fra DIPS viser at de fleste pasientene får en timeavtale og at de fleste får helsehjelpen innen planlagt tid.

6.2.3 Oppfølging av timetildeling og tidspunkt for helsehjelp

Divisjon psykisk helse har egen prosedyre for forebygging og håndtering av fristbrudd. Her fremgår at den enkelte avdeling/seksjon/enhet, har ansvar for at tiltak igangsettes for å skaffe time innen gitt frist.

Uttrekk fra DIPS viser at poliklinikkene gir helsehjelp innen fastsatt juridisk frist. Kontortjenesten har oversikt over kontroller de utfører, her inngår oppfølging av potensielle fristbrudd.

Kontortjenesten følger daglig opp pasienter uten ny kontakt. Pasienter uten planlagt kontakt får tentativ dato neste måned, og det gis beskjed til behandler med spørsmål om pasient skal få ny time. I tillegg sendes en liste over disse pasientene til enhetslederne. Status for oppfølging av andel pasienter med fast og tentativ time følges også opp gjennom månedsrapporteringen.

6.3 Vurdering

6.3.1 Pasientene får forutsigbar helsehjelp innen planlagt tid

Revisjonen viser at standard svarbrev etter mal fra HSØ er i bruk og at svarbrev med riktig innhold sendes til både rettighetspasienter og pasienter som får avslag.

Begge poliklinikkene har god kontroll over pasientlogistikken og i all hovedsak sikres det at pasienter får time i henhold til planlagt tid. Poliklinikkene har startet et arbeid med å gi serier av timer i første brev. Arbeidet er godt i gang, og er et viktig element for å være forberedt til innføring av pakkeforløpene.

For å gi pasienter forutsigbar helsehjelp og ivareta pasientsikkerheten, er det en forutsetning at helseforetaket har etablert tilstrekkelige føringer for timetildeling og oppfølging av ventelisten. Konsernrevisjonens vurdering er at føringene og kontrolltiltakene er tilfredsstillende.

Vedlegg 1 - Revisjonskriterier



Prioritering av pasienter i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere

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

- For å sikre at regelverk og overordnede føringer imøtekommes må det være etablert føringer som sikrer at pasienter prioriteres i henhold til de nasjonale prioriteringsveilederne.
- Helseforetaket har iverksatt tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap til å prioritere i tråd med regelverket.
- For å sikre at helseforetaket prioriterer i henhold til prioriteringsveilederne må helseforetaket følge opp bruken av prioriteringsveilederne og egen prioriteringspraksis gjennom eksempelvis sammenligning ved bruk av styringsdata, kalibrering og stikkprøver
- Helseforetaket har iverksatt tiltak for å sikre at praksis er i tråd med prioriteringsveilederne.
- Helseforetaket dokumenterer vurderingene i journal.
- Dersom sykehuset velger en annen praksis enn prioriteringsveilederen, må den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges.

Utrednings- og behandlingsforløp

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

- Helseforetaket har føringer som beskriver hvordan behandlingsforløpet skal planlegges, følges opp underveis og avsluttes.
- Helseforetaket har iverksatt tiltak for sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap til å gjennomføre helsehjelpen i tråd med føringer.
- Helseforetaket utarbeider utrednings- og eller behandlingsplaner for den enkelte pasient som dokumenteres i journal. Planen evalueres regelmessig pasientbehandlingen. Avslutning skjer i henhold til definerte kriterier. Epikrise sendes innen syv dager.
- Oppfølging av behandlingsforløpet er dokumentert i journal
- Helseforetaket har tiltak for å monitorere og kalibere praksis for å sikre at pasientene får forutsigbarhet i pasientforløpene.
- Det bør være tilrettelagt for at den enkelte behandler får faglig støtte i planlegging, gjennomføring og oppfølging av helsehjelpen. For at helseforetaket skal være sikre på at de angitte kriteriene etterleves må dette følges opp/monitoreres.

Korrekt informasjon og forutsigbarhet gjennom pasientforløpet

- Basert på lovkrav og overordnede føringer har konsernrevisjonen lagt følgende revisjonskriterier til grunn:
- Helseforetaket planleggingshorisont som sikrer forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
- Henvisningene er vurdert innen ti dager og svarbrevene inneholder informasjon i henhold til mal fra Helse Sør-Øst.
- At pasienter som ikke vil få time innen fastsatt juridisk frist får ivarett sine pasientrettigheter

Vedlegg 2 – Informasjonsgrunnlag



Pasient- og brukerrettighetsloven	Brev av 6. november 2009 fra Helsedirektoratet til Sykehuset Østfold HF. Dokumentasjonskrav i forbindelse med vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten
Helsepersonelloven	DIPS-rapport 6817 - Oversikt Polikliniske besøk i perioden 1.1.17-Uttreksdato (12.4.2018)
Spesialisthelsetjenesteloven	DIPS-rapport 6813 - Oversikt henvisninger mottatt i periode 1.1.16-Uttreksdato (12.4.2018)
Helseforetaksloven	DIPS-rapport 4829 - Timetildeling/oppmøtetid pr uttreksdato (12.4.2018)
Prioriteringsforskriften	DIPS-rapport 2028 – avsluttede konsultasjonsserier i perioden 1.1.16-Uttreksdato (12.4.2018)
Forskrift om pasientjournal	DIPS-rapport 3964 –aktivitetsrapport pr behandler i perioden 1.1.17-Uttreksdato (12.4.2018)
Forskrift om ventelisteregistrering	DIPS-rapport 1117 – pasienter pr. behandler pr uttreksdato (12.4.2018)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Oppdragsdokument Akershus universitetssykehus 2017 og 2018
IS-8/2015 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer	Utvalgte rutiner og prosedyrer fra Akershus universitetssykehus sitt kvalitetssystem
IS-2331 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister	Månedssrapporter, tertialrapporter, strategier og planer for ulike nivåer i helseforetaket.
IS-1570 Veileder fra Helsedirektoratet for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	
Prioriteringsveileder - BUP. Helsedirektoratet	
Meld. St. 34 (2015–2016): Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering	
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet med mer)	

Vedlegg 3 – Gjennomførte intervju



Dato	Tittel/rolle og navn
17. April	Seniorrådgiver, Øyvind Antonsen
17. April	Avdelingssjef, ABUP Morten Grøvli
18. April	Divisjonsdirektør psykisk helse, Øystein Kjos
19. April	Seksjonsleder poliklinikk Øvre Romerike, barnepsykiater Heidi Ebbestad
19. April	Enhetsleder – kontorfaglig enhet, Gro Slemdal Ruud
19. April	Enhetsleder – Enhet B, psyk.spes. Brit Helen B. Lye
19. April	Enhetsleder – Enhet A, psyk.spes. Kira Normann
19. April	Enhetsleder – Sped- og småbarnsenhet, klinisk sosionom Heidi Fjeldheim
20. April	Behandler – Enhet B, overlege Anne-Grethe Wetterhus
20. April	Behandler – Enhet B, psyk.spes. Veslemøy Rosnes
20. April	Behandler - Enhet A, psyk. spes. Espen Wasshaug
20. April	Behandler – Enhet A, klinisk sosionom Anne-Helene Øversjøen
20. April	Behandler - Sped- og småbarnsenhet , psyk.spes. Hege S. Smerud
20. April	Behandler - Sped- og småbarnsenhet, psyk.spes Birgit Bikset
24. April	Seksjonsleder poliklinikk Follo, psyk spes. Rannveig Woll Lothe
24. april	Enhetsleder – kontorfaglig enhet, Unni Volden (for enhetsleder)
24. April	Enhetsleder – Enhet 1, overlege barnepsykiater Kirsti Jackson
24. April	Enhetsleder - Enhet 2, klinisk pedagog Thorfinnur Gudmundsson
24. April	Enhetsleder – Sped- og småbarnsenhet, klinisk barnevernspedagog Marte Benedicte Green
25. April	Behandler - Enhet 1, barne- og ungdomspsykiater Tommy Tollefsen
25. April	Behandler – Enhet 1, psyk. spes Irun Dalh Elverum
25. April	Behandler – Enhet 2, klinisk sosionom, familieterapeut, Bettina Tungevåg
25. April	Behandler – Enhet 2, psyk. spes Kjersti Vreim
25. April	Behandler - Sped- og småbarnsenhet, psyk. spes. Wenche Johansen
25. april	Behandler - Sped- og småbarnsenhet, psyk. spes Suzette Bylos



Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

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

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

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

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

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: April – juni 2018

Virksomheter: Akershus universitetssykehus HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen, oppdragseier
- Sissel Korshavn, oppdragsleder
- Tove Farstad, internrevisor
- Anders Tømmerås, internrevisor

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Akershus universitetssykehus HF v/styreleder
- Administrerende direktør i Akershus universitetssykehus HF
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF

Våre rapporter:

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen