

Rapport 13/2016

Likeverdig og forutsigbar helsehjelp Sykehuset Østfold HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
21.12.2016

Rapport nr.	13/2016
Revisjonsperiode	Oktober – desember 2016
Virksomhet	Sykehuset Østfold HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset Østfold HF ved styreleder Administrerende direktør Sykehuset Østfold HF
Kopi	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Hans Petter Eide, Anders Tømmerås (oppdragsleder), Espen Anderssen (oppdragseier)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1.0	Innledning	6
1.1	Bakgrunn og beskrivelse	6
1.2	Mål og problemstillinger	6
1.3	Pasientforløpet	6
1.4	Valgte enheter i Sykehuset Østfold HF	7
1.5	Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode	7
1.6	Veiledning til leseren	8
2.0	Prioritering av nyhenviste pasienter	9
2.1	Oppsummering	9
2.2	Revisjonskriterier	9
2.3	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå	10
2.4	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene	11
3.0	Utrednings- og behandlingsforløp	15
3.1	Oppsummering	15
3.2	Revisjonskriterier	15
3.3	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå	16
3.4	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene	18
3.5	Andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger	23
4.0	Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	24
4.1	Oppsummering	24
4.2	Revisjonskriterier	25
4.3	Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning	25
4.2.1	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå	25
4.2.2	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene	26
4.4	Tidspunkt for oppmøte etter start helsehjelp	28
4.3.1	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå	28
4.3.2	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene	28
5.0	Helfo pasientformidling	31
5.1	Oppsummering	31
5.2	Revisjonskriterier	31
5.3	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå	32
5.4	Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene	33
	Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling	34
	Vedlegg 2 - Utdypende føringer for prioritering av nyhenviste pasienter	37
	Vedlegg 3 - Utdypende føringer for utrednings- og behandlingsforløp	38
	Vedlegg 4 - Utdypende føringer for oppmøtetidspunkt til helsehjelp	39
	Vedlegg 5 - Utdypende føringer for Helfo pasientformidling	40

Sammendrag

Målet med denne revisjonen har vært å undersøke og vurdere hvordan utvalgte enheter i Sykehuset Østfold HF arbeider med å sikre pasientene likeverdige helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov. I revisjonen er følgende problemstillinger undersøkt:

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

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



Revisjonen er gjennomført perioden oktober til desember 2016. Rapporten er basert på informasjon innhentet fra intervjuer, datauttrekk fra DIPS, journalgjennomgang og dokumentgjennomgang.

Revisjonen har omfattet overordnede rutiner i helseforetaket, og etterlevelsen av disse i to utvalgte poliklinikker innen psykisk helsevern:

- poliklinikk allmennpsykiatri seksjon Sarpsborg ved DPS Halden-Sarpsborg
- poliklinikk allmennpsykiatri seksjon Moss ved DPS Nordre Østfold.

Overordnet vurdering

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Sykehuset Østfold HF for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Etter konsernrevisjonens vurdering er det likevel risiko for at “like” pasienter innenfor klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling får ulike utrednings- og behandlingsforløp, og at det blir ubegrunnede opphold i helsehjelpen. Dette begrunnes ut fra følgende svakheter/mangler:

- **Svakheter ved planlegging og styring av utrednings- og behandlingsforløp gir risiko for at pasienter innen samme diagnosegruppe får ulik helsehjelp.**
- **Svakheter ved fastsettelse av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten innebærer risiko for at pasientene får ubegrunnet opphold i sin helsehjelp.**
- **Manglende dokumentasjon ved vurdering av henvisninger gir risiko for manglende sporbarhet og informasjonsutveksling.**

Svakheter ved planlegging og styring av utrednings- og behandlingsforløp

Revisjonen har vist at føringer for utarbeidelse av utrednings- og behandlingsplaner ikke gir tilstrekkelig støtte for planlegging av pasientforløpet. Vår gjennomgang av et utvalg journaler viser varierende bruk av utrednings- og behandlingsplaner, både med hensyn til innhold i planene og bruken av disse. I tillegg er det svakheter ved avslutning av utrednings- og behandlingsforløpene ved at enkelte epikriser ble utarbeidet og sendt lang tid etter at helsehjelpen reelt var avsluttet.

Videre er det svakheter ved lederlinjens styring og oppfølging, herunder bruk av fagteam i oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene. Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter/mangler er årsaker til at det er relativt stor variasjon i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antall konsultasjoner, tid mellom konsultasjoner og total varighet på behandlingen innen samme diagnosegruppe.

Svakheter ved fastsettelse av oppmøtetidspunkt og styring av ventelisten

Revisjonen har vist at oppmøtetidspunkt for neste konsultasjon ikke gjennomgående fastsettes med utgangspunkt i faglige vurderinger. Videre er oppfølgingen av ventelisten mangelfull. Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler kan få konsekvenser for pasientsikkerheten, samt at det ikke gir tilstrekkelig forutsigbarhet for pasientene.

Manglende dokumentasjon ved vurdering av henvisninger

Revisjonen har vist at det er manglende dokumentasjon av begrunnelsen av rettighetsvurderingen for pasienter som får rett til helsehjelp, samt varierende dokumentasjon og innhold i begrunnelsen av rettighetsvurderingen ved avslag på henvisning. Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler kan medføre manglende informasjon til behandlere som skal yte helsehjelpen og til pasient og henviser. Manglende sporbarhet reduserer også muligheten for å etterprøve rettighetsvurderingene. Dette vil være viktig ved eventuelle klagesaker eller hvis noe skulle skje med pasienten i påvente av at helsehjelpen skal starte.

Revisjonen viser at det er nødvendig å iverksette tiltak for å sikre etterlevelse av gjeldende krav, herunder å sørge for å forbedre relevante deler av systemet for styring og kontroll. Dette gjelder både i forhold til overordnede rutiner og prosedyrer, og tilrettelegging og bruk av styringsinformasjon både i oppfølgingen samt for å sikre læring og forbedring.

Basert på funnene i rapporten har konsernrevisjonen gitt anbefalinger. Enkelte anbefalinger går til overordnet nivå, mens andre er gitt til den enkelte poliklinikk.

1.0 Innledning

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

1.1 Bakgrunn og beskrivelse

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

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

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

1.2 Mål og problemstillinger

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

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

1.3 Pasientforløpet

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



Figur 1 Stegene i pasientforløpet

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

1.4 Valgte enheter i Sykehuset Østfold HF

I revisjonen ble det valgt å revidere klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling ved to poliklinikker, henholdsvis poliklinikk allmennpsykiatri seksjon Sarpsborg ved DPS Halden-Sarpsborg og poliklinikk allmennpsykiatri ved seksjon Moss ved DPS Nordre Østfold.

1.5 Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden oktober til desember 2016. Det er gjennomført verifiseringsmøte av funnene, samt at helseforetaket har gitt innspill på utkast rapport som ble sendt den 25. november 2016. Se vedlegg 1 for nærmere redegjørelse om saksgang og rapportering.

Revisjonsgrunnlaget som er benyttet i revisjonen er:

- Lov og forskriftskrav.
- Styrende dokumenter.
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst RHF.

Revisjonskriteriene er nærmere beskrevet i hvert kapittel og utfyllende i vedlegg. Enkelte av revisjonskriteriene er ikke eksplisitte lovkrav, men forutsetninger for at overordnede mål og krav etterleveres. Disse forutsetningene er internkontrollelementer som må være på plass for å sikre at helseforetaket imøtekommer de krav og føringer som er satt. Internkontrollelementene er underliggende krav som følger av internkontrollforskriften og skal bidra til å gi rimelig grad av måloppnåelse. Eksempler på dette er rutiner/prosedyrer, opplæring og oppfølging.

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:¹

- Innhenting og gjennomgang av dokumenter.
- Journalgjennomgang.
- Uttrekk fra det pasientadministrative systemet DIPS.
- Samtaler/intervju med ledere, vurderingsansvarlige og behandlingsansvarlige, og merkantilt personell.

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

¹ I tillegg vil det bli gjennomført en vignettundersøkelse av vurdering av henvisninger der flere poliklinikker vurderer samme henvisninger.

1.6 Veiledning til leseren

I kapitlene 2, 3, 4 og 5 presenteres funnene i revisjonen med utgangspunkt i rekkefølgen på problemstillingene. Innledningsvis gis en kort oppsummering, og observasjoner, vurderinger og anbefalinger presenteres løpende.

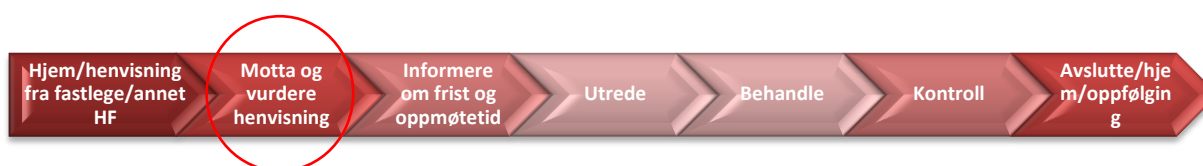
Innledningsvis for hvert kapittel er det beskrevet hvilke lovkrav og andre føringer som er sentrale for å belyse problemstillingene som revisjonen omfatter. På bakgrunn av disse lovkravene og aktuelle føringer, er det utarbeidet revisjonskriterier som observasjoner i revisjonen vurderes opp imot. Der det er vurdert vesentlige mangler/svakheter har konsernrevisjonen gitt anbefalinger.

2.0 Prioritering av nyhenviste pasienter

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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



Figur 2 Hvor prioritering av henvisninger finner sted i pasientforløpet.

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

2.1 Oppsummering

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

- Enkelte overordnede prosedyrer/rutiner er mangelfulle i forhold til hva som skal dokumenteres ved vurdering og enkelte føringer er ikke oppdatert i henhold til gjeldende regelverk.
- Det er manglende registrering av hvilken helsehjelp pasienten skal få.
- Det er manglende dokumentasjon av begrunnelsene som er lagt til grunn for pasienter som får rett til helsehjelp.
- Varierende dokumentasjon og innhold i begrunnelsen ved avslag.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler kan medføre manglende informasjon til behandlere som skal yte helsehjelpen og til pasientene. I tillegg kan manglende sporbarhet redusere muligheten for å etterprøve vurderingene, som vil være viktig ved eventuelle klagesaker eller hvis noe skulle skje med pasienten i påvente av at helsehjelpen starter.

2.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:²

1. Helseforetaket legger prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert.
2. Helseforetaket vurderer følgende ved prioriteringen:
 - a) Om pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus).

² I vedlegg 2 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til prioritering nyhenviste pasienter. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

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

For å sikre at regelverk og overordnede føringer imøtekommes må det være etablert føringer (prosedyrer, rutiner osv.), som sikrer at pasienter prioriteres i henhold til de nasjonale prioriteringsveilederne. De som vurderer henvisninger må få opplæring i gjeldende regelverk og interne rutiner og prosedyrer. For å sikre informasjonsdeling og sporbarhet, samt tilstrekkelig informasjon ved eventuelle klagesaker, må begrunnelsene for vurderingene dokumenteres i journal. For å sikre at helseforetaket prioriterer i henhold til prioriteringsveilederne må helseforetaket følge opp bruken av prioriteringsveilederne og egen prioriteringspraksis gjennom eksempelvis benchmarking av styringsdata, kalibrering og stikkprøver.

2.3 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå

Det er tilrettelagt for prioritering av nyhenviste med prosedyrer og retningslinjer

Det er utarbeidet et prosesskart for henvisningsforløpet (mottak, vurdering, innkalling, konsultasjon og avslutning) med tilknyttede veiledere/håndbøker, prosedyrer/rutiner, brevmalere (dok 28473). Dette er utarbeidet for å standardisere henvisningsforløpet og er laget for både somatikk og psykisk helsevern og rusbehandling.

Det er videre utarbeidet en overordnet retningslinje (dok 21656) for mottak og vurdering av henvisninger. Det fremgår at prioriteringsveilederne som hovedregel skal danne grunnlag for vurdering og prioritering av henvisninger. Der vurderingsansvarlige setter en lengre frist enn anbefaling i prioriteringsveilederen, skal dette begrunnes i journal. Det er ikke krav om å dokumentere hvilken veileder som er lagt til grunn for vurderingen i de tilfeller flere prioriteringsveiledere kan være aktuelle for vurderingen. I prosesskartet for henvisningsforløpet fremkommer det at det for avviste pasienter skal utarbeides en begrunnelse som skal journalføres i DIPS.

Det er utarbeidet en brukerveiledning (dok 28188) for henvisningsforløp i psykisk helsevern og rusbehandling, som beskriver hvordan vurderinger skal registreres i DIPS, samt hvordan vurderingsfristen skal overholdes. Brukerveiledningen er ikke oppdatert i forhold til nye lovkrav (sist oppdatert 22. oktober 2013).

- Helseforetaket har utarbeidet føringer for å benytte prioriteringsveiledere, føringer for å dokumentere begrunnelse for avslag på rettighetsvurderingen, og føringer for å begrunne tilfeller der pasienter får lengre frist enn hva som er anbefalt i prioriteringsveilederen. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er hensiktsmessig å dokumentere alle begrunnelsene der pasientene får rett til helsehjelp, herunder hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn for vurderingen. Konsernrevisjonen vurderer at manglende dokumentasjon av begrunnelsene reduserer sporbarheten i forhold til hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen, som blant annet vil være viktig informasjon ved klagesaker og hvis det skjer pasienten i påvente av at helsehjelpen starter. I tillegg er det risiko for at behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling ikke får viktig informasjon fra vurderingen.

- Konsernrevisjonen vurderer at ikke oppdatert brukerveiledning kan medføre en risiko for manglende etterlevelse av gjeldende regelverk.

Anbefalinger

- Helseforetaket reviderer overordnede føringer for hva som skal dokumenteres knyttet til rettighetsvurderingene (begrunnelsene) for pasienter som får rett til helsehjelp.
- Overordnede føringer revideres/oppdateres når regelverk endres.

Det er gjennomført opplæring i nytt lovverk, men prioriteringspraksis følges i liten grad opp

Sentral stab i helseforetaket har hatt felles kursaktivitet for hele helseforetaket i forkant av ny pasient- og brukerrettighetslov. Kursaktiviteten ble tilbudt alle ledere, leger og merkantilt personell, og inneholdt nytt lovverk samt den generelle delen i prioriteringsveilederne. Opplæringen har ikke vært obligatorisk.

Overordnet nivå har ikke, utover antall avslag og antall rett til nødvendig helsehjelp, tilrettelagt for styringsinformasjon som kan benyttes til oppfølging av bruk av prioriteringsveiledere. Med unntak av intern revisjon av prioritering innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP), er det ikke gjennomført noen andre undersøkelser for å belyse prioriteringspraksis.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er gjennomført opplæringstiltak i ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er en risiko for at ikke alle som er involvert ved vurdering av henvisninger er gjort kjent med nytt regelverk når opplæringen ikke er obligatorisk. Konsernrevisjonen gjør oppmerksom på at Helsedirektoratet har utarbeidet et e-læringskurs i forbindelse med ny pasient- og brukerrettighetslov og reviderte prioriteringsveiledere.
- Konsernrevisjonen vurderer at tilrettelegging av styringsdata og/eventuelt annen oppfølging av prioriteringsveilederne, kan redusere risikoen for feil prioritering.

Anbefalinger

- Helseforetaket tilrettelegger styringsinformasjon som kan benyttes til å følge opp prioriteringspraksis.
- Helseforetaket vurderer ut fra en risiko- og vesentlighetsvurdering å følge opp prioriteringspraksis for eksempel ved bruk av styringsinformasjon, benchmarking eller stikkprøver.

2.4 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene

Overordnede føringer for prioritering benyttes – enkelte mangler i etterlevelsen

Poliklinikkene viser til at de benytter overordnet prosedyre, veiledning og prioriteringsveilederne knyttet til prioritering av nyhenviste pasienter. Ved siden av tilbud om opplæring til ledere og fagpersonell i regi av sentral stab, har poliklinikkene hatt gjennomganger av de reviderte prioriteringsveilederne på interne møter. I poliklinikk Sarpsborg inngikk det som en del av opplæringen til nyansatte å delta i inntaksmøte i 3-4 måneder for å se hva som vektlegges i vurderingene av henvisningene.

Begge poliklinikkene har organisert inntaksmøtet ved at psykiater, psykologspesialist og merkantilt deltar i møtene. Ved poliklinikken i Moss deltar i tillegg seksjonsleder ved poliklinikken. Begge poliklinikkene oppgir at inntaksmøtet ser hen til og legger de reviderte prioriteringsveilederne til grunn for rettighetsvurderingene og fristfastsettelsene.

- Konsernrevisjonen vurderer at et felles inntaksmøte som legger reviderte prioriteringsveiledere til grunn ved vurdering av henvisninger, reduserer risikoen for feil og ulik rettighetsvurdering internt i poliklinikkene.

Begge poliklinikkene oppgir at nyhenviste pasienter i de aller fleste tilfeller skal til utredning, men uttrekk fra DIPS og journalgjennomgangen viser at omtrent alle pasientene står registrert med rett til behandling i DIPS.³ Det ble vist til at inntaksmøtet vurderte henvisningene på papir og at det i papirmalen kun var mulig å krysse av for rett til behandling som i etterkant ble registrert inn i DIPS.

Begge poliklinikkene fyller ut den informasjonen som skal registreres i DIPS i forbindelse med vurdering av henvisninger. Ved poliklinikken i Moss fylles vurderingen ut på papir under inntaksmøtet og merkantile registrerer vurderingen inn i DIPS i etterkant. Dette medfører at den merkantile står som ansvarlig for vurderingen i DIPS. Ved poliklinikken i Sarpsborg blir vurderingene også registrert på papir under inntaksmøtet samtidig som den merkantile registrerer inn i DIPS på vegne av vurderingsansvarlig.

- Etter konsernrevisjonens vurdering er det viktig med korrekt registrering av hvilken helsehjelp pasientene skal få. Feil registrering av helsehjelp medfører at pasientene får mangelfull informasjon, samt at styringsinformasjonen blir feil.
- Etter konsernrevisjonens vurdering skal registrerte vurderinger og frister knyttes til lege/psykolog, og ikke til sekretærens bruker-ID. Etter konsernrevisjonens vurdering er utfylling av rettighetsvurderingen på papir hverken hensiktsmessig eller i tråd med interne føringer.

Anbefalinger

- Poliklinikkene registrerer om pasienten har rett til utredning eller rett til behandling.
- Registreringen av vurderingen gjøres direkte i DIPS under inntaksmøtet.

Noe oppfølging av vurderingspraksis – men kan gjøres mer systematisk

For å følge opp prioriteringsarbeidet vises det til at poliklinikkene i enkelte tilfeller har utvekslet henvisninger for kalibrering innad i DPS-ene. Det vises videre til at klinikken har planlagt en fremtidig utveksling av henvisninger for å sammenligne prioriteringspraksis mellom poliklinikkene.

- Konsernrevisjonen vurderer at utveksling av henvisninger for kalibrering av vurderingspraksis mellom poliklinikker, er et risikoreduserende tiltak som kan bidra til konsensus om prioritering internt og eksternt. Konsernrevisjonen vurderer at prioriteringspraksis kan følges opp mer systematisk.

Eksempel på styringsinformasjon som kan vurderes for å belyse prioriteringspraksis

For å belyse prioriteringspraksis har konsernrevisjonen for enkelte diagnoser sammenstilt pasientenes hoveddiagnose ved avslutning av behandlingen med hvilken frist pasientene fikk ved vurdering av henvisningen (se tabell 1).

³ DIPS-rapport 6813. Kontakttype.

Tabell 1 Gjennomsnittlig fristtid for utvalgte diagnoser ved poliklinikkene sammenlignet med anbefalte frister i prioriteringsveileder for psykisk helse for voksne.⁴

Diagnose	Anbefalt fristtid jf. prioriteringsveileder	Gjennomsnitt Moss (Antall pasienter)	Gjennomsnitt Sarpsborg (Antall pasienter)
Lettere depresjon	84 dager	96 dager (10)	89 dager (10)
Moderat depresjon	56 dager	84 dager (23)	82 dager (33)
Alvorlig depresjon	14 dager	134 dager (2) Maks: 180 dager	122 dager (3) Maks: 183 dager
Angst og tvang (alvorlig til moderat) lettere symptomer	84 dager Ikke rett / 112 dager	91 dager (34) Maks: 192 dager	78 dager (42) Maks: 184 dager
ADHD	182 dager	88 dager (19) Maks: 182 dager	94 dager (26) Maks: 186 dager
Spiseforstyrrelser	56 dager- 84 dager	87 dager (6) Maks: 94 dager	95 dager (5) Maks: 181 dager

Tabell 1 viser at det med unntak av pasienter med ADHD er mange pasienter i flere diagnosegrupper som får lengre frist enn hva som er anbefalt i prioriteringsveilederen. For pasienter med ulik grad av depresjon kan det synes som om at det er liten sammenheng mellom grad av alvorlighet (lett, moderat, alvorlig) og hvilken frist pasienten har fått. Det er imidlertid viktig å påpeke at diagnosene er satt ved avslutning av helsehjelpen. Det betyr at kvaliteten på henvisningen kan ha stor betydning for hvilken juridisk frist pasientene har fått. Det kan være henvisninger i uttrekket som er mangelfulle og som dermed påvirker hvilken frist pasientene har fått ved vurderingen. I tillegg kan diagnosefastsettelsen i DIPS være feil.

- Basert på analysen har konsernrevisjonen ikke grunnlag for å vurdere at prioriteringspraksisen i poliklinikkene er feil. Etter konsernrevisjonens vurdering kan denne type analyser benyttes for å belyse poliklinikkens prioriteringspraksis, og som utgangspunkt for nærmere undersøkelser gjennom for eksempel stikkprøver.

Manglende dokumentasjon av begrunnelsene for rettighetsvurderingen

For pasienter som får rett til helsehjelp dokumenterer poliklinikkene i liten grad begrunnelsene som ble gjort ved vurderingen. Ved Poliklinikk Sarpsborg sendes en "gul lapp" til behandleren som får tildelt pasienten. Her fremkommer i liten grad begrunnelser i forhold til rettighetsvurderingen.

Poliklinikk Moss har nylig begynt å lage vurderingsnotat som skal redegjøre for inntaksmøtets vurderinger for rettighet og juridisk frist. Journalgjennomgangen viste to slike vurderingsnotat med kort informasjon om medisinbruk, samt at den ene gir inntaksmøtets vurdering av mulig utredningsløp.

Poliklinikkene har ikke utarbeidet mal eller bestemt hvilken informasjon som skal være med i gul lapp eller vurderingsnotatet. Poliklinikkene oppgir at de ikke begrunner og dokumenterer eventuelle avvik fra prioriteringsveilederne eller hvilken prioriteringsveileder som ble lagt til grunn for tilfeller med sammensatt problematikk (rus og psykiatri).

For pasienter som ikke får rett til helsehjelp blir det ved poliklinikk Moss benyttet standard mal for avslagsnotat som fylles ut med en begrunnelse for hvorfor pasienten ikke har fått rett til helsehjelp.

⁴ DIPS-rapport 6813 og DIPS-rapport 2028.

Noen avslagsnotat gir ved siden av en begrunnelse også veiledning i forhold til kommunalt tilbud. Avslagsnotatet vedlegges svarbrevet på henvisningen som sendes henviser/fastlege.

Ved poliklinikken i Sarpsborg benyttes ikke standard mal for avslagsnotat. Poliklinikken benytter kun standard avslagsbrev til henviser/fastlege. I enkelte av disse brevene er det ved enkelte anledninger lagt inn noe informasjon om begrunnelse, samt veiledende informasjon til henviser/fastlege om tilbud i kommunehelsetjenesten.

- Konsernrevisjonen vurderer at inntaksmøtet må begrunne vurderingene av henvisninger der pasienter får rett til helsehjelp, herunder hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn for vurderingen, og at dette dokumenteres i journal. Konsernrevisjonen vurderer at manglende dokumentasjon av begrunnelse reduserer sporbarheten i forhold til hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen, som blant annet vil være viktig informasjon ved klagesaker, og dersom noe skulle skje med pasienten før helsehjelpen har startet. I tillegg medfører manglende dokumentasjon risiko for at behandlerne som får tildelt pasienter til utredning/behandling ikke får viktig informasjon fra vurderingen.
- Konsernrevisjonen vurderer at manglende avslagsnotat ved poliklinikken i Sarpsborg kan medføre at henvisende instans ikke får tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for avvisningen. Manglende begrunnelser kan også medføre økning i antall klager på vurderingsresultatet.

Anbefalinger

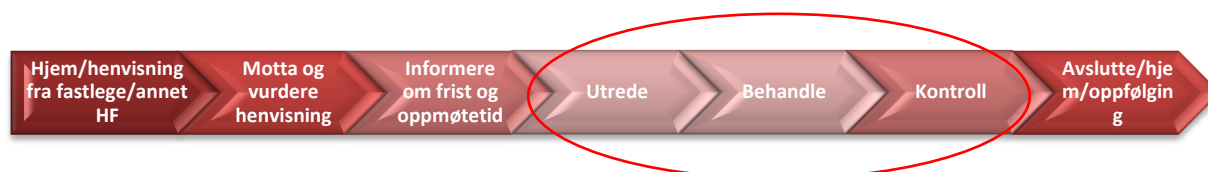
- Poliklinikkene dokumenterer begrunnelsene som er lagt til grunn for pasienter som blir vurdert til å ha rett til helsehjelp. Det må blant annet fremkomme eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, samt hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn ved sammensatt problematikk. Se også anbefaling gitt til overordnet nivå.
- Poliklinikk Sarpsborg utarbeider avslagsnotat hvor begrunnelsen for avslaget fremkommer.

3.0 Utrednings- og behandlingsforløp

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- Sikrer helseforetaket at pasienter innenfor samme diagnosegruppe får mest mulig likeverdig utrednings- og behandlingsforløp?

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



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

I kapitlene nedenfor gis det først en oppsummering av kapittelet (kapittel 3.1). Deretter beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn for å belyse problemstillingen (kapittel 3.2). Deretter beskrives observasjoner, vurderinger og anbefalinger. Disse beskrives løpende ut i fra rekkefølgen på kriteriene (3.3). Først beskrives funn på overordnet nivå i helseforetaket, deretter for poliklinikkene (kapittel 3.4). Til slutt presenteres enkelte andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger (kapittel 3.5).

3.1 Oppsummering

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

- Noen uklare føringer for utrednings- og behandlingsplaner.
- Det er manglende bruk av utrednings- og behandlingsplaner.
- Fagteamenes oppgaver og ansvar er ikke tilstrekkelig formalisert og avklart.
- Det er svakheter i styring og oppfølging av utredning og behandlingsforløpene, samt ressursstyringen (sammenheng mellom aktivitet, ressurser og kapasitet) i klinikken.

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

3.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:⁵

1. Helseforetaket utarbeider utrednings- og eller behandlingsplaner for den enkelte pasient som dokumenteres i journal.

⁵ I vedlegg 3 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til utrednings- og behandlingsforløpene. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

- a) Hvis pasienten skal utredes må det skisseres en plan som beskriver utredningsforløpet og er basert på eventuelle nasjonale eller lokale retningslinjer, og øvrig kunnskapsbasert praksis.
- b) Når pasienten er ferdig utredet/diagnostisert, og skal ha behandling, skal det utarbeides en behandlingsplan for alle pasienter.
- c) Behandlingsplanen må baseres på eventuelle nasjonale eller lokale retningslinjer, og øvrig kunnskapsbasert praksis.
- d) Dersom helsetjenestene avviker fra hovedlinjene i disse anbefalingene må dette begrunnes og journalføres.
- e) Behandlingsplanen må blant annet inneholde tentativ diagnose, mål med behandlingen, behandlingstiltak, hyppighet, tentativ behandlingstidspunkt/avslutningstidspunkt, tidspunkt og form for evaluering/revidering av behandlingsplanen og kriterier for avslutning av behandlingen.
- f) Behandlingsplanen bør evalueres regelmessig med involverte aktører med tema som: status i forhold til målsetting, endring i problemer, funksjon og livskvalitet.
- g) Det utarbeides polikliniske notater etter sentrale steg i behandlingsplanen som journalføres og sendes i kopi til fastlege.
- h) Pasienten avsluttes ved siste konsultasjon og epikrise sendes innen 7 dager.

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

3.3 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå

Det er føringer for utrednings- og behandlingsforløp, men enkelte mangler og uklarheter

I DIPS er det maler knyttet til primærjournal og innkomstnotat/journalnotat. Det er videre utarbeidet en overordnet prosedyre for plan for utredning, behandling og habiliteringstiltak for psykisk helsevern og rusbehandling (dok 17741). I prosedyren fremgår det at planen skal påbegynnes umiddelbart, hva den skal inneholde, herunder foreløpig diagnose, behandlingsmetode, observerbare mål for behandlingen, planlagt varighet for behandling og tidspunkt for evaluering (er). Som støtte til behandlerne er det utarbeidet sjekklister for plan for utredning, behandling og habiliteringstiltak (dok 17780). Det fremkommer ikke av overordnede føringer for varighet på helsehjelpen, antall og hyppighet på konsultasjonene, som skal legges til grunn i utrednings- og behandlingsforløpene.

Som støtte til behandlerne er det utarbeidet enkelte utrednings- og behandlingslinjer for ulike diagnoser. Det er for eksempel utarbeidet en brukerveiledning for VBP ADHD utredning og behandling, behandlingslinjer for henholdsvis autisme og psykose. Det er i tillegg utarbeidet en behandlingslinje for borderline som ikke er implementert på nåværende tidspunkt.

- Konsernrevisjonen vurderer at prosedyre for utredning, behandling og habiliteringstiltak er i henhold til Helsedirektoratets veileder for psykisk helsevern for voksne (IS-1388). Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det fremstår som noe uklart om det skal lages en plan for utredning ved siden av plan for behandling. Konsernrevisjonen vurderer at dette kan medføre risiko for ulik praktisering i og mellom poliklinikker i helseforetaket.

- Konsernrevisjonen vurderer at pasienter innenfor samme diagnose kan ha behov for ulike utrednings- og behandlingsforløp. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at manglende føringer for varighet på helsehjelpen, antall og hyppighet på konsultasjonene, kan gi manglende støtte til behandlernes planlegging av helsehjelpen. Dette innebærer risiko for at pasienter med samme diagnose kan få uønsket variasjon i sine utrednings- og behandlingsforløp.

Anbefalinger

- Helseforetaket tydeliggjør hvordan plan for utredning og plan for behandling skal utarbeides i forhold til hverandre.
- Helseforetaket utarbeider føringer for varighet på helsehjelpen og antall og hyppighet på konsultasjonene for de ulike utrednings- og behandlingsforløpene.

Det er utarbeidet overordnet prosedyre for innhold, skriving og utsendelse av epikrise (dok 07916).

Revisjonen viser at det ved siden av overordnede føringer (utrednings- og behandlingsforløp, samt epikrise) er utarbeidet flere lokale føringer for deler av utrednings- og behandlingsforløpet. Dette gjelder både for de to poliklinikkene som inngår i revisjonen og for andre poliklinikker i klinikken.⁶ Enkelte av disse er mer konkrete og utfyllende enn overordnet rutine.

- Konsernrevisjonen vurderer at det ikke er hensiktsmessig at det etableres mange lokale føringer (rutiner/prosedyrer) ved siden av overordnede føringer. Konsernrevisjonen vurderer at dette innebærer risiko for ulik praksis mellom poliklinikkene, samt at det er lite effektiv bruk av ressurser.

Anbefaling

- Overordnede og lokale prosedyrer gjennomgås og gjøres felles for klinikken.

Tilrettelagt for styringsinformasjon, men benyttes i liten grad i klinikkens lederlinje

For å sikre at pasientforløpene er utarbeidet i henhold til prosedyre for plan for utredning, behandling og habiliteringstiltak, skal lederne benytte tilknyttet sjekkliste for å følge opp at behandlerne følger prosedyren (dok 17780). Klinikken for psykisk helsevern og rusbehandling har videre utarbeidet en oversikt over ulike DIPS-rapporter som inneholder styringsinformasjon knyttet til aktivitet per behandler, diagnoser, avslutningskoder, nye og avsluttede konsultasjonsserier og epikrise.

Utover overordnede aktivitetskrav, økonomi og Glemte av sykehuset-indikatorer og epikrisetid, benyttes det i liten grad styringsinformasjon knyttet til utrednings- og behandlingsforløpene systematisk på overordnet nivå, ei heller på klinikk- og avdelingsnivå.

- Konsernrevisjonen vurderer at sjekklisten, og bruk av DIPS-rapporter, kan være hensiktsmessige verktøy i oppfølgingen av utrednings- og pasientforløpene. Konsernrevisjonen vurderer at denne type styringsinformasjon, ut i fra risiko- og vesentlighetsbetraktning knyttet til mål om likeverdige helsetjenester, vil være viktig å følge opp gjennom flere ledelsesnivåer. Dette forsterkes gjennom funn senere i kapittelet som viser stor variasjon i forløpene innenfor samme diagnosegrupper.

Anbefaling

- Klinikken benytter styringsinformasjon for å følge opp at utrednings- og behandlingsforløpene.

⁶ Seksjon indre (Edwin Ruud), ved DPS nordre Østfold, har blant annet føringer for hele pasientforløpet (dok 18157). DPS Fredrikstad har egen prosedyre for behandlingsplan (dok 21453).

3.4 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene

Mangler knyttet til utrednings- og behandlingsplaner

Ved siden av overordnede føringer har poliklinikk Moss utarbeidet en egen prosedyre for utredning (dok 17035). I prosedyren fremkommer blant annet at den enkelte behandler foretar en utredning av pasienten innen 1-5 konsultasjoner.

Revisjonen viser at poliklinikkene ikke benytter utredningsplaner⁷, men at det i noen primærjournaler er beskrevet planlagt utredningsløp. Begge poliklinikkene oppga at utredningen varer mellom 1-5 konsultasjoner. Uttrekk fra DIPS viser at tilnærmet alle konsultasjoner, herunder de som har vært til utredning, blir registrert som behandling i DIPS.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende beskrivelser av planlagt utredning, herunder kartleggingsmetoder, antall konsultasjoner og varighet, reduserer forutsigbarheten for pasientene.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at feil registrering av kontakttipe i DIPS (utredning eller behandling) medfører lite pålitelig styringsinformasjon.

Anbefalinger

- Poliklinikkene utarbeider utredningsplaner.
- Poliklinikkene registrerer den reelle kontakttypen (utredning eller behandling) i DIPS etter endt konsultasjon.

Når det gjelder plan for behandling har DPS nordre Østfold utarbeidet en egen retningslinje/mal (dok 21509), som bygger på overordnet prosedyre (dok 17741).

Journalgjennomgangen viser at en del pasienter i poliklinikkene har fått detaljerte behandlingsplaner i henhold til føringene, mens det for noen pasienter er beskrevet litt om planlagt behandling i de løpende journalnotatene. For noen pasienter er det ikke beskrevet noe om plan for behandlingen.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende behandlingsplaner gir risiko for manglende fastsettelse av formål med behandlingen, hvilke behandlingsmetoder som skal benyttes, varighet på behandling, hyppighet på konsultasjoner, samt kriterier for avslutning av behandling. Dette reduserer forutsigbarheten for den enkelte pasient og henviser/fastlege.

Anbefaling

- Poliklinikkene utarbeider behandlingsplaner.

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

DPS nordre Østfold har utarbeidet en rutine for fagteam (dok 17032) hvor det fremgår at fagteamet skal støtte behandlernes kjernevirksomhet, herunder utredningsmetodikk, diagnostikk, etablering av behandlingsplan, status på behandling i forhold til formål, og avslutning av behandling. Poliklinikken i Moss oppgir at den enkelte behandler i stor grad selv bestemmer hva som diskuteres med fagteam, men at det er ønskelig med tydeligere oppgaver og fastere struktur rundt fagteamene.

⁷ Det ble ikke undersøkt om overordnet brukerveiledning for utrednings/behandlingsplan for ADHD ble benyttet.

Det er ikke etablert lignende rutine for fagteam ved poliklinikken i Sarpsborg. De viser imidlertid til at fagteamene skal bistå med utredningsløp, diagnosefastsetting, behandlingsplan og avslutning av behandlingen. Poliklinikken oppga at den enkelte behandler i stor grad selv styrer det enkelte pasientforløp, herunder utrednings-/behandlingsmetode, antallet konsultasjoner, og tid mellom konsultasjonene.

- Konsernrevisjonen vurderer at fagteam er en nyttig arena for å gi faglig støtte for den enkelte behandler, samt sikre faglig konsensus rundt pasientforløpene. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at mangel på formalisering og tydeliggjøring av fagteamenes rolle og oppgaver kan bidra til ulik bruk av fagteamene. Dette kan videre medføre risiko for variasjon i utrednings- og behandlingsforløpene.

Anbefaling

- Poliklinikkene formaliserer og tydeliggjør fagteamenes rolle.

Oppfølging - flere tiltak iverksatt, men varierende systematikk og innhold

Begge poliklinikkene oppgir at de har mål om at pasienter som er i aktiv behandling skal ha konsultasjon hver uke, i den minste annenhver uke, og at kun et fåtall pasienter skal ha lang tid mellom hver konsultasjon.

Poliklinikk Sarpsborg har nylig utarbeidet en mal for å følge opp pasientforløpene. Her gjennomgås om det er utarbeidet innkomstnotat, gjennomført selvmordskartlegging og/eller barnekartlegging, type utredning, diagnosefastsettelse, om det er utarbeidet behandlingsplan og om fagteam har bistått. I tillegg er det en oversikt over oppstart, behandlingens lengde, møtt/ikke møtt og avbestillinger. Det utarbeides også pasientlister med oversikt over alle pasientenes siste konsultasjon.

Ved poliklinikk Moss følger leder opp den enkelte behandler etter behov. Tema for oppfølging er antall konsultasjoner per pasient og hvor lenge behandlingen har pågått. Behandlerne får videre beskjed om å gjennomføre gjennomganger av pasientlistene sine. Merkantile tar jevnlig ut rapporter over behandlernes pasientlister med oversikt over alle pasientenes siste konsultasjon.

- Konsernrevisjonen vurderer at lederne av poliklinikkene har lagt til rette for oppfølging av utrednings- og behandlingsforløpene, men systematikken og innholdet varierer mellom poliklinikkene. Selv om det i ulik grad er tilrettelagt for oppfølging i poliklinikkene er det betydelig variasjoner i utrednings- og behandlingsforløp innad og mellom poliklinikkene (se nedenfor). Konsernrevisjonen vurderer at det er et potensiale for at styringsinformasjon i større grad kan benyttes aktivt i oppfølgingen av den enkelte behandler, herunder pasientenes utrednings- og behandlingsplaner.

Anbefaling

- Poliklinikkene benytter styringsinformasjon aktivt for å følge opp utrednings- og behandlingsforløpene. Se denne i sammenheng med anbefaling gitt til overordnet nivå.

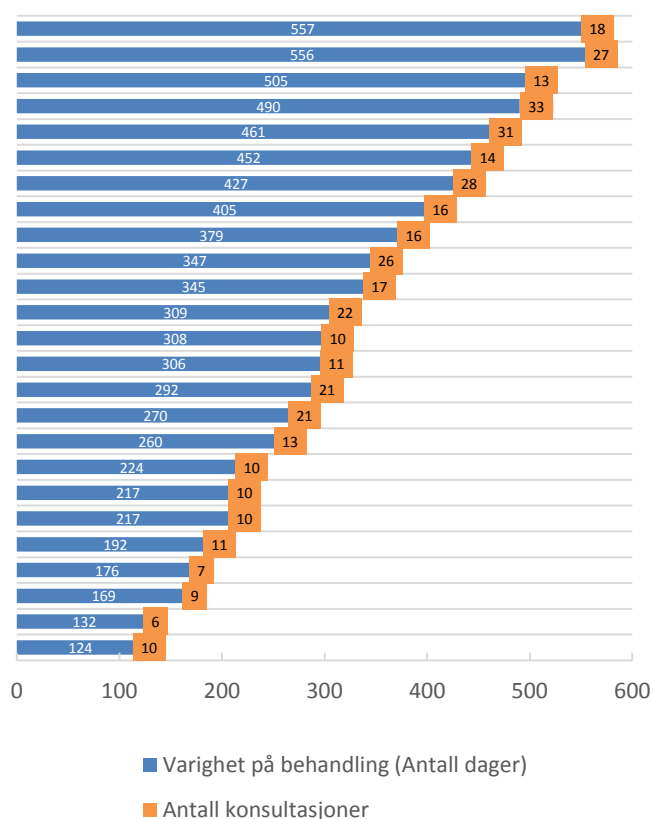
Betydelig variasjon i utrednings- og behandlingsforløp

Konsernrevisjonen har gjort flere uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i varigheten på behandlingen, antallet konsultasjoner og hyppigheten på konsultasjonene innenfor flere diagnoser. Figur 4 nedenfor viser at det for diagnosen⁸ tilpasningsforstyrrelser, er betydelig variasjon i varigheten på

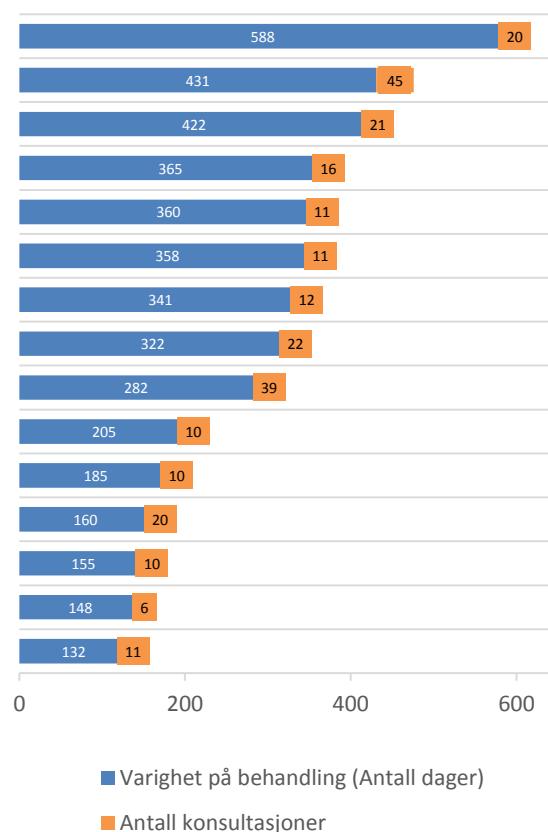
⁸ Definert ved ICD-10 kodene F431 og F432.

behandlingen mellom pasientene i poliklinikkene.⁹ Varigheten på behandlingen innen denne diagnosegruppen varierer fra 124 dager til 557 dager i Sarpsborg, og fra 132 dager til 588 dager i Moss. Figuren viser videre at antallet konsultasjoner per pasient varierte betydelig mindre. Det vil si at enkelte pasienter med lang behandlingstid har like mange konsultasjoner som pasienter med betydelig kortere behandlingstid.

VARIGHET PÅ BEHANDLING
OG ANTALL KONSULTASJONER
- SARPSBORG



VARIGHET PÅ BEHANDLING
OG ANTALL KONSULTASJONER
- MOSS



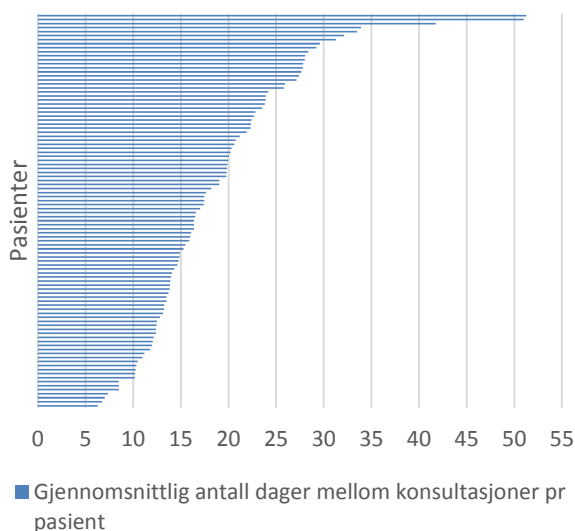
Figur 4 Varighet på behandlingen og antallet konsultasjoner per pasienter. DIPS-rapport 2028. Kun pasienter med 5 eller flere konsultasjoner er tatt med i figuren.

Konsernrevisjonen har videre undersøkt hyppigheten på konsultasjonene ved å belyse gjennomsnittlig tid mellom konsultasjonene for pasienter innen samme diagnosegruppe. Figur 4 nedenfor viser at det er betydelig variasjon i gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner for pasienter innen samme diagnose som vist til ovenfor.¹⁰ Figuren viser at enkelte pasienter er inne til konsultasjon gjennomsnittlig hver 5. dag, mens andre pasienter er inne til konsultasjon sjeldnere enn en gang i måneden.

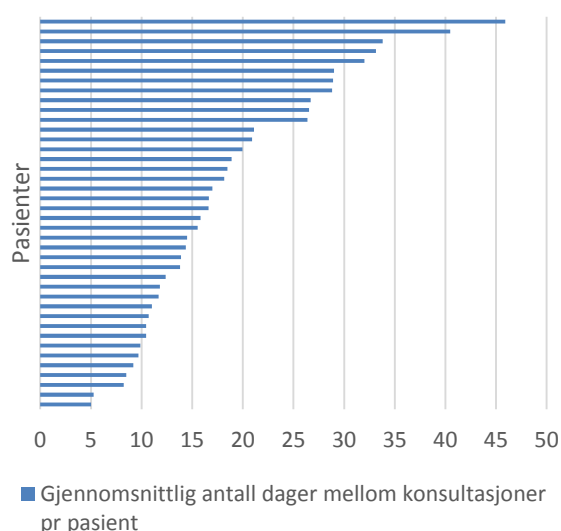
⁹ Konsernrevisjonen tar forbehold om datakvaliteten knyttet til uttrekkene. Det gjelder blant annet i forhold til diagnosefastsetting og registreringspraksis generelt.

¹⁰ Definert ved ICD-10 kode F431.

Hyppighet konsultasjoner - Sarpsborg



Hyppighet konsultasjoner - Moss



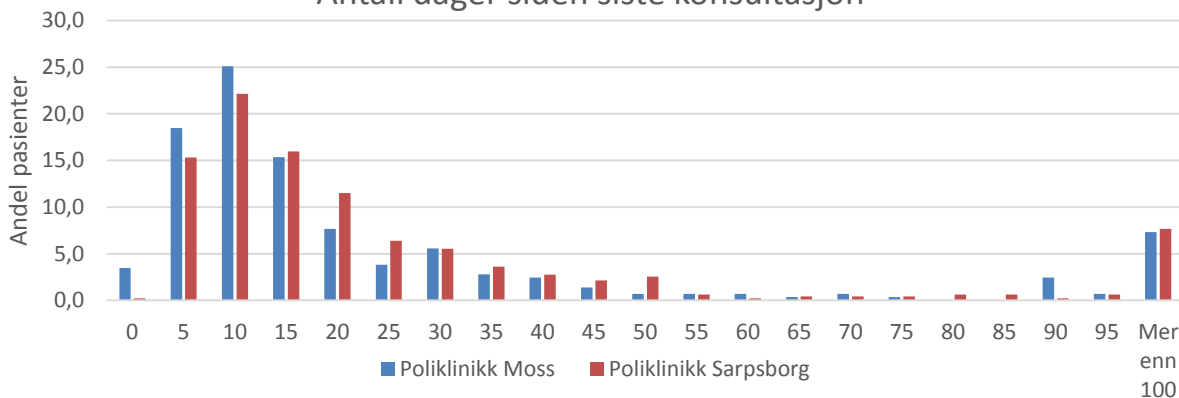
Figur 5 Gjennomsnittlig antall dager mellom konsultasjoner per pasient i Sarpsborg og Moss. DIPS-rapport 6817.

Figur 5 viser videre at rundt 40 prosent av pasientene får konsultasjoner innen hver 14. dag, som er poliklinikkens mål. De resterende 60 prosentene har et gjennomsnitt som er lengre enn 14 dager. Uttrekket omfatter også planlagte konsultasjoner hvor pasienten ikke har møtt og planlagte timer som har blitt avlyst av poliklinikken, som betyr at tiden mellom konsultasjonene for mange pasienter i realiteten er lengre.

Revisjonen har i tillegg til diagnosegruppen som er vist til i figur 4 og 5 gjort tilsvarende analyser for flere andre diagnosegrupper. Analysene for disse viser tilsvarende variasjon i antall kontakter, tid mellom kontakter og varighet.

For å belyse om poliklinikkene har pasienter som blir stående uforholdsmessig lenge (ubegrunnet opphold) uten ny konsultasjon, har konsernrevisjonen ved siden av antall dager mellom konsultasjoner (jf. figur 5) gjort et uttrekk i DIPS av pasientoversikten per behandler med tidspunkt for når pasientene sist var inne til konsultasjon. Ut fra dette er det beregnet hvor mange dager det var siden siste konsultasjon for den enkelte pasient, se figur 6.

Antall dager siden siste konsultasjon



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

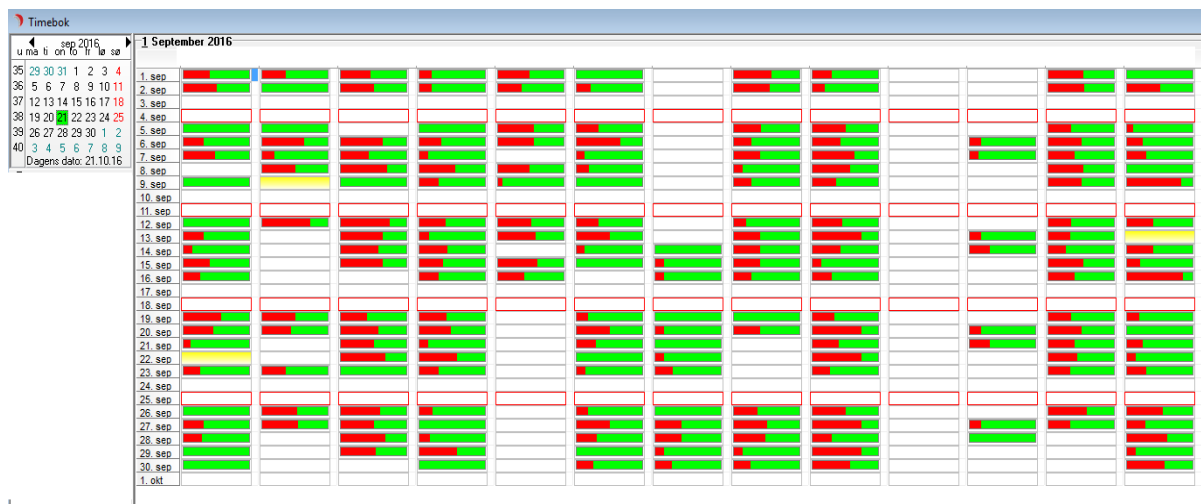
Figur 6 viser at mange pasienter har kort tid siden siste konsultasjon. I gjennomsnitt var det 29 dager siden siste konsultasjon for alle pasientene ved poliklinikk Sarpsborg, og 26 dager ved poliklinikk Moss.

Moss. Totalt var det ca. 8 % av pasientene i poliklinikkene (underkant av 60 pasienter) hvor det var over 100 dager siden de hadde hatt en konsultasjon.

- Etter konsernrevisjonens vurdering indikerer uttrekkene (figur 4 til 6) at det er relativt store forskjeller i hvilken helsehjelp den enkelte pasient får med tanke på antallet konsultasjoner, tid mellom konsultasjonene, og total varighet på behandling innen samme diagnosegruppe. Konsernrevisjonen vurderer at pasienter i samme diagnosegruppe kan ha behov for ulike utrednings- og behandlingsforløp, men at de relativt store forskjellene tyder på at dette ikke er tilstrekkelig satt i system. Konsernrevisjonen vurderer dette henger sammen med mangler i overordnede og lokale føringer, manglende bruk av utrednings- og behandlingsplaner, uklare rolle og oppgave til fagteam, samt mangler ved ledelsens oppfølging.

Potensiale for bedre ressursstyring, herunder økt kapasitetsutnyttelse

Gjennom intervju fremkom at den enkelte behandler bestemmer tidspunkt for oppsett av nye timer til pasientene. Behandlerne ved poliklinikkene viste til at antallet pasienter på behandlerlisten kunne ha betydning for hvor hyppig de kan kalle inn pasientene til konsultasjon. Konsernrevisjonen har derfor belyst hvordan behandlerne utnytter tiden som er definert til pasientbehandling. Ved poliklinikken i Moss er det definert andel tid til pasientbehandling pr dag i timeboken til den enkelte behandler. En stikkprøve av utnyttelse av avsatt tid til pasientbehandling i september 2016 hos 12 tilfeldige behandlere, viste en samlet utnyttelse på under 50 prosent, se figur 7. Et uttrekk for oktober viste samme resultat.



Figur 7 Timebøker for ulike behandlere september 2016 – rød farge viser graden av utnyttelse av oppsatt poliklinikk tid.

Poliklinikken i Sarpsborg har ikke samme oppsett for timebok som Moss. Revisjonen har derfor ikke kunnet ta ut samme oversikt for poliklinikken i Sarpsborg. Poliklinikken i Sarpsborg har imidlertid satt et krav om at hver behandler i 100 % stilling skal ha 16 konsultasjoner per uke, som leder følger opp. Det ble vist til at det ikke ble skilt på om konsultasjonen var en telefonkontakt eller om pasienten var fysisk tilstede.

- Konsernrevisjonen vurderer at oppsett av konsultasjoner skal baseres på faglige vurderinger og ikke på bakgrunn av kapasitet, som kan gå ut over pasientsikkerheten. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er et potensiale for bedre kapasitetsutnyttelse. For å utnytte tilgjengelige ressurser på en god måte, må poliklinikkene i større grad synliggjøre sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Dette vil blant annet bidra til at poliklinikkene vil ha bedre kontroll over pasientlogistikken – både når det gjelder pasientene som er inne i et utrednings- og behandlingsløp og for de som skal påbegynne helsehjelpen. Konsernrevisjonen vurderer at det bør tilrettelegges for at alle poliklinikkene gjør dette på en ensartet måte, både for å gi lederstøtte og at man kan sammenligne poliklinikkene.

Anbefalinger

- Poliklinikkene synliggjør sammenhengen mellom aktivitet, ressurser og kapasitet – og benytter dette til styring og oppfølging.
- Klinikken tilrettelegger for at enhetene har tilstrekkelig og tilgjengelig styringsinformasjon, samt tilknyttede verktøy for kontinuerlig forbedringsarbeid.

3.5 Andre observasjoner, vurderinger og anbefalinger

Diagnose fastsetting – manglende registreringspraksis av spesifiserte diagnoser

I henhold til overordnede og lokale føringer skal det tidlig i utredningsforløpet registreres en tentativ diagnose i DIPS, samt en diagnose ved avslutning av helsehjelpen. Et uttrekk fra DIPS¹¹ viser at en stor andel pasienter står registrert med en uspesifisert diagnose (Z-kode) både under behandlingsforløpet og ved avslutning. For avsluttede pasienter viser uttrekket at 17 prosent av pasientene ved poliklinikk Sarpsborg står registrert med en Z-kode, mens tilsvarende tall for poliklinikken i Moss er 28 prosent. Journalgjennomgangen viste imidlertid at selv om det var registrert en Z-diagnose i DIPS så var dette i de fleste tilfeller korrigert med en spesifisert diagnose (F-diagnose) i epikrisen. Behandler har da rettet opp diagnosen i epikrisen uten at dette også blir gjort i DIPS.

- Konsernrevisjonen vurderer at mangelfull registrering av korrekt diagnose gir misvisende styringsinformasjon. Pålitelig styringsinformasjon tilknyttet diagnoser vil kunne være viktig for intern oppfølging, samt når psykisk helsevern etter hvert får ISF-finansiering. En annen risiko ved manglende registrering av spesifisert diagnose i DIPS, er at registrert diagnose hentes og legges automatisk inn i epikrisen når epikrisen opprettes. Manglende registrering av diagnose eller bruk av uspesifisert diagnose vil da fremkomme i epikrisen med mindre behandler retter opp dette manuelt.

Anbefaling

- Poliklinikkene registrerer spesifiserte diagnoser ut i fra fastsatte føringer.

Avslutning utredning/behandling – ikke reelle avslutningsdatoer for en del pasienter

Når helsehjelpen avsluttes skal det samtidig opprettes epikrise, som da skal sendes henviser/fastlege innen 7 virkedager. Gjennomgang av journaler og uttrekk fra DIPS viser at de fleste pasienter/konsultasjonsserier avsluttet samme dag eller innen 6 dager etter siste konsultasjon. Det var imidlertid flere konsultasjonsserier som ble avsluttet mer enn 21 dager etter siste registrerte kontakt, og noen få over 100 dager etter siste kontakt. Det ble vist til at dette skyldtes at behandlere utsatte avslutningen i DIPS.

- Konsernrevisjonen vurderer at utsettelse av avslutningsdatoer innebærer en risiko for pasientsikkerheten ved at epikrisen, som kan inneholde viktig informasjon knyttet til videre oppfølging hos fastlege/henviser, blir sendt lang tid etter reell avslutning. Etter konsernrevisjonens vurdering medfører praksisen også til at rapportert epikrisetid ikke er pålitelig.

Anbefaling

- Helsehjelpen avsluttes på riktig tidspunkt slik at det ikke blir ubegrunnede opphold ved utsendelse av epikrise.

¹¹ DIPS-rapport 2028. I uttrekket ble det lagt som forutsetning av pasientene hadde hatt 6 eller flere kontakter ettersom tentativ diagnose skal settes senest innen 5 konsultasjoner.

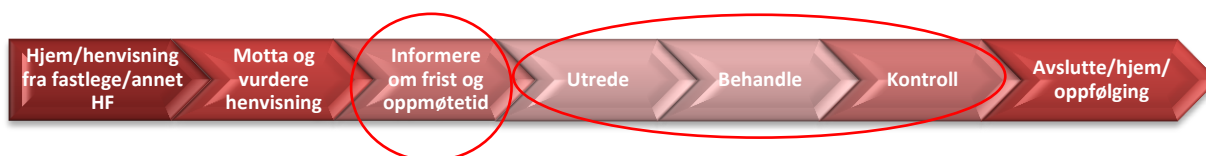
4.0 Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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

Figuren nedenfor illustrerer hvor time i første brev og nye timer etter at helsehjelpen er startet fremkommer i pasientforløpet.



Figur 8 Hvor tildeling finner sted i pasientforløpet - både før start helsehjelp (svar på henvisning) og etter start helsehjelp (utrednings- og behandlingsforløpet)

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

4.1 Oppsummering

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

- Enkelte overordnede prosedyrer/rutiner er mangelfulle og ikke oppdaterte.
- Enkelte overordnede prosedyrer/rutiner følges ikke.
- Tentative datoer som settes for videre helsehjelp er ikke basert på faglige vurderinger, samt at pasienter ikke får helsehjelp innen det tidspunktet som er fastsatt på ventelisten.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler kan få konsekvenser for pasientsikkerheten, samt at det ikke gir tilstrekkelig forutsigbarhet for pasientene.

4.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:¹²

1. Nyhenviste pasientene får time i første brev. I den sammenheng forventes det at helseforetaket:
 - a. Sender svar på henvisningen innen 10 virkedager til pasient og henvisende instans.
 - b. Informerer om følgende i svarbrevet til nyhenviste pasienter:
 - i. Resultatet av vurderingen.
 - ii. Juridisk frist for start helsehjelp.
 - iii. Fristen gjelder utredning eller behandling.
 - iv. Oppmøtetidspunkt og sted for pasienter med kortere frist enn 4 måneder.
 - v. Tentativ uke for pasienter med lengre frist enn 4 måneder.
 - vi. Informasjon om Helfo pasientformidling.
2. Pasienter får, hvis mulig, oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timer etter helsehjelpen er startet.¹³

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

4.3 Oppmøtetidspunkt i svarbrev på henvisning

4.2.1 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå

Føringer etablert, enkelte må oppdateres

Det er utarbeidet et prosesskart for henvisningsforløpet med tilknyttede veiledere/håndbøker, prosedyrer/rutiner, brevmalen (dok 28473). I prosesskartet fremkommer det at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp skal få informasjon om tidspunkt for oppmøte sammen med svaret på henvisningen. Det fremkom videre at hvis juridisk frist er kortere enn 4 måneder frem i tid, skal det gis direkte time til pasient som fremkommer i svar på henvisningen. Hvis juridisk frist er lenger frem i tid enn 4 måneder, skal det i svarbrevet angis en tentativ uke/måned dersom man ikke finner en ledig time. Hvis pasienten får en tentativ uke/måned settes pasienten på ventelisten. Brukerveiledningen *henvisningsforløp for psykiske helsevern* (dok 28188) er ikke oppdatert i forhold til nye lovkrav.

- Konsernrevisjonen vurderer at prosesskart av henvisningsforløpet knyttet til nyhenviste pasienter er i tråd og dekkende for gjeldende lovkrav. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er risiko for ikke å imøtekomme nytt regelverk ved at tilknyttede overordnede brukerveiledninger ikke er oppdatert i forhold til dette.

¹² I vedlegg 4 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

¹³ Det er ikke alltid at dette kan gis ettersom man ofte må vente på prøvesvar, røntgenundersøkelser eller lignende for å avgjøre om pasienten skal tilbake til samme poliklinikk eller om vedkommende f.eks. skal til en annen poliklinikk eller legges inn. Å gi oppmøtetidspunkt løpende er derfor ikke alltid gjennomførbart grunnet det faktum at man mange ganger ikke vet hva som er pasientens diagnose og dermed heller ikke vet hva som er korrekt neste trinn i pasientforløpet.

Anbefaling

- Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket oppdaterer prosedyrer/rutiner og veiledninger i forhold til gjeldende regelverk.

Det er ikke gitt føringer for når pasienter med lengre frist enn 4 måneder, og som har fått en tentativ uke, skal få nytt brev med innkalling til eksakt time. I brukerveiledning for henvisningsforløp foreslås det imidlertid å ta ut venteliste for 1 måned frem i tid med oversikt over hvilke pasienter som har frist i den gitte perioden, men som ennå ikke har fått time. I overordnet rutine ved fare for fristbrudd (dok 34871) fremkommer det at pasientservice- og booking skal, 4 uker før fristen utløper, varsle på mail til seksjonsleder poliklinikk/lege, dersom det er mangel på ledige timer og fare for fristbrudd.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er etablert føringer for når pasienter med frist over 4 måneder (og som har fått en tentativ uke) skal gis en konkret time. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det vil være hensiktsmessig og gi økt forutsigbarhet for både pasient og helseforetak dersom oppmøtetidspunkt gis tidligere enn 1 måned i forkant av juridisk frist.

Revisjonen viste videre at det er utarbeidet standardbrev *Svar på henvisning* som skal sendes pasienten og henvisende instans fortløpende etter vurdering av henvisninger. Standardbrev "rett til nødvendig helsehjelp" inneholdt informasjon som fristdato, sted og klokkeslett for oppmøte mv.

Det vises til at det alltid skal brukes standardbrev i DIPS og at det ikke er anledning til å fjerne tekst i brevene. Som vedlegg til svarbrevene skal sykehusets informasjonsbrosjyre legges ved. I informasjonsbrosjyren gis blant annet informasjon om Helfo og klagemulighetene.

- Konsernrevisjonen vurderer at brevmalene sammen med informasjonsbrosjyre er dekkende for gjeldende lovkrav. Konsernrevisjonen vurderer at en slik standardisering reduserer risikoen for feilinformasjon til pasient og henviser, samt mer effektive arbeidsprosesser.

4.2.2 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene

Sarpsborg: Time gis gjennomgående – mangel i svarbrev og oppfølging av ventelisten

Revisjonen viste at henvisningene ble vurdert innenfor kravet på 10 virkedager og svarbrevene ble sendt ut fortløpende. Journalgjennomgangen viste at det ble gjennomgående sendt svarbrev til både pasient og henviser både for de som fikk rett til nødvendig helsehjelp og de som fikk avslag. For pasienter som fikk rett til helsehjelp ble foretakets standardmal benyttet i svar til pasient, mens de hadde utarbeidet egen mal som svar til henviser. For pasienter som fikk avslag på henvisning ble helseforetakets standardmaler (egne maler til henholdsvis pasient og henviser) benyttet.

Revisjonen viste videre at alle pasienter som fikk rett til helsehjelp, med frist innen fire måneder, fikk direkte time i svarbrev på henvisningen. Det gis imidlertid ikke informasjon om pasienten skal til utredning eller behandling. Det ble informert om at informasjonsbrosjyren alltid ble vedlagt svarbrevene (både ved rett og avslag).

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i stor grad imøtekommer kravene til svarbrev på henvisninger. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er uhensiktsmessig at poliklinikken benytter egen standardmal i svarbrev til henviser der det gis rett til nødvendig helsehjelp, og at poliklinikken i stedet kan sende kopi av brevet til pasient.

- Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende informasjon i svarbrevet om hvilken helsehjelp som skal gis, det vil si utredning eller behandling, innebærer manglende forutsigbarhet for pasient og henviser.

Anbefaling

- I svarbrevene med rett til helsehjelp må det informeres om hvilken helsehjelp som skal gis, det vil si utredning eller behandling.

Per oktober 2016 hadde poliklinikken 12 pasienter som stod på ventelisten til start helsehjelp. Dette var pasienter som hadde fått en direkte time i svarbrevet på henvisningen, men som på grunn av utsettelse eller ikke møtt var satt opp på ventelisten med en tentativ dato. Et par av disse pasientene hadde overgått tentativ dato med ca. 2 måneder. Det ble vist til at de merkantile har rutiner for at dette ikke skjer ved at de kontinuerlig følger opp ventelistene og booker inn nye timer direkte i behandlernes timebøker. De merkantile har imidlertid ikke tilgang å booke timer hos alle behandlerne, og er dermed avhengig av at behandlerne selv setter opp nye timer. Det ble vist til at dette var årsaken til at enkelt pasienter venter lengre enn oppsatt tentativ dato.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er en risiko ved pasientsikkerheten dersom pasienter som av ulike årsaker ikke har fått helsehjelp til oppsatt time, blir liggende på ventelisten unødvendig lenge. Dette medfører også manglende forutsigbarhet for pasienten.

Anbefaling

- Poliklinikken må sikre at det fortløpende settes opp nye timer for nyhenviste pasienter som ikke møter/får avlyst time, slik at man ivaretar faglig forsvarlighet og ikke får ubegrunnede opphold i helsehjelpen.

Moss: Time gis gjennomgående i svarbrev – mangel i svarbrev og feil i registreringspraksis

Revisjonen viste at henvisningene ble vurdert innenfor kravet på 10 virkedager og svarbrevene ble sendt ut fortløpende. Journalgjennomgangen viste at det gjennomgående ble sendt svarbrev til pasient og henviser til både rettighetspasienter og pasienter som fikk avslag. For de som fikk rett til helsehjelp ble helseforetakets standardmal benyttet i svar til pasient med kopi til henviser. Ved avslag på henvisningene benyttes ikke standardmalen for avslag til henviser, men svarbrevet til pasient sendes i kopi til henviser, samt at standard avslagsnotat legges ved. Ved noen anledninger utarbeides egne brev/maler som svar på henvisningen til henviser.

Revisjonen viste videre at alle pasienter som fikk rett til helsehjelp med frist innen fire måneder fikk direkte time i svarbrev på henvisningen. I svarbrevene gis det imidlertid ikke informasjon om pasienten skal til utredning eller behandling. Det ble informert om at helseforetakets informasjonsbrosjyre alltid ble vedlagt svarbrevene.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikken i stor grad imøtekommer kravene til svarbrev på henvisninger. Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det er hensiktsmessig at poliklinikken benytter helseforetakets standardmaler i svarbrev til henviser ved avslag på en henvisning.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at manglende informasjon i svarbrevet om hvilken helsehjelp som skal gis, det vil si utredning eller behandling, innebærer manglende forutsigbarhet for pasient og henviser.

Anbefalinger

- I svarbrevene med rett til helsehjelp må det informeres om hvilken helsehjelp som skal gis, det vil si utredning eller behandling.

Per oktober 2016 hadde poliklinikken 76 pasienter som stod på ventelisten til start helsehjelp. Årsaken til at de stod på ventelisten var at poliklinikken, ved siden av å gi en direkte time i første brev, også setter en tentativ dato i DIPS ut i fra fristdatoen. Det ble vist til at dette skulle bidra til at poliklinikken unngikk fristbrudd hvis oppsatt første time ikke ble gjennomført/innfridd. Ingen av pasientene på ventelisten hadde passert tentativ dato.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksisen med å sette en tentativ dato, i tillegg til en time, ikke er i tråd med rutinene i helseforetaket.

Anbefalinger

- Praksisen med å gi en tentativ dato samtidig som det gis en direkte time endres.

4.4 Tidspunkt for oppmøte etter start helsehjelp

4.3.1 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå

Føring er etablert

Revisjonen viste at det var utarbeidet rutine for *oppsett av kontrolltimer* (dok 21709) som beskriver at pasienter som har startet helsehjelpen og som skal ha ny konsultasjon (utredning, behandling, kontroll), skal få direkte time der det er mulig.

For å sikre at det er mulig å gi time i svarbrev på henvisningen eller direkte time for nye konsultasjoner etter at helsehjelpen er startet, viste revisjonen at det er et internt krav i helseforetaket om at den enkelte lege/psykolog skal ha timebøkene åpne seks måneder frem i tid. Per dags dato er ikke dette gjennomgående på plass i alle poliklinikkene (*styresak oktober*). Det er en nyopprettet enhet i helseforetaket, *enhet for pasientservice og booking*, som skal ha ansvaret med å sette opp timer til pasientene gjennom hele pasientforløpet. Dette gjelder p.t. for somatikken. Det vises til at det forventes at endringen vil bidra til økt pasientsikkerhet (time i første brev) og øke bookinghorisonten til kravet på 6 måneder.

- Konsernrevisjonen vurderer at rutinene knyttet til oppsett av kontrollpasienter fremmer forutsigbarhet for pasientene. En forutsetning for å kunne gjøre dette er at man kan booke timer langt frem i tid, noe som innebærer at timebøkene er "åpne".

4.3.2 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene

Sarpsborg: Timer gis løpende, men mangler i registreringspraksis og oppfølging av ventelistene

Revisjonen viste at poliklinikken booker nye timer direkte der det er mulig. Det var imidlertid i overkant av 130 pasienter som per oktober 2016 stod på ventelisten med en tentativ dato. Dette skyldes eksempelvis at pasienter ikke møtte til time eller at poliklinikken avlyste timen. Det ble vist til at de merkantile hadde en rutine med å sette en tentativ dato hvis de ikke kunne booke ny time for pasientene direkte i behandlernes timebøker. Denne tentative datoen ble ikke fastsatt ut fra en medisinsk vurdering,

men ble brukt som en påminnelse for å innkalle pasienten til ny time. De merkantile fulgte opp ventelistene og informerte behandlerne som styrte egen timebok om at de måtte sette opp nye timer til pasientene når tentativ dato nærmet seg.

Per oktober var det i overkant av 30 pasienter (av 130) som ikke hadde fått time innen satt tentativ dato. Et par av disse skulle vært inne til time for over ett år tilbake. Ventelisten viste videre at det var noen pasienter med en “blank kontakt”, det vil si at de ikke hadde en tentativ dato for innkallelse til ny konsultasjon.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksis med å gi oppmøtetidspunkt til neste konsultasjon løpende, gir forutsigbarhet for pasientene. Poliklinikkens praksis med hva som er grunnlaget for fastsettelse av tentative datoer og oppfølging av ventelisten, innebærer imidlertid en risiko for at pasienter ikke får forsvarlig og forutsigbar helsehjelp.
- Konsernrevisjonen vurderer at det er en risiko med bruk av “blank kontakt” i DIPS ettersom disse pasientene ikke har en prioritert plass på ventelisten.

Anbefalinger

- Hvis poliklinikken ikke får satt opp ny direkte time, må tentative datoer fastsettes med utgangspunkt i faglige vurderinger.
- Poliklinikken følger opp ventelisten slik at alle pasienter får time innen oppsatt tentativ dato.
- Bruk av “blank kontakt” i DIPS bør gjennomgås og følges opp.

Moss: Timer gis løpende, men mangler i registreringspraksis og oppfølging av ventelistene

Når det gjelder pasienter som har startet helsehjelpen og som skal ha videre helsehjelp, viste revisjonen at det bookes direkte time etter en konsultasjon der det er mulig. For en del behandlere kan merkantilt personell booke inn timer, mens for andre har de ikke denne muligheten. Der styrer den enkelte behandler timeboken og gir beskjed til merkantilt personell når timen er satt.

Ved siden av å sette opp en ny time etter endt konsultasjon, setter merkantilt personell i tillegg en tentativ dato (uke eller måned) i DIPS. Denne tentative datoen ble ikke fastsatt ut fra en medisinsk vurdering, men ble brukt som en påminnelse for å innkalle pasienten til ny time hvis ikke møtt/avlysning. Praksisen medførte at det var hele 517 pasienter som stod på ventelisten i oktober 2016. Enkelte av disse pasientene hadde passert tentativ dato med et par måneder.

Poliklinikkens venteliste viste videre at det var noen pasienter med en “blank kontakt”, det vil si at de ikke hadde en tentativ dato for innkallelse til ny konsultasjon.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksis med å gi oppmøtetidspunkt til neste konsultasjon løpende, gir forutsigbarhet for pasientene. Poliklinikkens praksis med at det alltid settes en tentativ dato ved siden av en direkte time, innebærer imidlertid en risiko for at pasienter som ikke møter/får utsatt time - ikke får forsvarlig og forutsigbar helsehjelp. Dette på bakgrunn av at de tentative datoene ikke er fastsatt ut i fra faglige vurderinger. For det andre medfører praksisen at ventelisten er u hensiktsmessig stor og uoversiktlig.
- Konsernrevisjonen vurderer at det er en risiko med bruk av “blank kontakt” i DIPS ettersom disse pasientene ikke har en prioritert plass på ventelisten.

Anbefalinger

- Praksis med å registrere tentativ dato, når det allerede er gitt en direkte time, må endres.
- Hvis poliklinikken ikke får satt opp ny direkte time, må tentative datoer fastsettes med utgangspunkt i faglige vurderinger.
- Poliklinikken følger opp ventelisten slik at alle pasienter får time innen oppsatt tentativ dato.
- Bruk av “blank kontakt” i DIPS bør gjennomgås og følges opp.

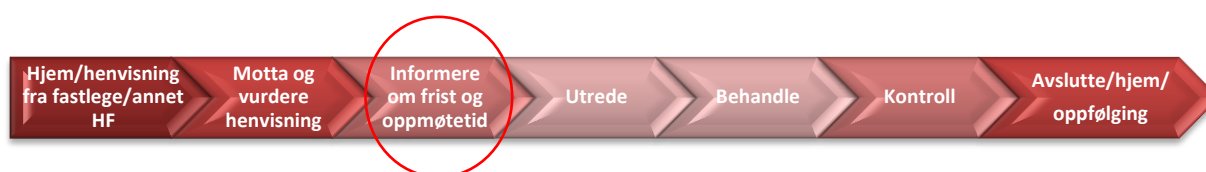
5.0 Helfo pasientformidling

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

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

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



Figur 9 Hvor bruk av Helfo pasientformidling finner sted i pasientforløpet.

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

5.1 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak for oppfølging av ventelister og videreformidling av mulige fristbruddpasienter. Samtidig viser revisjonen et lite forbedringsområde på overordnet nivå.

5.2 Revisjonskriterier

Konsernrevisjonen har lagt følgende revisjonskriterier til grunn:¹⁴

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

¹⁴ I vedlegg 5 er det beskrevet utdypende føringer i tilknytning til bruk av Helfo pasientformidling. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av disse.

- i. Helseforetaket kan forhøre seg om pasienten vil bli formidlet til Helfo pasientformidling. Dersom pasienten ikke ønsker dette skal dette registreres som fristbrudd i helseforetaket.

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

5.3 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger overordnet nivå

Føringer etablert – manglende oppdatering

Revisjonen viste at det er etablert en overordnet prosedyre (dok 28864) for ventelisteføring. Prosedyren skal bidra til at sykehuset har oversikt over alle pasienter som venter på utredning, behandling eller kontroll. Det er definert hvem som har ansvar for innhold, oppfølging og kontroll med ventelistene i DIPS. Prosedyren er ikke oppdatert i forhold til nye lovkrav.

Det er videre utarbeidet en egen prosedyre ved fare for fristbrudd (dok 34871) som skal sikre at pasienten får helsehjelp innen frist. Prosedyren viser til at det ved kapasitetsutfordringer og/eller fare for fristbrudd kan *pasientservice og booking* kontaktes (når som helst i forløpet) for å finne alternativt behandlingssted innen frist. Dersom helseforetaket kan tilby pasienten time innen 10 virkedager etter frist skal pasienten informeres om at timen kommer etter frist og om dette vil kunne få medisinske konsekvenser. Da skal ikke Helfo kontaktes, men pasienten må ringes og informeres om dette.

Pasientservice og booking har i tillegg fått ansvar for mottak og registrering av henvisninger, sende disse til vurdering hos rett fagområde, effektivere ferdig vurderte henvisninger og booke pasientavtaler til poliklinikk og dagbehandling. Det er utarbeidet en metodebok for *Pasientservice og booking* når det gjelder håndtering av mulige fristbruddpasienter. Her fremkommer det blant annet at man skal informere om:

- Det er lang ventetid på grunn av kapasitetsproblemer.
- Mulighet til å sende pasienter andre steder som Helse Sør-Øst har avtale med.
- Hvis pasienten takker nei og vil stå på ventelisten til Sykehuset Østfold, må det opplyses til pasientene at ventetiden da vil kunne gå utover den fristdatoen pasienten har fått i svarbrevet «Da er det dessverre slik at fristdatoen utgår, og du kan ikke senere nyttiggjøre deg retten til å benytte deg av HELFO».
- Hvis pasienten takker ja, gi beskjed at brev fra Sykehuset Østfold HF kommer, samt innkalling kommer fra nytt behandlingssted.
- Hvis det ikke er mulig å skaffe time innen fristdato ved annet behandlingssted – meldes pasienten til HELFO.
- Åpne fristbruddportalen - varsel om fristbrudd.
- Avvente svar fra HELFO.

Klinikkleder for psykisk helsevern og rusbehandling informerte om at klinikken ikke har benyttet seg av Pasientservice og booking ettersom de ikke har fristbruddproblematikk. Det ble også vist til at Pasientservice og booking p.t. kun gjelder for somatikken og ikke for psykisk helsevern og rusbehandling.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er etablert føringer for å håndtere mulige fristbruddpasienter. Konsernrevisjonen vil på bakgrunn av gjennomgang av føringene presisere at helseforetaket:
 - kun kan benytte pasientbestemt utsettelse hvis pasienten har fått tilbud om et konkret alternativ behandlingssted. Dette skal også fremkomme i journal.
 - må informere om hvilke konsekvenser det har for pasienten med å ikke få helsehjelp innen juridisk frist.
 - ikke nedprioriterer pasienter med pasientbestemt utsettelse i forhold til andre pasienter på ventelisten.
- Såfremt Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling ikke skal benytte kontor for *Pasientservice og booking* vurderer konsernrevisjonen det som viktig at overordnet prosedyre for ventelisteføring oppdateres i henhold til nytt regelverk, slik at eventuelle fristbruddpasienter innenfor psykisk helsevern får ivare tatt sine rettigheter.

Anbefalinger

- Overordnet prosedyre for ventelisteføring oppdateres opp mot nytt regelverk.

5.4 Observasjoner, vurderinger og anbefalinger poliklinikkene

Ingen fristbruddproblematikk – Helfo pasientformidling benyttes derfor helle ikke

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

- Konsernrevisjonen vurderer det som viktig at det er klare føringer for hva poliklinikkene i psykisk helsevern skal gjøre ved mulig kapasitetsutfordringer og fristbruddproblematikk.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Pasient- og brukerrettighetsloven
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m)
Spesialisthelsetjenesteloven
Helseforetaksloven
Helsepersonelloven
Forskrift om pasientjournal
Brev av 6. november 2009 fra Helsedirektoratet til Sykehuset Østfold HF. Dokumentasjonskrav i forbindelse med vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten
Prioriteringsforskriften
Forskrift om ventelisterregistrering
Brev av 5. november 2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene: Spørsmål om plikten til å melde fristbrudd til HELFO – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2.
IS-8/2015 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer
IS-2331 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister
Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2015 og 2016
Oppdrag- og bestilling fra Helse Sør-øst RHF til Sykehuset Østfold HF for 2015 og 2016
Styresak 029-2016 Kvalitets-, aktivitets-, og økonomirapport per mars 2016
Utvalg prosedyrer fra Sykehuset Østfold HF sitt kvalitetssystem
Styreprotokoller og dokumenter fra styremøter i Sykehuset Østfold HF for 2015 – d.d.
IS-1388. Veileder fra Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre
IS-1570. Veileder fra Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.
Dips-rapport 2026 – nye konsultasjonsserier (01072014-30092016)
Dips-rapport 2028 – avsluttede konsultasjonsserier (01072014-30092016)
Dips-rapport 3964 – aktivitetsrapport pr behandler (010120161-30092016)
Dips-rapport 1117 – Polikliniske pasienter pr terapeut (pr 05102016)

Dips-rapport 6817 – Polikliniske konsultasjoner (Moss: 01072014-30092016, Sarpsborg: 01012015-30092016)

Dips-rapport 6813 – henvisninger (010112011-30092016)

Uttrekk fra ventelisten

Gjennomførte samtaler

Rolle
Helge Stene-Johansen, Fagdirektør
Irene Dahl Andersen, Visadministrerende direktør / klinikkdirektør psykisk helsevern
Mona Irene Holte, Konsulent ved kontoret for pasienttjenester.
Anne Karin Sand, Sykepleier ved kontoret for pasienttjenester.
Ingmar Clausen, Avdelingsleder Nordre Østfold DPS
Birgit Charlotte Rød, Seksjonsleder allmennpoliklinikk, seksjon Moss, Nordre Østfold DPS
Tor Morten Kvam, Overlege, vurderingsteam, allmennpoliklinikk, seksjon Moss, Nordre Østfold DPS
Jan Hagselle, Psykolog allmennpoliklinikk, seksjon Moss, Nordre Østfold DPS
Siri Fosse, Overlege allmennpoliklinikk, allmennpoliklinikk, seksjon Moss, Nordre Østfold DPS
Eiril Evensen, Leder kontortjenesten allmennpoliklinikk, seksjon Moss, Nordre Østfold DPS
Heidi Kristiansen, Spesialkonsulent Sykehuset Østfold HF
Kari Gjelstad, Avdelingsleder DPS Halden-Sarpsborg
Stellan Andersson, Seksjonsleder allmennpoliklinikk, seksjon Sarpsborg DPS Halden-Sarpsborg
Birger Kristiansen, Psykolog, vurderingsteam, allmennpoliklinikk, seksjon Sarpsborg DPS Halden-Sarpsborg
Marines Alvarers Lauritzen, Psykolog, allmennpoliklinikk, seksjon Sarpsborg DPS Halden-Sarpsborg
Knut-Arne Martinsen, Overlege, allmennpoliklinikk, seksjon Sarpsborg DPS Halden-Sarpsborg
Ingvild Aune Steen, Leder kontortjenesten, allmennpoliklinikk, seksjon Sarpsborg DPS Halden-Sarpsborg

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
14. september 2016	Varsel om internrevisjon
28. september 2016	Innledende møte
5. oktober 2016	Oppstart revisjon
25. november 2016	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
12. desember 2016	Tilbakemelding utkast rapport
21. desember 2016	Oversendelse endelig rapport
27. februar 2017	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre

Vedlegg 2 - Utdypende føringer for prioritering av nyhenviste pasienter

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

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

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

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

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

Etter helsepersonelloven § 39 plikter den som yter helsehjelp å nedtegne opplysninger i journal for den enkelte pasient. Journalføringsplikten skal ivareta hensynene til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og hensynet til muligheten til etterprøvbarehet av de vurderinger som er gjort. Hvorvidt rettighetsvurderingen av henvisningene skal dokumenteres i form av et eget journalnotat i pasientens journal eller ved at svarbrevet på henvisningen vedlegges journalen, vil ifølge Helsedirektoratet¹⁵ ikke være avgjørende. Helsedirektoratet viser til at det vesentlige er at det er foretatt en faglig forsvarlig vurdering, at dette er tilstrekkelig godt begrunnet skriftlig i vedtaket og at denne vurderingen kan gjenfinnes i pasientens journal.

¹⁵ Brev fra Helsedirektoratet 6. november 2009 til Sykehuset Østfold HF.

Vedlegg 3 - Utdypende føringer for utrednings- og behandlingsforløp

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

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

Vedlegg 4 - Utdypende føringer for oppmøtetidspunkt til helsehjelp

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

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

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

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

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

Pasienter som er i et behandlingsforløp utgjør den største “andelen” pasienter; omtrent 70-80 % av kapasiteten på poliklinikkene opptas av disse pasienter. Oppmøtetidspunkt for disse pasientene like viktig for forutsigbarhet. Dette forsterkes også av antallet pasienter som ikke får time innen det tidspunktet (tentativ dato) som er satt for videre helsehjelp i behandlingsforløpet.

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

Vedlegg 5 - Utdypende føringer for Helfo pasientformidling

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

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

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