



Konsernrevisjonen
Rapport 5/2019

**Revisjon av vurderingspraksis ved
henvisning til rehabilitering**

Regional koordinerende enhet

Dato: 8. november 2019



Introduksjon

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at pasienter får nødvendig rehabilitering. Det er stor variasjon i helseforetakenes rehabiliteringstilbud og de private rehabiliteringsinstitusjonene er ujevnt geografisk fordelt i regionen. Aktivitetstall indikerer uønsket variasjon i bruk av spesialisert rehabilitering.

Målet for revisjonen har vært å undersøke praksis for vurdering av henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientene som tildeles rett til utredning eller behandling kanaliseres til et egnet tilbud.

Revisjonen er gjennomført ved Regional koordinerende enhet (RKE), og har omfattet henvisninger for pasienter med muskel- og bløtdelssmerter. RKE vurderer alle henvisninger fra primærhelsetjenesten og avtalespesialister som henvises til private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.

Vi har definert følgende problemstillinger:

- Sørger RKE for at de riktige pasientene får tilbud i spesialisthelsetjenesten?
- Får rettighetspasientene et adekvat tilbud om utredning eller behandling, basert på opplysningene i henvisningen?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet mai- august 2019.



INNHOOLD

1. Konklusjon og anbefalinger	4
1.1 RKEs potensiale kan utnyttes i større grad	
1.2 Anbefalinger	
1.3 Behov for fornyet vurdering av ønsket praksis	
2. Kontekst	7
2.1 Rehabilitering	
2.2 Rettighetsvurdering	
3. Tilnærming	10
3.1 Innretning og metodebruk	
3.2 Avgrensning	
4. Intern styring og kontroll	11
4.1 Observasjoner av internkontrollen	
4.2 Vurdering av internkontrollen	
5. Vurderingspraksis - journalgjennomgang	13
5.1 RKEs beskrivelse av egen praksis	
5.2 Test av praksis - journalgjennomgang	
5.3 Vurdering av RKEs praksis	
Vedlegg	17

1. Konklusjon og anbefalinger

1.1 RKEs potensiale kan utnyttes i større grad

Rettighetsvurderinger er inngangen inn i spesialisthelsetjenesten for mange pasienter, og skal bidra til at helsetjenestene blir likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen.

Som mottaker av alle henvisninger fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst er RKE viktig for god utnyttelse av regionens samlede rehabiliteringstilbud. Revisjonen har vist at RKE sørger for at rettighetsvurderingene gjennomføres på en hensiktsmessig måte, og i tråd med formalkrav. Samtidig bør det vurderes om RKEs kompetanse og kunnskap kan utnyttes i enda større grad.

Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Formalkrav etterleves i stor grad.
- Justeringer i vurderingspraksis bør vurderes.
- Mulighetsrommet for mer aktiv kanalisering av pasienter bør utforskes

Formalkrav etterleves i stor grad

RKE har organisert og tilrettelagt vurderingsarbeidet på en måte som gjør at formalkrav etterleves i stor grad. Blant annet er ansvar og roller tydelig fordelt, opplæring blir gitt og det er etablert maler og rutiner.

Konsernrevisjonens stikkprøve i journal viste at henvisningene vurderes i rett tid av personell med rett kompetanse.

Pasienter som får avslag får en begrunnelse og veiledning om alternative muligheter. Pasienter som får rett til spesialisthelsetjeneste får informasjon om innvilget rett, ytelse, behandlingssted, om retten gjelder behandling eller utredning og om juridisk frist for seneste oppstart av helsehjelp. Det er usikkert om rettighetspasientene får informasjon om oppmøtetidspunkt og -sted innen fristen på ti dager, da denne dialogen går mellom tildelt institusjon og pasient.

Justeringer i vurderingspraksis bør vurderes

En stor andel av rettighetspasientene i stikkprøven ble kanalisert direkte til et behandlingstilbud. Vi mener at det er rom for å i større grad å tildele rett til et innledende kartleggings- og vurderingstilbud før eventuell videre behandling.

Vi stiller også spørsmål ved om det er for høy terskel for å gi avslag. Det er vår vurdering at flere av pasientene i stikkprøven som fikk tildelt rett kunne fått avslag, da vi ikke kunne se at det fremkom tydelig av henvisningene behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det var imidlertid ikke mulig å etterprøve legenes vurderinger for tildeling av rett, fordi disse ikke ble dokumentert.

Konsernrevisjonen var i stor grad enig i de avslagene som var gitt i utvalget til vår stikkprøve. Imidlertid fikk enkelte pasienter avslag på spesialisthelsetjenester med en veiledning i svarbrevet om at fysikalskmedisinsk poliklinikk eller privat rehabilitering under en annen delytelse kunne være relevant. Det er viktig at pasienter som kan ha rett til helsehjelp ikke får en avslagsbegrunnelse som kan gi inntrykk av det motsatte. Kanskje ville disse pasientene være bedre ivaretatt med en viderehenvisning til rett instans, gjerne etter avtale med pasienten.

RKE har en praksis som innebærer at mange pasienter får juridisk frist om lag ett år frem i tid. Vi stiller spørsmål om dette er en god praksis, eller om spesielt pasienter som får rett til et kartleggings- og vurderingstilbud for å avklare rehabiliteringsbehovet burde få en kortere frist.

Mulighetsrommet for mer aktiv kanalisering av pasienter bør utforskes

En stor andel av pasientene henvises med ønske om tilbud ved en spesifikk institusjon. RKE har som praksis å tildele ønsket institusjon dersom pasientens vurderes å ha rett til kartlegging og vurdering eller behandling som tilbys ved institusjonen. RKE tar da ikke hensyn til om pasienten har behov for dag- eller døgnbehandling, eller om ventetid hos leverandøren overskrider juridisk frist. Praksisen begrunnes med retten til fritt behandlingsvalg og juridiske betenkeligheter ved deling av helseopplysninger.

Konsernrevisjonen mener det i noen tilfeller kan forsvares å kanalisere pasienten til annen leverandør enn det er forespurt om. Dersom en pasient bor i rimelig nærhet til et dagtilbud som kan innfri behovet for behandling, mener vi det kan argumenteres for at det vil være korrekt å tildele et dagtilbud fremfor et døgntilbud.

Videre mener vi det vil være riktig å kanalisere pasientene til en institusjon som har ventetid kortere enn juridisk frist, for å forebygge fristbrudd. Pasienter som eventuelt skulle ønske å vente så lenge at det blir fristbrudd for å komme til en spesifikk institusjon, vil fortsatt ha mulighet til å bytte i etterkant av tildelingen.

1.2 Anbefalinger

Vurdere strengere tildelingspraksis

Vi anbefaler RKE å gjennomgå kriteriene for å tildele rett til henholdsvis kartlegging og vurdering og behandling. Vi mener det er rom for å gi flere avslag, og å øke bruken av kartleggings- og vurderingstilbud. Et mulig tiltak er i større grad å gjøre beslutningsstøtte tilgjengelig for vurderingslegene, samt å innføre krav til å dokumentere vurderingene som tildelingene er basert på.

Vurdere endret praksis for juridisk frist

Vi anbefaler RKE å vurdere endringer i praksisen sin med å sette juridisk frist langt frem i tid, spesielt for pasienter som har fått rett til en vurdering av behovet for spesialisert rehabilitering.

Bedre ivaretagelse av avslagspasienter

Vi anbefaler RKE å vurdere sin håndtering av pasienter som kan ha rett til spesialisthelsetjenester, men som ikke passer i et privat tilbud under delytelse J. Tydeligere begrunnelse og veiledning ved avslag eller viderehenvisning til rett instans kan være alternativer.

Justering av internkontrollen

Dersom RKE velger å gjøre tiltak for å endre praksis i tråd med anbefalingene ovenfor, bør justeringer av internkontrollen vurderes for å sikre av ønskede endringer skjer. Styrking av beslutningsstøtte og krav til dokumentasjon er nevnt. En mer kvalitativ oppfølging av vurderingslegenes arbeid i en tidsperiode frem til eventuell ny praksis er innarbeidet kan også vurderes.

1.3 Behov for fornyet vurdering av ønsket praksis

Det er vår vurdering at RKEs kompetanse kan utnyttes i enda større grad, dersom praksis justeres på noen punkter. RKE mener at dagens praksis er korrekt ut fra en juridisk vurdering, og opplyser om at den er avklart med HSØ RHF.

HSØ RHF har som RKEs oppdragsgiver ikke vært en del av revisjonen. I lys av problemstillingene som kommer frem i rapporten har vi likevel anbefalt det regionale helseforetaket å vurdere mulighetsrommet innenfor gjeldende regelverk knyttet til følgende:

- å tildele en annen leverandør enn den som ønskes i henvisningen
- å viderehenvise pasienter som er henvist til feil delytelse, eller som burde vært henvist til et helseforetak i stedet for en privat leverandør

Videre har vi anbefalt HSØ RHF å vurdere om det er behov for tiltak for å innfri kravet om informasjon til rettighetspasientene om oppmøtetidspunkt- og sted innen ti dager.

Det vil være naturlig at HSØ RHF følger opp eventuelle ønsker om endringer i RKEs praksis i styringsdialogen.

2. Kontekst

2.1 Rehabilitering

Rehabilitering er definert slik:

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere.

Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Rehabilitering gjennomføres både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og kan ytes ambulant, poliklinisk, som dagbehandling og som døgnbehandling. Det har over lengre tid vært diskutert hvilken rehabilitering som skal gis på hvilket nivå. En større del av tjenestene skal overføres til primærhelsetjenesten. Samtidig har de regionale helseforetakene fått pålegg om å ikke bygge ned sitt tilbud før kommunene har bygd opp.

I Helse Sør-Øst gis det hovedsakelig rehabilitering i helseforetakene og ved private institusjoner etter avtale med det regionale helseforetaket. Sunnaas sykehus HF er et rehabiliteringssykehus uten eget opptaksområde.

Rehabilitering - langvarig muskel- og bløtdelssmerter

Revisjonen har omfattet vurdering av henvisninger til rehabilitering for pasienter i diagnosegruppen langvarig muskel- og bløtdelssmerter. Gruppen omfatter pasienter med diagnose/tilstand som fibromyalgi, myofascielle smerter (muskelsmerter) og langvarige nakke- og ryggmerter.

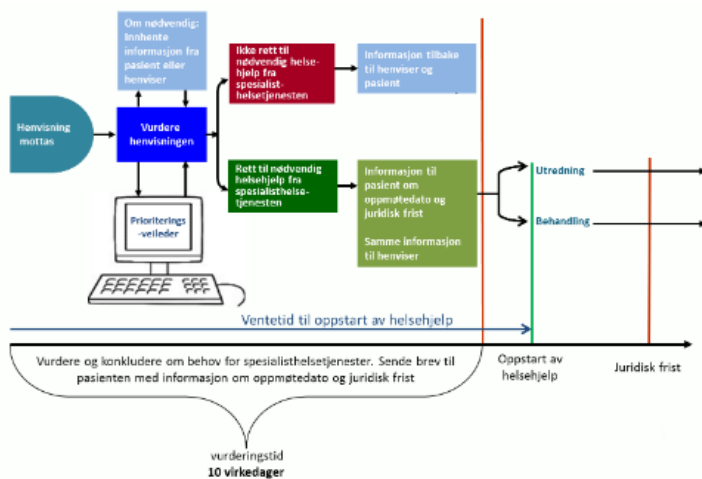
Det regionale helseforetaket har anskaffet tilbud hos private institusjoner for diagnosegruppen. Tilbudene er sortert under «kartlegging og vurdering» og «rehabilitering». «Kartlegging og vurderinger» er korte forløp med mål om å vurdere pasientenes rehabiliteringsbehov og –potensiale, som kan resultere i et rehabiliteringstilbud. Begge tilbudene gis både som dag- og døgnopphold. Videre finnes både individuelle og gruppebaserte tilbud.

I tillegg til de private institusjonene har HF-ene i ulik grad tilbud om rehabilitering til pasientgruppen. De fleste HF-ene har fysikalskmedisinske poliklinikker som tilbyr utredning. Noen har også mer omfattende polikliniske tilbud, som Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og Sørlandet Sykehus. Sunnaas sykehus HF har et utvalg tilbud som kan være aktuelle for pasientgruppen, i spennet mellom poliklinisk vurdering av lege til lengre døgnopphold.

2.2 Rettighetsvurdering

Pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester er blant annet det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til at pasienter som trenger det mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen.

Det er utarbeidet prioriteringsveiledere som beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Veilederne er ikke bindende, men velges en annen praksis enn den som er foreslått, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Figuren nedfor viser henvisningsforløpet.



Figur 1: Henvisningsforløpet. Kilde: Helsedirektoratet

Pasienter kan bli henvist til spesialisthelsetjenesten for rehabilitering (primærrehabilitering), eller få rehabilitering i forbindelse med akutt innleggelse (sekundærrehabilitering). Henvisninger til primærrehabilitering fra primærhelsetjenesten eller avtalespesialister skal rettighetsvurderes. HF-ene rettighetsvurderer selv henvisningene de mottar. Henvisninger til private institusjoner vurderes av regional koordinerende enhet (RKE). Henvisninger fra helseforetak til rehabilitering skal som hovedregel ikke rettighetsvurderes.

Pasienter som får tildelt rett til spesialisthelsetjeneste kan få rett til enten utredning eller behandling.

Prioriteringsveileder - langvarig muskel- og bløtdelssmerte

Det vil hovedsakelig være prioriteringsveileder for fysisk medisin og rehabilitering som kommer til anvendelse ved vurdering av henvisninger for pasientgruppen.

Mange av pasientene som henvises vil bli vurdert under kapittel 2.7 «Utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker (tretthet, kognitive vansker, sammensatte psykososiale problemer) - langvarig over 3 måneder». I følge veilederen har disse pasientene på gruppenivå ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid kan individuelle forhold tilsi at pasienten likevel kan tildeles rett.

En del av pasientene som henvises vil vurderes under kapittel 2.3 og 2.4 «Nakkesmerter/Ryggsmerter med og uten nerverotsaffeksjon - langvarige over 3 måneder». I følge veilederen har disse rett til spesialisthelsetjenester, og veiledende frist for start utredning er 26 uker.

2.3 Regional koordinerende enhet (RKE)

RKE er underlagt Sunnaas sykehus HF og ble etablert på oppdrag fra Helse Øst RHF i 2006. HSØ RHF har utarbeidet et mandatet for RKE der det fremkommer at enheten blant annet skal:

- Vurdere alle henvisninger til rehabilitering fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner, uten formell vurderingskompetanse, som har avtale med det regionale helseforetaket eller er en godkjent leverandør av HELFO under ordningen fritt behandlingsvalg innenfor rehabiliteringsfeltet.
- Drifte den nasjonale ReHabiliteringstelefonen med helsefaglig personell, ha oversikt over og formidle informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud, samt veilede pasienter ved ønske om bytte av behandlingssted.

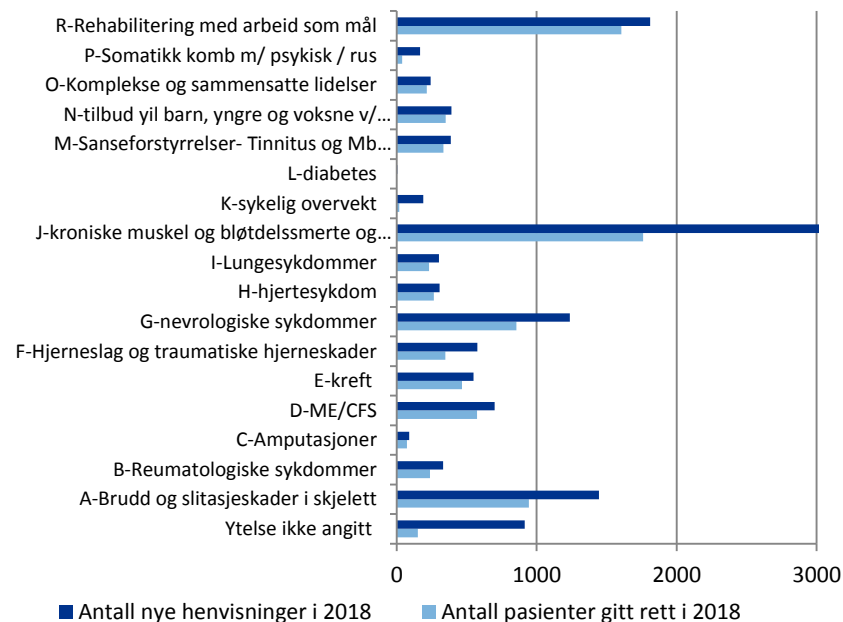
RKE opplyser om at de ved flere anledninger har henvendt seg til HSØ RHF for å sikre at de har en praksis som er i tråd med oppdragsgivers forventninger. Videre opplyser RKE om at de har hatt dialog med Helsedirektoratet vedrørende forvaltningen av den juridiske rettigheten knyttet til fritt behandlingsvalg. I følge RKE er dagens praksis i tråd med avklaringene de har fått i dialogen med HSØ RHF og Helsedirektoratet.

RKE er bemannet med leder, seks rehabiliteringsrådgivere, en helsesekretær og en overlege i 50 % stilling. I tillegg har RKE en «pool» bestående av ti leger som vurderer henvisninger. Vurderingslegene jobber til daglig ved seks forskjellige helseforetak i Helse Sør-Øst.

RKE vurderte 12 667 nye henvisninger i 2018. Dette utgjorde om lag 66 % av alle henvisningene til de private rehabiliteringsinstitusjonene i helseregion sør-øst.

RKE vurderer ikke henvisninger til LHL-sykehusets tilbud, siden de har egen vurderingskompetanse.

Muskel- og bløtdelssmerter er klart den største pasientgruppen målt i antall henvisninger som vurderes ved RKE. I 2018 utgjorde pasientgruppen om lag en fjerdedel av nye henvisninger som ble behandlet ved RKE. 58 % av pasientene fikk tildelt rett til spesialisthelsetjenester (figur 2). Etter vurdering av anmodninger om ny vurdering og klagesaker, økte andelen med innvilget rett til omlag 65%.



Figur 2: Mottatt henvisninger og antall gitt rett RKE 2018. Kilde: RKE

3. Tilnærming

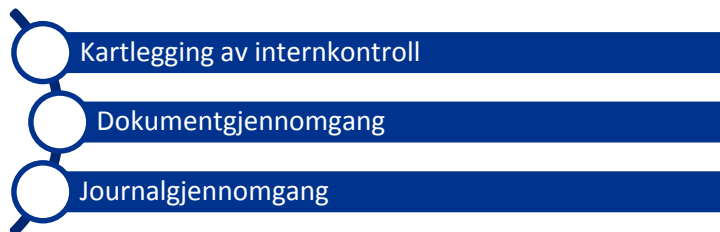
3.1 Innretning og metodebruk

RKE har en viktig portvokterfunksjon ved å tildele rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Gjennom sin kunnskap om rehabiliterings-tilbudene i regionen har RKE et godt grunnlag for å kanalisere rettighetspasientene til et hensiktsmessig tilbud.

Målet med revisjonen har vært å undersøke om RKE sørger for at de riktige pasientene får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre har revisjonen søkt å belyse om rettighetspasientene får et adekvat tilbud om utredning eller behandling, basert på opplysningene i henvisningen.

For å undersøke om RKE vurderer henvisninger i tråd med krav og føringer har vi gjort stikkprøver av gjennomførte rettighetsvurderinger. Vi har vurdert om RKE gir de riktige pasientene rett til spesialisthelsetjenester. Videre har vi vurdert om rettighetspasientene gis et tilbud som er rimelig basert på behovet som fremkommer i henvisningene, fristen for oppstart av helsehjelp som er satt og ventetid ved institusjonen.

For å sikre god kvalitet i rettighetsvurderingene må ledelsen påse at det er etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll. Internkontrollen skal bidra til at de riktige aktivitetene blir gjennomført med ønsket kvalitet til rett tid, av medarbeidere med tilstrekkelig kompetanse. Videre skal den bidra til at feil og mangler fanges opp og korrigeres. Konsernrevisjonen har undersøkt RKEs internkontroll knyttet til arbeidet med å vurdere henvisninger gjennom dokumentgjennomgang og kartlegging av praksis i møter og per e-post.



Figur 3: Metoder benyttet i revisjonen.

Revisjonsgrunnlag og -kriterier fremkommer i vedlegg 1.

3.2 Avgrensning

Revisjonen har ikke omfattet:

- Aktiviteter for å opplyse potensielle henvisere om rehabiliteringstilbudet i regionen og om krav til innhold i henvisninger.
- Vurderinger av om kvaliteten på rehabiliteringen ved private institusjoner er i tråd med avtalene.
- En fullstendig gjennomgang av internkontrollen ved RKE, kun de elementene vi vurderer som nødvendige for å nå målet med revisjonen.
- Vurdering av hensiktsmessigheten ved å ha en regional koordinerende enhet og Helse Sør-Øst RHF's styring av enheten.

4. Intern styring og kontroll

4.1 Observasjoner av internkontrollen

Organisering av vurderingsarbeidet

Vi har undersøkt om prosessen med å vurdere henvisninger er hensiktsmessig organisert, og om roller og ansvar er tydelig definert.

RKE har utarbeidet et prosesskart som viser arbeidsflyten når henvisningene skal rettighetsvurderes (figur 4).



Figur 4: Beskrivelse av arbeidsprosess. Kilde: RKE.

Legespesialister vurderer henvisningene, og de er organisert i arbeidsgrupper etter kompetanse. Rehabiliteringsrådgivere er ansvarlige for å legge mottatte henvisninger korrekt inn i DIPS og gjøre disse tilgjengelig for vurderingslegene. Rehabiliteringsrådgiverne fordeler henvisningene til riktig arbeidsgruppe basert på pasientens diagnose. Legene har anledning til å overføre henvisningen til annen arbeidsgruppe etter faglig vurdering. Rehabiliteringsrådgivere (evt. sekretær) er også ansvarlig for å sende ut brev med svar på henvisning til pasient og henviser.

RKE har utarbeidet prosessflyt for legenes oppgaver (figur 5).

Kompetanse

Vi har undersøkt om RKE sørger for at fagpersoner som vurderer henvisninger har tilstrekkelig kompetanse.

RKE har satt som krav at vurderingsleger har relevant spesialisering.



Figur 5: Beskrivelse av legens oppgaver. Kilde: RKE.

Enhetsleder er ansvarlig for at nyansatte leger får opplæring, og at det er utarbeidet sjekklister til dette formålet. Det foreligger oversikt om gjennomført opplæring for legene. Det opplyses om at ansvarlig overlege følger ny vurderingsleger tett i starten.

RKE opplyser videre at de gjennomfører møter med alle vurderingslegene hvert tertial. Her utveksles det erfaringer og nyttig informasjon. Videre er det diskusjon om legenes tilnærming og vurdering av ulike henvisninger. RKE opplyser videre at det gjennomføres møter på tvers av helseregionene med mål om å avstemme praksis.

Rutiner og retningslinjer for å sikre kvalitet

Vi har undersøkt om det er etablert hensiktsmessige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og liknende for å sikre god praksis ved vurdering av henvisninger.

Det er utarbeidet prosedyrer for mottak og svar på henvisninger. Brevmalen for svar på henvisninger skal benyttes. Videre foreligger det presentasjoner som beskriver RKEs forventninger til hvordan legene skal gjennomføre vurderingene.

Disse oppgis å bli benyttet i opplæring av leger og som støtte for deres videre arbeid. Beskrivelsene er ikke formalisert i kvalitetssystemet. RKE opplyser om at vurderingslegene benytter RKE sine nettsider og «Velg Behandlingssted» for å finne frem til rette behandlingssted med tanke på innhold, geografiske forhold og ventetid.

Rehabiliteringsrådgiverne kontrollerer ukentlig at samtlige henvisninger er behandlet. Avdekkede feil blir korrigeret. Ved utsending av brev kontrollerer rehabiliteringsrådgiverne at nødvendige vedlegg følger brevet.

For å dele erfaringer fra etterkontrollen benytter rehabiliteringsrådgiverne en «forbedringstavle». Forbedringsområder som angår legene tas opp i møter der disse deltar.

RKE opplyser at de gjennomfører faste møter med Helse Sør-Øst RHF, brukertutvalget ved RKE og de private institusjonene for å diskutere blant annet vurderingspraksis og avslagsprosent.

Ledelsens oppfølging

Vi har undersøkt om ledelsen systematisk følger opp kvaliteten på rettighetsvurderingene og vurderer og gjennomfører korrigerende tiltak ved behov.

Enhetsleder opplyser at han gjennomfører stikkprøver av vurderingslegenes arbeid. Da kontrolleres om timeantallet står i forhold til antall vurderte henvisninger i samme periode, andel innvilgede med rett og avslag. Bruken av forespørsel om tilleggsopplysninger kontrolleres samtidig. Leder gir legene tilbakemelding på stikkprøven og arkiverer dialogen. Resultatene diskuteres på generelt grunnlag i legemøter med mål om kalibrere henvisningene.

4.2 Vurdering av internkontroll

Internkontrollen skal bidra til at vurdering av henvisninger blir gjennomført med ønsket kvalitet til rett tid, av medarbeidere med tilstrekkelig kompetanse. Videre skal feil og mangler fanges opp og korrigeres.

RKE har etablert en internkontroll som legger til rette for at rettighetsvurderingene gjennomføres til rett tid av kompetent personell. Arbeidet er hensiktsmessig organisert, administrative rutiner er utarbeidet og nyansatte får opplæring. Etterkontroll er etablert for å avdekke avvik fra administrative krav, og det er etablert arenaer for å lære av feil og å avstemme praksis.

Det er stor grad av skjønn knyttet til å vurdere om pasienter med langvarige muskel- og bløtdelssmerter skal ha rett til spesialisert rehabilitering. Det samme gjelder vurderingen av om pasienten eventuelt skal ha rett til vurdering eller behandling, om det er behov for døgnopphold og hvor langt frem juridisk frist skal settes. RKEs opplæringsmaterieell omhandler disse temaene, men rutiner og beslutningsstøtte for legenes praksis er ikke formalisert i kvalitetssystemet. Vurderingslegene får dermed begrenset støtte til å kanalisere pasienter til egnet institusjon basert på en vurdering av pasientens behov og bosted opp mot tilbudene som kan være aktuelle og ventetiden ved disse.

Leders oppfølging av praksis er basert på stikkprøver av timeantallet i forhold til antall vurderte henvisninger, andel innvilgede med rett, avslag og bruken av forespørsel om tilleggsopplysninger. Oppfølgingen er ikke egnet til å fange opp praksis knyttet til bruk av vurdering versus behandling, fastsettelse av juridisk frist og tildeling av institusjon.

5. Vurderingspraksis – journalgjennomgang

5.1 RKEs beskrivelse av egen praksis

Juridisk frist

RKE opplyser at juridisk frist for seneste oppstart helsehjelp til pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager som får rett til utredning eller behandling som hovedregel settes ti til tolv måneder frem i tid. Dersom det haster å igangsette helsehjelpen opplyser RKE at praksis som hovedregel er å sette fristen kortere enn seks måneder.

Valg av institusjon

Når pasienten får rett til enten utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten kanaliserer RKE pasienten til en leverandør som har et egnet tilbud. Dersom henvisningen ikke inneholder ønske om spesifikk leverandør opplyser RKE om at praksis er å tildele leverandør ut fra en vurdering av pasientens bosted, behov og ventetid.

Dersom henvisningen inneholder ønske om spesifikk leverandør opplyser RKE at de kanaliserer pasienten til denne leverandøren uten å ta hensyn til pasientens bosted, behov eller ventetid. RKE forklarer praksis både med pasientens rett til fritt behandlingsvalg og juridiske betenkeligheter med å sende pasientopplysninger til en leverandør pasienten ikke har bedt om.

RKE sidestiller dag- og døgntilbud i sin kanalisering av pasienter til leverandørene. Praksisen forklares med RKE har avklart med HSØ RHF at det faglige innholdet i dag- og døgntilbudene er likestilt. RKE opplyser at de ikke er bedt om å ta hensyn til eventuelle kostnadmessige forskjeller i vurderingene.

Time i første brev

Av praktiske årsaker er det etablert en praksis med at RKE tildeler rett og formidler henvisningen videre til institusjonen der tilbudet skal gis. Informasjon om oppmøtetidspunkt formidles til pasienten av leverandøren.

5.2 Test av praksis - journalgjennomgang

Beskrivelse av utvalget

Konsernrevisjonen har undersøkt 30 vurderinger av henvisninger som en test på hvordan praksisen fungerer. Henvisningene ble trukket fra et utvalg bestående av de 100 siste henvisningene som var kommet inn til RKE. Tidsperioden på utvalget var medio mai til begynnelsen av juni 2019.

Samtlige pasienter i undersøkte henvisninger hadde langvarige muskel- og bløtdelssmerter. Noen av pasientene var beskrevet med smerter hovedsakelig i rygg- eller nakke-regionen, mens andre hadde mer generelle og utbredte smerter.

Innholdet i henvisningene

Oppsummert inneholdt henvisningene beskrivelse av pasientenes fysiske symptomer, men hadde sparsomt med informasjon om funksjonsevnen. Sosiale forhold var som regel lite beskrevet. Der hvor det fremkom opplysninger om psykiske plager var det sjeldent gjort kartlegging av symptomtrykk. Det fremkom ofte at pasientene hadde hatt oppfølging av fysioterapeut eller andre behandlere i primærhelsetjenesten, men innholdet i behandlingen var lite beskrevet og hvilken effekt den hadde. Pasientens motivasjon og mål for rehabilitering var lite beskrevet.

5.2.1 Rettighetspasienter

Konsernrevisjonen har undersøkt 15 vurderinger av henvisninger som endte med at rett til spesialisthelsetjeneste ble tildelt i mai 2019. Resultatene fra testen er beskrevet under:

Vurderingsfrist og svarbrev

Svarbrev ble sendt pasient og henviser innen ti virkedager. Alle de undersøkte rettighetsvurderingene var gjennomført av lege med spesialistkompetanse. Dette er i tråd med føringene.

Svarbrevene inneholdt informasjon om at pasienten har fått rett til spesialisthelsetjenesten, hvilken ytelse, og om det er behandling eller utredning. Videre inneholdt svarbrevene frist for seneste oppstart helsehjelp og hvilken leverandør som det gis tilbud fra, men ikke time i første brev.

Revisjonen har ikke gitt grunnlag for å konkludere på hvorvidt lovkravet om at rettighetspasientene skal få informasjon om oppmøtetidspunkt innen ti dager etterleves, siden RKE kun formidler informasjon til pasienten om rett eller avslag på helsehjelp. For denne pasientgruppen går det trolig ikke ut over helsetilstanden om fristen overskrides med noen dager. Likevel er det uheldig dersom det er etablert en praksis som fører til systematiske avvik fra lovkrav.

Innhenting av supplerende opplysninger ved behov

Det ble ikke innhentet supplerende opplysninger før vurdering av henvisningene. Det er vår vurdering at det i fire av tilfellene med fordel kunne vært innhentet, spesielt da disse fire pasientene ble innvilget rett til behandling uten et innledende kartleggings- og vurderingstilbud.

Rett til utredning eller behandling

Fem pasienter fikk rett til utredning og ble kanalisert til et kartleggings- og vurderingstilbud. Det er vår vurdering at to av disse kunne fått avslag, da det ikke fremkom et behov for spesialisthelsetjenester i henvisningene.

Ti pasienter fikk rett til behandling og ble kanalisert direkte til et behandlingstilbud. Det er vår vurdering at syv av disse med fordel kunne fått en innledende kartlegging og vurdering for å avklare behovet for spesialisert rehabilitering. Det fremkom ikke åpenbart av henvisningen hva behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten var, og en innledende kartlegging og vurdering ville ikke vært til hinder for en eventuell videre rehabilitering ved behov. To pasienter mener vi kunne fått avslag, eventuelt en poliklinisk vurdering, da henvisningene ikke beskrev et tydelig behov for spesialisthelsetjenester. Ett av tilfellene klarte vi ikke å vurdere på grunn av lite informasjon i henvisningen.

Flere av pasientene i stikkprøven har ifølge prioriteringsveilederen ikke rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten på gruppenivå, men har likevel fått tildelt rett av RKE. Det er vår vurdering at flere av pasientene kunne fått avslag. Da RKE ikke begrunner vurderingene er det ikke mulig å etterprøve hvilke individuelle forhold legene har vektlagt ved tildeling av rett. Dokumentasjon av begrunnelsen for tildeling av rett når vedtaket ikke åpenbart er i tråd med anbefalingene i prioriteringsveilederen ville gitt større muligheter for kvalitetskontroll og kunne bidratt til å bevisstgjøre legen som gjør vurderingen.

Juridisk frist

Juridisk frist ble satt 36 til 58 uker frem i tid. Samtlige som fikk rett til utredning fikk frist på 56-58 uker. Det fremkommer ikke hvilke vurderinger som lå til grunn for fristfastsettelsen.

Spesielt for pasienter som skal til kartlegging og vurdering mener vi det kan argumenteres for kortere frist, da slike opphold skal bidra til å avklare det videre behovet for helsehjelp.

Frister langt frem i tid kan føre til helsehjelp som viser seg nødvendig gjennom kartleggingen blir forsinket, og det er risiko for at pasientens liv «settes på vent» i dette tidsrommet.

14 av pasientene fikk et tilbud som hadde oppgitt kortere ventetid enn den juridisk fristen som var satt. Unntaket var en pasient med rett til utredning som fikk frist på 56 uker og et tilbud med oppgitt ventetid på 79 uker. Vår vurdering er at det er uheldig å innvilge pasienter et tilbud som har oppgitt ventetid som er lengre enn juridisk frist.

5.2.2 Avslag

Konsernrevisjonen har undersøkt 15 vurderinger av henvisninger som endte med avslag i mai 2019. Resultatet fra testen er beskrevet under.

Vurderingsfrist og svarbrev

Alle rettighetsvurderingene var gjennomført av overlege med relevant spesialisering. Svarbrev ble sendt pasient og henviser innen ti virkedager med påkrevd innhold. Alle avslag var begrunnet og inneholdt informasjon om klageadgang. Dette er i tråd med føringene.

Innhenting av supplerende opplysninger

Det ble ikke innhentet supplerende opplysninger før vurdering av henvisningene. Det er vår vurdering at det var forsvarlig å vurdere henvisningene uten å innhente ytterligere informasjon.

Avslag på henvisningen

Det er vår vurdering at det var korrekt å gi avslag i 13 tilfeller. I to tilfeller kunne pasienten fått rett til utredning, da det i henvisningene fremkom et mulig behov for spesialisthelsetjeneste.

Alle svarbrevene inneholdt begrunnelse for avslag. Begrunnelsene var etter vår vurdering i all hovedsak gyldige. I noen tilfeller ble imidlertid henvisningene avslått, men pasient/henviser ble informert om andre aktuelle instanser i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke nødvendigvis feil, men det er viktig at pasienter som kan ha rett til helsehjelp ikke får en avslagsbegrunnelse som kan gi inntrykk av det motsatte.

I tilfeller der RKE ser at henviste pasienter kan ha rett til spesialisthelsetjeneste, men ikke passer i det tilbudet de er henvist til, er det viktig at dette hensynet ivaretas. En løsning kan være å viderehenvise pasientene til rettighetsvurdering ved en annen delytelse, eller ved poliklinikk på et helseforetak.

5.3 Vurdering av RKEs praksis

Journalgjennomgangen viste at rettighetsvurderingene ble gjennomført av en overlege med relevant spesialisering.

Svarbrev ble sendt pasient og henviser innen ti virkedager. Svarbrevene til avslagspasientene hadde påkrevd innhold. Svarbrevene til rettighetspasientene inneholdt ikke time i første brev. Det er usikkert hvorvidt lovkravet om at rettighetspasientene skal få informasjon om oppmøtetidspunkt innen ti dager innfris.

Flere av rettighetspasientene kunne etter vår mening fått avslag. Da RKE ikke begrunner vurderingene er det imidlertid ikke mulig å etterprøve hvilke individuelle forhold legene har vektlagt ved tildeling av rett. En stor andel av pasientene som ble kanalisert direkte til et behandlingstilbud kunne med fordel fått en innledende kartlegging og vurdering av rehabiliteringsbehovet.

Samtlige pasienter som fikk rett til utredning fikk frist på 56-58 uker. For pasienter som skal til kartlegging og vurdering mener vi denne fristen bør settes kortere. Frister langt frem i tid kan føre til at helsehjelp som viser seg nødvendig gjennom kartleggingen blir forsinket, og det er risiko for at pasientens liv «settes på vent» i dette tidsrommet.

Begrunnelsen for noen av avslagene var etter vår vurdering ikke tilstrekkelig tydelig på om pasienten var vurdert til ikke å ha behov for spesialisthelsetjenester, eller til ikke å passe inn i det tilbud pasienten hadde søkt seg til.

Det er viktig at pasienter som kan ha rett til helsehjelp ikke får en avslagsbegrunnelse som kan gi inntrykk av det motsatte. Uklare begrunnelser kan forvirre pasienter og fastleger og føre til at pasienter som kan ha rett til spesialisthelsetjenester ikke får et egnet tilbud.

RKE har potensielt en viktig rolle i å utnytte regionene samlede rehabiliteringstilbud. Etter vår mening er det rom for å utnytte RKEs faglige kompetanse og kjennskap til regionenes samlede rehabiliteringstilbud i større grad. Konsernrevisjonen mener det i noen tilfeller kan forsvares å kanalisere pasienten til annen leverandør enn det er forespurt om. Dersom en pasient bor i rimelig nærhet til et dagtilbud som kan innfri behovet for behandling, mener vi det kan argumenteres for at det vil være korrekt å tildele et dagtilbud fremfor et døgntilbud. Videre mener vi det vil være riktig å kanalisere pasientene til en institusjon som har ventetid kortere enn juridisk frist, for å forebygge fristbrudd. Pasienter som eventuelt skulle ønske å vente så lenge at det blir fristbrudd for å komme til en spesifikk institusjon, vil fortsatt ha mulighet til å bytte i etterkant av tildelingen.

Vedlegg 1

Krav og føringer

Krav og føringer fra følgende kilder er lagt til grunn for revisjonen:

- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd
- Prioriteringsveileder fysisk medisin og rehabilitering
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helse Sør-Øst RHF's mandat til Regional koordinerende enhet

Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriteriene legges til grunn for revisjonen:

- Gjennomføring av rettighetsvurderinger er hensiktsmessig organisert.
- Ansatte som vurderer henvisninger får tilstrekkelig opplæring og vedlikehold av kompetanse.
- Det er iverksatt hensiktsmessige tiltak for å bidra til god vurderingspraksis.
- RKE følger opp prioriteringspraksis.
- RKE har oversikt over hvilke rehabiliteringstilbud som finnes i regionen.
- RKE har rutiner for å vurdere hva slags tilbud pasienten har behov for.
- RKE sørger for at pasienten får et rehabiliteringstilbud som er i tråd med behovet.
- RKE følger opp om rettighetspasientene får et adekvat tilbud.

Vedlegg 2

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Dok RKE-1 DIPS RKE Mottak og reg av eksterne elektroniske henvisninger	Dok RKE- 11.5 Viderehenvisning fra kartleggings- til behandlingsopphold
Dok RKE-2 DIPS RKE Mottak og registrering av eksterne papirhenvisninger	Dok RKE- 12 Rehabiliteringsrådgiver stillingsbeskrivelse 2018
Dok RKE-3 DIPS RKE Registrere pasientopplysninger	Dok RKE- 13 Opplæring av nyansatt ved RKE
Dok RKE-4 DIPS RKE Registrere henviser	Diverse maler på svarbrev
Dok RKE-5 DIPS RKE Overføring til riktig arbeidsgruppe ut fra ytelsesgrupper	Dok RKE- 15 Brev og kartlegging ved besøk i private institusjoner
Dok RKE-6 Prosedyre for utsending av brev fra DIPS via DigiLink	Dok RKE- 16 J Kronisk muskel- og bløtdelssmerte døgn kartlegging og vurdering Landaasen
Dok RKE-7 Rutine for bruk av DIGIPOST	Vedlegg 5 Andel henvisninger vurdert innen 10 dager
Dok RKE-8 Skrive brev detaljert versjon	Vedlegg 8 Gjennomføring av rutinemessig fullstendig kontroll av henvisning
Dok RKE-10 DIPS RKE Kontroll av henvisninger	Vedlegg 9 Kontroll av antall vurderte henvisninger per lege
Dok RKE- 11.1 Anmodning om ny vurdering	
Dok RKE- 11.2 Avslag fra institusjon	
Dok RKE- 11.3 Henvises annet sykehus	
Dok RKE- 11.4 Klage til Fylkesmannen	

Vedlegg 3

Tabell 2 Gjennomførte møter

Dato	Møter
20. Mai	Innledende møte
13. Juni	Journalgjennomgang
14. Juni	Journalgjennomgang
23. August	Dialog angående foreløpige funn

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

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

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

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

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

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: Mai - august 2019

Virksomhet: Sunnaas sykehus HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Anders Nordlund (oppdragsleder)
- Liv Lüdemann (internrevisor)
- Fredrik Walter Smith (spesialist fysikalsk medisin og rehabilitering, fagrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styret i Sunnaas sykehus HF
- Administrerende direktør i Sunnaas sykehus HF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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