

Rapport 7/2016

Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid Sykehuset i Vestfold HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
04.07.2016

Rapport nr.	7/2016
Revisjonsperiode	Mars – mai 2016
Virksomhet	Sykehuset i Vestfold HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuset i Vestfold HF ved styreleder Administrerende direktør Sykehuset i Vestfold 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	Liv Lüdemann, Anders Tømmerås, Hans Petter Eide (oppdragsleder), Liv Todnem (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 i Vestfold HF.....	7
1.5	Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode	7
1.6	Veiledning til leseren.....	8
2.0	Problemstilling 1 - Prioritering	9
2.1	Revisjonskriterier.....	10
2.2	Observasjoner og vurderinger.....	10
2.2.1	Overordnet nivå.....	10
2.2.2	Poliklinikk urologi og poliklinikk fordøyelsessykdommer.....	12
2.2.3	Poliklinikk Nordre Vestfold DPS og poliklinikk Søndre Vestfold DPS	13
2.3	Oppsummering.....	14
3.0	Problemstilling 2 – Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet	16
3.1	Revisjonskriterier.....	16
3.2	Observasjoner og vurderinger.....	17
3.2.1	Overordnet nivå.....	17
3.2.2	Poliklinikk for fordøyelsessykdommer	18
3.2.3	Poliklinikk for urologi	19
3.2.4	Poliklinikk Nordre Vestfold DPS og poliklinikk Søndre Vestfold DPS	20
3.3	Oppsummering.....	20
4.0	Problemstilling 3 – Helfo pasientformidling	21
4.1	Revisjonskriterier.....	21
4.2	Observasjoner og vurderinger.....	22
4.2.1	Overordnet nivå.....	22
4.2.2	Pasientservicekontoret	23
4.2.3	Poliklinikk for fordøyelsessykdommer og poliklinikk for urologi.....	24
4.2.4	Poliklinikk Nordre Vestfold DPS og poliklinikk Søndre Vestfold DPS	24
4.3	Oppsummering.....	25
	Vedlegg 1.....	26

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av konsernrevisjonens revisjon *Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid* ved Sykehuset i Vestfold HF.

Målet med revisjonen har vært å undersøke hvordan utvalgte enheter i Sykehuset i Vestfold HF har implementert og sikret etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven gjeldende fra 1. november 2015. Revisjonen har i den sammenheng belyst helseforetakets bruk av prioriteringsveilederne, oppmøtetidspunkt for helsehjelp og kontakt med Helfo pasientformidling.

Revisjonens problemstillinger har vært:

1. Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
2. Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
3. 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).



Stegene i pasientforløpet

Revisjonsperioden har vart fra mars til mai 2016. Rapporten er basert på informasjon innhentet fra intervjuer, datauttrekk fra det pasientadministrative systemet (DIPS og Paps), journalgjennomgang og dokumentgjennomgang.

Revisjonen har vært rettet inn mot 4 poliklinikker fordelt på tre klinikker i Sykehuset i Vestfold HF, henholdsvis Klinikk for psykisk helse og rusbehandling, Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk. I tillegg til linjen har sentral stab vært inkludert i revisjonen.

Sentrale observasjoner og vurderinger

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Sykehuset i Vestfold HF for å imøtekomme lovendringene på de undersøkte områdene. Samtidig har revisjonen vist enkelte svakheter og mangler i helseforetaket, både på overordnet nivå og i de utvalgte poliklinikkene, hvor det enten bør eller må iverksettes tiltak for å etterleve mål og krav. Observerte svakheter og mangler gjelder i mindre grad for Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.

For fastsettelse av rettighetsstatus og juridisk frist ved **prioritering** av nyhenviste pasienter, har revisjonen vist uklarheter i praksis for registrering av fristdato i DIPS og manglende dokumentering av begrunnelser for rettighetsvurderingene. For prioritering etter at juridisk frist er innfridd, er det ikke utarbeidet overordnede føringer for å normere tidsaspektet for det enkelte pasientforløp, det vil si hvor lang tid det bør gå mellom de ulike stegene i det enkelte pasientforløp (utredning, behandling og kontroll). Sykehuset i Vestfold HF har i liten grad gjennomført oppfølging for bruk av prioriteringsveiledere. Enkelte enheter har imidlertid iverksatt tiltak for å sikre enhetlig praksis i prioriteringsarbeidet både før og etter start helsehjelp. Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler knyttet til prioritering gir risiko for at pasienter kan prioriteres ulikt og ikke henhold til nasjonale prioriteringsveiledere.

Når det gjelder **oppmøtetidspunkt** i svarbrev på vurdering av henvisninger, viser revisjonen at overordnede føringer ikke alltid blir fulgt, herunder at svarbrev ikke sendes innen fastsatte frister, og at pasient og henviser ikke får riktig informasjon i svarbrevene inkludert oppmøtetidspunkt. Videre er det ikke utarbeidet overordnede føringer for å gi oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timer etter at helsehjelpen har startet (time i hånden), men enkelte poliklinikker gir likevel dette. Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler knyttet til oppmøtetidspunkt ikke gir tilstrekkelig informasjonsgrunnlag og forutsigbarhet for pasientene.

For oppfølging av ventelister og videreformidling av mulige fristbruddpasienter, har Sykehuset i Vestfold HF utarbeidet overordnede rutiner, herunder bruk av **Helfo pasientformidling**. Disse rutinene er imidlertid i varierende grad kjent i de undersøkte klinikkene, og ikke alltid etterlevd og fulgt opp. Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler knyttet til videreformidling av pasienter, medfører at pasienter ikke får helsehjelp innen fastsatte frister.

Overordnet vurdering og anbefaling

Etter konsernrevisjonens vurdering kan samlede funn i revisjonen medføre at pasienter ikke får helsehjelp til fastsatt tid, eller at pasient og henvisende instans ikke mottar riktig og fullstendig informasjon. Det forutsettes at helseforetaket iverksetter nødvendige tiltak for å sikre etterlevelse av gjeldende krav og sørger for å forbedre relevante deler av systemet for styring og kontroll (internkontrollsystemet).

Selv om revisjonen kun er utført ved fire poliklinikker i helseforetaket, er konsernrevisjonen av den oppfatning at resultatet av revisjonen kan overføres til helseforetaket som helhet, og legges til grunn for forbedringsarbeidet.

1.0 Innledning

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.

På bakgrunn av disse endringene, samt reviderte nasjonale prioriteringsveiledere, er det i denne revisjonen undersøkt følgende tema:

- Bruk av prioriteringsveilederne
- Oppmøtetidspunkt for helsehjelp
- Kontakt med Helfo pasientformidling og ivaretagelse av pasientrettigheter

1.2 Mål og problemstillinger

Formålet med revisjonen følger av helseforetaksloven § 37a Internrevisjon, og er å bekrefte helseforetakets styring og kontroll, risikostyring og virksomhetsstyring, og bidra til forbedring.

Målet med denne revisjonen er å undersøke hvordan utvalgte enheter i Sykehuset i Vestfold HF har implementert og sikret etterlevelse av lovendringene som har blitt gjort. I revisjonen er følgende problemstillinger undersøkt:

1. Sikrer helseforetaket at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?
2. Sikrer helseforetaket forutsigbarhet for pasientene knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?
3. 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 prosesssteg. 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.

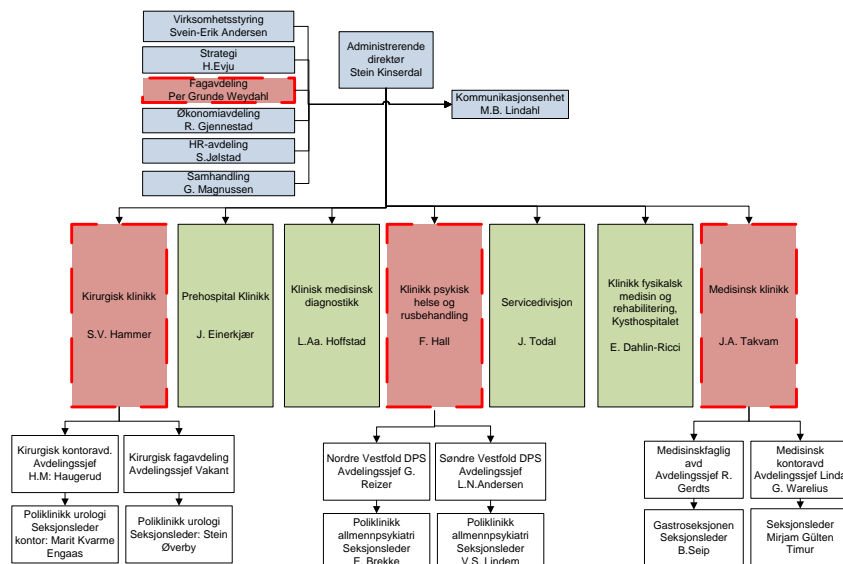


Figur 1 Stegene i pasientforløpet

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) og når pasienten utredes, behandles og skal til kontroll (stegene 4,5 og 6). Den andre problemstillingen omhandler at pasienten får time i første brev (steg 3) og oppmøtetidspunkt (time i hånden) for å sikre at pasienten får informasjon om når pasienten utredes, behandles og kommer til kontroll (steg 4, 5 og 6). Den tredje problemstillingen vil være i forbindelse med aktiviteter (steg 3) for å sikre at pasienter får startet helsehjelpen innen fastsatt frist.

1.4 Valgte enheter i Sykehuset i Vestfold HF

Revisjonen er gjennomført i Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk og Klinikk for psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold HF. I revisjonen ble det valgt å revidere fire poliklinikker, henholdsvis to fra Klinikk for psykisk helse og rusbehandling og en fra hver av de somatiske klinikkene. Følgende fire poliklinikker ble valgt ut: poliklinikk allmennpsykiatri Nordre Vestfold DPS, poliklinikk allmennpsykiatri Søndre Vestfold DPS, poliklinikk for fordøyelsessykdommer og poliklinikk urologi (se figur 2 nedenfor).



Figur 2 Forenklet organisasjonskart for Sykehuset i Vestfold HF som viser hvilke enheter som er blitt revidert

1.5 Gjennomføring, revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden mars til mai 2016. Det er gjennomført verifisering av funnene gjennom møter, samt innspill på utkast rapport som ble sendt den 27. mai 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

I gjennomføringen av revisjonen har følgende metoder blitt benyttet:

- Innhenting og gjennomgang av dokumenter
- Journalgjennomgang

- Uttrekk fra de pasientadministrative systemene DIPS og Paps
- Samtaler/intervju med ledere, vurderingsansvarlige og behandlingsansvarlige leger, og merkantilt personell

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

Konsernrevisjonen viser for øvrig til tidligere gjennomførte revisjoner utført av konsernrevisjonen i Sykehuset i Vestfold HF og øvrige helseforetak; det pasientadministrative arbeidet, ressursstyring og tilgjengelige helsetjenester. Disse tre revisjonene berører samme tema som denne revisjonen. Rapportene ligger under følgende webside: http://www.helse-sorost.no/omoss_/styret_/konsernrevisjonen_

1.6 Veiledning til leseren

I kapittel 2, 3 og 4 presenteres funnene i revisjonen med utgangspunkt i rekkefølgen på problemstillingene.

Innledningsvis for hvert kapittel er det beskrevet hvilke lovkrav og andre føringer som er sentrale for å belyse problemstillingene som revisjonen omfatter. På bakgrunn av disse lovkravene og aktuelle føringer, er det utarbeidet revisjonskriterier som observasjoner i revisjonen vurderes opp imot. Enkelte av revisjonskriteriene er ikke eksplisitte lovkrav, men forutsetninger for at overordnede mål og krav etterleves. 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.

Der det er vurdert vesentlige mangler/svakheter har konsernrevisjonen gitt anbefalinger. Helseforetaket må på bakgrunn av anbefalinger som er gitt vurdere, planlegge og iverksette relevante tiltak som sikrer både etterlevelse av krav og føringer, og kontinuerlig forbedring i forhold til intern styring og kontroll.

Observasjoner, vurderinger og anbefalinger presenteres løpende for hver av de reviderte enhetene. Etter hver problemstilling gis det en oppsummering.

2.0 Problemstilling 1 - Prioritering

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.

Etter at helsehjelpen er startet skal det videre gis en medisinskfaglig vurdering om pasienten skal til videre utredning/behandling/kontroll i spesialisthelsetjenesten og når helsehjelpen skal gis.

Utdypende føringer knyttet til prioritering

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

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

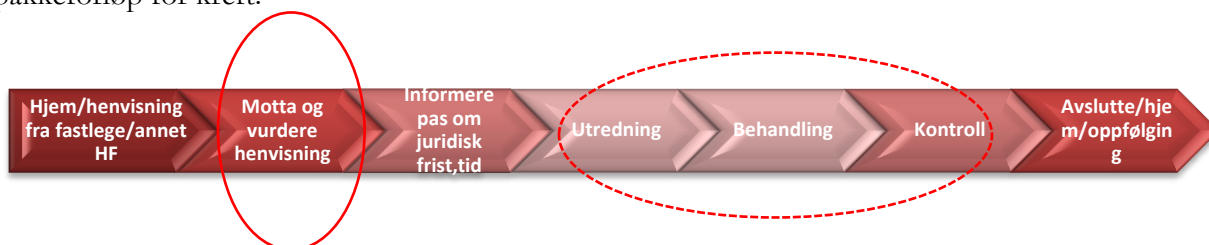
De juridiske fristene settes blant annet på bakgrunn av veiledende frister for helsehjelp gitt i nasjonale prioriteringsveiledere for 33 fagområder. Prioriteringsveilederen for hvert av fagområdene består av en liste over tilstander med anbefaling om rettighetstatus og frist for hver tilstand.

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 Helsedirektoratet1 ikke være avgjørende. Helsedirektoratet viser til at det vesentlige er at det er foretatt en forsvarlig medisinsk faglig vurdering, at dette er tilstrekkelig godt begrunnet skriftlig i vedtaket og at denne vurderingen kan gjenfinnes i pasientens journal.

Figuren nedenfor viser hvor prioritering finner sted i pasientforløpet. Konsernrevisjonen har i tillegg til å undersøke bruken av prioriteringsveilederne (heltrukket ring), også sett på om helseforetaket har etablert normerte tidsintervaller for de ulike stegene etter start helsehjelp (utredning, behandling, kontroll). Dette for å sikre en systematisk og mest mulig enhetlig praksis, og at praksis er i henhold til medisinsk forsvarlighet, tilsvarende som oppfølgingen av pakkeforløp for kreft.



Figur 3 Hvor prioritering finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn for å belyse problemstillingen om prioritering. Deretter beskrives hvilke funn som er gjort og anbefalinger tilknyttet disse. Først presenteres funn på overordnet nivå, deretter for poliklinikkene.

¹ Brev fra Helsedirektoratet 6. november 2009 til Sykehuset i Østfold HF.

2.1 Revisjonskriterier

Basert på utdypende føringer nevnt ovenfor (kapittel 2.0) har konsernrevisjonen lagt følgende revisjonskriterier til grunn:

1. Helseforetaket legger til grunn prioriteringsveilederne ved vurdering av henvisninger
2. Til grunn for prioriteringen skal det vurderes om;
 - i. pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus)
 - ii. for de med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal det settes en juridisk frist for start helsehjelp
 - iii. den juridiske fristen innfris ved start utredning eller start behandling
3. Vurderingene som er gjort må være dokumentert i journal, herunder;
 - i. Dersom helseforetaket velger en annen praksis enn prioriteringsveilederen, må den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges
 - ii. Dokumentasjon på hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn i de tilfeller dette kan være uklart
4. Det er etablert normerte tidsintervaller for de ulike stegene etter start helsehjelp (utredning, behandling, kontroll) for å sikre konsensus om pasientforløpene.

På bakgrunn av endringer i prioriteringsveilederne må alle som vurderer henvisninger ha fått opplæring i disse. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke er rettighetsvurdeert. Det bør være etablert føringer, eksempelvis retningslinjer, for normering av tidsaspektet for helsehjelpen som gis etter at juridisk frist er innfridd (videre utredning, behandling og kontroll). Helseforetaket bør videre følge opp hvordan man håndterer prioritering både før og etter start helsehjelp, slik at man tilstreber en enhetlig praksis innenfor de ulike pasientforløpene.

2.2 Observasjoner og vurderinger

2.2.1 Overordnet nivå

Sentral stab i helseforetaket har tilgjengeliggjort e-læringskurs i prioritering av henvisninger utarbeidet av Helsedirektoratet og tilbudt opplæring for de somatiske klinikkene i forbindelse med de reviderte prioriteringsveilederne og endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. Det har ikke vært obligatorisk å delta på opplæringen.

- Konsernrevisjonen vurderer at det bør være obligatorisk opplæring for å sikre at alle vurderingsansvarlige og behandlere i helseforetaket, blir kjent med de reviderte prioriteringsveilederne.

Revisjonen viser at helseforetaket har utarbeidet overordnet prosedyre for mottak og vurdering av henvisninger. Det fremgår av prosedyren at fastsettelse av behandlingsfrist ved vurdering av henvisninger skal baseres på prioriteringsveileder innen gitt fagområde, i tillegg til individuell vurdering av prioritet/grad av hast. Det fremgår også at fastsettelse av frist ikke skal ta utgangspunkt i lokale kapasitetsforhold. Ved rettighetsvurdering av henvisninger var det angitt i prosedyrer at blant annet resultatet av vurderingen, hastegrad og prioritet (juridisk frist) skal registreres i det pasientadministrative systemet. I prosedyren for vurdering av henvisninger i DIPS fremgår det videre at det skal registreres en fristdato og en tentativ dato. Den tentative datoen kan settes tidligere enn fristdato hvis det er spesielle forhold ved henvisningen som tilsier at pasienten bør starte helsehjelpen tidligere enn hva prioriteringsveilederen anbefaler.

- Føringerne for å registrere fristdato og tentativ dato i de tilfellene hvor pasientene vurderes å ha behov for helsehjelp raskere enn anbefalt frist i prioriteringsveilederen, er etter konsernrevisjonens vurdering uklar og kan medføre ulik praksis. Etter konsernrevisjonens vurdering kan dette medføre risiko for at timetildeling fastsettes ut i fra feil dato og at pasienter ikke får startet helsehjelpen innen riktig tid. I tillegg kan dette medføre at helseforetakets fristbruddsrapportering ikke er pålitelig.

Det fremkom ikke av prosedyrene for vurdering av henvisninger om begrunnelsen for rettighetsvurderingen skal dokumenteres i journal, herunder dokumentasjon av eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen. I de tilfeller flere prioriteringsveiledere kan være aktuelle, fremkom det ikke krav om å dokumentere hvilken veileder som er lagt til grunn for vurderingen.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende føringer for å dokumentere begrunnelsen knyttet til rettighetsvurderingen, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, gjør det mindre sporbart i forhold til hvilken informasjon som er vektlagt i vurderingen. For enkelte henvisninger vil flere prioriteringsveiledere kunne legges til grunn for vurderingen. I slike tilfeller vil det etter konsernrevisjonens vurdering også være hensiktsmessig å dokumentere hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn. Dokumentasjon på vurderingene vil for eksempel være viktig ved en eventuell klagesak.

Revisjonen viste videre at helseforetaket ikke har gjennomført oppfølging av bruk av prioriteringsveilederne, eksempelvis stikkprøver, benchmarking eller annen sammenligning med andre helseforetak.

- Konsernrevisjonen vurderer at oppfølging kan redusere risikoen for at helseforetaket ikke prioriterer i tråd med de nasjonale veilederne.

Revisjonen viste videre at det ikke var etablert føringer for normering av tidsaspektet for helsehjelpen som gis for øvrige pasientforløp, med unntak av pakkeforløp for kreft.

- For å tilstrebe en enhetlig praksis for de ulike pasientforløpene etter at fristen er innfridd, vurderer konsernrevisjonen at det er hensiktsmessig å utarbeide overordnede føringer for normerte tidsintervall for å sikre god fremdrift i helsehjelpen, hindre variasjon og uhensiktsmessig venting. I tillegg bør helseforetaket sikre at dette implementeres og følges opp/monitoreres.

Anbefalinger

- Helseforetaket gjennomfører obligatorisk opplæring i bruk av prioriteringsveilederne.
- Helseforetaket tydeliggjør at fristdatoen som settes i DIPS er den fristen som settes ut fra medisinskfaglige vurderinger. I den sammenheng bør helseforetaket se på bruken av tentativ dato.
- Helseforetaket gir føringer for å dokumentere begrunnelsene for rettighetsvurderingene, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, samt dokumentere hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn ved sammensatt problematikk.
- Helseforetaket følger opp bruken av prioriteringsveilederne.
- Helseforetaket utarbeider føringer for å etablere normerte tidsintervall for hele pasientforløpet (fra start til avslutning) knyttet til utredning, behandling og kontroll. Det etableres tiltak for å følge opp at føringerne etterleves.

2.2.2 Poliklinikk urologi og poliklinikk fordøyelsessykdommer

Revisjonen har vist at poliklinikkene har hatt gjennomganger av de reviderte prioriteringsveilederne i morgenmøter i tillegg til den opplæringen som ble organisert i regi av sentral stab i helseforetaket. Både gjennomgangene i poliklinikkene og opplæringen var et tilbud for alle legene.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er etablert hensiktsmessig opplæringstiltak i prioriteringsveilederne.

Konsernrevisjonen har ikke belyst om poliklinikkene faktisk setter frister i henhold til prioriteringsveilederne, men begge poliklinikkene viste til at de legger til grunn reviderte prioriteringsveiledere innenfor sine respektive fagområder. Revisjonen viste at begge poliklinikkene fyller ut den informasjonen som skal registreres i DIPS i forbindelse med vurdering av henvisning. De vurderingsansvarlige setter en tentativ dato som er tidligere enn fristdatoen dersom de mener at pasienten bør ha helsehjelp raskere enn anbefalt frist i prioriteringsveilederen. Ved poliklinikk for urologi tok merkantilt personell utgangspunkt i tentativ dato (som var fastsatt av vurderingsansvarlig lege) når de satt opp timer for nyhenviste pasienter. Ved poliklinikk for fordøyelsessykdommer ble det tatt utgangspunkt i fristdatoen når de ga timer til nyhenviste pasienter.

- Dersom fristdato og tentativ dato settes ulikt i poliklinikk for fordøyelsessykdommer, vurderer konsernrevisjonen at det er risiko for at pasientene ikke får time innen det som er den reelle fristdatoen. Konsernrevisjonen vurderer at dette henger sammen med uklare føringer som er beskrevet i kapittel 2.2.1.

Revisjonen viste videre at poliklinikkene i liten grad dokumenterer begrunnelsen for rettighetsvurderingen, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederne.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende dokumentasjon av hvilken informasjon som er vektlagt ved rettighetsvurderingen, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, gjør grunnlaget for vurderingen mindre sporbar.

Begge poliklinikkene har innført en praksis hvor alle legene rettighetsvurderer henvisninger. Poliklinikk urologi har i tillegg delt vurdering av henvisninger inn etter spesialiseringer, med en generell pasientgruppe, kreftgruppe og stengruppe. Poliklinikkene opplyser at vanskelige henvisninger blir diskutert på morgenmøter eller overlatt til mer erfarne leger. Det ble også vist til at den enkelte lege som møter pasienten ved start helsehjelp, så over rettighetsvurderingen som ble gjort knyttet til henvisningen. Revisjonen viste videre at poliklinikkene ikke har gjennomført noen form systematisk oppfølging av prioriteringspraksis for nyhenviste i form av stikkprøver eller benchmarking.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksisen med at alle leger rettighetsvurderer henvisninger, at henvisninger diskuteres på morgenmøter, at legene også ser hen til rettighetsvurderingen til andre leger når de skal starte helsehjelpen, er tiltak som kan redusere risikoen for ulik prioritering internt i poliklinikken.
- Konsernrevisjonen vurderer videre at det kan være hensiktsmessig med en mer systematisk oppfølging av hvordan poliklinikken rettighetsvurderer pasienter for å sikre konsensus og riktig praksis i forhold til prioriteringsveilederne.

Revisjonen viste at det bortsett fra pakkeforløp for kreft ikke var utarbeidet tilsvarende normerte tidsintervaller for øvrige pasientforløp i poliklinikkene. Begge poliklinikkene oppga at behandlerne setter en tentativ dato for neste kontakt (utredning, behandling og kontroll), eventuelt avslutter pasientforløpet, ut fra medisinskfaglige vurderinger og ikke kapasitet. Faglige vurderinger for pasientforløpene var tema på morgenmøter og diskusjonstema mellom

behandlerne. Revisjonen viste videre at poliklinikkene ikke gjennomfører systematisk oppfølging, eksempel stikkprøver eller benchmarking, av pasientforløpene etter start helsehjelp.

- Konsernrevisjonen vurderer at oppgitt praksis rundt tildeling av nye timer etter start helsehjelp er i tråd med kravene.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at normerte tidsintervaller for utredning, behandling og kontroll kan være hensiktsmessig for å redusere risiko for ulik praksis. Konsernrevisjonen vurderer at denne praksisen bør følges opp.

Anbefalinger

- Poliklinikkene følger overordnede føringer for hvilken dato som skal være utgangspunkt for timeinnkalling (se denne i sammenheng med anbefaling gitt til overordnet nivå).
- Poliklinikkene dokumenterer begrunnelsen for rettighetsvurderingen, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen (se denne i sammenheng med anbefaling gitt til overordnet nivå).
- Poliklinikkene følger systematisk opp bruk av prioriteringsveilederne.
- Poliklinikkene utarbeider normerte tidsintervaller for de ulike pasientforløpene og følger disse opp.

2.2.3 Poliklinikk Nordre Vestfold DPS og poliklinikk Søndre Vestfold DPS

Revisjonen viste at det ikke har vært gjennomført systematisk opplæring i de reviderte prioriteringsveilederne i poliklinikkene. Poliklinikkene viste imidlertid til at det er tverrfaglige inntaksteam som vurderer alle henvisninger i poliklinikkene og at de ser hen til- og legger de reviderte prioriteringsveilederne til grunn for rettighetsvurderingene i inntaksmøtet. Begge poliklinikkene hadde åpnet opp for at behandlere kan delta i inntaksmøtet. I Søndre Vestfold DPS inngikk det som en del av opplæringen til nyansatte for å se hva inntaksmøtet la vekt på i rettighetsvurderingene.

- Konsernrevisjonen vurderer at et felles inntaksmøte som bruker prioriteringsveilederne ved vurdering av henvisninger, reduserer risikoen for ulik rettighetsvurdering internt i poliklinikkene.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det kan være hensiktsmessig med en felles opplæring i prioriteringsveilederne i poliklinikken (både de som sitter i inntaksteamet og behandlerne) for å skape en felles forståelse av hvordan inntaksteamene rettighetsvurderer henvisninger.

Revisjonen viste at inntaksteamene vurderte rett/ikke rett, utredning eller behandling, frister og mulig behandlingsforløp i fellesskap, mens merkantile registrerte opplysningene i Paps. Det ble utarbeidet et vurderingsnotat etter inntaksmøtet hvor en kort konklusjon av vurderingen fremgikk. Revisjonen viste at poliklinikkene i liten grad begrunner eventuelle avvik fra prioriteringsveilederne i vurderingsnotatet eller hvilken prioriteringsveileder som ble lagt til grunn for tilfeller med sammensatt problematikk (rus og psykiatri).

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende dokumentasjon av hvilken informasjon som er vektlagt ved eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, samt hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn i tilfeller ved sammensatt problematikk (rus/psykiatri), gjør grunnlaget for vurderingen mindre sporbar.

Revisjonen viste videre at poliklinikkene følger opp sin prioriteringspraksis ved å delta på kalibreringskonferanser med tilsvarende poliklinikker fra andre helseforetak. Her gjennomgås flere henvisninger hvor ulike helseforetak redegjør for hvordan de ville ha rettighetsvurdert henvisningen og begrunner dette.

- Konsernrevisjonen vurderer at kalibreringskonferanser knyttet til bruk av prioriteringsveiledere, er et risikoreduserende tiltak som bidrar til konsensus internt og eksternt.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at det kan være hensiktsmessig å benytte annen styringsinformasjon for oppfølgingen av vurderingspraksis, eksempelvis å analysere tall for avslag og fristtider.

Revisjonen viste at det i poliklinikkene var en beskrivelse av utredningsforløp generelt, men ikke pr diagnose. Poliklinikkene oppga at de fulgte faglige retningslinjer som tilsier aktiv behandling og hyppige konsultasjoner. Dette ble bekreftet av revisjonen gjennom journalgjennomgangen som viste at det settes opp jevnlige og løpende konsultasjoner med 1-2 ukers mellomrom. Revisjonen viste videre at seksjonslederne ved begge poliklinikkene fulgte opp andel pasienter med behandlingsplan, samt at de gjennomførte 1-2 pasientlistegjennomganger i halvåret med alle behandlerne. Alle pasienter på behandlerens liste ble gjennomgått for å diskutere videre forløp, og om det var pasientforløp som kunne avsluttes. Seksjonslederne ved begge poliklinikkene hadde oversikter over hvor stor andel pasienter som har vært til behandling eksempelvis 1 måned, 3 måneder, 6 måneder osv.

- Konsernrevisjonen vurderer at oppgitt praksis for tildeling av nye timer etter start helsehjelp er i tråd med kravene.
- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene har iverksatt systematiske oppfølgingstiltak som vil kunne bidra til å sikre en konsensus for videre pasientforløp etter start helsehjelp.
- Konsernrevisjonen vurderer samtidig at normerte tidsintervaller for utredning, behandling og kontroll kan være hensiktsmessig for å forsterke arbeidet som er iverksatt i poliklinikkene.

Anbefalinger

- Poliklinikkene sikrer at både vurderingsansvarlige og behandlere får opplæring i bruk av prioriteringsveilederne.
- Poliklinikkene begrunner og dokumenterer eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, samt dokumenterer hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn ved sammensatt problematikk (se denne i sammenheng med anbefaling gitt til overordnet nivå).

2.3 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført flere tiltak i Sykehuset i Vestfold HF for å sikre enhetlig praksis for prioritering til helsehjelp gjennom hele pasientforløpet.

Samtidig har revisjonen vist enkelte områder som kan forbedres. Dette gjelder eksempelvis uklårheter i registreringspraksis av fristdato i DIPS og manglende dokumenterte begrunnelser av rettighetsvurderingene. Videre viser revisjonen at det ikke er utarbeidet overordnede føringer for å normere tidsaspektet for videre utredning, behandling og kontroll (etter start helsehjelp/juridisk frist er innfridd). Helseforetaket har i liten grad gjennomført oppfølging for bruk av prioriteringsveiledere. Enkelte enheter har imidlertid iverksatt tiltak for å sikre enhetlig praksis i prioriteringsarbeidet både før og etter start helsehjelp.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler gir risiko for at pasienter kan prioriteres ulikt og ikke henhold til nasjonale prioriteringsveiledere.

3.0 Problemstilling 2 – Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

Nyhenviste pasienter, som får 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 om helseforetakene også gir oppmøtetidspunkt til disse pasientene.

Utdypende føringer i tilknytning til oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

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 utdypes § 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 brevmalere fra Helsedirektoratet som skal brukes ved svar på henvisningene. 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.

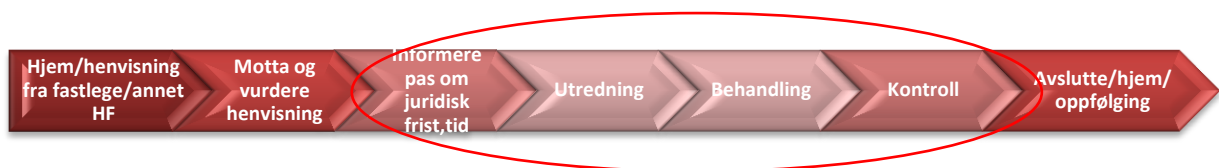
I forarbeidene til loven understreker Helse- og omsorgsdepartementet at rettighetspasienter med frist innen fire måneder bør få en konkret dato og klokkeslett (time). De pasientene som får en frist som er lengre enn fire måneder, bør også gis et tidspunkt. Dette behøver imidlertid ikke være en konkret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

Figuren nedenfor illustrerer hvor time i første brev og "time i hånden" fremkommer i pasientforløpet.



Figur 4 Hvor tildeling finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor 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. Deretter beskrives hvilke funn som er gjort og anbefalinger tilknyttet disse. Først presenteres funn på overordnet nivå, deretter for poliklinikkene.

3.1 Revisjonskriterier

Basert på utdypende føringer nevnt ovenfor (kapittel 3.0) har konsernrevisjonen lagt følgende revisjonskriterier til grunn:

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

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert rutiner i helseforetaket som sikrer at nyhenviste pasienter får time i første brev, og at de får den informasjon de har krav på. Dersom det er behov for videre helsehjelp må det sikres at pasienter får time i hånden, dette for å sikre forutsigbarhet for pasienten også etter start helsehjelp. Tildeling av direkte timer både før og etter start helsehjelp, forutsetter en lang planleggingshorisont på timetildeling på poliklinikkene, jf krav gitt i Oppdrag- og bestilling til helseforetakene om seks måneders planleggingshorisont. For at helseforetaket skal være sikre på at de angitte kriteriene etterleves må dette følges opp/monitoreres.

3.2 Observasjoner og vurderinger

3.2.1 Overordnet nivå

Revisjonen viste at det er utarbeidet en overordnet prosedyre for mottak og vurdering av henvisninger. I prosedyren fremkom 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 den juridiske fristen er kortere enn 4 måneder frem i tid, skal dato og time angis. Hvis den juridiske fristen er lenger frem i tid enn 4 måneder, skal tentativ dato angis (tentativ uke i ventelistebrevet). Det er ikke gitt føringer for når pasienter med lengre frist enn 4 måneder, og som skal få en tentativ uke, skal få nytt brev med innkalling til eksakt time. Det er utarbeidet en prosedyre som viser til at henviser skal få kopi av svarbrevet.

- Konsernrevisjonen vurderer at prosedyrene knyttet til nyhenviste pasienter er i tråd og dekkende for gjeldende lovkrav.
- Konsernrevisjonen vurderer at manglende føringer for når pasienter med frist over 4 måneder (og som har fått en tentativ uke) skal gis en konkret time, kan redusere forutsigbarheten for pasienten.

Revisjonen viste at det ikke var utarbeidet prosedyre som beskriver at pasienter som har startet helsehjelpen og som skal ha ny konsultasjon, skal få time i hånden.

- For å sikre forutsigbarhet for pasientene gjennom hele pasientforløpet vurderer konsernrevisjonen det som hensiktsmessig å etablere en rutine/prosedyre om å gi time i hånden til pasienter som skal ha videre helsehjelp. Konsernrevisjonen vurderer at en slik praksis også kan gi helseforetaket en bedre oversikt over sammenhengen mellom aktivitet og kapasitet.

Revisjonen viste at det ikke er et internt krav i helseforetaket om at den enkelte lege/psykolog skal ha timebøkene åpne seks måneder frem i tid. Det var imidlertid lagt opp til at avdelingene skal booke timer på ressurser (det vil si at man ikke booker pasienter på en bestemt lege) på avdelingene 6 måneder frem i tid.

- Konsernrevisjonen vurderer at tildeling av timer på ressurser i de fleste tilfeller er tilstrekkelig for å kunne booke timer frem i tid. Konsernrevisjonen vurderer at tildeling av timer på ressurser kan være lite hensiktsmessig i de tilfeller pasienttiden er avhengig av en gitt fagkompetanse.

Revisjonen viste at helseforetaket jevnlig tar ut rapporter som viser «Time i første brev». Statusrapporteringen til styret i Helse Sør-Øst RHF i mars 2016 viste at 70 % av pasientene ved Sykehuset i Vestfold HF fikk oppmøtetidspunkt i svarbrevet på henvisningen.

- Konsernrevisjonen vurderer at andelen pasienter som får oppmøtetidspunkt i første brev ikke er i henhold til lovkravet.

Anbefalinger

- Helseforetaket utarbeider føringer for når pasienter med frist over 4 måneder og som får tentativ uke i første brev, skal få konkret oppmøtetidspunkt.
- Helseforetaket utarbeider føringer for å gi oppmøtetidspunkt (time i hånden) til pasienter som har startet helsehjelpen. Det bør vurderes om disse pasientene skal følge de samme kravene til timetildeling som for nyhenviste pasienter (under eller over 4 måneder).
- Helseforetaket sikrer at alle pasienter får oppmøtetidspunkt i første brev, eventuelt tentativ uke for pasienter med juridisk frist lengre enn 4 måneder. Dette fordrer blant annet at det er tilgang til timebøkene til spesifikke fagkompetanse.

3.2.2 Poliklinikk for fordøyelsessykdommer

Revisjonen viste at poliklinikken tok utgangspunkt i frist for start helsehjelp og ikke fristen på 10 virkedager når de sendte svar på henvisningene. Dette medførte at mange av svarbrevene ikke ble sendt innen 10 virkedager, men noen uker før fristdatoen. Poliklinikken viste til at de har en planleggingshorisont på 1-2 måneder. Dette bekreftes gjennom journalgjennomgangen utført av konsernrevisjonen. Journalgjennomgangen viste at kun fire av 17 pasienter hadde fått svar på henvisningen innen 10 virkedager. Innholdet i disse fire svarbrevene var i tråd med kravene. For de resterende pasientene var det manglende svar innen 10 virkedager og/eller mangler i forhold til innholdet i svarbrevene. Noen av disse pasientene var sendt til pasientservicekontoret på grunn av manglende kapasitet i poliklinikken. Journalgjennomgangen viste at ingen av disse pasientene fikk svarbrev på henvisning hverken fra poliklinikken eller fra pasientservicekontoret innen frist.

- Konsernrevisjonen vurderer det som alvorlig at pasienter ikke mottar den informasjonen de har krav på og innen fristen som er satt. Etablert praksis i poliklinikken kan få konsekvenser for pasienter som har fått frist for start helsehjelp langt frem i tid, ettersom det da kan gå lang tid før de får svar på henvisningen (se også kapittel 4).

Når det gjelder pasienter som har startet helsehjelpen og som skal ha videre helsehjelp, viste revisjonen at det i liten grad bookes direkte time. Det ble i stedet satt en tentativ dato i DIPS basert på en medisinskfaglig vurdering. Poliklinikken viste til at de 1-2 uker før oppsatt tentativ dato sendte timeinnkalling til pasientene. Revisjonen viste derimot at mange av disse pasientene ikke fikk time innen tentativ dato. I slutten av april var det 662 pasienter som ikke hadde fått time innen den tentative datoen som var satt ved den medisinskfaglige vurderingen. Poliklinikken viste til at dette skyldtes kapasitetsutfordringer og at de måtte prioritere mellom pasientgrupper.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende time i hånden for pasienter etter start helsehjelp, gir manglende forutsigbarhet for pasientene.
- Konsernrevisjonen vurderer at kun 1-2 uker planleggingshorisont for tildeling av timer også medfører utfordringer for planleggingen av poliklinikkens drift. For det første medfører dette manglende forutsigbarhet for pasienten. For det andre medfører det at pasienter ikke får time i henhold til det som er satt ved den medisinske faglige vurderingen.

Anbefalinger

- Poliklinikken sender svar på henvisningene til pasientene innenfor tidsfristene.
- Poliklinikken benytter riktige maler ved svar på henvisningene.
- Poliklinikken gir time i hånden for pasienter som har startet helsehjelpen (se denne i sammenheng med anbefaling gitt til overordnet nivå).
- Poliklinikken tar i bruk 6 måneders planleggingshorisont for timetildeling.

3.2.3 Poliklinikk for urologi

Revisjonen viste at poliklinikken, med unntak av fimosepasientene og pasienter som henvises direkte til operasjon, gir pasienter time eventuelt tentativt uke i svarbrev på henvisningen. Dette ble også bekreftet gjennom journalgjennomgangen hvor 14 av 18 pasienter fikk svar på henvisning. Revisjonen viste at innholdet i disse svarbrevene var i tråd med kravene. Av de 14 pasienter som fikk svarbrev, fikk 13 pasienter svar innen kravet på 10 virkedager. De fire pasientene som ikke fikk svarbrev tilhørte tilstandsgruppen fimosepasienter. Pr april 2016 hadde poliklinikken 40 pasienter på venteliste for operasjon for fimose, og disse sto på ventelisten uten direkte time. Det ble vist til at poliklinikken ikke har fast ressurs eller faste dager for disse pasientene slik at tilbudet har vært uregelmessig. Pasientene ble først satt på venteliste inntil poliklinikken fikk etablert en operasjonsdag, og deretter fikk pasientene beskjed om oppmøtetidspunkt. Journalgjennomgangen viste i tillegg at det var en pasient som var avvist og hvor svarbrevet ikke var gått til pasient, men kun til henviser.

- Konsernrevisjonen vurderer det som viktig at alle pasienter mottar den informasjonen de har krav på og innen fristen som er satt. Det er også viktig at alle pasienter som avvises får svarbrev av den vurderingen som er gjort.

Revisjonen viste at det i liten grad ble satt direkte time for pasienter som har startet helsehjelpen og som skal ha videre helsehjelp. Det ble i stedet satt en tentativ dato i DIPS basert på en medisinsk faglig vurdering. Poliklinikken viste til at de 1-2 uker før oppsatt tentativt dato, sendte innkalling til pasientene. Revisjonen viste derimot at mange av disse pasientene ikke fikk time innen tentativt dato. I slutten av april 2016 var det 114 pasienter som ikke hadde fått time innen den tentative datoen som var satt for pasientene. Poliklinikken viste til at dette skyldes kapasitetsutfordringer og at de her måtte prioritere mellom de ulike pasientgruppene.

- Konsernrevisjonen vurderer at manglende time i hånden for pasienter etter start helsehjelp, gir manglende forutsigbarhet for pasientene.
- Konsernrevisjonen vurderer at kun 1-2 uker planleggingshorisont for tildeling av timer også medfører utfordringer for planleggingen av poliklinikkens drift. For det første medfører dette manglende forutsigbarhet for pasienten. For det andre medfører det at pasienter ikke får time i henhold til det som er satt ved den medisinske faglige vurderingen.

Anbefalinger

- Poliklinikken sender svar på henvisningene til alle pasientene innenfor tidsfristene.
- Poliklinikken gir time i hånden for pasienter som har startet helsehjelpen (se denne i sammenheng med anbefaling gitt til overordnet nivå).
- Poliklinikken tar i bruk 6 måneders planleggingshorisont for timetildeling.

3.2.4 Poliklinikk Nordre Vestfold DPS og poliklinikk Søndre Vestfold DPS

Revisjonen viste at alle pasienter får time i første brev. Det ble også gjennomgående sendt kopi av svarbrevet til henviser. Ved avslag (ikke behov for helsehjelp) sendes det også alltid brev til pasient og henviser. Ved avslag tilpasset inntaksteamet hvilken informasjon som går til pasient og henviser. Informasjonen i avslagsbrevene var i henhold til krav. Journalgjennomgangen viste at alle svar på henvisningene var i henhold til de krav som er satt, med kun ett unntak. Det var 1 pasient i uttrekket, i SVDPS, som ikke fikk svar på henvisning innen 10 virkedager, men kort tid etter. Det hadde imidlertid vært gjennomført en vurderingssamtale med pasient i løpet av vurderingsperioden.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene har en god praksis på svar på henvisningene til pasient og henviser.

For pasienter som har startet helsehjelpen viste revisjonen at tilnærmet alle pasienter fikk time i hånden for neste konsultasjon. I noen tilfeller ble det ikke gitt direkte time i påvente av avklaringer, og det ble da satt opp en huskelistetime i Paps (kode 490) for å følge opp videre forløp og timetildeling.

- Konsernrevisjonen vurderer at poliklinikkene har en timetildelingspraksis som gir pasientene forutsigbarhet. Konsernrevisjonen vurderer også en slik praksis fører til at poliklinikkene får et godt grunnlag til å planlegge og følge opp forholdet mellom aktivitet og kapasitet.

Anbefalinger

- Ingen anbefalinger

3.3 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak i Sykehuset i Vestfold HF for at pasienter får informasjon om oppmøtetidspunkt i svarbrevet på henvisning.

Samtidig viser revisjonen enkelte forbedringsområder for de somatiske poliklinikkene, ved at overordnede føringer ikke alltid blir fulgt, herunder at svarbrev ikke sendes innen fastsatte frister, og at pasient og henviser ikke får riktig informasjon i svarbrevene inkludert oppmøtetidspunkt. Revisjonen viser videre at det ikke er utarbeidet overordnede føringer for å gi oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timer etter at helsehjelpen har startet (time i hånden), men enkelte poliklinikker gir likevel dette.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler ikke gir tilstrekkelig informasjonsgrunnlag og forutsigbarhet for pasientene.

4.0 Problemstilling 3 – Helfo pasientformidling

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

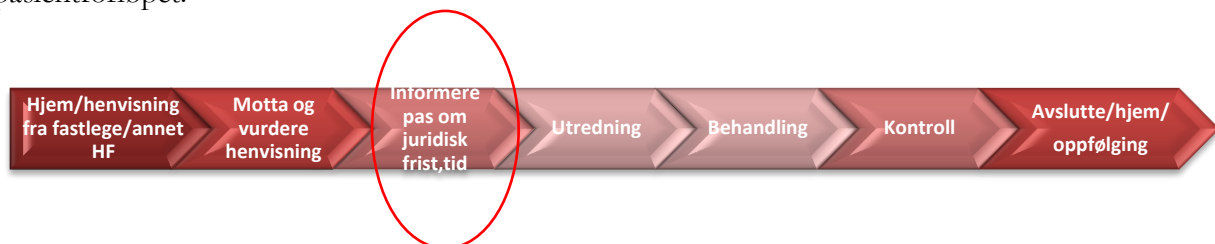
Utdypende føringer for Helfo pasientformidling

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 alternativ tilbud med oppstart av helsehjelpen før fristen, men takker nei og ønsker å stå på venteliste 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. 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.

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



Figur 5 Hvor bruk av Helfo pasientformidling finner sted i pasientforløpet.

I kapitlene nedenfor beskrives hvilke revisjonskriterier som er lagt til grunn knyttet til Helfo pasientformidling. Deretter beskrives hvilke funn som er gjort og anbefalinger tilknyttet disse. Først presenteres funn på overordnet nivå, deretter for poliklinikkene.

4.1 Revisjonskriterier

Basert på utdypende føringer nevnt ovenfor (kapittel 4.0) har konsernrevisjonen lagt følgende revisjonskriterier til grunn:

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

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

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert rutiner i helseforetaket knyttet til 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.

4.2 Observasjoner og vurderinger

4.2.1 Overordnet nivå

Revisjonen viste at det er etablert en overordnet prosedyre for merkantile for ventelisteføring, herunder kontroll av mulige fristbrudd. Dersom pasientens frist for start helsehjelp ikke vil bli overholdt fremkommer det at pasientservicekontoret i helseforetaket skal kontaktes.

Det er utarbeidet en beskrivelse av oppgavene til pasientservicekontoret. Her fremkommer det at de skal bistå avdelinger som har pasienter som avdelingene ikke klarer å gi time til innen fastsatt frist, eller pasienter som har startet helsehjelpen og som ikke vil få time innen fastsatt tidspunkt (tentativ dato). Pasientservicekontoret skal formidle og følge opp pasienter som videreformidles til annet sykehus, private eller avtalespesialister. Hvis de ikke finner et alternativt behandlingssted skal pasientene formidles til Helfo pasientformidling.

I kontakt med pasient følger pasientservicekontoret en mal for hvilken informasjon som skal gis muntlig til pasient. Pasienten skal informere om;

- at henvisningen er mottatt
- at den har vært vurdert av en overlege på avdelingen
- at det er satt en frist når helsehjelpen skal startes
- at Sykehuset i Vestfold HF desverre ikke har mulighet å gi pasienten time innen fristen på grunn av dårlig kapasitet på avdelingen og
- at pasienten kan få time ved et annet behandlingssted innen fristen

Revisjonen viste videre at Sykehuset i Vestfold HF sender brev til nytt behandlingssted hvor fastsatte frister fremkommer. I brevmalen er det beskrevet at hvis behandlingsstedet ikke klarer å ta inn pasienten innen fristen, så skal de melde tilbake om dette til Sykehuset i Vestfold HF. I brevmalen fremkommer det at nytt behandlingssted må sende eksakt oppmøtetidspunkt til pasient.

- Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets rutiner for kontakt med nytt behandlingssted gir rimelig grad av sikkerhet for at gjeldende krav overholdes.

Det er utarbeidet en brevmal til pasienter som takker nei til et alternativ tilbud innen juridisk frist. I brevmalen fremkommer det at vedkommende har takket nei på tilbud om alternativt behandlingssted, at pasientene vil bli stående på ventelisten til helseforetaket, frist for start helsehjelp, og at tilbudet fra eget helseforetak blir senere enn det som er vurdert av lege som medisinsk forsvarlig. I brevmalen oppgis det ikke dato for når pasienten vil få time ved Sykehuset i Vestfold HF, men at det vil bli gitt i eget brev fra den enkelte avdeling. Det er videre utarbeidet en overordnet prosedyre som viser til at for pasienter som takker nei til en alternativt behandlingsplass, skal utsettelseskoden "Pasienten har takket nei til tilbud om hjelp ved annet behandlingssted" registreres i det pasientadministrative systemet. Disse blir da ikke rapportert

som fristbrudd, men pasienten står fortsatt på venteliste som ventende med kode «pasientbestemt utsettelse». Det er ikke rutine/prosedyre for å gi disse pasientene informasjon om oppmøtetidspunkt.

- Konsernrevisjonen vurderer at det er risiko for at pasienter som takker nei til alternativt behandlingssted og som ønsker å stå på ventelisten til Sykehuset i Vestfold HF, ikke prioriteres like høyt i oppfølgingen av ventelistene ettersom disse pasientene har pasientbestemt utsettelse (jf. utfordringene med antallet pasienter som ikke får time i henhold til fastsatt tentativ dato som er beskrevet i kapittel 3). Konsernrevisjonen understreker at pasienter med pasientbestemt utsettelse ikke skal nedprioriteres i forhold til andre pasienter på ventelisten.

Anbefalinger

- Det må gis informasjon om oppmøtetidspunkt for pasientene som takker nei til alternativt tilbud. Oppmøtetidspunkt må ta utgangspunkt i hvor pasienten er på ventelisten.

4.2.2 Pasientservicekontoret

Revisjonen viste at pasientservicekontoret mottok totalt 627 pasienter fra avdelingene i Sykehuset i Vestfold HF i perioden januar - mars 2016. Av disse var 289 fra poliklinikk for fordøyelsessykdommer. Av det totale antallet henvisninger/pasienter som ble videresendt til pasientservicekontoret, ønsket mellom 30-40 % å bli stående på ventelisten ved Sykehuset i Vestfold HF fremfor å bli videreformidlet til alternativt behandlingssted. Pasientservicekontoret hadde pr. april ikke videreformidlet pasienter til Helfo pasientformidling.

- Konsernrevisjonen vurderer at pasientservicekontoret bidrar til å hindre fristbrudd med å videreformidle pasienter til andre behandlingssteder.
- Konsernrevisjonen vurderer at det er en risiko med at et så stort antall pasienter sendes tilbake til poliklinikkene. Ved mangel på kapasitet over tid, kan dette kunne medføre at antallet pasienter på ventelisten blir større enn den reelle kapasiteten.

Revisjonen viste at pasienter som takket nei til å bli videreformidlet til alternativt behandlingssted, ble satt på ventelisten i Sykehuset i Vestfold HF. Disse ble da registrert i DIPS med pasientbestemt utsettelse, og mottok standardbrev fra pasientservicekontoret. Revisjonen viste videre at pasientservicekontoret i mars/april 2016 hadde utfordringer med å skaffe et alternativ tilbud for pasientene fra poliklinikk for fordøyelsessykdommer, men at informasjon om dette ikke ble fanget opp av poliklinikk for fordøyelsessykdommer. Dermed ble ikke pasientene fulgt opp på ventelisten i poliklinikken. Pasientservicekontoret viser til at de sammen med poliklinikk for fordøyelsessykdommer fra april 2016 har iverksatt tiltak for å sikre at dette ikke oppstår igjen.

- Konsernrevisjonen vurderer det som alvorlig at pasienter blir stående på ventelisten uten aktiv oppfølging (svar på henvisningen og timetildeling). Konsernrevisjonen vurderer at disse pasientene burde blitt videreformidlet til Helfo pasientformidling.

Sykehuset i Vestfold HF viser til at pasientservicekontoret ble opprettet januar 2015 og at somatiske poliklinikker fortløpende har tatt i bruk pasientservicekontoret. Det ble vist til at det fortsatt var noen poliklinikker som selv sender pasientene videre til andre behandlingssteder.

- Konsernrevisjonen vurderer at pasientservicekontoret kan bidra til å sikre enhetlig og riktig praksis for videreformidling av pasienter. Konsernrevisjonen vurderer at alle poliklinikker bør følge føringene i helseforetaket for å redusere risiko for ulik og feil praksis.

Anbefalinger

- Det må iverksettes tiltak for at rutinene for videreformidling av pasienter (herunder bruk av Helfo pasientformidling) tydeliggjøres, etterleves og følges opp.

4.2.3 Poliklinikk for fordøyelsessykdommer og poliklinikk for urologi

For de reviderte somatiske poliklinikkene ble det vist til at de er kjent med overordnede rutiner tilknyttet ventelistene, herunder å ha oversikt over kommende fristbrudd. Gjennomgangen viste imidlertid at poliklinikk for fordøyelsessykdommer har en utfordring med fristbrudd. Uttrekk for perioden 1. november 2015 til 31. mars 2016 viste at det var 33 fristbrudd på poliklinikken i denne perioden. 27 av pasientene hadde fått start helsehjelp innen 14 dager etter fristdatoen, mens av de resterende 6 fristbruddene var det noen pasienter som hadde ventet betydelig lenger enn fristdatoen. For samme periode var det ved poliklinikk for urologi 2 fristbrudd, som fikk start helsehjelp innen 14 dager etter fristdatoen.

- Ettersom pasienter kan bli stående i fristbrudd over en lang periode, vurderer konsernrevisjonen at overordnede føringer om å videreformidle alle aktuelle fristbruddpasienter til pasientservicekontoret ikke alltid blir fulgt.

Revisjonen viste videre at det er ulik praksis mellom poliklinikkene når de ikke har mulighet til å gi pasienter helsehjelp innen fastsatt frist for start helsehjelp. Ved poliklinikk for fordøyelsessykdommer har de innarbeidet en praksis om å videreformidle pasienter som får frist over én måned til pasientservicekontoret. For disse pasientene ble det gjort en vurdering i samråd med medisinsk faglig ansvarlig når individuelle forhold ved pasienten tilsa behandling ved Sykehuset i Vestfold HF. Revisjonen viste at poliklinikk for urologi har sendt over en del pasienter henvist for pasientgruppen fimose til pasientservicekontoret, men poliklinikken videreformidler ikke pasienter til pasientservicekontoret gjennomgående ved mulig kommende fristbrudd. Poliklinikken kontakter selv mulige fristbruddpasienter (og pasienter med lang frist) og tilbyr alternative behandlingssteder hvis mulig.

- Konsernrevisjonen vurderer at praksisen i poliklinikk for urologi vedrørende videreformidling av pasienter, ikke er i tråd med interne føringer.
- Konsernrevisjonen vurderer ulik praksis med å videreformidle pasienter medfører risiko for manglende etterlevelse av føringer, herunder lovkrav, som er satt for helseforetaket (se vurderinger og anbefalinger i kapittel 4.2.2).

Anbefalinger

- Poliklinikk for fordøyelsessykdommer gjennomgår rutiner slik at poliklinikken videreformidler alle fristbrudd til pasientservicekontoret.
- Poliklinikk for urologi følger overordnede føringer for videreformidling av pasienter til pasientservicekontoret.

4.2.4 Poliklinikk Nordre Vestfold DPS og poliklinikk Søndre Vestfold DPS

Revisjonen viste at poliklinikkene ukentlig tar ut rapporter for å følge opp ventelistene for å unngå fristbrudd. Time i svar på henvisningen settes opp minimum en uke før juridisk frist, slik at de har fleksibilitet for å innfri frist hvis uforutsette hendelser skulle inntreffe. Enhetene har ikke hatt fristbrudd og har derfor ikke sendt pasienter til pasientservicekontoret.

Revisjonen viste videre at Klinikk for Psykisk helsevern og rusbehandling har etablert egen prosedyre som gjelder dersom avdelingene ikke har mulighet til å gi pasientene tilbud innen juridisk frist. Seksjonslederne skal enten ta kontakt med fritt behandlingsvalg og finne tilbud før fristen går ut, eller ved forventet fristbrudd sende melding til Paps brukertjeneste, slik at IKT-Paps videreformidler disse til pasientservicekontoret.

- Ettersom prosedyren som er utarbeidet for klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling ikke er i overenstemmelse med overordnede føringer i helseforetaket, vurderer konsernrevisjonen at det er en risiko for at praksis for håndtering av mulige fristbruddpasienter i poliklinikkene ikke vil håndteres i tråd med overordnede føringer for helseforetaket.

Anbefalinger

- Klinikk for psykisk helse og rus gjør seg kjent med overordnede føringer knyttet til hvem poliklinikkene skal kontakte ved mulige fristbrudd.

4.3 Oppsummering

Revisjonen har vist at det er gjennomført tiltak for oppfølging av ventelister og videreformidling av mulige fristbruddpasienter.

Samtidig viser revisjonen enkelte forbedringsområder både på overordnet nivå og i enkelte av poliklinikkene, ved at overordnede føringer for videreformidling, herunder bruk av Helfo pasientformidling, i varierende grad er kjent i de undersøkte klinikkene, og ikke alltid etterlevd og fulgt opp.

Konsernrevisjonen vurderer at nevnte svakheter og mangler medfører at pasienter ikke får helsehjelp innen fastsatte frister.

Vedlegg 1

Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

Styrende dokumenter
Pasient- og brukerrettighetsloven
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m)
Spesialisthelsetjenesteloven
Helseforetaksloven
Helsepersonelloven
Forskrift om pasientjournal
Brev av 6. november 2009 fra Helsedirektoratet til Sykehuset i Østfold HF. Dokumentasjonskrav i forbindelse med vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten
Prioriteringsforskriften
Forskrift om ventelisteregistrering
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 i Vestfold HF for 2015 og 2016
Styresak 029-2016 Kvalitets-, aktivitets-, og økonomisrapport per mars 2016
Utvalg prosedyrer fra Sykehuset i Vestfold HF sitt kvalitetssystem
Styreprotokoller og dokumenter fra styremøter i Sykehuset i Vestfold HF for 2015 – d.d

Gjennomførte samtaler

Rolle
Per Grunde Weydahl, fagdirektør
Torgeir Grøtting, analysesjef
Alison Axia Eriksen, pasientservicekontoret
Hilde Haugerud, avdelingssjef kirurgisk kontoravdeling
Viel Lindem, seksjonsleder poliklinikk allmennpsykiatri SVDPS.
Turid Wangen, konsulent og merkantil støtte i inntaksmøte SVDPS
Psykologspesialist Kenneth Pettersen, poliklinikk allmennpsykiatri SVDPS

Hilde Simonsen, spesialsykepleier poliklinikk allmennpsykiatri SVDPS
Eva Brekke, seksjonsleder, poliklinikk Allmennpsykiatri NVDPS
Morten Skuggedal, avdelingsoverlege NVDPS
Monica Stangeland, seksjonsleder kontortjeneste NVDPS
Torild Hildre, merkantil inntaksteam NVDPS
Eli-Cathrine Wilhelmsen, psykologspesialist inntaksteam NVDPS
Miriam Lindquist, psykolog NVDPS
Eli-Cathrine Wilhelmsen, psykologspesialist inntaksteam NVDPS
Mirjam Gülten Timur, seksjonsleder kontor poliklinikk for fordøyelsesykdommer
Anne Kari Madsen, helsesekretær timebestilling poliklinikk for fordøyelsesykdommer
Tor Erik Mathisen, overlege poliklinikk for fordøyelsesykdommer
Tone Bergene Aabrekk, overlege poliklinikk for fordøyelsesykdommer
Birgitte Seip, seksjonsleder leger poliklinikk for fordøyelsesykdommer
Stein Egil Øverby, leder for legene poliklinikk for urologi
Kirsten Ness, sykepleier/forløpskoordinator kirurgisk kontoravdeling
Dag Gullan, overlege poliklinikk for urologi
Yvonne Løvås Hellum, spesialrådgiver analyse
Maiken Nerland Hansen, rådgiver IKT stab

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
12. januar 2016	Varsel om internrevisjon
1. februar 2016	Innledende møte
16. mars 2016	Oppstart revisjon
30. mai 2016	Oversendelse av utkast rapport til administrerende direktør
09. juni og 1. juli 2016	Tilbakemelding utkast rapport
04. juli 2016	Oversendelse endelig rapport
	Behandling av revisjonsrapport i helseforetakets styre
	Styret i Helse Sør-Øst RHF orienteres om revisjonsrapport og helseforetakets tiltaksarbeid