HELSE SØR-ØST

Konsernrevisjonen
Rapport 4/2018

Revisjon av uønsket variasjon

Sykehuset Østfold HF

14. februar 2019

Introduksjon

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Flere undersøkelser og analyser har vist at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor flere fagområder. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Målet med revisjonen er å undersøke hvordan helseforetaket arbeider med å redusere uønsket variasjon og gjennom det heve kvaliteten på helsetjenesten.

Følgende problemstillinger er belyst i revisjonen:

- Har Sykehuset Østfold HF operasjonalisert og kommunisert mål og krav om å redusere uønsket variasjon?
- Har avdelingene etablert prosesser for kontinuerlig forbedring for å redusere risiko for uønsket variasjon i pasientforløpet?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet september til desember 2018.

INNHOLD

1. Konklusjoner og anbefalinger 4
1.1 Sykehusets styringssystem gir svake incentiver for å identifisere og redusere uønsket variasjon
1.2 Anbefalinger

2. Kontekst 6
2.1 Økende oppmerksomhet rundt uønsket variasjon
2.2 Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020

3. Tilnærming, omfang og avgrensning 7
3.1 Tilnærming
3.2 Omfang
3.2.1 Nevrologisk avdeling – multippel sklerose
3.2.2 Ortopedisk avdeling – skulderkirurgi og hofteleddsartrose
3.3 Avgrensning

4. Metode og revisjonsgrunnlag 10
4.1 Metode
4.2 Revisjonsgrunnlag

5. Sykehusets styringssystem 11
5.1 Innledning
5.2 Observasjoner
5.2.1 Helhetlig styring – pågående arbeid i helseforetaket
5.3 Vurderinger 13
5.3.1 Sykehuset styringssystem bør forsterkes

6. Nevrologi – Multippel sklerose 14
6.1 Innledning
6.2 Observasjoner
6.2.1 Prosesser for kontinuerlig forbedring
6.2.2 MS-forløpet – risikoer for uønsket variasjon
6.2.3 Tid fra henvisning mottas til diagnostisk avklaring og oppstart behandling
6.2.4 Oppfølging av pasienter i behandling
6.2.5 Bruk av rehabilitering
6.2.6 Struktur og innhold i journal – herunder mulighet for samvalg
6.3 Vurderinger 20
6.3.1 Det er potensial for et mer helhetlig system for kontinuerlig forbedring
6.3.2 Det er behov for ytterligere tiltak for å redusere risiko for uønsket variasjon

7. Ortopedi – Skulderkirurgi og hofteleddsartrose 23
7.1 Innledning
7.2 Observasjoner
7.2.1 Prosesser for kontinuerlig forbedring
7.2.2 Forløp i ortopedi – risikoer for uønsket variasjon
7.2.3 Vurdering av henvisninger
7.2.4 Valg av behandling
7.2.5 Bruk av rehabilitering
7.2.6 Struktur og innhold i journal – herunder mulighet for samvalg
7.3 Vurderinger 29
7.3.1 Det er potensial for et mer helhetlig system for kontinuerlig forbedring
7.3.2 Ytterligere tiltak kan redusere risiko for uønsket variasjon

Vedlegg 31
1. Informasjonsgrunnlag
2. Gjennomførte samtaler
3. Variasjon i bruk av legemidler
4. Et utvalg faktorer som påvirker rask oppstart av MS-behandling

1. Konklusjon og anbefalinger

1.1 Sykehuset styringssystem gir svake incentiver for å identifisere og redusere uønsket variasjon

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen på alle nivåer, både styrer og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser for kontinuerlig forbedring.

Helseforetakene er komplekse organisasjoner med en rekke mål og krav som kan være krevende å håndtere. Revisjonen belyser hvordan Sykehuset Østfold HF arbeider med mål og krav om å redusere risiko for uønsket variasjon, og gjennom det heve kvaliteten på helsetjenesten.

Et helhetlig styringssystem, som tar opp i seg alle vesentlige mål og krav, er en forutsetning for å planlegge og følge opp virksomheten på en strukturert måte. Vi har derfor belyst om helseforetakets etablerte styringssystem dekker vesentlige mål og krav, herunder målet om å redusere uønsket variasjon. Videre har vi undersøkt hvordan styringssystemet legger til rette for at ledere på ulike nivå skal imøtekomme mål og krav.

Til slutt har vi belyst hvordan avdelingene for nevrologi og ortopedi arbeider med å redusere risiko for uønsket variasjon innenfor fagområdene multippel sklerose, hofteleddsartrose og skulderkirurgi. Dette er undersøkt ved å se på avdelingenes prosesser for kontinuerlig forbedring, og hvilke tiltak avdelingene har etablert.

Revisjonen viser at det pågår et arbeid med å etablere et mer helhetlig styringssystem. Videre har avdelingene etablert ulike tiltak som legger til rette for å gi pasienter kunnskapsbasert behandling og et likeverdig tilbud. Revisjonen viser imidlertid at tiltakene ikke er tilstrekkelige for å fange opp eventuell uønsket variasjon. Konsernrevisjonen vurderer at dette har flere årsaker:

- Sykehusets styringssystem har vesentlige svakheter
- Avdelingenes arbeid med kontinuerlig forbedring er ikke satt i system
- Manglende tiltak for å møte risiko for uønsket variasjon i avdelingene

Sykehuset styringssystem har vesentlige svakheter

Revisjonen viser at det er flere svakheter ved sykehusets styringssystem. Det er ikke formulert et samlet målbilde for sykehuset som er operasjonalisert og kommunisert til de ulike ledernivåene. Det er samtidig svakheter i krav og forventninger til hvordan lederne skal kunne nå målene som er fastsatt. Disse svakhetene er også identifisert av sykehuset selv, og det pågår et arbeid med å forbedre sykehusets styringssystem.

Revisjonen vurderer at svakhetene i dagens styringssystem reduserer sykehusets muligheter for å imøtekomme overordnede mål og krav. Arbeidet med å forbedre styringssystemet har derfor stor betydning for å legge til rette for helhetlig styring i og mellom de ulike ledernivåene i sykehuset.

Avdelingenes arbeid med kontinuerlig forbedring er ikke satt i system

Undersøkte avdelinger har enkelte aktiviteter for kontinuerlig forbedring relatert til sykehusets overordnede mål og krav. Dette arbeidet er imidlertid ikke tilstrekkelig formalisert og systematisert. Det er eksempelvis lite bruk av handlingsplaner, som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak. Mangel på systematikk i forbedringsarbeidet kan redusere avdelingenes evne til å nå fastsatte mål.

Manglende tiltak for å møte risiko for uønsket variasjon i avdelingene

Avdelingene har etablert flere tiltak som skal bidra til at pasienter får kunnskapsbasert behandling og et likeverdig tilbud. Dette gjelder blant annet føringer for prioritering av pasienter og valg av behandling, og arenaer for støtte og kvalitetssikring. Tiltakene er imidlertid i ulik grad tilstrekkelige for å møte risikoer for uønsket variasjon. Gjennom revisjonen fremkommer det flere eksempler på variasjon, der avdelingene ikke har skaffet seg grunnlag for å vurdere om denne er ønsket eller uønsket. I avdeling for nevrologi har revisjonen vist at manglende tiltak også kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet negativt.

1.2 Anbefalinger

Konsernrevisjonen anbefaler Sykehuset Østfold HF følgende:

- Implementere planlagte endringer av overordnet styringssystem. Formålet må være å legge til rette for et felles helhetlig målbilde som operasjonaliseres og kommuniseres, til riktig nivå. Videre at det etableres et felles system for hvordan lederne på de ulike nivåene skal arbeide med kontinuerlig forbedring. Dette for å imøtekomme både sentrale indikatorer og måleparametere, samt øvrige særskilte forhold ved den enkelte enhet.

2. Kontekst

2.1 Økende oppmerksomhet rundt uønsket variasjon

Variasjon i helsetilbud kan belyses gjennom ulike perspektiver. For eksempel gjennom andel pasienter som får rett til helsehjelp, fristfastsettelse, forbruk av helsetjenester, behandlingspreferanser/-metoder og bruk av rehabilitering. Videre kan variasjon i kvalitet i helsetjenestene belyses gjennom indikatorer som reinnleggelse, infeksjoner, overlevelse og pasienttilfredshet, samt gjennom informasjon fra fagspesifikke kvalitetsregistre.

Flere undersøkelser og analyser, eksempelvis Helseatlas, viser at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester og behandlingspreferanser innenfor flere fagområder. Variasjonen kan indikere at det ikke tilbys likeverdige helsetjenester til befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet som følge av undersøkelse og behandling, eller under- og overbehandling.

Oppdrag- og bestillingsdokumentene (OBD) til helseforetakene har i de senere år inneholdt krav om å redusere uønsket variasjon. Oppdragsdokumentet for 2018 inneholder også krav om at regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020 skal legges til grunn for utvikling av helsetjenesten.

2.2 Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020

Helse Sør-Øst RHFs regionale strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020, skal gi retning for utvikling i regionen og ligge til grunn for helseforetakenes strategier og handlingsplaner.

Et satsningsområde i strategien er å redusere uønsket variasjon i helsehjelp. Bakgrunnen er at variasjonen i tilbud og resultater er såpass stor, at det beskrives som svikt i helsetjenesten. For å identifisere uønsket variasjon og skille det fra hensiktsmessig og ønsket variasjon, vises det til behovet for kunnskap om anbefalte behandlingsmetoder, hvordan metodene skal brukes og hva resultatene er. Strategien peker på følgende satsningsområder for å redusere uønsket variasjon:

- Standardisering av pasientforløpene
- Registrering i og bruk av kvalitetsregistre
- Oppdaterte prosedyrer og mer bruk av sjekklister

I strategien fremkommer det samtidig at pasientrollen skal styrkes, blant annet gjennom samvalg. Samvalg betyr at pasienten tar informerte valg/beslutninger rundt undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det innebærer at pasienten er godt informert om fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer. Flere undersøkelser og studier har vist at hvilken informasjon som gis, påvirker pasientens valg (Dønland m.fl. 2016 og Arterburn m.fl. 2012). Praksis for informasjon og samvalg kan dermed også være en faktor som gir variasjon.

Strategien viser videre til at arbeidet med å redusere uønsket variasjon må integreres og tilpasses ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

3. Tilnærming, omfang og avgrensning

3.1 Tilnærming

Målet med revisjonen er å undersøke hvordan helseforetaket arbeider med å redusere uønsket variasjon, og gjennom det heve kvaliteten og tilby likeverdige helsetjenester.

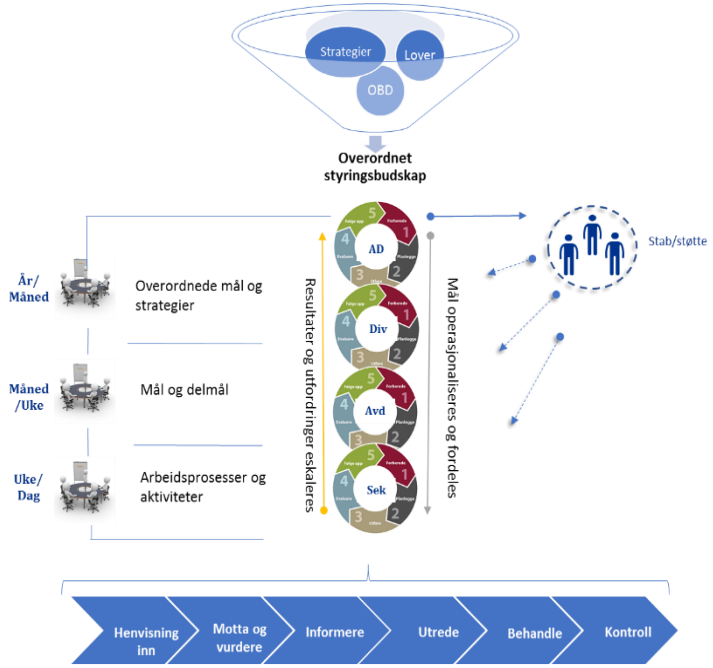
God kvalitet på helsetjenesten avhenger av at ledelsen både planlegger og følger opp pasientbehandlingen på en strukturert måte gjennom etablert styringssystem. Dette forutsetter gode verktøy og prosesser for styring og ledelse. Forskrift om ledelses- og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring og illustrerer dette gjennom forbedringssirkelen (se figur 1). Forskriften understreker at det er ledelsens ansvar for at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd.

Figur 1 – Modell for kontinuerlig forbedring Kilde: Kunnskapssenteret

Helseforetak er komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer. Nivåinndelingen krever avklarte roller, og at det etableres et godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Den praktiske gjennomføringen for kontinuerlig forbedring, for eksempel av et pasientforløp, vil i de fleste tilfeller påligge førstelinjelederne som utøver den daglige pasientnære og faglige ledelsen. Utviklingen må samtidig følges opp i lederlinjen gjennom helseforetakenes styringssystemer.

Figur 2 illustrerer hvordan kontinuerlig forbedring av et pasientforløp henger sammen med et helseforetaks styringssystem ved at:

- mål/krav operasjonaliseres og fordeles nedover virksomheten
- planer utarbeides, utføres, evalueres og følges opp innenfor det enkelte nivå
- resultater og utfordringer eskaleres oppover i virksomheten gjennom rapportering.



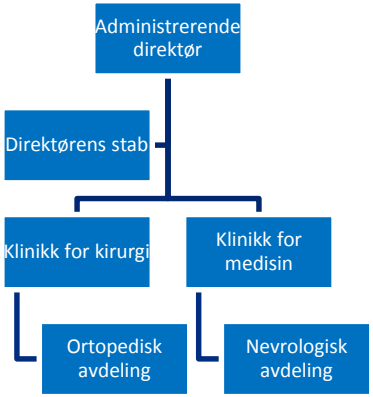
Figur 2 – Kontinuerlig forbedring av pasientforløpet - visualisert i en styringsmodell

Figur 2 illustrerer at overordnet nivå i helseforetaket arbeider mer langsiktig med overordnede mål og strategier, mens førstelinjelederen er mer driftsrelatert og arbeider mer «dag til dag» med arbeidsprosesser, for eksempel i et pasientforløp. Stab har en støtte- og tilrettelegger rolle i dette arbeidet. Forenklet kan dette beskrives som en virksomhets styringssystem.

For å belyse helseforetakets arbeid med uønsket variasjon, har vi for det første belyst hvilket styringssystem som er etablert, herunder prinsipper og strukturer for styring. Deretter hvordan helseforetaket i praksis tar imot og operasjonaliserer mål og krav relatert til uønsket variasjon. Revisjonen belyser videre om fastsatte mål og krav genererer aktiviteter for kontinuerlig forbedring, på hvilket nivå, hyppighet, og hvordan resultatene/utfordringene eskaleres mellom nivåene.

3.2 Omfang

Revisjonen har belyst praksis for kontinuerlig forbedring i klinikk for medisin og klinikk for kirurgi. I disse klinikkene er nevrologisk avdeling og ortopedisk avdeling valgt ut. I nevrologisk avdeling er multippel sklerose (MS) valgt ut som fagområde, mens skulderkirurgi og hofteleddsartrose valgt ut i ortopedisk avdeling. Utvalgte fagområder beskrives nærmere nedenfor. I tillegg til utvalgte klinikker/avdelinger/fagområder, har direktørens stab vært inkludert i revisjonen (se figur 3).



Figur 3 – Oversikt over reviderte enheter

3.2.1 Nevrologisk avdeling – multippel sklerose

Nevrologisk avdeling utreder og behandler pasienter med sykdommer/tilstander som påvirker hjerne, ryggmarg og perifere nerver, samt noen muskelsykdommer. Nevrologisk avdeling har 31 senger, samt nevrologisk poliklinikk og dagavdeling. Ca. 90 % av innleggelsene ved nevrologisk avdeling er øyeblikkelig hjelp.

Multippel sklerose (MS) er en kronisk irreversibel immunbetennelses-sykdom i sentralnervesystemet. MS starter oftest i 20-40 års alder, men finnes også hos barn. Det er ca. 11 000 personer i Norge som har MS. Fra midten av 1990-tallet er ny sykdomsmodulerende behandling blitt tilgjengelig ved såkalte bremsemedisiner. Tidlig diagnosestilling og rask oppstart av behandling blir sett på som viktig for å begrense skadene av sykdommen.

Sykdommen deles i to kategorier; attakkvis og progressiv MS. Bremsemedisiner har god effekt på attakkvis MS, mens de har mangelfull effekt på progressiv MS. MS-pasienter kan ha forskjellige symptomer, eksempelvis synsforstyrrelser, balanseproblemer, bevegelsesvansker, endret hudfølelse og smerter, samt kognitive vansker. For å legge til rette for ensartet praksis, er det etablert en nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk og behandling av MS-pasienter.

3.2.2 Ortopedisk avdeling – skulderkirurgi og hofteleddsartrose

Avdelingen er inndelt i åtte fagområder som dekker traumatologi, barn, skulder, knær, protesekirurgi, rygg, hender/arm, samt fot/ankel. Den elektive aktiviteten gjøres i all hovedsak i Moss, mens det akutte gjøres på Kalnes.

Behov for skulderkirurgi skyldes ofte overbelastning i muskler og sener mellom skulderleddet og skulderbladframspringet. Det er ofte utfordrende å stille presis diagnose. Dette skyldes at ulike tilstander kan ha samme funn ved klinisk undersøkelse.

Nasjonalt ble det i 2013 utført 8 100 skulderoperasjoner (acromionreseksjoner). Senere års forskning (Paavola m.fl. 2018; Beard m.fl. 2018) har vist at konservativ behandling kan gi et like godt resultat som kirurgi. Av den grunn har det pågått et arbeid med å redusere omfanget av denne type kirurgi. I 2017 var antallet operasjoner redusert til 5 950 nasjonalt. Både aktiviteten ved offentlige sykehus og offentlig finansierte private sykehus er redusert.

I Norge får ca. 10 500 pasienter årlig satt inn protese i hofteleddet. De fleste på grunn av har slitasjegikt (artrose) i leddet. Andre årsaker kan være leddgikt, følgetilstander etter leddsykdom i barndommen, eller et brudd i eller nær leddet. Leddprotese vurderes som regel når andre behandlinger ikke lenger virker, når smertene holder pasienten våken om natten, ved vanskeligheter med å gå i trapper, eller når dagligdagse aktiviteter blir vanskelig.

3.3 Avgrensning

De utvalgte fagområdene i revisjonen har ulike risikoer for uønsket variasjon. Innenfor ortopedi er det i stor grad klare kriterier, både når det gjelder å stille diagnose og bestemme behandling. Innenfor nevrologi er det mer varierende ut fra utredning og pasientens tilstand. Ut i fra dette har revisjonen innhentet innspill fra nasjonale og regionale fagmiljøer for å identifisere sentrale risikoer for uønsket variasjon innenfor valgte fagområder. Valgte tema og risikoer som revisjonen har sett på beskrives i kapittel 6 (nevrologi - MS) og kapittel 7 (ortopedi – skulder og hofte).

Revisjonen er gjennomført uten fagrevisor i teamet, og det er ikke gjort medisinskfaglige vurderinger av observasjonene.

4. Metode og revisjonsgrunnlag

4.1 Metode

Figur 4 viser hvilke metoder som er benyttet for å belyse problemstillingene i revisjonen:

Figur 4 – Metoder som er benyttet i revisjonen

Dokumentgjennomgangen har innbefattet strategier, utviklingsplaner og virksomhetsplaner, månedsrapporter, tertialrapporter og årlig melding, samt prosedyrer/rutiner, retningslinjer og sjekklister. Se vedlegg 1.

Det er gjennomført intervjuer med personer på ulike nivå i foretaket. Dette inkluderer administrerende direktør, sentral stab, klinikkdirektører, avdelingsledere, leger, sykepleiere, fysioterapeuter, rådgivere, samt kontorfaglig personale. Se vedlegg 2.

Vi har gjennomgått henholdsvis 36 journaler av MS-pasienter og 25 journaler i ortopedi. Journalene ble tilfeldig valgt ut av henvisninger mottatt i perioden fra 1. januar 2017 til 12. september 2018.

Det er videre benyttet tilgjengelige analyser og rapporter fra Helseatlas, Norsk pasientregister (NPR), journalsystemet (DIPS) i Sykehuset Østfold HF, og aktuelle kvalitetsregistre. Se vedlegg 2.

Konsernrevisjonen gjennomførte våren 2018 en undersøkelse av hvordan ortopediske pasienter blir vurdert og behandlet i Helse Sør-Øst. Resultatene fra undersøkelsen inngår som bakgrunnsinformasjon i deler av revisjonen.

4.2 Revisjonsgrunnlag

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Prioriteringsforskriften
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Rundskriv I-2/2013 Lederansvar i sykehus
- Nasjonal faglige retningslinje for diagnostikk, attakk- og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose (MS).
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)
- Oppdrag og bestillingsdokumentet til Sykehuset Østfold HF for 2017 og 2018
- Rammeverk for virksomhetsstyring ble gjort gjeldene i foretaksmøte i 2011.

Revisjonskriteriene er beskrevet innledningsvis i kapittel 5 til 7.

5. Sykehusets styringssystem

5.1 Innledning

I dette kapitelet er følgende problemstilling belyst:

- Har Sykehuset Østfold HF operasjonalisert og kommunisert mål og krav om å redusere uønsket variasjon?

Et godt styringssystem er en viktig forutsetning for Sykehuset Østfold HF skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav. I den sammenheng har vi belyst følgende forhold:

- Om det er etablert et samlet målbilde i helseforetaket
- Om målene er operasjonalisert og fordelt til de ulike ledernivåene
- Om kravene til måloppnåelse er tydelig beskrevet og kommunisert
- Om lederne iverksetter aktiviteter som legger til rette for måloppnåelse gjennom et system for kontinuerlig forbedring (planlegge, utføre, kontrollere, korrigere)
- Om resultater og utfordringer eskaleres gjennom et system for rapportering

5.2 Observasjoner

5.2.1 Helhetlig styring – pågående arbeid i helseforetaket

De siste årene har Sykehuset Østfold HF hatt flere styresaker (40/17, 48/18) som omhandler styringssystemet i sykehuset. Gjennom styresakene fremkommer det et behov for å videreutvikle og forbedre virksomhetsstyringen og internkontrollen. Det begrunnes ut i fra at etablerte systemer var av varierende kvalitet og i ulik grad støttet opp om styring av arbeidsprosessene.

Det vises eksempelvis til følgende utfordringer:

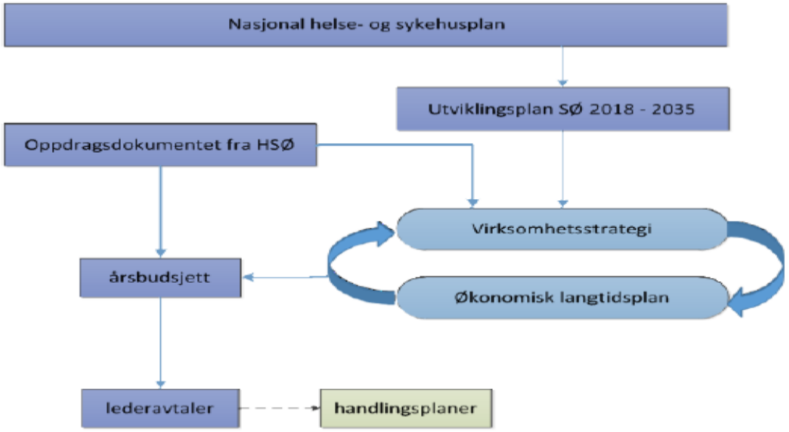
- Manglende sammenheng mellom overordnede planer, styringsmål, oppdrag og bestilling - opp mot egne utviklede strategier og handlingsplaner innenfor ulike områder
- Det har i for stor grad vært detaljerte instrukser om ressursbruk, aktiviteter og enkeltoppgaver til underliggende nivå

Styresakene viste til at følgende tiltak var gjennomført og/eller under planlegging:

- Det skal utvikles en virksomhetsstrategi som skal være grunnlag for egne virksomhetsplaner for klinikker og avdelinger
- Ansvars- og oppgavefordeling er tydelig beskrevet i ny fullmaktstruktur
- Lederavtaler med alle linjelederne skal utvikles

Det ble vist til at rapportering og oppfølging skjer på alle nivåer med ulik frekvens og fokus. Det ønskes en dreining fra fokus på økonomi til mer oppmerksomhet på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

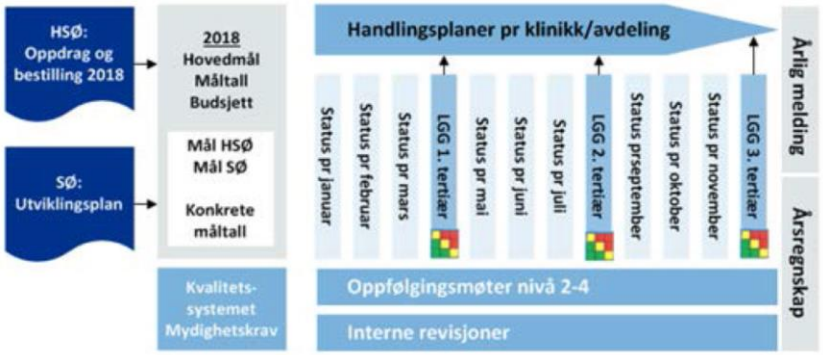
Styredokumentene illustrerer sammenhengen mellom ulike overordnede føringer (se figur 5). Figuren viser at overordnede mål skal operasjonaliseres og forankres i lederavtaler. I tillegg forventes det bruk av handlingsplaner for det enkelte nivå.



Figur 5 – Sykehuset Østfolds beskrivelse av sammenhengen mellom overordnede føringer og hvordan dette skal forankres og følges opp. Kilde: Styresak 48/18.

Det fremgår videre av styresaken at intensjonen er å følge opp handlingsplanene gjennom faste oppfølgingsmøter på de ulike ledelsesnivåene. Dette for å ivareta utvikling og forbedring gjennom året.

Denne prosessen er vist i en modell som er beskrevet for risikostyring i sykehuset (se figur 6).



Figur 6 – Sykehuset Østfolds modell for risikostyring. Kilde: Styresak 48/18.

I sykehusets utviklingsplan 2018 - 2035, vises det til at sykehuset legger stor vekt på systematisk forbedringsarbeid for å sikre pasientene trygg og kvalitetsmessig god helsehjelp. I den sammenheng viser sykehuset til at de har igangsatt et arbeid med systematisk forbedring av pasientforløp og arbeidsprosesser i klinikkene.

Til støtte for dette arbeidet har sykehuset igangsatt tiltak for kompetanseutvikling i forbedringsmetodikk, samt etablert forbedringsteam og prosessveilederteam som klinikkene på eget initiativ kan benytte seg av for å oppnå gode pasientforløp.

I utviklingsplanen vises det til at sykehuset har 40 publiserte og godkjente pasientforløp. Disse oppdateres med måleindikatorer og det gjennomføres halvårlige oppfølgingsmøter med prosesseiere. Her gjennomgås resultater, ny kunnskap oppdateres og det vurderes behov for eventuelle ytterligere forbedringer. Sykehuset har som mål at 80 % av pasientene skal ha et beskrevet pasientforløp «fra hjem til hjem». Det vises til at effektivisering og forbedring av pasientforløp skal være et satsingsområde og et tema i ledermøtene frem mot 2020.

Det fremkommer av Sykehusets Program for utvikling av lederskap (PULS) at styringssystemet er en sentral del av lederopplæringen. Her belyses ledernes helhetlige ansvar for å organisere og innrette egen virksomhet. I den sammenheng blir blant annet forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten gjennomgått og tematisert.

Konsernrevisjonens egen gjennomgang i helseforetaket, viser tilsvarende utfordringer som sykehuset allerede selv har identifisert og beskrevet på overordnet nivå. Gjennomgangen viste eksempelvis at det ikke var operasjonalisert og kommunisert forventninger om å redusere risiko for uønsket variasjon i lederlinjen, eksempelvis gjennom lederavtaler. Det var også varierende bruk av handlingsplaner som grunnlag for å sikre måloppnåelse (mer om dette i kapittel 6 og 7.)

5.3 Vurderinger

5.3.1 Sykehusets styringssystem bør forsterkes

Revisjonen viser at sykehuset selv har identifisert forbedringsområder i sitt styringssystem, og at det pågår et arbeid med å forbedre dette. Konsernrevisjonen vurderer at det pågående arbeidet har stor betydning for å legge til rette for helhetlig styring, herunder legge til rette for kontinuerlig forbedring i og mellom de ulike nivåene i sykehuset.

På bakgrunn av at det ikke er kommunisert tydelige mål om å redusere risiko for uønsket variasjon, vurderer konsernrevisjonen at det er risiko for manglende incentiver i lederlinjen for å prioritere dette arbeidet. I tillegg vil manglende krav og forventninger til hvordan lederne skal kunne nå sine mål, innebære risiko for at arbeidet gjøres på ulike måter og i ulik grad.

Konsernrevisjonen vurderer videre at sykehusets forbedring av styringssystemet fordrer en implementeringsplan med klare forventninger til lederne. I tillegg er det nødvendig med støtte fra staben gjennom utvikling av verktøy, maler, analysekompetanse, lederopplæring og øvrig bistand.

6. Nevrologi – Multippel sklerose

6.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Har nevrologisk avdeling etablert prosesser for kontinuerlig forbedring for å redusere risiko for uønsket variasjon i pasientforløpet?

Revisjonen har først sett på hvilket system for kontinuerlig forbedring som avdelingen har etablert (kapittel 6.2.1). Deretter belyser vi avdelingens praksis for utredning og behandling av MS-pasienter, samt hvilke tiltak avdelingen har etablert for å redusere risiko for uønsket variasjon (kapittel 6.2.2 til 6.2.6).

6.2 Observasjoner

6.2.1 Prosesser for kontinuerlig forbedring

Ansvaret for avdelingsleder er beskrevet i lederavtalen. Her fremkommer det at avdelingsleder har ansvar for fag, drift, økonomi og personal. Bortsett fra individuelle budsjett- og aktivitetskrav og overordnede indikatorer, inneholder lederavtalen de samme generelle strategiske målene som for øvrige ledere i sykehuset. Andre særskilte mål og risikoer/utfordringer som omhandler det faglige innholdet på helsehjelpen, eksempelvis om å redusere uønsket variasjon, er ikke inkludert i lederavtalen.

Avdelingen har ikke utarbeidet egen handlingsplan for å imøtekomme fastsatte mål. I månedsrapporteringen inngår resultater på fastsatte målindikatorer, samt risikoer/utfordringer for manglende måloppnåelse på disse.

Avdelingen har også faste tavlemøter med pasientservice og booking for å følge opp indikatorene planleggingshorisont, fristbrudd, etterslep og direktebooking.

Avdelingen har på bakgrunn av manglende måloppnåelse på ulike indikatorer gjennomført enkelte forbedringsprosjekter. For eksempel har innsatsteamet fra Helse Sør-Øst RHF bistått avdelingen med å redusere omfanget av pasienter som ikke har fått helsehjelp innen fastsatt tid (etterslep). Avdelingen har også utarbeidet et pasientforløp for pasienter med hjerneslag. Utover dette er ikke andre pasientforløp/behandlingslinjer beskrevet. Det vil si hvem som skal gjøre hva, til hvilken tid, med hvilket forventet resultat, for en bestemt pasientgruppe.

6.2.2 MS-forløpet – risikoer for uønsket variasjon

Konsernrevisjonen har nærmere belyst hvordan avdelingen arbeider med å håndtere sentrale faktorer i MS-forløpet som innebærer risiko for uønsket variasjon. Etter innledende undersøkelser og dialog med fagmiljøer har vi valgt følgende fire hovedpunkter:

- Tid fra henvisning til diagnosestilling og oppstart behandling
- Oppfølging av pasienter i behandling
- Hvem får rehabilitering - og hva slags rehabilitering gis
- Struktur og innhold i journal – herunder mulighet for samvalg

Disse punktene berører alle delprosessene i pasientforløpet, se figur 7.

Figur 7 – De ulike stegene i pasientforløpet

Det første punktet inngår i delprosessene fra mottak/vurdering til oppstart behandling. Bakgrunnen for at tidsintervallet er en risiko, er at rask diagnosestilling og tidlig igangsetting av behandling, kan være med å begrense omfanget av skadene av sykdommen.

Det andre punktet omhandler oppfølging av pasientene etter valg av behandling. Revisjonen har ikke sett på om valg av behandling er riktig, men hvordan oppfølgingsregimet av igangsatt behandling praktiseres. Tidsriktig oppfølging er en iboende risiko som kan ha stor betydning for pasientsikkerheten.

Det tredje punktet er rehabilitering. Behov for rehabilitering skal skje både ved diagnosetidspunkt og i det videre behandlings/-oppfølgingsforløpet. Mangel på et godt system for dette innebærer risiko for at man ikke fanger opp den enkeltes behov til enhver tid.

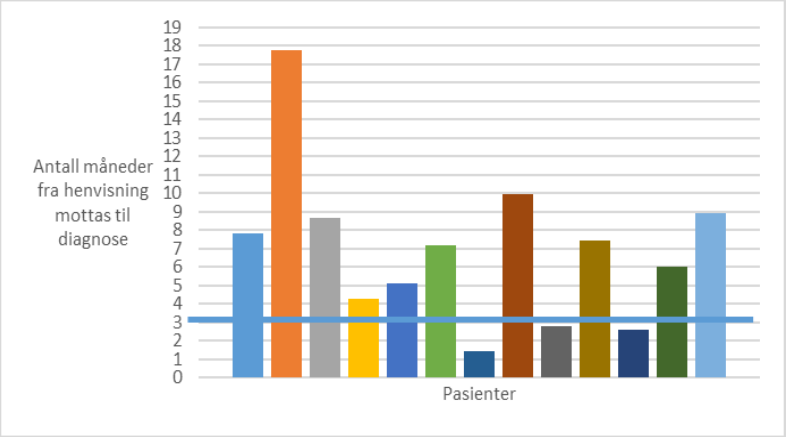
Det fjerde og siste punktet omhandler journalføring – herunder mulighet for samvalg. Ulik struktur og innhold i journal, kan blant annet innebære risiko for variasjon i valg av behandling.

6.2.3 Tid fra henvisning mottas til diagnostisk avklaring og oppstart behandling

Nasjonale føringer for MS angir blant annet at diagnostisk avklaring skal skje så raskt som mulig og senest innen tre måneder etter at henvisningen er mottatt. Det fremgår videre at det deretter er viktig med rask oppstart av behandlingen. I årsrapport for MS-registeret vises det til at flere avdelinger tilstreber å starte behandlingen innen en måned etter diagnostisk avklaring.

Avdelingen viser til at de skal følge Norsk Nevrologisk Forenings (NNF) nevrologiske prosedyrer (NevroNel) og nasjonale føringer for diagnostikk, behandling og oppfølging av MS-pasienter. I tillegg har avdelingen konkretisert seks nasjonale føringer for spesifikke legemidler i egne prosedyrer.

Konsernrevisjonen har gjennomgått et tilfeldig utvalg journaler til pasienter som har fått diagnosen MS i 2017 og 2018. Vi har ut i fra journal-gjennomgangen beregnet tiden fra henvisning mottas til diagnostisk avklaring, se figur 8. I flere av henvisningene hadde fastlege mistanke om MS-diagnose på bakgrunn av beskrevne nevrologiske symptomer eller funn ved MR.



Figur 8 – Antall måneder fra henvisninger til diagnostisk avklaring. Et tilfeldig utvalg av nyhenviste pasienter som fikk en MS-diagnose i perioden 2017 – 2018. Kilde: Journalgjennomgang

Figur 8 viser at tiden fra mottak av henvisning til diagnosesetting, varierte fra en til 18 måneder. Revisjonen viser at det er flere årsaker til at den diagnostiske utredningen tar lang tid for flere av pasientene:

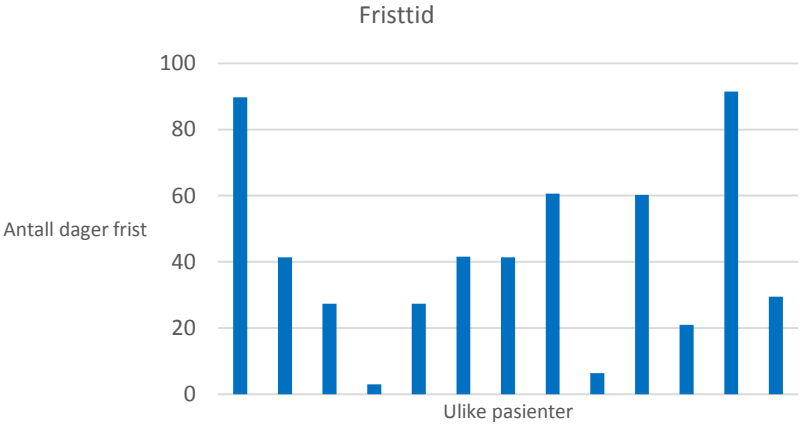
- Mangler i henvisninger og praksis for fristfastsettelse påvirker muligheten for diagnostisk utredning innen tre måneder
- Logistikkutfordringer og lang svartid ved tilleggsundersøkelser som MR, spinalpunksjon, blodprøver og synsstimuleringstest

Nedenfor utdypes disse to observasjonene.

Mangler i henvisninger og praksis for fristfastsettelse påvirker muligheten for diagnostisk utredning innen tre måneder

Revisjonen viser at spesialistene i avdelingen rullerer på å vurdere henvisninger. Det oppgis at kvaliteten på henvisningene kan være av variabel kvalitet. Avdelingen opplyser at mangelfulle henvisninger i en del tilfeller fører til forsinkelse, herunder påvirker fristfastsettelsen.

Revisjonen viser videre at avdelingen gjør individuelle vurderinger av fristfastsettelser. Fristene gis innenfor prioriteringsveilederens anbefaling på tre måneder (12 uker) for demyeliniserende sykdom. Figur 9 viser fristfastsettelsen av et utvalg henvisninger hvor det var referert til undersøkelser som ga mistanke om MS-sykdom. Fristene varierer fra en uke til 12 uker.



Figur 9 – Antall dager fristtid for nyhenviste pasienter. Kilde: Journalgjennomgang

Logistikkutfordringer og lang svartid ved tilleggsundersøkelser

Journalgjennomgangen viser at pasienter som har fått en MS-diagnose, gjennomgående har fått en evaluering og sammenstilling av klinisk nevrologisk undersøkelse og supplerende undersøkelser. Dette omfatter:

- Magnetisk resonanstomografi (MR)
- Ryggmargsvæskeanalyser (spinalpunksjon)
- Blodprøver
- Synsstimuleringstest (visuelt fremkalt respons; VER)

Revisjonen viste imidlertid at flere av de supplerende undersøkelsene er flaskehalser som påvirker muligheten for å imøtekomme målet om rask diagnostisk avklaring. Dette gjelder følgende deler av pasientforløpet:

- Fra bestilling til undersøkelsen er utført
- Fra undersøkelsen er utført til de er vurdert
- Ventetid på oppfølgingstime hos lege

I noen tilfeller var ventingen medisinsk begrunnet, eksempelvis at man må se an videre utvikling før nærmere utredning besluttes. I andre tilfeller var ventingen ikke medisinsk begrunnet, og skyldtes eksempelvis logistikkutfordringer.

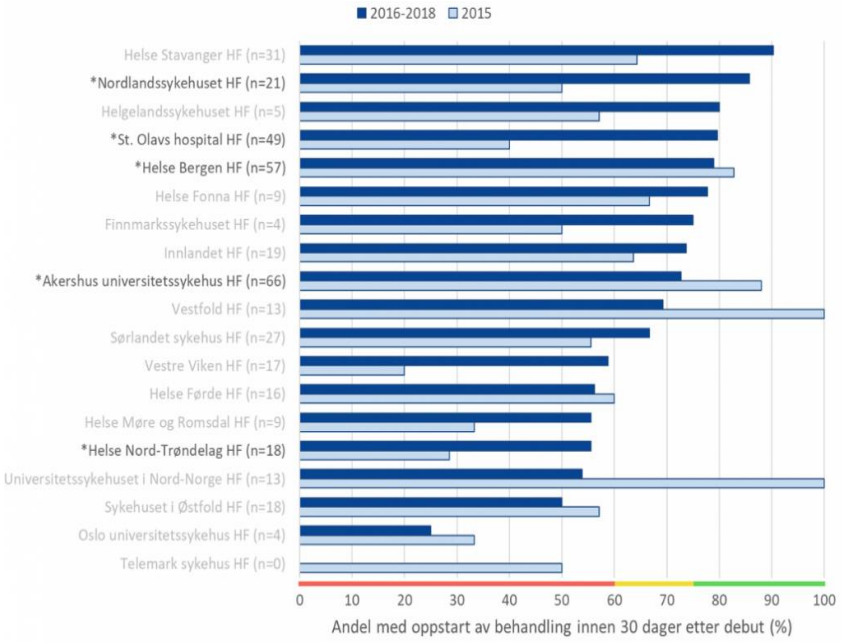
I noen tilfeller manglet det informasjon når pasienter møtte til første utredningstime. Dette skyldes flere forhold:

- Flere pasienter hadde tatt MR etter henvisning fra fastlege, men bildene var ikke innhentet før timen ved poliklinikken
- Det var ulik praksis for å innhente MR-bilder, når pasienter ikke hadde tatt MR hos fastlege

Dette resulterte i at bilder måtte innhentes etter første konsultasjon, og pasienter måtte innkalles til ny time på et senere tidspunkt.

Når det gjelder tid fra diagnostisk avklaring til start behandling, viser journalgjennomgangen at flere pasienter startet behandling umiddelbart. For andre pasienter kunne oppstart ta lang tid. For noen pasienter skyldes dette medisinskfaglige vurderinger eller ønske fra pasient, mens det i andre tilfeller ikke fremkom årsak for ventetiden i journal. Figur 10 viser at ventetiden fra diagnostisk avklaring til oppstart behandling for ulike sykehus i Norge.

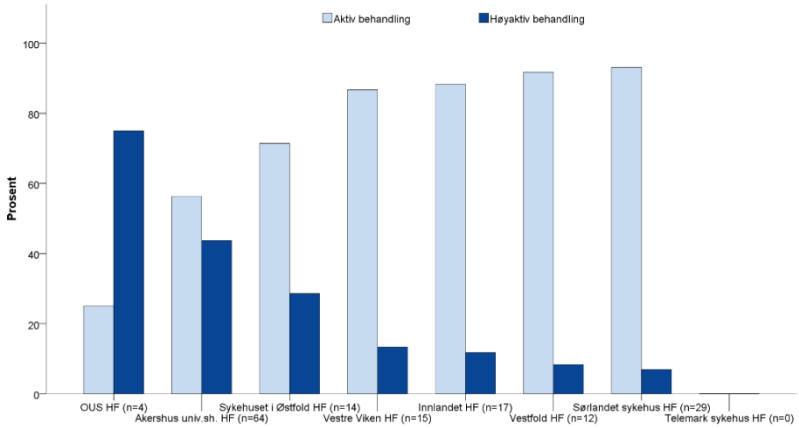
Figuren viser at det er variasjon mellom de ulike sykehusene i perioden 2016-2018, men at det nasjonalt er en forbedring fra 2015.
Når det gjelder Sykehuset Østfold HF, viser figuren at halvparten av MS-pasientene fikk oppstart av medisiner innen en måned for perioden 2016-2018. I følge MS-registerets definisjon er dette mindre god måloppnåelse.



Figur 10: Andel pasienter med behandlingsstart i løpet av de første 30 dager etter diagnose i årene 2015 (lyse) og 2016-2018 (mørke). Antall observasjoner er pasienter med diagnose i årene 2016-2018. Mindre god måloppnåelse mindre enn 60 %, god mellom 60 og 75 %, og meget god mer enn 75 %. Kilde: Årsrapport for 2017 MS-registeret.

Avdelingen har etablert et tverrfaglig MS-forum som møtes en gang i uken hvor diagnostisering, oppstart behandling, og endring av behandling hos pasienter kan diskuteres og besluttes. Ved behov benytter avdelingen seg av Oslo Universitetssykehus og Haukeland Universitetssykehus for å få deres faglige vurdering. Det understrekes at dette er viktige prosesser for kvalitetssikring, men som også medfører ventetid.

Legemidlene grupperes inn i aktive og høyaktive medisiner, hvor de aktive medisinene har lavere risiko og effekt sammenlignet med de høyaktive medisinene. Konsernrevisjonen har ved hjelp av data fra MS-registeret belyst bruken av type legemidler ved oppstart av behandling for ny-diagnostiserte pasienter, jf. figur 11.



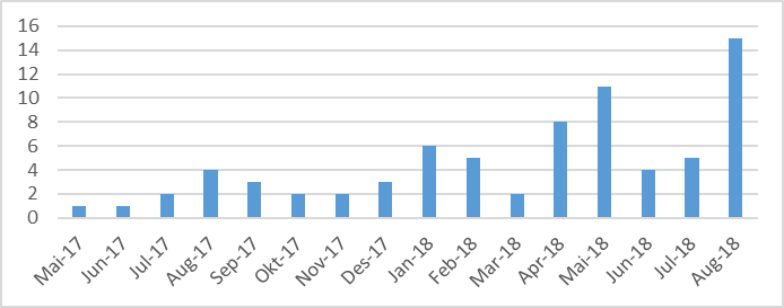
Figur 11: Første valgte MS-behandling gruppert etter aktiv/høyaktiv for pasienter med diagnose i 2016-2018. Kilde: MS-registeret.

Figur 11 viser at det innad i Helse Sør-Øst er variasjon mellom helseforetak i valg av medisiner ved oppstart behandling. Nærmere analyser viser også variasjon i hvilket legemidler som brukes i de to gruppene, se vedlegg 3. Konsernrevisjonen vil påpeke at manglende registrering i MS-registeret hos flere sykehus kan påvirke resultatene. Figur 10 og 11 må derfor tolkes med forsiktighet.

6.2.4 Oppfølging av pasienter i behandling

Avdelingen har føringer for oppfølging av pasienter som behandles med ulike legemidler. Disse er basert på de nasjonale føringene. Journal-gjennomgangen viser at pasienter settes tentativt opp til kontroller i henhold til føringene, men det er forsinkelser for når faktisk time for oppfølging gis.

Avdelingen hadde pr september 2018 et etterslep på ca. 2 100 pasienter som ikke hadde fått helsehjelp innen planlagt tid. Dette inkluderer også MS-pasienter. Figur 12 viser etterslepet for MS-pasienter fordelt på tidspunktet for når de skulle hatt helsehjelp.



Figur 12. Etterslep MS-pasienter pr 12.9.2018 og når pasientene opprinnelig skulle hatt helsehjelp. Kilde: DIPS-rapport 4829

Etterslepet innen MS gjelder hovedsakelig pasienter med progressiv MS (ikke på medisiner). Etterslepet inneholder imidlertid også enkelte pasienter som får medisiner. Gjennomgangen viste at det var igangsatt et arbeid for å redusere restansene i avdelingen.

6.2.5 Bruk av rehabilitering

Revisjonen viser at avdelingen ikke har noen rutiner eller prosedyrer for vurdering av behov for- og bruk av spesialisert rehabilitering. Gjennomgangen viser samtidig at flere pasienter tilbys spesialisert rehabilitering både før og/eller etter oppstart av behandling. Det er imidlertid variasjon i:

- om pasienter har fått vurdert sitt rehabiliteringsbehov
- hvem som eventuelt har vurdert behovet (lege/sykepleier)
- hvordan behovet dokumenteres (journalnotat/gule lapper)
- hvordan man henviser pasienten (notat, gule lapper, egen henvisning)
- hvilke faser av forløpet dette eventuelt er blitt vurdert

MS-forbundet har gjennomført en nasjonalt spørreundersøkelse blant pasienter som har MS. Ett av temaene i undersøkelsen er om pasienter har fått tilbud om rehabilitering etter at diagnose er stilt. Resultatene viser at andelen pasienter som har fått tilbud om rehabilitering varierer fra 45 % til 90 % mellom ulike helseforetak. For Sykehuset Østfold HF viser resultatene at rundt 60 % av pasientene svarer at de har fått et slikt tilbud.

6.2.6 Struktur og innhold i journal – herunder mulighet for samvalg

Pasientjournalen skal blant annet inneholde opplysninger om diagnose, sykdomsforløp, behandling, prøvesvar, informasjon som er gitt og andre forhold som kan være av betydning for behandlingen eller eventuelle senere behandlinger. Videre er det også krav om at pasientene sammen med helsepersonell tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette omtales i dag som samvalg.

Revisjonen viser at det ikke var utarbeidet egne føringer, eksempel sjekkliste, for standardisering av innhold og struktur i journalføring i avdelingen.

Journalgjennomgangen viste at struktur og innhold i journal var ulik. Noen journaler fremsto som lite strukturerte og med manglende innhold, mens andre var mer strukturerte og utfyllende. Dette ble også bekreftet som en utfordring av helsepersonell i avdelingen. Det ble eksempelvis vist til at ulik journalføring ble en særskilt utfordring når flere helsepersonell vekslet med å lese og skrive journal for samme pasient.

Journalgjennomgangen viser i tillegg at enkelte beslutninger fra MS-forum ikke var dokumentert i journal. Revisjonen undersøkte også om avdelingen gjennomførte undersøkelser for å vurdere endringer i pasientenes funksjonsnivå ved bruk av EDSS-skår. Revisjonen viser at dette i varierende grad gjennomføres.

Journalgjennomgangen viste videre at pasientene var blitt involvert i beslutningen av planlagt behandling. I likhet med øvrig dokumentasjon i journal, var det imidlertid også her ulik struktur på hva slags informasjon som var gitt pasient, og hvem som ga informasjonen.

Etter endt utredning informerer nevrolog om diagnose til pasient. I tillegg fikk pasientene samtale med MS-sykepleier for ytterligere informasjon vedrørende diagnose på initiativ fra lege. Tidspunktet for samtale varierte imidlertid fra samme dag til syv uker senere. Avdelingen benytter ikke kontaktlege eller behandlingsansvarlig lege, men pasienter kan ta kontakt med to utnevnte MS-sykepleiere ved behov.

Oppsummert fra kapitlene 6.2.2 – 6.2.6 har undersøkelsen identifisert flere faktorer som påvirker hvor raskt avdelingen kan utrede pasientene. De ulike faktorene vil ha ulik påvirkningskraft og mange av dem vil virke i samspill med hverandre. Konsernrevisjonen har utarbeidet en samlet oversikt av et faktorer som kan påvirke rask utredning og oppstart av behandling (se vedlegg 4).

6.3 Vurderinger

6.3.1 Det er potensial for et mer helhetlig system for kontinuerlig forbedring

Lederavtalen inneholder i mindre grad mål og forventninger tilpasset den enkelte avdeling. Konsernrevisjonen vurderer at dette kan redusere ledernes incentiver for prioritere en mer helhetlig tilnærming i styringen av sitt fagområde, herunder andre type mål som omhandler eksempelvis kvalitet, pasientforløp, effektivitet, faglig praksis etc.

Revisjonen viser at avdelingen har enkelte aktiviteter for kontinuerlig forbedring relatert til sykehuset overordnede mål og krav som følges opp gjennom månedsrapportering. I tilknytning til dette er det gjennomført enkelte forbedringsprosjekter. Revisjonen vurderer imidlertid at avdelingens arbeid med kontinuerlig forbedring har et potensiale for å bli mer systematisk. Revisjonen vurderer eksempelvis at manglende handlingsplaner kan medføre at hensiktsmessige tiltak ikke blir etablert, gjennomført og fulgt opp. Dette kan redusere avdelingens evne til å nå fastsatte mål og krav.

Konsernrevisjonen vurderer at disse utfordringene/manglene må ses i lys av helseforetakets pågående arbeid med å forbedre dagens styringssystem (jf. kapittel 5).

6.3.2 Det er behov for ytterligere tiltak for å redusere risiko for uønsket variasjon

Konsernevisjonen vurderer at det er etablert tiltak som bidrar til at anbefalingene i prioriteringsveileder ivaretas og at innholdet i diagnostiseringen og behandlingen er basert på nasjonale føringer.

I revisjonen har vi imidlertid observert følgende forbedringsområder:

- Standardisering av utredningsforløpet kan trolig gi raskere oppstart av behandling
- Det er kontroller som ikke gis i henhold til planlagt tid
- Det er manglende føringer for vurdering av behov for rehabilitering
- Det er potensiale for å standardisere innhold og struktur i journal, herunder dokumentasjon av samvalg
- Det er potensiale for økt bruk av styringsinformasjon i ledelsesoppfølgingen

Nedenfor begrunnes disse fem punktene hver for seg.

Standardisering av utredningsforløpet kan trolig gi raskere oppstart av behandling

Tidlig diagnosestilling og rask oppstart av behandling, er kritiske faktorer for MS-pasienter. Revisjonen viser at pasienter venter i ulike faser frem til diagnostisk avklaring og lengre enn det som er beskrevet i de nasjonale føringene. I mange tilfeller var ventingen uforholdsmessig lang og ubegrunnet.

Revisjonen vurderer at ubegrunnede opphold i pasientforløpet medfører at avdelingen ikke når fastsatte mål og er en risiko for pasientsikkerheten. For MS-pasienter kan ubegrunnet ventetid innebære risiko for at pasientens sykdomstilstand forverres unødig i påvente av oppstart av behandling. For å nå målet om rask diagnostisering og oppstart behandling, vurderer vi at det nødvendig å gjennomgå behandlingsforløpet og sette prosessmål i form av forløpstider. Dette kan eksempelvis være:

- Fra mottak av henvisning frem til første konsultasjon på poliklinikken
- Fra første time på poliklinikken til diagnostisk avklaring
- Fra diagnostisk avklaring til oppstart behandling

Deretter vil det være naturlig å vurdere risikoene for å ikke nå prosessmålene og iverksette tiltak ut i fra dette. I tillegg vil det være hensiktsmessig å følge opp om tiltakene virker og om målene nås.

Det er kontroller som ikke gis i henhold planlagt tid

Revisjonen vurderer at det er etablert et system for at pasienter settes opp til kontroller i henhold til nasjonale anbefalinger. Revisjonen viste imidlertid at pasienter i varierende grad får kontroller i henhold til det tidspunktet som er planlagt.

Etter konsernrevisjon vurdering kan forsinkelser på planlagte kontroller redusere muligheten for å fange opp eksempelvis endringer i funksjonsnivå, bivirkninger, og behov for rehabilitering hos pasientene. I tillegg vil det redusere forutsigbarheten for pasientene.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det behov for å fortsette avdelingens tiltaksarbeid med å redusere restansene for kontroller.

Det er manglende føringer for vurdering av behov for rehabilitering

Pasienter som har fått en MS-diagnose har krav på å få vurdert sitt behov for individuelt tilpasset rehabilitering i spesialisthelsetjenesten for å kunne oppnå best mulig funksjons- og mestringsnivå. Revisjonen viser at det ikke er etablert føringer for dette og at praksis var noe ulik.

Manglende føringer for vurdering av behov for rehabilitering, kan etter konsernrevisjonens vurdering gi risiko for at pasienter ikke får vurdert sitt behov på en tilstrekkelig måte. Etter konsernrevisjonens vurdering kan en formalisering av systemet for å vurdere rehabiliteringsbehovet, eksempelvis gjennom retningslinjer og sjekklister, redusere risiko for uønsket variasjon.

Det er potensiale for å standardisere innhold og struktur i journal, herunder dokumentasjon av samvalg

Pasientjournalen er et redskap for å gi pasienter forsvarlig helsehjelp. Revisjonen viste utfordringer knyttet til innhold og struktur i journal.

Konsernrevisjonens vurderer at mangelfull journalføring reduserer muligheten for god informasjonsutveksling med pasient og henviser, samt mellom helsepersonell internt. Behovet for god og oversiktlig dokumentasjon i journal, forsterkes av at MS-forløpene er langvarig og tverrfaglige. Journalen har også bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsyns- eller erstatningssaker. Konsernrevisjonen vurderer videre at dokumentasjon om samvalg bør fremkomme tydeligere i journal. Det bør eksempelvis fremkomme hvilke behandlingsalternativer det er gitt informasjon om, herunder forventet resultat, risiko, og bivirkninger. Denne type informasjon er viktig for MS-pasienter ettersom de kan ha forskjellige preferanser for valg av behandling.

Noen er opptatt av langtidssikkerhet, og anser derfor god dokumentasjon og lang erfaring om sikkerhet som viktigst. Andre er opptatt av bivirkningsprofil og praktiske forhold relatert til behandlingsregimet.

På bakgrunn av svakheter i journalføring vurderer konsernrevisjonen at det er behov for å standardisere innhold og struktur i journal, herunder hensyn til pasientens behov og preferanser (samvalg).

Konsernrevisjonen vurderer forøvrig at mangel på behandlingsansvarlig lege ikke er i tråd med føringene for MS-pasienter. Ettersom MS er et langvarig og kronisk forløp, bør det tilstrebes at samme nevrolog følger pasienten over lengre tid.

Det er potensiale for økt bruk av styringsinformasjon i ledelsesoppfølgingen

Revisjonen viser at praksis for utredning og behandling av MS-pasienter kan systematiseres. I tilknytning til et slikt arbeid, er det etter konsernrevisjonens vurdering hensiktsmessig å identifisere aktuell styringsinformasjon som kan benyttes i oppfølgingen. Dette for å følge opp aktuelle risikoer i pasientforløpet. Informasjonen kan også benyttes for å følge opp utvikling over tid, samt være et grunnlag for nærmere undersøkelser.

Styringsinformasjon som et tiltak i forbedringsarbeidet kan eksempelvis belyse:

- Vurdering av henvisninger, eksempelvis rett/avslag og ulike frister
- Utredningsfasen og oppstart behandling
- Bruk av type legemidler
- Bruk av rehabilitering
- Oppfølging av igangsatt behandling; legemidler, funksjonsnivå

7. Ortopedi – Skulderkirurgi og hofteleddsartrose

7.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Har ortopedisk avdeling etablert prosesser for kontinuerlig forbedring for å redusere risiko for uønsket variasjon i pasientforløpet?

Revisjonen har først sett på hvilket system for kontinuerlig forbedring som avdelingen har etablert (kapittel 7.2.1). Deretter belyses hvilke tiltak avdelingen har etablert for å imøtekomme målet om likeverdig helsehjelp, herunder redusere uønsket (kapittel 7.2.2 til 7.2.6).

7.2 Observasjoner

7.2.1 Prosesser for kontinuerlig forbedring

Ansvaret for avdelingsleder er beskrevet i lederavtalen. Her fremkommer det at avdelingsleder har ansvar for fag, drift, økonomi og personal. Bortsett fra individuelle budsjett- og aktivitetskrav og sentrale indikatorer, inneholder lederavtalen de samme generelle strategiske målene som for øvrige ledere i sykehuset. Andre særskilte mål og risikoer/utfordringer som omhandler det faglige innholdet på helsehjelpen, eksempelvis om å redusere uønsket variasjon, er ikke inkludert i lederavtalen.

Avdelingen er inndelt i åtte fagområder. For hver av disse har en seksjonsoverlege/medisinsk faglige rådgiver det faglige ansvaret. Dette omfatter ansvaret for den medisinskfaglige standarden, og skal sikre at behandlingsmetoder er i tråd med gjeldende lover, avtaler, styrings-dokumenter og god faglig praksis. Avdelingen er i prosess med å etablere seksjoner under avdelingen. Lederne for seksjonene vil få en formell lederrolle og inngå i lederlinjen. Utover klinikkens felles handlingsplan, har ikke avdelingen egen plan for å imøtekomme fastsatte mål.

Klinikkens handlingsplan omhandler tiltak for å imøtekomme sentrale mål og indikatorer. I tillegg er det identifisert flere tiltak knyttet til logistikk og kvalitet i pasientbehandlingen.

I avdelingens månedsrapportering inngår resultater på fastsatte indikatorer, samt risikoer/utfordringer for manglende måloppnåelse på disse. I tilknytning til dette har avdelingen faste tavlemøter med pasientservice og booking for å følge opp indikatorene; planleggingshorisont, fristbrudd, etterslep og direktebooking. Avdelingen har i tillegg hatt enkelte forbedringsprosjekter for å øke kvaliteten i pasientbehandlingen. For eksempel har avdelingen vært involvert i utarbeidelsen av pasientforløp for hoftebrudd. Utover dette er ikke andre pasientforløp/behandlingslinjer beskrevet. Det vil si hvem som skal gjøre hva, til hvilken tid, med hvilket forventet resultat, for en bestemt pasientgruppe.

7.2.2 Forløp i ortopedi – risikoer for uønsket variasjon

I ortopedisk avdeling har vi valgt ut fagområdene skulderkirurgi og hofteleddsartrose som case. Revisjonen har på bakgrunn av dialog med fagmiljøet, avgrenset revisjonen til å se på følgende forhold hvor det er risiko for uønsket variasjon:

- Vurdering av henvisninger
- Valg av behandling
- Bruk av rehabilitering etter operasjon
- Struktur og innhold i journal – herunder mulighet for samvalg

Disse punktene berører alle delprosessene i pasientforløpet, se figur 13.

Figur 13 – De ulike stegene i pasientforløpet

Tidligere undersøkelser av konsernrevisjonen, har vist noe variasjon i vurderingspraksis, både innad i det enkelte helseforetak og mellom helseforetak i regionen. Konsernrevisjonen har derfor belyst hvordan avdelingen har lagt til rette for at vurdering av henvisninger praktiseres likt, og i henhold til prioriteringsveileder.

Analyser fra Dagkirurgisk helseatlas indikerer at det er variasjon i faglig praksis mellom sykehus knyttet til valg av behandling. Konsernrevisjonens egen kartlegging (vår 2018) underbygger dette. Vi har derfor belyst hvordan avdelingen har lagt til rette for å imøtekomme de nasjonale føringene.

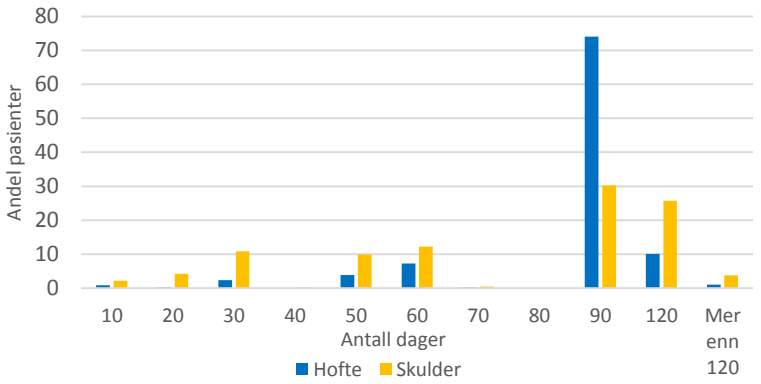
Regional statistikk viser at sykehus i ulik grad bruker spesialisert rehabilitering for ortopediske pasienter. Dette indikerer forskjellsbehandling av pasientene. Vi har derfor belyst hvilket system avdelingen har for å vurdere behovet for spesialisert rehabilitering gjennom forløpet.

Pasienter skal involveres i beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder (samvalg). Samvalg gjøres ved at pasient veier fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer opp mot hverandre. Dette fordrer god og utfyllende informasjon fra helsepersonell. Revisjonen har ut i fra dette belyst hvordan avdelingen involverer pasient ved valg av behandling.

7.2.3 Vurdering av henvisninger

Det er etablert føringer for mottak og vurdering av henvisninger. Henvisninger vurderes innen det enkelte fagområde. I likhet med øvrige ortopediske avdelinger i Helse Sør-Øst, gir avdelingen i all hovedsak rett til helsehjelp (98 %) ved vurdering av henvisninger.

Figur 14 viser frister som er gitt til pasienter for hofte- og skulderproblematikk i 2018. Figuren viser at det er mer variasjon i fristfastsettelse for skulderpasientene enn for hofte, men at alle er innenfor anbefalinger i prioriteringsveilederen. I intervju ble det vist til at det gjøres individuelle vurdering ved fristfastsettelsen.



Figur 14 Fristfastsettelse for henholdsvis pasienter med hofte- og skulderlidelser. Henvisninger mottatt i 2018. Kilde: DIPS-rapport 6813.

7.2.4 Valg av behandling

Avdelingen benytter metodeboken for ortopedi (Ortus) fra Oslo Universitetssykehus som føringer for sin medisinskfaglige praksis. Den beskriver blant annet diagnostisk utredning, indikasjon for ulike typer helsehjelp, behandling, samt kontroller for en rekke ortopediske tilstander. Avdeling har utarbeidet enkelte egne fagprosedyrer hvor de har en annen praksis enn det som fremkommer i Ortus. Både fagområdene for skulderkirurgi og hofteleddsartrose benytter andre sykehus som referansesykehus for sin kliniske praksis.

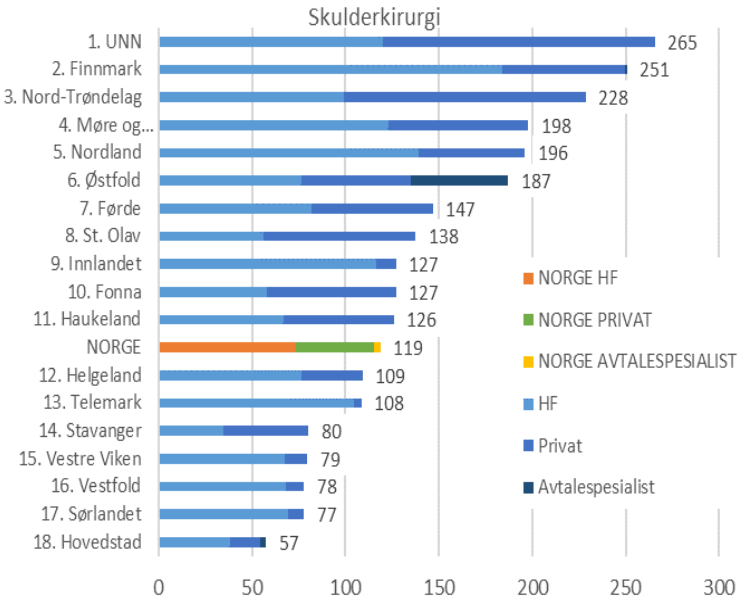
Både Ortus og prioriteringsveileder for ortopedi viser til at skulderpasienter først bør behandles konservativt med fysikalsk terapi, med mindre det er traume. Journalgjennomgangen viser at skulderpasientene starter helsehjelpen med utredning hos fysioterapeut. Ved behov for konservativ behandling henvises pasient til behandling i primærhelsetjenesten. Ved manglende effekt av fysikalsk terapi, henvises pasient til ortoped med tanke på operasjon.

Når det gjelder hofteleddsartrose viser både prioriteringsveileder og Ortus til at konservativ behandling bør forsøkes i første omgang. Ortus viser for øvrig til at indikasjon for operasjon stilles på bakgrunn av smerter og funksjonsnedsettelse, røntgen, og relateres til alder og risikofaktorer. Det anbefales å benyttes Harris Hip score til hjelp i vurderingen. Journalgjennomgangen viser at avdelingen i liten grad benytter dette verktøyet i vurderingen av operasjon, men at det benyttes når pasienter er inne til seks ukers kontroll hos fysioterapeut.

Hoftepasientene starter helsehjelpen med utredning hos ortoped som vurderer om pasient er kandidat for operasjon eller om pasient skal ha konservativ behandling i primærhelsetjenesten. Pasienter som er kandidater for operasjon gjennomgår «hofteskole» i forkant av operasjon. Her får de informasjon og gjennomfører eventuelle tilleggsundersøkelser og konfererer med erfaren ortoped ved behov. Gjennom intervju ble det vist til at kvalitetssikring av indikasjonspraksis også gjøres gjennom felles gjennomgang operasjonsprogrammet.

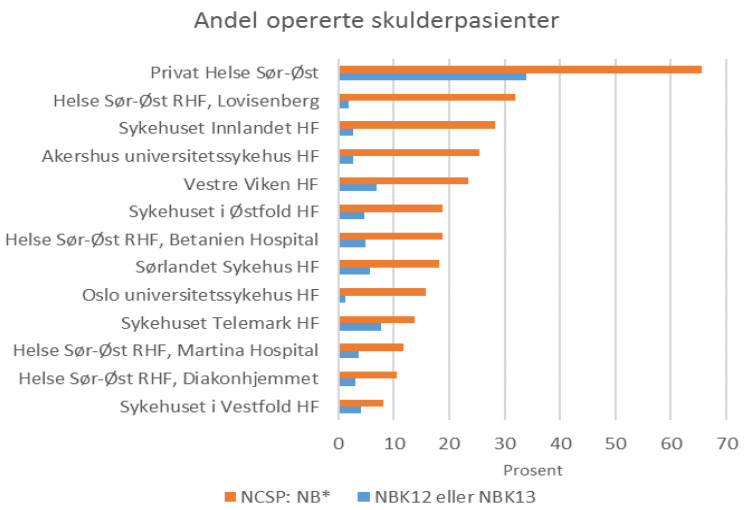
For å belyse valg av behandling, eksempelvis operasjon versus konservativ behandling, har konsernrevisjonen benyttet nasjonal statistikk og gjennomført egne analyser. Dagkirurgisk helseatlas viser at Sykehuset Østfold HF, i likhet med øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst, har redusert omfanget av skulderoperasjoner (acromionreseksjon) i perioden 2013-2017. Reduksjonen innad i Helse Sør-Øst varierte fra 35 % til 50 %.

Figur 15 viser at andelen skulderopererte i boområdet Østfold er høyere enn øvrige boområder i Helse Sør-Øst.



Figur 15 – Acromionreseksjoner pr. 100 000 innbygger fordelt på offentlig og privat behandler. ICD-10: M19 eller M75 som også har utført minst en av prosedyrekodene NBK12 eller NBK13 (acromionreseksjon) Kilde: NPR 2016

Figuren viser videre at mer enn halvparten av opererte skulderpasienter i boområdet Østfold er utført hos private eller hos avtalespesialist.

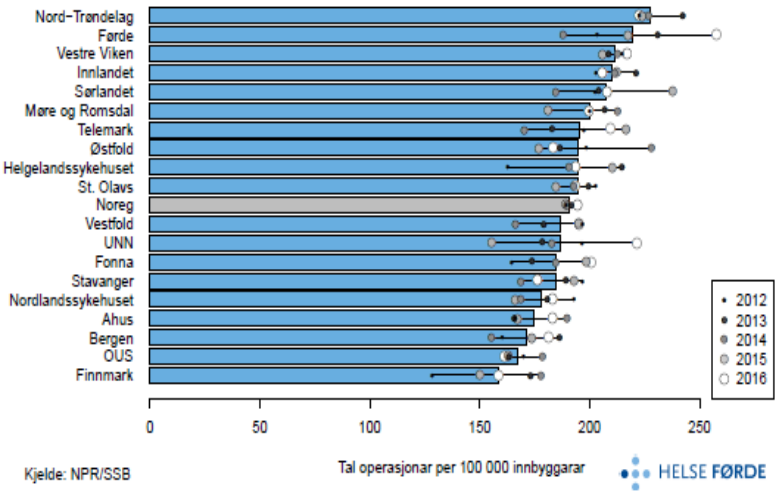


Figur 16 – Oransje søyle er andelen pasienter med skulderproblematikk (ICD-10: M19 eller M75) som har fått utført et kirurgisk inngrep (NCSP=NB*). Den blå søylen er andelen av de kirurgiske inngrepene som er acromionreseksjon (NCSP = NBK12 eller NBK13). Kilde: NPR 2017 og 2018.

Den oransje søylen i figur 16, viser andelen av pasientene med skulderlidelser som ble operert. Andelen opererte varierer fra underkant av 10 % til over 60 % mellom sykehusene. Foruten de private som opererer høyest andel, er det også variasjon mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst. Sykehuset Østfold opererer rundt 20 % av pasientene, som er omtrent gjennomsnittet i Helse Sør-Øst.

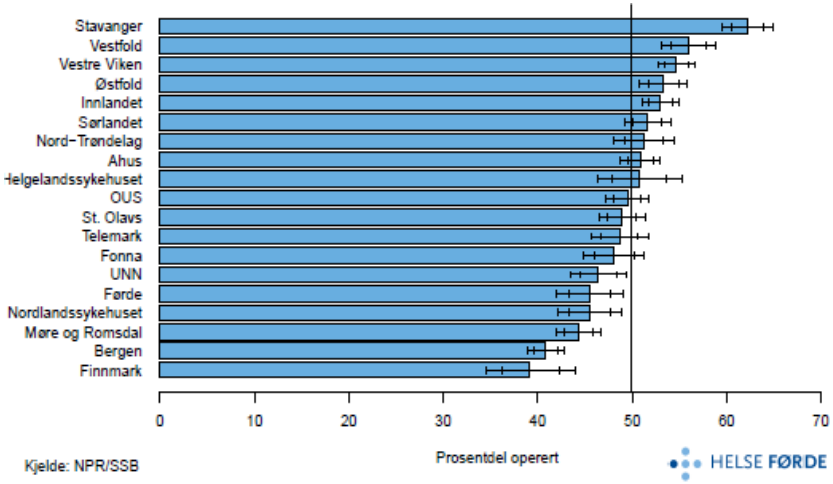
Den blå søylen i figur 16 er andelen av de opererte pasientene som har fått utført acromionreseksjoner. Hos private med avtale med Helse Sør-Øst RHF, utgjør dette over halvparten av alle skulderoperasjoner, mens det ved de fleste helseforetak utgjør dette en mindre andel av operasjonene. Figuren indikerer at fagmiljøene ikke er helt omforent om indikasjonene for acromionreseksjon.

Helseatlas for ortopedi har gjort tilsvarende analyser for pasienter med hofteledddsartrose. Figur 17 viser at for Sykehuset Østfold HF ligger rundt landsgjennomsnittet i operasjonsrater for hofteproteser.



Figur 17 - Innsetting av primære hofteproteser. Operasjonsrate: Antall operasjoner for hofteleddsartrose per 100 000 innbyggere (18 år og eldre), fordelt på boområde og landet. Søylene viser gjennomsnittsverdien per år for perioden 2012 – 2016. Kilde: Helseatlas ortopedi.

Helseatlas for ortopedi har også beregnet hvor stor andel av pasientene som utredes for hofteleddsartrose som blir operert, jf. figur 18.



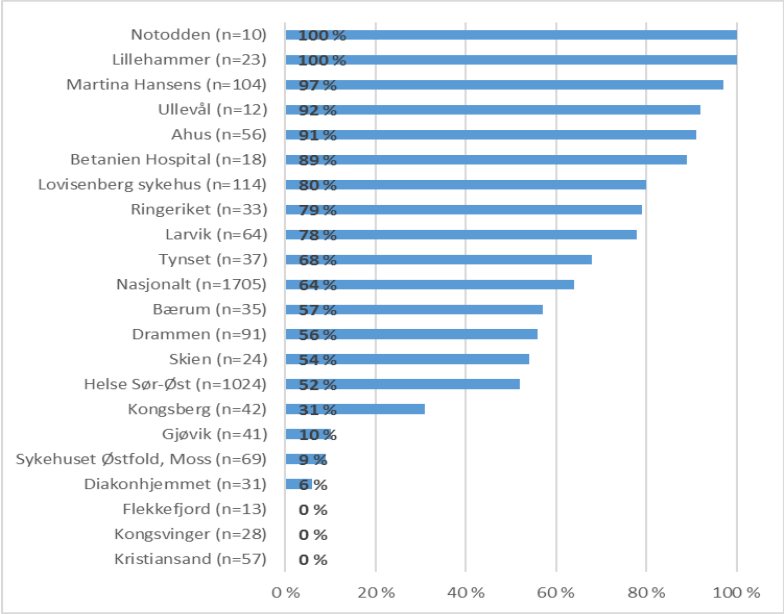
Figur 18 - Prosentandel opererte pasienter med hofteleddsartrose for årene 2012–2016. Søylene viser, med 95 % og 99,8 % konfidensintervall, hvor mange prosent av pasientene med hofteleddsartrose som ble operert, per boområde. Loddrett strek viser prosentandel opererte for landet. Prosentdelene er justert for alder og kjønn, og gjelder pasienter fra 18 år og eldre. Kilde: Helseatlas ortopedi.

Figur 18 viser at andelen hoftepasienter som utredes for hofteleddsartrose, og som blir operert, varierer. Innad i regionen varierer andelen opererte fra underkant av 40 % til over 60 %. Sykehuset Østfold HF opererte i overkant av 50 % av pasientene.

Konsernrevisjonen tar forbehold om at eksempelvis ulik organisering, kodepraksis og datakvalitet kan påvirke resultatene i analysene ovenfor.

Kvalitetsregisteret for leddproteser skal bidra til at pasienter får best mulig behandling ved kvalitetssikring og forbedring av behandlingsmetodene. Det viktigste kvalitetsmålet er holdbarheten av protesene. Registeret viser at andelen ikke reopererte etter ti år, varierer fra 88 % til 97 % mellom ulike behandlingsteder.

Registeret har også definert fem indikatorer for beste faglige praksis for hofteprotesebehandling. For fire av indikatorene er det relativt små variasjoner mellom sykehusene, og resultatene er i all hovedsak gode. For indikatoren *Bruk av sementert lårbensprotese på kvinner eldre enn 75 år*, er det derimot større variasjoner mellom sykehusene. Leddregisteret viser til at kvinner eldre enn 75 år har bedre resultater med sementert protese. Det vises til at disse pasientene har ca. 50 % høyere risiko for reoperasjon dersom man bruker usementert lårbensprotese. Figur 19 viser at noen sykehus bruker sementert protese på alle, andre differensierer, og noen velger usementert på alle. Sykehuset Østfold HF bruker sementert lårbensprotese for 9 % av kvinner over 75 år.



Figur 19. Andel kvinner over 75 år med sementert lårbenstamme i 2017 i Helse Sør-Øst. Kilde: Nasjonalt register for leddproteser – Årsrapport for 2017.

Det fremkom gjennom revisjonen at det hadde vært diskusjoner og noe uenighet i avdelingen angående denne indikatoren, og det ble vist til internasjonale studier hvor det ikke er kvalitetsmessig forskjell mellom sementert og usementert lårbensprotese. Det er også viktig å påpeke at Sykehuset Østfold HF ikke har høyere andel reopererte totalt sett, sammenlignet med andre helseforetak.

7.2.5 Bruk av rehabilitering

Avdelingen har ingen særskilte føringer (prosedyrer, sjekklister etc.) for bruk av spesialisert rehabiliteringsopphold etter operasjoner. Avdelingen har imidlertid et uttalt prinsipp om at spesialisert rehabilitering i utgangspunktet ikke skal benyttes, med mindre pasienten har tilleggsproblematikk som tilsier behov for dette. Revisjonen viser at bruken av spesialisert rehabilitering benyttes i liten grad, og følges opp gjennom egen rapportering. Sykehuset har i tillegg opprettet en rehabiliteringskoordinator som skal bistå avdelingene i prosessen med å søke aktuelle inneliggende pasienter til spesialisert rehabilitering.

7.2.6 Struktur og innhold i journal – herunder mulighet for samvalg

Ortus gir også føringer for informasjon til- og involvering av pasient. Alle pasienter skal informeres om planlagt og utført behandling, herunder forventet resultat, risiko og potensielle komplikasjoner. Dette skal dokumenteres og herunder skal det spesifiseres hvilken informasjon som pasienten har mottatt.

Testing i journal viser at informasjon til pasient - og involvering av pasienten i beslutning om type helsehjelp, i all hovedsak dokumenteres. For skulderpasientene dokumenteres det i all hovedsak at pasient samtykker til valgt helsehjelp, er informert om risikoer, behandlingsvalg og prognose. Informasjonen er i liten grad spesifisert. Når det gjelder hoftepasientene dokumenteres informasjon om risikoer og prognose i mindre grad.

7.3 Vurderinger

7.3.1 Det er potensiale for et mer helhetlig system for kontinuerlig forbedring

Lederavtalen inneholder i mindre grad mål og forventninger tilpasset den enkelte avdeling. Konsernrevisjonen vurderer at dette kan redusere ledernes incentiver for prioritere en mer helhetlig tilnærming i styringen av sitt fagområde, herunder andre type mål som omhandler eksempelvis kvalitet, pasientforløp, effektivitet, faglig praksis.

Revisjonen viste at avdelingen har enkelte aktiviteter for kontinuerlig forbedring relatert til sykehuset overordnede mål og krav som følges opp gjennom månedsrapportering og klinikkens handlingsplan. I tilknytning til dette er det gjennomført enkelte forbedringsprosjekter. Revisjonen vurderer imidlertid at avdelingens arbeid med kontinuerlig forbedring har et potensiale for å bli mer systematisk. Revisjonen vurderer eksempelvis at manglende handlingsplaner, kan medføre at hensiktsmessige tiltak ikke blir etablert, gjennomført og fulgt opp. Dette kan redusere avdelingens evne til å nå fastsatte mål og krav. Konsernrevisjonen vurderer at disse utfordringene/manglene må ses i lys av helseforetakets pågående arbeid med å revitalisere dagens styringssystem (jf. kapittel 5).

7.3.2 Ytterligere tiltak kan redusere risiko for uønsket variasjon

Konsernrevisjonen vurderer at det både for skulder- og hoftepasienter er etablert tiltak som legger til rette for å gi pasienter kunnskapsbasert behandling og et likeverdig tilbud av helsetjenester. Dette baseres på at føringene i Ortus skal følges, og det er etablert enkelte arenaer for støtte/kvalitetssikring innad det enkelte fagområde, herunder en tverrfaglig tilnærming i forløpene.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det samtidig observert følgende forbedringspunkter:

- Det er potensiale for å standardisere innhold og struktur i journal, herunder dokumentasjon av samvalg
- Prinsipper for rehabilitering kan formaliseres
- Det er potensiale for økt bruk av styringsinformasjon i ledelsesoppfølgingen

Det er potensiale for å standardisere innhold og struktur i journal, herunder dokumentasjon av samvalg

Journalen skal først og fremst være et redskap for å sikre at pasienter får forsvarlig helsehjelp, samt ha bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsynssaker og erstatningssaker for feil behandling eller lignende.

Testing i journal viste at informasjon til pasient og involvering av pasient i beslutning om type helsehjelp, i all hovedsak dokumenteres. Vi vurderer samtidig at det er et potensiale for å forsterke innholdet i dokumentasjonen i begge fagområdene. Journalen vil eksempelvis være viktig ved utveksling av informasjon med primærhelsetjenesten, pasient og øvrig helsepersonell. For å sikre økt sporbarhet og tilstrebe lik praksis, er det etter konsernrevisjonens behov for tydeliggjøre noen prinsipper for hva som skal dokumenteres i journal.

Konsernrevisjonen vurderer samtidig at dersom journalen skal ha bevismessig betydning ved eventuelle tilsynssaker, er det viktig at den inneholder den gitte informasjonen som er nødvendig for å gi pasienten et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å samtykke til eller avslå den aktuelle undersøkelse eller behandling.

Prinsipper for bruk av rehabilitering kan formaliseres

Konsernrevisjonen vurderer at avdelingen har oppmerksomhet på og følger opp bruken av spesialisert rehabilitering. Etter konsernrevisjonens vurdering vil det samtidig være hensiktsmessig å formalisere føringene for hvilke pasienter som kan ha behov for spesialisert rehabilitering. Manglende formalisering kan etter konsernrevisjonens vurdering gi risiko for ulik bruk av spesialisert rehabilitering etter operasjon.

Det er potensiale for økt bruk av styringsinformasjon i ledelsesoppfølgingen

Figurene 15-19 indikerer at det er forskjeller i vurdering av type behandling for både skulder- og hoftepasienter mellom ulike helseforetak. Etter konsernrevisjonens vurdering er det et potensiale for økt bruk av denne type styringsinformasjon i oppfølgingen. Dette for å følge opp aktuelle risikoer i pasientforløpet. Informasjonen kan også benyttes for å følge opp utvikling over tid, samt være et grunnlag for nærmere undersøkelser.

Styringsinformasjon som et tiltak i forbedringsarbeidet kan eksempelvis belyse:

- Vurdering av henvisninger, eksempelvis rett/avslag og ulike frister
- Indikasjoner for valg av type helsehjelp, eksempelvis operasjon/konservativ behandling
- Kontroller – når, hvor mange og av hvem
- Klinisk praksis
- Bruk av spesialisert rehabilitering etter operasjon

I desember 2018 ble det publisert et eget helseatlas for ortopedi som gir analyser for en rekke ortopediske tilstander/spesialiteter. Etter konsernrevisjonens vurdering vil det være hensiktsmessig å benytte dette i avdelingens arbeid med kontinuerlig forbedring.

Vedlegg 1

Informasjonsgrunnlag

Pasient- og brukerrettighetsloven	Utviklingsplan Sykehuset Østfold HF 2018-2035
Spesialisthelsetjenesteloven	Utvalg prosedyrer/rutiner/retningslinjer fra Sykehuset Østfold HFs kvalitetssystem
Helseforetaksloven	DIPS-rapport 6817 - Oversikt Polikliniske besøk i perioden
Helsepersonelloven	DIPS-rapport 6813 - Oversikt henvisninger mottatt i periode
Forskrift om pasientjournal	DIPS-rapport 4829 - Timetildeling/oppmøtetid
Prioriteringsforskriften	Nasjonal faglige retningslinje for diagnostikk, attakk- og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose (MS). Helsedirektoratet 2017
Forskrift om ventelisteregistrering	Nasjonal standard for diagnostikk, behandling og oppfølging ved multippel sklerose
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Norsk MS-veileder, Nasjonal kompetansetjeneste for multippel sklerose (MS) i samarbeid med MS-forbundet og de nevrologiske miljøene i alle helseregionene
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Norsk Multippel Sklerose Register & Biobank, Årsrapport 2016 og 2017
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	Norsk Nevrologisk Forening (NNF) nevrologiske prosedyrer (NevroNel)
Prioriteringsveiledere - ortopedi og nevrologi. Helsedirektoratet	Rapport fra midlertidig fagutvalg nevrologi Helse Sør-Øst-2018
Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2017	MS-registeret, diverse rapporter/uttrekk
Rundskriv I-2/2013 Lederansvar i sykehus	MS-rapporten 2016 og 2017, MS-forbundet
Rammeverk for virksomhetsstyring ble gjort gjeldene i foretaksmøte i 2011.	Analyse av spørreundersøkelse blant MS-medlemmer, MS-forbundet 2018
Melding om prioritering - Verdier i pasientens helsetjeneste, Helse og omsorgsdepartementet 2015-2016	Metodebruk i ortopedi (Ortus), Oslo Universitetssykehus
Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020, Helse Sør-Øst	Kartlegging av hvordan ortopediske pasienter blir vurdert og behandlet i regionen, vignettundersøkelse 2018, konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)	Dønland AMG, Heen AF, Kvernmo HD (2016). Potensielle pasienters preferanser ved valg av behandling av ustabile håndleddsbrudd. Høstmøteboken 2017.
Oppdrag og bestillingsdokumentet til Sykehuset Østfold HF for 2017 og 2018	Arterburn D, Wellman R, Westbrook E, Rutter C, Ross T, McCulloch D, Handley M, Jung C. (2012) (2012) Introducing Decision Aids At Group Health. Health Affairs Vol. 31, No 9, 2012.
Årlig melding Sykehuset Østfold HF 2017	Beard mfl. (2018). «Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial». Lancet 391.10118, s. 329–338.
Utvalgte styresaker Sykehuset Østfold HF 2017 og 2018 (40/17, 48/18)	Paavola mfl.(2018). «Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial». BMJ 362, k2860.
Tertialrapporter og månedsrapporter 2017 og 2018 Sykehuset Østfold HF	FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten, Legeforeningen 2016
Regional utviklingsplan 2018 – 2035 Helse Sør-Øst RHF	SKDE rapporter, Helseatlas

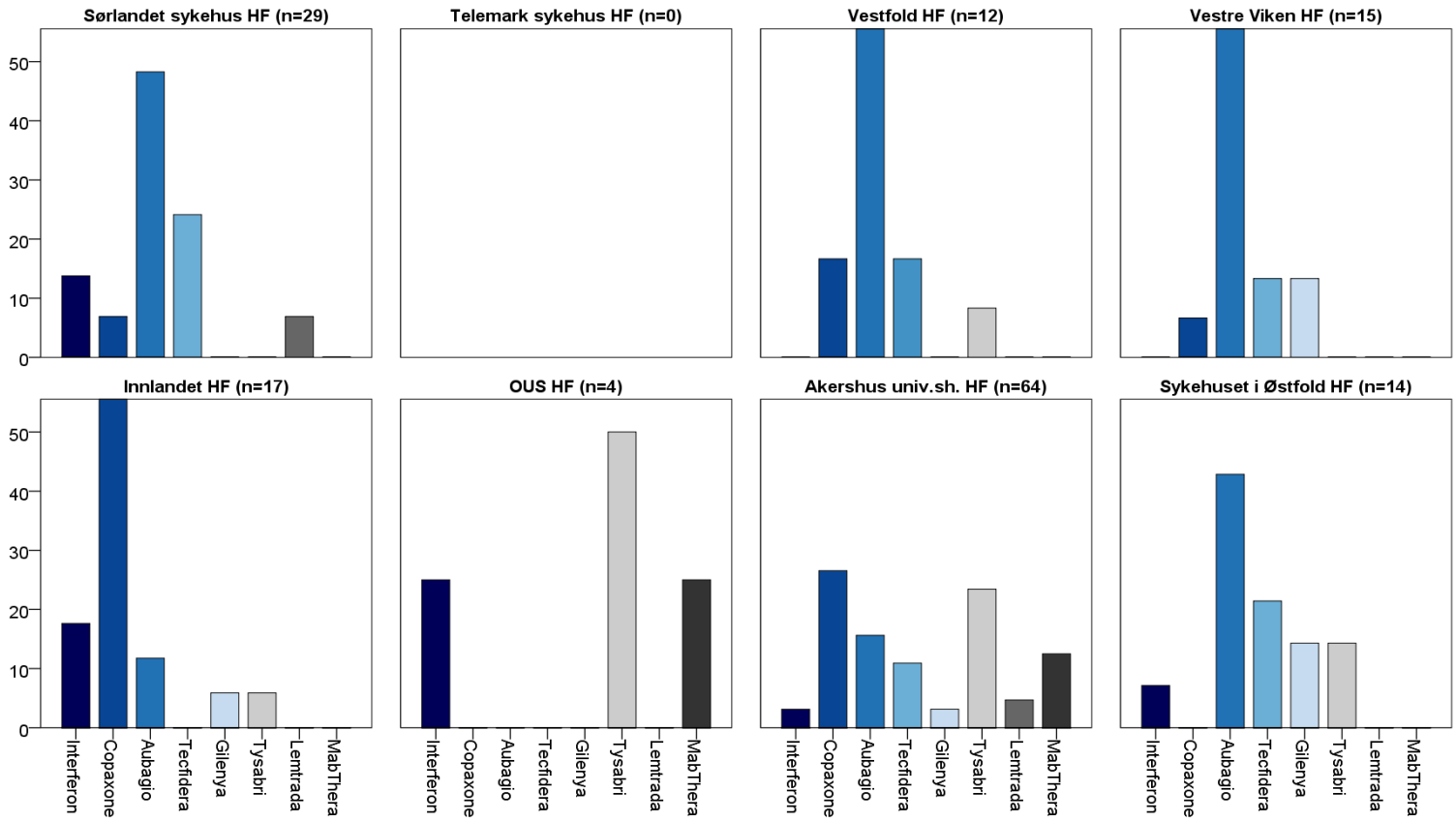
Vedlegg 2

Gjennomførte samtaler

Dato	*Navn og tittel*
24.9.2018	Irene Dahl Andersen, Konstituert administrerende direktør
24.9.2018	Helge Stene-Johansen, Fagdirektør
24.9.2018	Liv Marit Sundstøl, Prosessdirektør
24.9.2018	Christin Mathiesen, styringssystemet stab
24.9.2018	Tore Krogstad, Klinikksjef kirurgi
16.10.2018	Asbjørn Sorteberg, Avdelingsjef ortopedi
16.10.2018	Ludger Schmidt, overlege ortopedi
16.10.2018	Jasmin Cerimagic, seksjonsoverlege ortopedi hofte
16.10.2018	Rolf Heimdal, seksjonsoverlege ortopedi skulder
16.10.2018	Kristin Vehler, Rådgiver ortopedisk avdeling
17.10.2018	Antonios Porianos, avdelingssjef nevrologi
17.10.2018	Barbara Ratajczak-Tretel, overlege nevrologi
17.10.2018	Lars Hansen Tveit, overlege nevrologi
17.10.2018	Liv Austad, MS-sykepleier på dagavdelingen
17.10.2018	Hilde Larsen, rådgiver nevrologisk avdeling
17.10.2018	Ketil Haugen, HR-rådgiver lederutvikling
17.10.2018	Hege Christin Lunderød , leder poliklinikk nevrologi
23.10.2018	Volker Solyga, klinikksjef medisin
25.10.2018	Hege Elisabeth Ringsrød,
01.11.2018	Janne Hensmo Sjo, leder for fysioterapiavdelingen
08.11.2018	Linda Hatwell, fysioterapeut Moss

Vedlegg 3

Variasjon i bruk av legemidler. Kilde MS-registeret



Vedlegg 4

Et utvalg faktorer som påvirker rask oppstart av behandlingen for MS-pasienter. Kilde: konsernrevisjonen 2018

Rammebetingelser

- Tilgang på pasienter
- Antall leger
- Antall rom
- Antall MS-sykepleiere
- Pasientens tidsbehov ved valg av behandling
- Samarbeid med avtalespesialister

Prioritering

- Kvalitet på henvisning
- Praksis for rettighetsvurdering
- Praksis for fristfastsettelse
- Ventetid til første konsultasjon

Logistikk

- Innhenting av gjennomførte undersøkelser
- Planlegging av undersøkelser
- Planleggingshorisont?
- Oppsett av timebøker?
- Pasientbestemt lege

Rask oppstart behandling

Tilleggsundersøkelser

- Ventetid på innhenting av undersøkelser
- Ventetid på bestilling av undersøkelser
- Ventetid fra undersøkelse til vurdering/tolkning
- Ventetid til oppfølgingstime

Kommunikasjon

- Lite presise bestillinger i DIPS
- Ulik journalføring
- Veiledning i dokumentasjonsoppgaver
- Informasjonsflyt

Oppgavefordeling/kapasitet

- Avklaring av oppgaver mellom leger og annet helsepersonell
- Avklaring av oppgaver mellom leger og merkantilt personell
- Leders myndighet
- Hvem gjør hva?

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. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

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:	September – desember 2018
Virksomhet:	Sykehuset Østfold HF
Oppdragsgiver:	Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

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

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styret i Sykehuset Østfold HF
- Administrerende direktør i Sykehuset Østfold HF

Konsernrevisjonens rapporter

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