



**Konsernrevisjonen**  
**Rapport 14/2017**

***Revisjon av Likeverdig og  
forutsigbar helsehjelp***

*Revmatismesykehuset Lillehammer*

Revisjonsperiode: Oktober - November 2017

Konsernrevisjonen, 2. januar 2018



# INNHOOLD

<b>1. Konklusjoner og anbefalinger</b>	<b>4</b>
1.1 Konklusjoner	
1.2 Anbefalinger	
<b>2. Kontekst</b>	<b>6</b>
<b>3. Tilnærming</b>	<b>7</b>
3.1 Metodisk tilnærming	
3.2 Omfang og avgrensning	
3.3 Revisjonskriterier	
<b>4. Prioritering av nyhenviste pasienter</b>	<b>8</b>
4.1 Innledning	
4.2 Observasjoner	
4.3 Vurderinger	
<b>5. Utrednings- og behandlingsforløp</b>	<b>10</b>
5.1 Innledning	
5.2 Observasjoner	
5.3 Vurderinger	
<b>6. Tidspunkt for helsehjelp</b>	<b>12</b>
6.1 Innledning	
6.2 Observasjoner – timeavtale i svarbrev	
6.3 Vurderinger – timeavtale i svarbrev	
6.4 Observasjoner – timeavtale gjennom forløpet	
6.5 Vurderinger – timeavtale gjennom forløpet	
6.6 Observasjoner – ressursstyring	
6.7 Vurderinger - ressursstyring	
<b>7. Bruk av Helfo pasientformidling</b>	<b>18</b>
7.1 Innledning	
7.2 Observasjoner	
7.3 Vurderinger	
<b>Vedlegg</b>	<b>19</b>
Revisjonskriterier	
Informasjonsgrunnlag	
Gjennomførte samtaler	

# Introduksjon

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

Målet med revisjonen er å undersøke og vurdere hvordan sykehuset sikrer pasientene likeverdige og forutsigbare helsetjenester, herunder om de har implementert og sikret etterlevelse av ny pasient- og brukerrettighetslov.

Følgende problemstillinger er belyst i revisjonen:

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

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet oktober – november 2017.

# 1. Konklusjoner og anbefalinger



## 1.1 Sykehuset bør styrke arbeidet med å sikre likeverdige og forutsigbare pasientforløp

Ny pasient- og brukerrettighetslov og prioriteringsforskrift skal bidra til å sikre at pasienter og brukere får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Revisjonen har vist at Revmatismesykehuset arbeider med å implementere nytt lovverk, samt andre krav som er satt til sykehuset for å sikre gode pasientforløp. Revisjonen viser samtidig at sykehuset ikke alltid etterlever krav og mål, og at det er behov for å styrke dette arbeidet. Vurderingen begrunnes med følgende forhold:

- Sykehusets føringer gir ikke tilstrekkelig støtte for å etterleve krav
- Potensiale for økt standardisering av beslutningsgrunnlaget og utformingen av pasientforløpene
- Svakheter ved ressursstyring gir redusert forutsigbarhet for pasientene
- Behov for å formalisere ansvaret for å sikre gode pasientforløp

### **Sykehusets føringer gir ikke tilstrekkelig støtte for å etterleve krav**

Det er lagt til rette med enkelte føringer for å administrere pasientforløpet. Disse føringene er imidlertid ikke helt dekkende. Dette gjelder eksempelvis for vurdering av henvisninger, utsendelse av svarbrev og oppfølging av ventelisten for pasienter som har startet helsehjelpen. Dette kan være årsaken til eksempelvis noe feilregistrering av avslagskoder, ulik registrering av fristfastsettelse, feil og mangler i svarbrev til pasient og henviser. Disse forholdene kan medføre risiko for pasientsikkerheten, samt manglende informasjon og forutsigbarhet for pasient.

### **Potensiale for økt standardisering av beslutningsgrunnlaget og utformingen av pasientforløpene**

Det er utarbeidet enkelte føringer for beslutning om type helsehjelp og behandling, men systemet var lite helhetlig og lite oversiktlig. Dette innebærer risiko for ulik praksis ved beslutning av hvilken helsehjelp som skal gis ved diagnostisering. Videre gir det risiko for ulik praksis i hvordan og hvor ofte helsehjelpen skal gis, og hvilken faggruppe som skal yte helsehjelpen gjennom forløpet. Disse forholdene innebærer risiko for ubegrunnet variasjon i helsehjelpen mellom «like» pasienter.

### **Svakheter ved ressursstyringen gir redusert forutsigbarhet for pasientene**

Poliklinikken har i liten grad analysert forventet aktivitet og vurdert dette mot behovet for bemanning og ressurser. Revisjonen viser at aktivitetsgrunnlaget er for høyt ut i fra dagens kapasitetsutnyttelse. Samtidig er det ujevn aktivitet i driften og indikasjoner på at kapasiteten ikke planlegges optimalt. Disse forholdene ved ressursstyringen kan være medvirkende årsaker til at ikke alle pasienter får timeavtaler innen planlagt tid.

### **Behov for å formalisere ansvaret for å sikre gode pasientforløp**

Det er ikke gjennomgående lederavtaler eller stillings- og funksjonsbeskrivelser i sykehuset. Dette innebærer risiko for at ansvar og oppgaver i og mellom linje og stab ikke er tydeliggjort, herunder ansvaret for å sikre gode pasientforløp. Manglende lederavtaler kan gi risiko for at mål- og resultatkrav oppleves som uklare. Dette kan være medvirkende årsaker til overnevnte svakheter ved kvalitetssystemet og ressursstyringen.



## **1.2 Anbefalinger**

Revisjonen viser at det er behov for å styrke arbeidet med å sikre gode og effektive pasientforløp. Konsernrevisjonens vurdering er at hovedfokuset i forbedringsarbeidet etter revisjonen bør være følgende:

- Sykehuset bør gjennomgå kvalitetssystemet for å sikre at det er oppdatert og dekkende for å imøtekomme krav.
- Sykehuset bør sikre at «like pasienter» får mest mulig like pasientforløp, ved å standardisere beslutningsgrunnlaget ved valg av helsehjelp og hvordan denne skal gis.
- Sykehuset bør etablere et system for ressursstyring slik at en synliggjør sammenhengen mellom aktiviteter, ressurser og kapasitet – og bruke dette i planlegging- og oppfølgingsarbeid.
- Sykehuset bør tydeliggjøre fordelingen av ansvaret for sentrale oppgaver, herunder for å sikre gode pasientforløp.

## 2. Kontekst



### 2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

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

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 tillegg til endringer i lovverket er Helseatlas etablert som et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i ulike geografiske områder. Gjennom Helseatlas fremkommer det at det er relativt stor variasjon i bruken av helsetjenester innenfor flere fagområder. Forskjellene kan blant annet indikere at det ikke tilbys likeverdige helsetjenester for alle deler av befolkningen.

### 2.2 Revmatismesykehuset i Lillehammer

Sykehuset er en privat, ideell institusjon som har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset har videre avtale med Sykehuset Innlandet HF om å være hovedsenter for revmatologi i Oppland og Hedmark.

Sykehuset er et spesialsykehus for pasienter med revmatiske sykdommer. Sykehusets primære oppgave er utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer. I tillegg har sykehuset som oppgave å drive forskning, opplæring av pasienter og pårørende, og utdanning av helsepersonell.

Sykehuset er heleid av Lillehammer sanitetsforening og er en N.K.S Kløverinstitusjon. Sykehuset har rundt 100 ansatte. Utredning og behandling skjer både ved poliklinikk og innleggelse.

# 3. Tilnærming



## 3.1 Metodisk tilnærming

Det er benyttet ulike metoder for å belyse hvordan sykehuset har sikret etterlevelse av pasient- og brukerrettighetsloven:



Oversikt over gjennomførte samtaler/intervjuer, gjennomgått dokumentasjon og styringsdata fremgår av vedlegg 2.

## 3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet poliklinikken ved Revmatismesykehuset. Både etablert intern kontroll og etterlevelse av regelverk er belyst for hver av problemstillingene.

## 3.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier og undersøkelsesmål er utledet fra krav og føringer som er angitt både i lover, forskrifter og gjennom krav gitt i oppdraget til sykehuset;

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Prioriteringsforskriften
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Oppdrag og bestillingsdokumentet til Revmatismesykehuset 2017

Revisjonskriteriene er nærmere beskrevet for hver av problemstillingene i vedlegg 1.

# 4. Prioritering av nyhenviste pasienter



## 4.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- *Sikrer sykehuset at pasienter prioriteres i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere?*

Pasient- og brukerrettighetsloven viser til at alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand innen 10 virkedager. Sykehuset skal legge prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger. Revisjonen har belyst hvilke tiltak sykehuset har iverksatt for å etterleve lovkrav og bruk av prioriteringsveilederne.



Figur 1 Hvor prioritering av henvisninger finner sted i pasientforløpet

For å sikre at overordnet regelverk knyttet til prioritering imøtekommes, har revisjonen sett på hvilke føringer (rutiner, prosedyrer mv.) som er etablert i sykehuset, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging av prioriteringspraksis som er etablert.

Revisjonen har i tillegg testet hvordan dette registreres i DIPS.

## 4.2 Observasjoner

Overlegene ruller på å vurdere henvisninger. Sykehuset har både etablert et system for opplæring og gitt opplæring i nytt lovverk og reviderte prioriteringsveiledere. Det oppgis at prioriteringsveilederne legges til grunn ved vurdering av henvisninger. Oppfølging av vurderingspraksis gjøres ved enkelte anledninger, eksempelvis ved at enkelte henvisninger blir diskutert på morgenmøter.

Revisjonen har imidlertid observert enkelte svakheter ved internkontrollen:

- Det er ikke etablert føringer for registrering av vurderingspraksis.
- Poliklinikken følger ikke systematisk opp prioriteringspraksis.

Testing viser videre følgende feil og mangler i registreringspraksis ved vurdering av henvisninger:

- Det var ulik praksis for registrering av fristdato i de tilfellene der man fraviker prioriteringsveilederen.
- For henvisninger som blir avvist på grunn av manglende tilbud eller kapasitet, er det noe feil registrering av årsakskode.
- Der man fraviker prioriteringsveilederen blir begrunnelsen ikke dokumentert.





## 4.3 Vurderinger

### 4.3.1 Manglende føringer for registrering av vurderingspraksis

Riktig registrering av vurdering av henvisningene i DIPS kan ha betydning for pasientsikkerheten og hvilken informasjon pasienten får. Revisjonen viser at sykehuset har manglende føringer for hva og hvordan vurderingen skal registreres. Konsernrevisjonen vurderer at dette kan bidra til ulik registreringspraksis.

### 4.3.2 Svakheter i registreringspraksis

Revisjonen viste noe ulik praksis for registrering av fristdato i de tilfellene der man fraviker prioriteringsveilederen. Dette innebærer risiko for at pasienter ikke får helsehjelp innen det som er medisinsk faglig vurdert. I tillegg kan ulik prioriteringspraksis redusere kvaliteten på styringsdata. Konsernrevisjonen vurderer det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre hvordan fristdato skal registreres i DIPS når man fraviker fra veilederen.

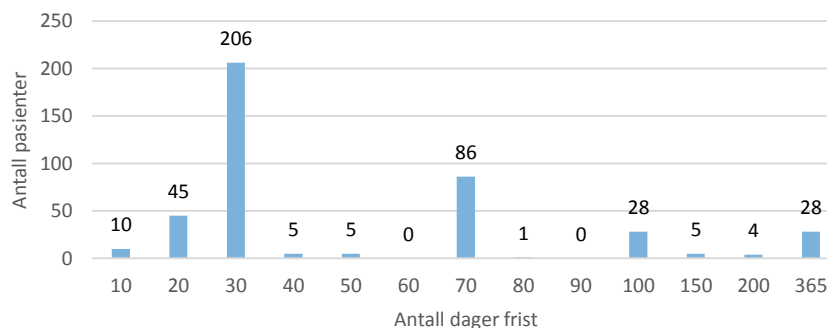
Revisjonen viste noe feilregistrering av årsakskode for henvisninger som ble avvist på grunn av manglende tilbud eller kapasitet. Koden danner grunnlag for hvilken informasjon som sendes ut til pasient og henviser. Bruk av feil kode gir dermed risiko for at pasient og henviser får feil informasjon fra vurderingen. Det vil derfor være viktig å sikre riktig registrering av årsakskode.

Revisjonen viste at begrunnelsen ikke ble dokumentert dersom man fravek prioriteringsveilederen. Manglende dokumentasjon vil redusere sporbarheten for hvilke vurderinger som er lagt til grunn. Dette vil være kunne være nyttig informasjon for de som mottar pasienten til utredning/behandling, eventuelt hvis det skulle komme klage på fristfastsettelsen. Konsernrevisjonen vurderer at det vil være hensiktsmessig å gi en kort begrunnelse dersom sykehuset fraviker prioriteringsveilederen.

### 4.3.3 Potensiale for mer systematisk oppfølging av vurderingspraksis

For å sikre læring og forbedring av egen vurderingspraksis er det viktig med systematisk oppfølging. Revisjonen viste at poliklinikken har potensiale for mer systematisk oppfølging. Manglende oppfølging kan medføre risiko for feil og ulik prioritering, eksempelvis rett/avslag og ulike frister.

Figur 2 viser et eksempel på frister som gis til pasienter som har fått artritt som tentativ diagnose. Figuren viser at det er betydelig variasjon i hvilke frister som gis til disse pasientene. Konsernrevisjonen har ikke vurdert om vurderingspraksis er i tråd med prioriteringsveileder, men vurderer at bruk av slike analyser er et mulig oppfølgingstiltak for å belyse prioriteringspraksis, eller som utgangspunkt for nærmere undersøkelser.



Figur 2 Fristfastsettelse for pasienter med artritt som tentativ diagnose. Henvisninger mottatt i 2017

Et annet oppfølgingstiltak kan være se på hva som registreres som årsakskoder når pasient får avslag/avvises. Dette forutsetter riktig registreringspraksis, jf. tidligere vurdering. I tillegg kan poliklinikken sammenligne sin vurderingspraksis med andre tilsvarende enheter for å sikre konsensus om prioritering utover egen avdeling.

# 5. Utrednings- og behandlingsforløp



## 5.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- *Sikrer sykehuset at pasienter med like diagnoser får mest mulig likeverdige utrednings- og behandlingsforløp?*

I de senere årene har det vært økende nasjonal oppmerksomhet rundt uønsket variasjon i helsehjelpen. Det gjelder eksempelvis variasjon i hvilken type helsehjelp som gis, samt variasjoner i forbruk av gitte helsetjenester. Revisjonen har derfor belyst hvilke tiltak sykehuset har iverksatt for å sikre at like pasienter får et mest mulig likeverdig helsetilbud uavhengig av alder, etnisitet, bosted mv.



Figur 3 Hvor utrednings- og behandlingsforløpene finner sted i pasientforløpet

For å sikre at pasienter med like diagnoser får likeverdige utrednings- og behandlingsløp har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging som er etablert. Revisjonen har ikke testet etterlevelsen av føringene.

## 5.2 Observasjoner

I sykehusets kvalitetssystem er det noen lokale føringer for utredning, behandling og kontroll av enkelte revmatologiske lidelser. Informantene påpeker at nasjonale prosedyrer/retningslinjer benyttes ved utredning/behandling/kontroll for ulike tilstander. I tillegg er sykehuset med på forskningsprosjekter som strukturerer enkelte av forløpene.

Opplæring skjer gjennom prinsippet om «mestersvenn» og gjennom faste møtearenaer. I tillegg har poliklinikken en tilgjengelig overlege (supervisor) som skal være en diskusjonspartner for behandlerne ved spørsmål om videre forløp.

Revisjonen har imidlertid observert enkelte svakheter ved internkontrollen, som også er erkjent av sykehuset:

- Potensiale for økt standardisering av beslutningsgrunnlaget og utformingen av pasientforløpene.
- Det er ikke etablert et system for oppfølging av pasientforløpene.



## 5.3 Vurderinger

### 5.3.1 Potensiale for økt standardisering av beslutningsgrunnlaget og utformingen av pasientforløpene

For å sikre likeverdig helsehjelp er det viktig å formalisere og tydeliggjøre føringer for beslutningsgrunnlaget og utformingen av pasientforløpet.

Revisjonen viste at slike føringer var mangelfulle og lite oversiktlig. Dette innebærer risiko for ulik praksis ved beslutning av hvilken helsehjelp som skal gis, hvordan og hvor ofte helsehjelpen skal gis, og hvilken faggruppe som skal yte helsehjelpen på de ulike stegene i forløpet. I tillegg vil manglende føringer gi risiko for at dokumentasjonen i journal får ulik struktur og innhold. Gjennom intervju ble det for eksempel vist til at manglende føringer medførte at enkelte leger benytter/involverer andre faggrupper i forløpene mer systematisk enn andre.

Konsernrevisjonen vurderer at det kan være hensiktsmessig å i større grad standardisere beslutning for- og innholdet i pasientforløpene. Dette vil gi faglig støtte til behandlingspersonellet og bidra til konsensus internt.

For å sikre et godt beslutningsgrunnlag i utredningen, kan et tiltak være å utarbeide prosedyrer med tilhørende verktøy og sjekklister for både klinisk kartlegging og diagnostisering, samt ta hensyn til pasientens behov og preferanser (samvalg).

Når det gjelder innholdet i behandlingen, kan et annet tiltak være å ta i bruk behandlingslinjer som er basert på de nasjonale prosedyrene. Dette vil kunne redusere risikoen for ubegrunnet variasjon, ettersom denne pasientgruppen ofte går på tvers av funksjoner og faggrupper.

Etter konsernrevisjonens vurdering kan økt standardisering i utredning og behandling sikre følgende:

- Økt konsensus i utredning og behandling.
- Pasientens behov og preferanser ivaretas.
- Bedre oversikt over hvilken helsehjelp man kan forvente å få, av hvem og til hvilken tid.
- Grunnlag for at pasienter får individuelle og tidfestede behandlingsplaner.
- Gi sykehuset bedre oversikt over aktivitetsgrunnlaget og hvordan dette fordeles på ulike grupper behandlingspersonell. Dette er viktig grunnlag for å kunne drive med god ressursstyring (mer om dette i kapittel 6).

### 5.3.2 Det er ikke etablert et system for oppfølging av pasientforløpene

For å sikre læring og forbedring av hvilken helsehjelp som gis er det viktig med systematisk oppfølging. Revisjonen viste at poliklinikken i liten grad systematisk følger opp pasientforløpene. Manglende oppfølging kan medføre risiko for at like pasienter får ulike pasientforløp.

Ved å standardisere forløpene, vurderer konsernrevisjonen at dette også vil gi et bedre grunnlag for å etterprøve og følge opp forløpene – både med tanke på læring og forbedring, samt for å etterprøve vurderinger som er gjort.

# 6. Tidspunkt for helsehjelp



## 6.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

- *Sikrer sykehuset forutsigbarhet for pasienter knyttet til tidspunkt for helsehjelp gjennom hele pasientforløpet?*

Oppmøtetidspunkt for helsehjelp er viktig for å sikre forutsigbarhet når pasienter skal få helsehjelp. Revisjonen har belyst om og hvordan sykehuset gir oppmøtetidspunkt til pasienter i svarbrev på henvisning og for pasienter som er i et forløp.



Figur 4 Hvor timetildeling finner sted i pasientforløpet – både før start helsehjelp (svar på henvisning) og etter helsehjelpen er startet

I tillegg har revisjonen belyst enkelte forhold ved ressursstyringen som skal understøtte pasientforløpet, herunder sikre at pasienter får helsehjelp innen riktig tid. Ressursstyring kan benyttes som en felles betegnelse for en rekke aktiviteter knyttet til utvikling og innsats av sykehusets ressurser.



Figur 5 Ressursstyringsprosessen – skal blant annet understøtte gode pasientforløp

For å sikre forutsigbarhet om tidspunkt for helsehjelp har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert, hvilken opplæring som er gitt og hvilken oppfølging som er etablert. Revisjonen har i tillegg testet hvordan dette håndteres i DIPS.

## 6.2 Observasjoner - timeavtale i svarbrev på henvisning

Revisjonen viser at det er etablert føringer for utsendelse av svarbrev med timeavtale for rettighetspasienter. Revisjonen har imidlertid vist enkelte svakheter ved føringene:

- Det er ikke presisert at rettighetspasienter med frist innen fire måneder skal få timeavtale i svarbrevet, mens pasienter med lengre frist kan få en tentativ uke.
- Det fremkommer ikke hvilke svarbrev som skal sendes ved avslag på henvisningen, eller ved avvisning på grunn av manglende kapasitet eller tilbud ved sykehuset.

Testing viser at svarbrev sendes gjennomgående til pasient og henviser. Det er imidlertid enkelte feil og mangler i sykehusets praksis:

- I svarbrev til pasient gis det ikke informasjon om juridisk frist.
- Ved avslag på rettighetsvurderingen, gis det utdypende forklaring i svarbrevet til henviser, men ikke i svarbrevet til pasient.
- Sykehuset har ikke brevmalere for henvisninger som blir avvist på grunn av manglende tilbud eller manglende kapasitet. Disse pasientene får dermed samme svarbrev som pasienter som får avslag på rettighetsvurderingen.



## 6.3 Vurdering - timeavtale i svarbrev på henvisning

### 6.3.1 Svakheter i føringer og etterlevelse

For å gi riktig informasjon i svarbrev til henviser og pasient, er det viktig med tydelige rutiner og maler for svarbrev. Revisjonen viste enkelte svakheter i føringene. Dette medfører at sykehuset i enkelte tilfeller ikke gir tilstrekkelig informasjon i svarbrevene.

Testing viser manglende informasjon om juridisk frist i svarbrev til pasienter som får rett til helsehjelp. Manglende informasjon om juridisk frist reduserer pasientens mulighet til å kunne ivareta egne pasientrettigheter, dersom pasient ønsker å klage på fristfastsettelsen.

Videre viser testing at pasienter som får avslag på henvisningen ikke får utdypende begrunnelse i avslagsbrevet. Utdypende begrunnelse blir kun sendt henviser. Dette medfører at pasienten ikke får informasjon for å kunne forstå avslaget, og et grunnlag for å klage på avslaget.

Testing viser at pasienter som blir avvist på grunn av manglende tilbud eller kapasitet i sykehuset får misvisende informasjon i svarbrevet. Disse pasientene får informasjon om at de ikke har rett til helsehjelp, mens den reelle grunnen er manglende tilbud eller kapasitet ved sykehuset. Dette innebærer risiko for pasientsikkerheten, ettersom pasient og henviser får feilaktig informasjon om at pasient ikke har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

## 6.4 Observasjoner - timeavtale gjennom forløpet

Revisjonen viser at det er etablert føringer for hvordan timeavtaler skal gis etter at helsehjelpen er påbegynt. Det fremkommer blant annet at pasienter som skal ha ny konsultasjon innen tre måneder skal få ny timeavtale etter endt konsultasjon, mens øvrige pasienter skal få en tentativ måned. Revisjonen har imidlertid vist enkelte svakheter og mangler ved føringene:

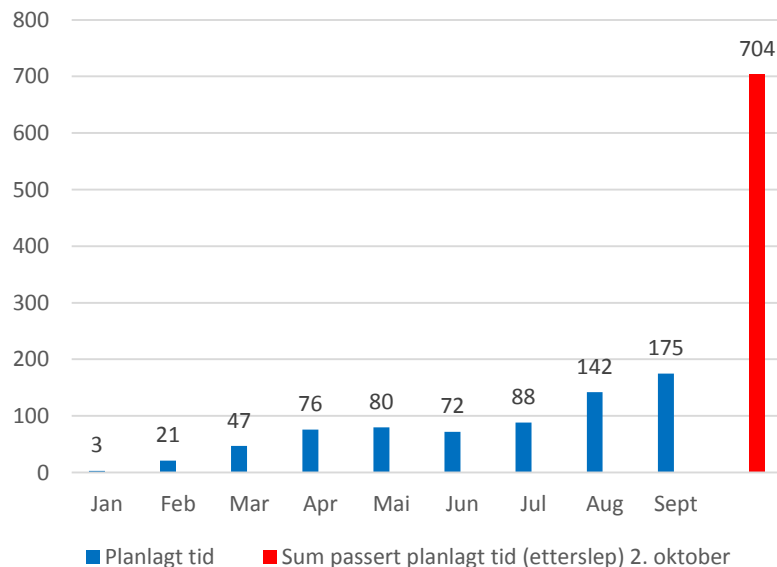
- Det fremkommer ikke når pasienter med en tentativ dato skal innkalles. Poliklinikken oppgir imidlertid at det er praksis at disse pasientene skal innkalles en måned før konsultasjon.
- Det fremkommer ikke tydelig hvordan pasient og henviser skal informeres hvis sykehuset ikke klarer å sette opp ny timeavtale innen tentativ dato, ei heller hvordan man skal involvere fagpersonell hvis dette inntreffer.

Testing viser at de fleste pasienter som skal inn til konsultasjon innen tre måneder får timeavtale. Det er imidlertid noen mangler i etterlevelsen og utfordringer i oppfølging av ventelistene:

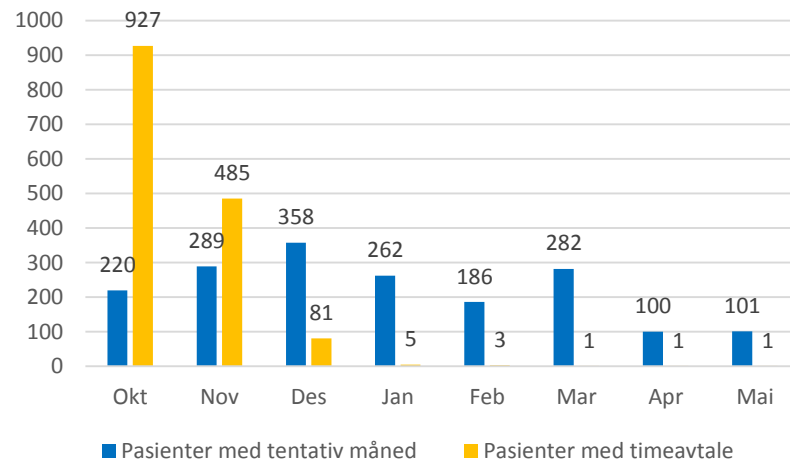
- Ikke alle pasienter som skal inn til ny konsultasjon innen tre måneder, får ny timeavtale etter endt konsultasjon i henhold til egne rutiner.
- Figur 6 viser at poliklinikken hadde totalt 704 pasienter som ikke hadde fått timeavtale innen planlagt tid (tentativ måned). Flere av disse skulle vært til konsultasjon i løpet av 1. halvår 2017. En stor del av disse pasientene er satt opp til 6 eller 12 månedskontroll.



- Figur 7 viser videre at poliklinikken også fremover vil få utfordringer med å gi timeavtaler til planlagt tid. Pr 2. oktober var det 220 pasienter med planlagt tid i oktober som fortsatt ikke hadde fått timeavtale.
- Pasienter som ikke får helsehjelp innen planlagt tid, får ikke informasjon fra om forsinkelsen og tidspunkt for når helsehjelpen vil gis.



Figur 6 Antall pasienter passert planlagt behandlingstid og hvor langt tilbake i tid



Figur 7 Planleggingshorisont pr 2. oktober 2017

## 6.5 Vurdering - timeavtale gjennom forløpet

### 6.5.1 Manglende forutsigbar og tidsriktig helsehjelp

For å gi pasienter forutsigbar helsehjelp og ivareta pasientsikkerheten, er det en forutsetning at sykehuset har etablert tilstrekkelige føringer for timetildeling og oppfølging av ventelisten. Revisjonen har imidlertid vist at føringene ikke er tilstrekkelig dekkende.

Analysen viser at ikke alle pasienter, som skal inn til ny konsultasjon innen tre måneder, får ny timeavtale etter endt konsultasjon slik føringene til sykehuset tilsier. Dette reduserer forutsigbarheten for den enkelte pasient.



Analyser viser videre at en del pasienter ikke får helsehjelp innen planlagt tid. Dette innebærer en risiko for at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp. Konsernrevisjonen vurderer det som viktig å sikre tilstrekkelig oppfølging av ventelisten, slik at pasienter får timer innen planlagt tid. Når sykehuset ikke kan gi pasienten timeavtale i henhold til planlagt tid, må sykehuset sikre at medisinskfaglige vurderinger gjøres, og at pasient informeres om vurderingene og nytt tidspunkt. Dette vil både ivareta pasientsikkerheten, og gi trygghet og forutsigbarhet for pasientene.

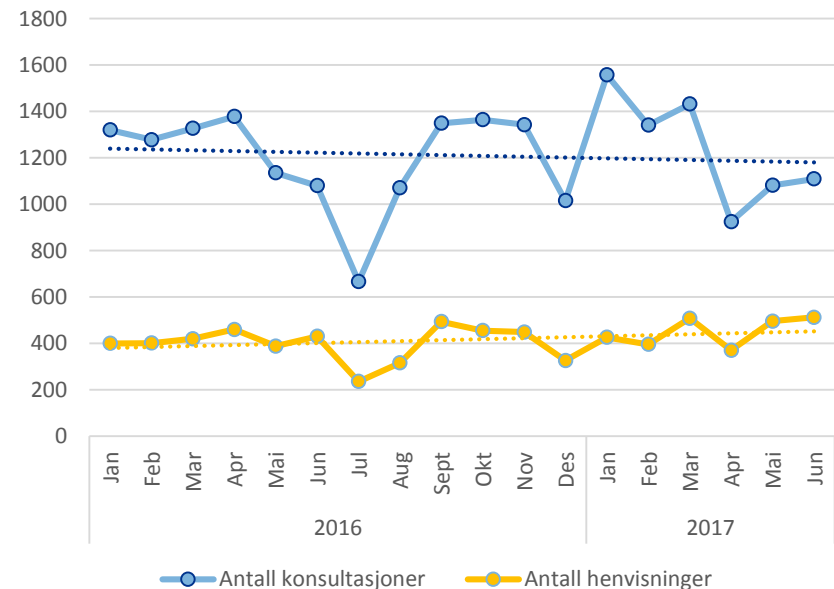
## 6.6 Observasjoner - ressursstyring

Det er ulike faggrupper som bidrar til aktiviteten i poliklinikken. Revisjonen viser at det er etablert et driftsråd med representanter fra faggruppene som skal bidra til god drift av poliklinikken, herunder hvordan ressursstyringen skal håndteres.

Enkelte observasjoner og analyser indikerer at det er potensiale for å styrke dette arbeidet, slik at man får optimalisert driften av poliklinikken. Dette gjelder følgende observasjoner:

- Aktivitetsgrunnlaget (pasientvolum) er for høyt ut i fra dagens kapasitetsutnyttelse, ettersom mange pasienter ikke får helsehjelp innen planlagt tid (jf. figur 6).
- Analyser viser at det er ujevn aktivitet i poliklinikken, noe som indikerer at kapasiteten ikke planlegges optimalt.

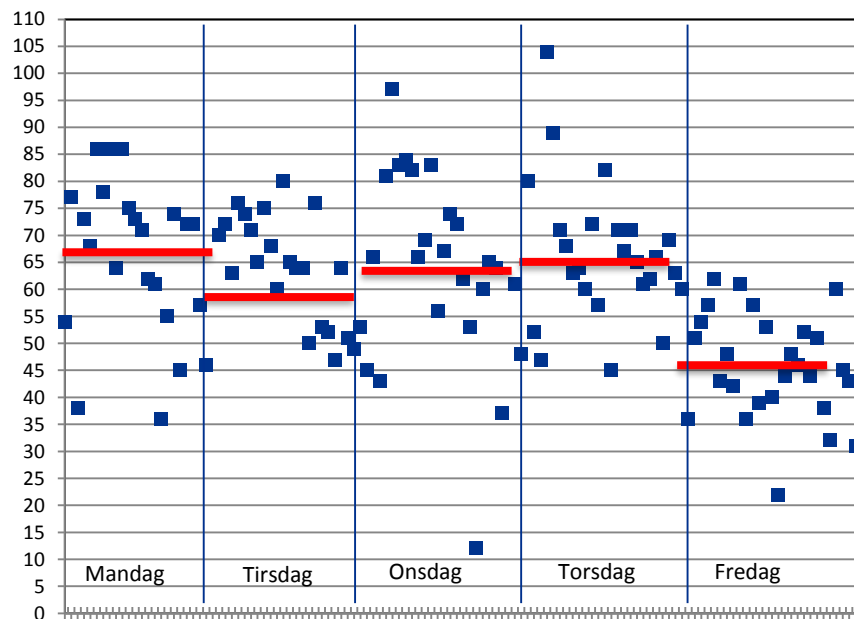
Når det gjelder det første punktet kan det være ulike årsaker til at ikke alle pasienter får startet helsehjelpen innen planlagt tid, for eksempel ved endringer i aktiviteten eventuelt bemanningen. Noe av utfordringen til poliklinikken kan trolig forklares ut i fra figur 8, som viser at antallet nyhenviste pasienter øker noe, mens aktiviteten har gått noe ned.



Figur 8 Antall konsultasjoner (blå linje) og antall nyhenviste pasienter (gul linje) for 2016 og 2017



Når det gjelder punkt to vedrørende kapasitetsutnyttelsen, fremkommer dette på bakgrunn av tilbakemeldinger fra sykehuset og et datauttrekk konsernrevisjonen har gjort av aktivitetsdata 1. halvår 2017. Figur 9 viser at det er relativt stor spredning i antall konsultasjoner for den enkelte ukedag. Gjennomsnittet for den enkelte ukedag varierer fra 66 konsultasjon på mandager til 46 konsultasjoner på fredager.



Figur 9 Antall konsultasjoner for de ulike ukedagene i 1. halvår 2017. Hvert punkt viser antall konsultasjoner per ukedag, rød strek viser gjennomsnittet for den enkelte ukedag

## 6.7 Vurdering – ressursstyring

### 6.7.1 Potensiale for bedre ressursstyring

#### **Aktivitetsgrunnlaget er for høyt ut fra dagens kapasitetsutnyttelse**

For å sikre gode pasientforløp er det nødvendig med god innsikt i aktivitetsgrunnlaget, eksempelvis over antall nyhenviste pasienter som vist i figur 8, og ikke minst oversikt av aktivitetsgrunnlaget for de ulike tilstandene i pasientforløpene.

Revisjonen viser at poliklinikken i varierende grad har analysert forventet aktivitet (volum, hvilke tilstander) og sett dette opp mot behovet for bemanning fra de ulike faggruppene og støttetjenester (laboratorietjenester). Dette medfører at grunnlaget for aktivitets- og bemanningsplaner er mangelfullt. Det gir risiko for lite målrettet og effektiv drift i poliklinikken.

Konsernrevisjonen vurderer samtidig at økt standardisering av pasientforløpene, som påpekt i kapittel 5.3, vil gi økt innsikt og være til hjelp når poliklinikken skal beregne et mer nøyaktig aktivitetsgrunnlag for de ulike forløpene og hvordan dette fordeles på de ulike faggruppene i poliklinikken.





### ***Ujevn aktivitet kan indikere at kapasiteten ikke planlegges optimalt***

For å sikre god kapasitetsutnyttelse er det viktig å benytte oppsatte bemanningsressurser (alle faggrupper + laboratorietjenester) på en hensiktsmessig og effektiv måte.

Det fremkommer gjennom samtaler at kapasiteten ikke benyttes optimalt ved at det er noe ujevn drift i poliklinikken. Våre analyser av aktivitetsnivået (figur 9) understøtter dette. Det ble vist til at den ujevne driften kunne relateres til manglende standardisering av pasientforløpene og bemanningsplanleggingen.

Manglende standardisering av pasientforløpene (jf. vurdering i kapittel 5) fører til at det er legenes individuelle vurderinger som i stor grad legger premissene for pasientenes forløp og type aktivitet i poliklinikken. Dette er utfordrende for planlegging av aktivitet og bemanning hos øvrige faggrupper. Det oppgis at denne utfordringen forsterkes ved at oppsatte bemanningsplaner og timebøker for legene i en del tilfeller endres, uten at dette er tilstrekkelig koordinert med øvrige faggrupper. Det vises til at dette også er en av årsakene til at man i liten grad gir pasientene timeavtaler langt fram i tid, dvs. mer enn 2-3 måneder (jf. vist i figur 7).

Ved siden av potensiale for økt standardisering av pasientforløpene, vurderer konsernrevisjonen at det er viktig med tydelige føringer (eksempelvis i lederavtaler, stillingsbeskrivelser) for hvilket ansvar og myndighet den enkelte leder har for å sikre at planlagt aktivitet blir gjennomført. Gjennomgangen viste at det ikke var et helhetlig system på dette. Ved endring i bemanningsplaner, eksempel på grunn av kurs, avspasering, sykdom mv., bør det etter konsernrevisjonens vurdering være opp til leder for aktuell faggruppe å iverksette tiltak for å imøtekomme allerede avtalt aktivitet/planlagte timer.

For det første er dette viktig for at tilhørende faggrupper får utnyttet egen oppsatt kapasitet. For det andre er dette viktig for å avverge replanlegging av aktiviteten. Ved siden av at replanlegging gir risiko for uhensiktsmessig og lite effektiv drift, forårsaker det også manglende forutsigbarhet for pasientene.

# 7. Bruk av Helfo pasientformidling



## 7.1 Innledning

I dette kapittelet er følgende problemstilling belyst:

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

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven medførte at sykehusene overtok ansvaret for å 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.



Figur 10 Hvor bruken av Helfo pasientformidling fremkommer i pasientforløpet

For å sikre riktig bruk av Helfo pasientformidling har revisjonen sett på hvilke føringer som er etablert og testet hvordan dette håndteres praksis.

## 7.2 Observasjoner

Revisjonen viser at det er etablert føringer for å unngå fristbrudd. Revisjonen har imidlertid vist at det ikke er etablert føringer for bruk av Helfo pasientformidling ved eventuell fristbruddproblematikk.

## 7.3 Vurdering

### 7.3.1 Manglende føringer

For å sikre at pasienter ivaretas ved fremtidige fristbrudd, må sykehuset ha gode rutiner for håndtering av disse pasientene, herunder dialog med Helfo pasientformidling. Sykehuset har per dags dato ikke pasienter som går i fristbrudd og har dermed ikke benyttet alternative behandlingssteder eller Helfo pasientformidling. Konsernrevisjonen vurderer likevel at fravær av føringer i sykehuset gir risiko for manglende etterlevelse av lovkrav hvis eventuelle kapasitetsutfordringer vil føre til fristbruddproblematikk.

# Vedlegg 1 - kriterier

## Prioritering av nyhenviste

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

- Sykehuset legger prioriteringsveilederne til grunn ved vurdering av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert.
- Sykehuset vurderer følgende ved prioriteringen:
  - Om pasienten har rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (rettighetsstatus)
  - For de med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal det settes en juridisk frist for start helsehjelp
  - Om den juridiske fristen innfris ved start utredning eller start behandling
- Sykehuset dokumenterer vurderingene i journal, herunder:
  - Dersom sykehuset velger en annen praksis enn prioriteringsveilederen, må den være basert på en konkret og begrunnet vurdering for hvorfor veilederens anbefaling ikke følges.
  - Dokumentasjon av hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn i de tilfeller dette kan være uklart.

For å sikre at regelverk og overordnede føringer imøtekommes må det være etablert føringer (retningslinjer, prosedyrer, rutiner, bruk av rapporter, osv.) som sikrer at pasienter prioriteres i henhold til de nasjonale prioriteringsveilederne.

- De som vurderer henvisninger må få opplæring i gjeldende regelverk og interne føringer. For å sikre at sykehuset prioriterer i henhold til prioriteringsveilederne må sykehuset følge opp bruken av prioriteringsveilederne og egen prioriteringspraksis gjennom eksempelvis sammenligning ved bruk av styringsdata, kalibrering og stikkprøver.

## Utrednings- og behandlingsforløp

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

- Sykehuset må organiseres på en slik måte at helsepersonellet settes i stand til å overholde sine lovpålagte krav til forsvarlig helsehjelp.
- Det utarbeides polikliniske notater etter sentrale steg i forløpet som journalføres og sendes i kopi til fastlege.
- Pasienten avsluttes ved siste konsultasjon og epikrise sendes innen 7 dager.

For å sikre at regelverk imøtekommes må det være etablert føringer (retningslinjer, prosedyrer, rutiner, sjekklister, skjema, bruk av rapporter osv.) i sykehuset 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 planlegging, gjennomføring og oppfølging av helsehjelpen. For at sykehuset skal være sikre på at de angitte kriteriene etterleves må dette følges opp/monitoreres.

# Fortsettelse kriterier

## Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

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

- Nyhenviste pasienter får timeavtale i første brev. I den sammenheng forventes det at:
  - Svar på henvisningen sendes innen 10 virkedager til pasient og henvisende instans.
  - Informerer om følgende i svarbrev til nyhenviste pasienter:
    - Resultatet av vurderingen
    - Juridisk frist for start helsehjelp
    - Om friste gjelder utredning eller behandling
    - Oppmøtetidspunkt og sted for pasienter med kortere frist enn 4 måneder
    - Tentativ uke for pasienter med lengre frist enn 4 måneder
    - Informasjon om Helfo pasientformidling
- Pasienter får, hvis mulig, oppmøtetidspunkt for eventuelle nye timeavtaler etter at helsehjelpen er startet.

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert føringer (retningslinjer, prosedyrer, rutiner, bruk av rapporter, osv.) i sykehuset 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 sykehuset for oppmøtetidspunkt etter start helsehjelp for å sikre forutsigbarhet for pasienten. Tildeling av direkte timeavtale både før og etter start helsehjelp, forutsetter en lang planleggingshorisont av timetildeling på poliklinikkene. For at sykehuset skal være sikre på at de etablerte føringer etterleves må dette følges opp/monitoreres.

## Helfo pasientformidling

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

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

På bakgrunn av lovkravene må det være etablert rutiner i sykehuset 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. Sykehuset bør videre følge opp at krav og føringer etterleves.

# Vedlegg 2

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

Informasjonsgrunnlag	
Pasient- og brukerrettighetsloven	IS-8/2015 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer
Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet med mer)	IS-2331 Rundskriv fra Helsedirektoratet. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister
Spesialisthelsetjenesteloven	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2016) - Indikatorer for måling av uberettiget variasjon
Helseforetaksloven	Utvalg prosedyrer fra Revmatismesykehusets kvalitetssystem
Helsepersonelloven	Prioriteringsveileder - Revmatologi. Helsedirektoratet.
Forskrift om pasientjournal	DIPS-rapport 4829 - Timetildeling/oppmøtetid
Brev av 6. november 2009 fra Helsedirektoratet til Sykehuset Østfold HF. Dokumentasjonskrav i forbindelse med vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten	DIPS-rapport 6817 - Oversikt Polikliniske besøk i perioden
Prioriteringsforskriften	DIPS-rapport 6813 revmatologi - Oversikt henvisninger mottatt i periode
Forskrift om ventelisteregistrering	Uttrekk fra venteliste revmatologi - per 02.10.17
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Oppdragsdokument Revmatismesykehuset Lillehammer 2017
Meld. St. 34 (2015–2016): Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering	Utvalg rutiner, prosedyrer, retningslinjer mv. fra Revmatismesykehusets kvalitetssystem
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.	

# Vedlegg 2

Tabell 2 Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel/rolle
25.10.17	Bente Hammes, Avdelingssjef sengeavdeling og poliklinikk
25.10.17	Frode Krøll, avdelingssjef/avdelingsoverlege
25.10.17	Eldri Kveine Strand, legespesialist
25.10.17	Ane Mathea Foss, LIS lege
25.10.17	Anne Berit Klockervold, leder kontortjenesten
02.11.17	Eva Melbø, leder sykepleiertjenesten
07.11.17	Aage Westlie, administrerende direktør
07.11.17	Harald Moen, økonomidirektør
15.11.17	Åse Skarbø, avdelingssjef rehabilitering

## Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

### *Om konsernrevisjonen Helse Sør-Øst*

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

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

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

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

### *Vår visjon*

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

### *Om revisjonsprosjektet:*

Revisjonsperiode: Oktober – november 2017

Virksomhet: Revmatismesykehuset Lillehammer

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragsseier)
- Hans Petter Eide (oppdragsleder)
- Anders Tømmerås

### *Rapporten er oversendt til:*

- Styret i Revmatismesykehuset Lillehammer v/styreleder
- Administrerende direktør Revmatismesykehuset Lillehammer
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF

### *Våre rapporter:*

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

[www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen)