

Søknad om midler til jobbglidningsprosjekt ved revmatologisk avdeling i Ålesund

A

Prosjektets navn: Fysioterapeutdrevet poliklinikk for pasienter med spondylartritt.

Prosjektansvarlig: Avdelingssjef Karen A. Irgens ved Revmatologisk avdeling, Ålesund sjukehus/Helse Møre og Romsdal

E-post: karen.agnete.irgens@helse-mr.no

Telefon: 70 10 53 98

Prosjektleder: Pauline Kjelsvik Holøyen, fysioterapeut ved Revmatologisk avdeling, Ålesund sjukehus/Helse Møre og Romsdal

E-post: pauline.kjelsvik.holoyen@helse-mr.no

Telefon: 70 10 53 99

Prosjektorganisering: Prosjektgruppen skal være tverrfaglig sammensatt på tvers av sykehusavdelinger med representant fra brukerne og fysioterapeut fra primærhelsetjenesten. Styringsgruppen vil bestå av prosjektansvarlig, klinikkssjef og avdelingssjef eller seksjonsleder ved de samarbeidende avdelingene.

Bakgrunn:

Ved revmatologisk avdeling i Ålesund kontrolleres rundt 600 pasienter årlig med diagnosen spondylartritt. Spondylartritt er en kronisk revmatisk sykdom med inflammasjon i ryggsøylen. Sykdommen starter vanligvis i slutten av tenårene og varer livet ut. Sykdommen medfører smerter og stivhet i ryggen med risiko for varig tilstivning i ryggsøylen, men kan også angripe andre ledd, medføre redusert allmenntilstand og påvirkning av andre organ. De fleste pasientene har ankyloserende spondylitt/ Morbus Bekhterev (ca. 500 kontroller pr år), de

resterende har psoriasisleddgikt eller enteroartritt med betennelse i ryggspylen, eller andre spondylartritter.

Som følge av betennelse og eventuell tilstivning i ryggspylen sliter de fleste av disse pasientene med funksjonsproblemer i ulik grad (1, 2), hvilket påvirker de fleste aspekter i livet. I og med at sykdommen ofte debuterer i ung alder, gjelder det pasienter som skal fungere både i arbeidsliv og familieliv i mange år fremover.

Hovedmålet med behandlingen av pasientene er å maksimere helse-relatert livskvalitet i et langsiktig perspektiv. Det gjøres gjennom kontroll av symptomer og betennelse, forhindring av progressive strukturelle forandringer og bevaring eller normalisering av funksjon og sosial deltakelse. Den optimale behandlingen består av en kombinasjon av farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling, der fysisk aktivitet og trening står for den viktigste ikke-farmakologiske behandlingsformen (3). Det er godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet og spesifikk trening bidrar til reduksjon i smerte og stivhet, samt økt spinal mobilitet og økt funksjon (4).

Revmatologisk avdeling i Helse Møre og Romsdal ønsker å legge om kontrollrutinene for denne pasientgruppen. I dag har ikke avdelingen en fast, standardisert oppfølging av pasientene med spondylartritt. De fleste pasientene går til årlig kontroll hos lege ved revmatologisk poliklinikk. Pasientene vurderes av fysioterapeut initialt, deretter er det sporadisk kontakt med fysioterapeut ved poliklinikken. I prosjektet ønsker vi å endre dette til fast kontroll hos fysioterapeut med legekontakt ved behov. Lege skal ha ansvar for den farmakologiske behandlingen. For de pasientene som bor nærmest Ålesund sjukehus vil vi også tilby et tidsavgrenset treningsopplegg som instruksjon og motivasjon til egentrening.

Hovedmotivasjonen for omleggingen er å bedre kvaliteten på vurderingen og oppfølgingen av pasientene med spondylartritt. Spesialisert fysioterapeut ved revmatologisk avdeling i Ålesund har viktig kunnskap på området. Fast oppfølging hos fysioterapeut istedenfor lege vil føre til økt fokus på funksjon, fysisk aktivitet og trening. Det kan gi pasientene bedre mestring, mer trygghet og økt kunnskap om viktigheten av egentrening, samt praktiske ferdigheter i gjennomføring av treningen. Det vil bidra til en mer helhetlig oppfølging av pasientgruppen og rett kompetanse til rett tid. I tillegg kan det tenkes at det kan føre til økt egenaktivitet og dermed også et redusert behandlingsbehov i primærhelsetjenesten.

Formål:

Formålet med prosjektet er å bedre kvaliteten på oppfølging og behandling av pasienter med spondylartritt. Pasientene skal få et optimalt behandlingstilbud med grundig funksjonsvurdering og råd om fysisk aktivitet. Det er viktig med et godt samarbeid og nærhet til de andre yrkesgruppene slik at pasientene kan få vurdering av lege eller sykepleier ved behov.

Prosjektet vil medføre endret ressursbruk ved at kontrollene av en pasientgruppe overføres fra lege til fysioterapeut.

Bedre sykdomsinnsikt og kunnskap om egentrening kan føre til et redusert behov for oppfølging hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

Problemstilling:

Vil endrede kontrollrutiner for pasienter med spondylartritt, i form av jobbglidning fra lege til fysioterapeut, bedre kvaliteten på oppfølgingen?

B

Prosjektets innhold

Kunnskapsgrunnlag:

Ved litteratursøk finner vi ingen publiserte studier om dette feltet. Ved St. Olavs hospital har det blitt gjennomført et liknende prosjekt, der kontrollopplegget for pasienter med revmatoid artritt ble overført fra lege til sykepleier ved revmatologisk poliklinikk. Resultatene av studien som ble gjort i forbindelse med prosjektet er publisert i en artikkel av Koksvik et al (5). I denne studien ble pasientene randomisert til to grupper, der den ene gikk til kontroller hos revmatolog som tidligere, mens den andre gikk til sykepleier, med lege tilgjengelig ved behov. Validerte målemetoder for sykdomsaktivitet, livskvalitet og pasienttilfredshet ble brukt som effektmål. Resultatene viste at gruppen som gikk til sykepleiere var mer fornøyd med oppfølgingen enn de som gikk til lege. Det var ingen signifikante forskjeller i sykdomsaktivitet eller livskvalitet mellom de to gruppene etter 21 måneder. Ved revmatologisk poliklinikk ved St. Olav har de fortsatt med sykepleierdrevet poliklinikk for pasientgruppen, og de kan rapportere om både fornøyde pasienter og ansatte. Det er også gjort andre liknende studier på sykepleiedrevne poliklinikker (6, 7).

Når det gjelder fysioterapidrevne poliklinikker er det ingen publisert studier. Det er flere pågående prosjekt for pasienter med spondylartritt der fysioterapeuten har fått en viktigere rolle i oppfølgingen enn tidligere. SPACE (Spondyl Arthritis Caught Early) er en pågående europeisk multisenterstudie, der Diakonhjemmet sykehuset er med som eneste norske sykehus. I oppfølgingen av disse pasientene jobber fysioterapeut og lege tett sammen, og fysioterapeuten har ansvaret for det meste av vurderingene (muntlig, fysioterapeut Camilla Fongen, Diakonhjemmet sykehus) (8).

Ved Sørlandet sykehus har de omstrukturert sin revmatologiske poliklinikk. De har opprettet en egen spondylartritt-poliklinikk, der fysioterapeut utfører hovedkonsultasjonen, men pasienten også har tilsyn av sykepleier og lege. Prosjektet er ikke evaluert enda, men i følge revmatolog Inger Johanne W. Hansen har de fått mange gode tilbakemeldinger fra pasientene og mener at det fungerer godt. I tillegg til poliklinikken får pasientene et tilbud om to-ukers undervisningsopplegg med instruksjon i egentrening, som i all hovedsak ledes av fysioterapeut.

Metode:

Prosjektet vil bli gjennomført som et pasientflytprosjekt, og vi vil bruke Helse Midt-Norges felles metodikk for utarbeiding av standardiserte pasientforløp.

Begrepet *standardiserte pasientforløp* er knyttet til en systematisk gjennomgang av forløp med målinger, systematisk forbedring basert på best mulig kunnskap og systematisk etablering, og oppfølging av ny standard. Pasientene skal ikke standardiseres, men måten vi tilbyr tjenesten på kan standardiseres for de fleste av pasientene. Pasienter som ikke kan følge et standardisert pasientforløp skal få tilpasset tilbudet (9).

Alle pasienter er i et pasientforløp. Dette beskrives i samhandlingsreformen som:

”...den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.”(10). ”Det gode pasientforløpet er preget av forutsigbarhet, god informasjon, god fremdrift, god dialog og god samhandling”. (Guro Birkeland, lege, jurist og generalsekretær i Norsk Pasientforening). Visjonen for arbeidet med standardiserte pasientforløp i foretaket er at ”Standardiserte pasientforløp skal bidra til at pasienten får rett behandling, til rett tid og til riktig kvalitet.”

I prosjektet vil en sette fokus på kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (11).

Prosjektgjennomføring:

Vi vurderer oppstart allerede høsten 2013. Det skal settes ned en prosjektgruppe med

- fysioterapeut ved revmatologisk poliklinikk som prosjektleder
- sykepleier som prosessveileder – med kunnskap om standardiserte pasientforløp, ansvarlig for at metoden følges
- lege/ revmatolog
- sekretær
- brukerrepresentant
- fysioterapeut i primærhelsetjenesten

Legen vil sammen med fysioterapeuten vurdere kunnskapsgrunnlaget og kvaliteten på omleggingen ved litteratursøk og innhenting av informasjon og prosedyrer fra andre revmatologiske avdelinger i Norge. Merkantilt personell vil være nødvendig for å sikre en god logistikk gjennom prosjektet. Brukerrepresentant og fysioterapeut i primærhelsetjenesten er viktige for å få en bredde i gruppen med en annen synsvinkel enn spesialisthelsetjenesten og for å sikre at omleggingene er relevante og gjennomførbare.

Når gruppen har utarbeidet et nytt pasientforløp vil vi starte fysioterapidrevet poliklinikk. På sikt vil alle pasienter med spondylartritt bli inkludert, men vi vil det første året dele pasientgruppen i tre. Den ene gruppe vil bli fulgt av lege som tidligere, den andre gruppen vil bli fulgt av fysioterapeut. For de pasientene som bor nærmest Ålesund sjukehus og følges av fysioterapeut vil vi også tilby et tidsavgrenset treningsopplegg som instruksjon og motivasjon til egentrening. Dette gir i prosjektperioden tre ulike grupper med pasienter. Fra 2015 vil vi gradvis inkludere alle pasienter med spondylartritt som egner seg for fysioterapidrevet poliklinikk.

Ved en fysioterapeutdrevet poliklinikk må legen fortsatt ha faste oppgaver. Diagnosesetting og vurdering av medikamentell behandling (NSAID/ biologisk) er oppgaver som skal være legens ansvar. Før igangsetting av prosjektet må det være klare kriterier for hvilke pasienter som skal følges videre av lege, eller henvises tilbake til lege eller sykepleier.

Bygger opp under gode pasientforløp:

I prosjektet vil det bli utarbeidet et standardisert pasientforløp for oppfølging av pasienter med spondylartritter ved revmatologisk poliklinikk. Se referanse for mer informasjon om standardisert pasientforløp (11).

Både nyhenviste pasienter og de med etablert sykdom vil bli inkludert.

Pasientene vil få en kontinuerlig oppfølging av fysioterapeut også etter prosjektet er avsluttet. Med nærhet mellom fysioterapeut og spesialist i revmatologi sikrer vi mulighet for justering av tiltakene underveis i forløpet, alt etter pasientenes behov.

Effekt og resultat:

Vi vil forbedre dagens praksis ved å sikre hensiktsmessig oppfølging og funksjonsvurdering og gi pasientene kunnskap om fysisk aktivitet og egentrening. Fysioterapeut har mer

kunnskap og ferdigheter enn lege i å vurdere og informere om disse faktorene. Alle pasienter med diagnosene inkluderes på sikt og oppfølging blir standardisert. Kvaliteten på pasientbehandlingen blir bedre.

Effektmål:

Ved vurdering av de tre pasientgruppene (se **Prosjektgjennomføring**, s. 6) vil sykdomsaktivitet og pasienttilfredshet bli evaluert. Som effektmål på pasienttilfredshet vil Leeds Satisfaction Questionnaire (LSQ) bli brukt. Dette er et spørreskjema som er utarbeidet for pasienter i revmatologisk poliklinikk og ble oversatt og tilpasset til norsk i forbindelse med studien til Koksvik et al (5).

Andre effektmål vil måle sykdomsaktivitet, funksjon og mobilitet. Dette er noe som måles ved kontroller også i dag og innebærer standardiserte verktøy som BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) (12) og ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) (13).

I tillegg kan arbeidsførhet/sykemelding og behandlingsbehov i kommunene tenkes å være relevante effektmål.

Det er ønske om å knytte prosjektet til en mastergradsoppgave ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, slik at evalueringen og dokumentasjonen av den polikliniske omleggingen blir gjort i forbindelse med dette. Dersom dette viser seg å ikke være gjennomførbart, vil avdelingen selv gjøre en evaluering av de beskrevne effektmålene.

Organisatoriske konsekvenser, kostnader og ressursbruk:

Ved gjennomføring av prosjektet vil avdelingens egne ressurser blir brukt på en ny måte og på et lavere kostnadsnivå. Fysioterapidrevet poliklinikk vil avlaste legene, hvilket kan gi legene mulighet til å ta seg av andre pasienter. Avdelingen kan slik få bedre kontroll over ventelistene (viser til merknad ved tilsyn fra fylkeslegen sommeren 2012 om tilbudet til pasienter med revmatisk sykdom i Møre og Romsdal). Se **Vedlegg I**.

Prosjektet vil medføre et organisatorisk samarbeid mellom avdeling for kliniske støttefunksjoner og revmatologisk avdeling i Helse Møre og Romsdal. Begge avdelingene er involvert i utarbeidelsen av prosjektet.

Etikk:

Pasientsikkerhet og etikk blir ivaretatt ved at pasientene får et kvalitetsmessig bedre tilbud med fysioterapidrevet poliklinikk. Nærhet til annet personell, som leger og sykepleiere, sikrer at pasientene også vurderes i forhold til medikamentell behandling når det er behov for det.

Pasientansvarlig lege har fortsatt overordnet medisinsk ansvar.

Et eventuelt mastergradsprosjekt skal godkjennes av Regional Etisk Komité før oppstart og det etiske aspektet ved oppgaven blir forelagt veileder ved HiST.

C

Formidling og videreføring

Dokumentering/formidling:

Prosjektleder er i gang med en mastergrad i ”Aktivitet og bevegelse” ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, og skal til høsten i gang med masteroppgave. Det er som nevnt ønske om å bruke dette prosjektet som grunnlag for oppgaven, og kunne evaluere omleggingen av poliklinisk oppfølging av pasientgruppen. Masteroppgaven vil være ferdig våren 2015, og målsettingen er publisering av en artikkel i denne sammenheng.

Muligheter for erfaringsoverføring til andre enheter/ foretak:

Overføringsverdien er drøftet i klinikk for rehabilitering og i revmatologisk avdeling i Helse Møre og Romsdal. Lignende fysioterapidrevet poliklinikk er planlagt for ortopediske pasienter ved Kristiansund sykehus. Her skal fysioterapeut vurdere pasientenes funksjonsnivå postoperativt.

På sikt er det en målsetting at fysioterapeuter i Nordmøre og Romsdal kontrollerer pasienter ved desentralisert revmatologisk poliklinikk i Kristiansund (eller nytt sykehus). Det vil medføre mindre reiseavstand for pasientene og rett kompetanse på rett sted.

Vi ser at liknende omlegging av poliklinikker også skjer på andre sykehus. Så langt er en slik omgjøring av poliklinisk struktur dokumentert fra lege til sykepleier. Vårt prosjekt vil kunne være med og dokumentere effekten og erfaringene med jobbglidning fra lege til fysioterapeut.

Foreløpig konklusjon og videre oppfølging:

Pasientene med spondylartritt vil gjennom dette prosjektet få et bedre behandlings- og oppfølgingstilbud. Avdelingen vil bruke egne ressurser på en ny, effektiv og riktigere måte på et lavere kostnadsnivå. Forbruket av behandling i kommunefysioterapien kan gå ned. Etter at prosjektet er avsluttet og evaluert, vil rutinene videreføres, med eventuelle justeringer dersom det viser seg å være nødvendig. På sikt kan en likende struktur overføres til desentralisert poliklinisk virksomhet i Nordmøre og Romsdal.

D

Overordnet fremdriftsplan

1. Oppstart prosjekt: høst 2013, evaluering av dagens forløp.
2. Arbeidsgruppe utarbeider detaljert prosjektplan og nytt pasientforløp.
3. Igangsetting av fysioterapidrevet poliklinikk januar 2014.
4. Evaluering høst 2014.
5. Videreføring i ordinær poliklinisk drift januar 2015.

Prosjektbudsjett:

Fysioterapeut i 100 % stilling i 2 år	kr 1.060.000,-
Sykepleier i 50 % stilling som prosessveileder i 1 år	kr 225.000,-
40 % sekretærressurser i 1 år	kr 198.000,-
Lege + annet personell i fellesmøter	kr 20.000,-
<u>Godtgjørelse til brukerrepresentant og kommunefysioterapeut</u>	<u>kr 30.000,-</u>
<u>Totalt</u>	<u>kr 1.533.000,-</u>

Anbefaling fra ledelse ved Helse Møre og Romsdal:

Prosjektet er lagt frem for klinikkråd i Klinikk for Rehabilitering i Helse Møre og Romsdal, og får full støtte fra klinikksjef Karl Arne Remvik og avdelingssjef Kristin Høgetveit for avdeling for kliniske støttefunksjoner i Helse Møre og Romsdal.

Avdelingssjef og overlege ved revmatologisk avdeling i Helse Møre og Romsdal, Karen A. Irgens, er prosjektansvarlig og samarbeider med prosjektleder om å skrive søknaden.

Seksjonsleder ved fysioterapiseksjonen ved Ålesund sykehus, Bente Marit Borhaug, er også delaktig i søknadsprosessen.

Vi har bedt brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal om forslag til brukerrepresentant til prosjektet. Prosjektleder har skrevet brev til fysioterapeuter i primærhelsetjenesten i de omliggende kommuner og hørt om de kan delta i utarbeidelsen av nytt pasientforløp.

Referanser:

1. Singh JA, Strand V. Spondyloarthritis is associated with poor function and physical health-related quality of life. *The Journal of rheumatology*. 2009;36(5):1012-20.
2. Landewé R, Dougados M, Mielants H, van der Tempel H, van der Heijde D. Physical function in ankylosing spondylitis is independently determined by both disease activity and radiographic damage of the spine. *Annals of the rheumatic diseases*. 2009;68(6):863-7.
3. Braun Jv, Van Den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2011;70(6):896-904.
4. Dagfinrud H, Kvien T, Hagen K. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1.
5. Koksvik HS, Hagen KB, Rodevand E, Mowinckel P, Kvien TK, Zangi HA. Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Ann Rheum Dis*. 2013 Jun;72(6):836-43. PubMed PMID: 23393144. Epub 2013/02/09. eng.
6. Hill J. Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25(2):347-54.
7. Hill J, Thorpe R, Bird H. Outcomes for patients with RA: a rheumatology nurse practitioner clinic compared to standard outpatient care. *Musculoskeletal Care*. 2003;1(1):5-20.
8. Diakonhjemmet sykehus. SPondyloArthritis Caught Early (SPACE) studien. 2010. Hentet fra: http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?C=746&I=8492&D=2., 25.06.13
9. Helse Midt-Norge. Standardiserte pasientforløp. 2012. Hentet fra: <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/nettverk/StandardisertePasientforlop/Dokumenter/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2fomrader%2fstolav%2fnettverk%2fStandardisertePasientforlop%2fDokumenter%2fForl%2fc3%b8psmetodikk%20St%20Olavs%20Hospital%2d%20HNT%20%2d%20HMR&FolderCTID=0x012000F68B0830D83E474D90B78E2A6EEE426D&View=%7b114A8015%2d0D24%2d4CE1%2dBBDF%2d4BD273414F67%7d>., 25.06.13
10. Helse- og Omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 47 (2008 - 2009). Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. .

11. Helse Møre og Romsdal. Pasientforløp, lederforankring og metoden. Hentet fra: <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/hmr/nettverk/forlop/Dokumenter/Presentasjoner%20kurs%202012/Pasientforlop,%20lederforankring%20og%20metoden.pdf>., 25.06.13
12. Diakonhjemmet sykehus. BASDAI. Hentet fra: http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=634&I=2492., 25.06.13
13. ASAS. Ankylosing Spondylittis Disease Activity Score. Hentet fra: <http://www.asas-group.org/research.php?id=01>., 25.06.13



Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Saksbehandler, innvalgtelefon
Rådgiver Åse Hansen, 71258634

Vår dato
25.02.2013
Deres dato

Vår ref.
2012/1503/ASHA/730
Deres ref.

Helse Møre og Romsdal HF
v/ direktør

6026 ÅLESUND

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Dato: **5 MAR 2013**
J.nr.: **2012/1595-14** Unntatt off. §
Saksbeh.: **V. Hagerup** Ark.nr.: **302**
Kopi: **fagdir**

Oppfølging av tilsyn med polikliniske tjenester til revmatologiske pasienter ved Ålesund sjukehus

Fylkesmennene i Midt-Norge gjennomførte tilsyn med polikliniske tjenester til revmatologiske pasienter ved Helse Møre og Romsdal HF- Ålesund sjukehus 4. - 5. juni 2012.

Det ble under tilsynet gitt et avvik:

Helse Møre og Romsdal HF, Revmatologisk avdeling Ålesund sjukehus sikrer ikke nødvendig helsehjelp til alle polikliniske pasienter med behov for oppfølging og kontroll

Endelig rapport ble forelagt virksomheten i vår oversendelse av 11.07.2012.

Helse Møre og Romsdal HF, Revmatologisk avdeling ved avdelingssjef Karen Agnete Irgens har i samarbeid med fagdirektør Odd Veddeng og kvalitetssjef Vidar Hagerup oversendt en redegjørelse og tidsplan for hvordan avvik og merknader skal rettes opp. Brevet med 2 vedlegg var oversendt Fylkesmannen i Sør-Trøndelag pr. e-post 23.08.2012.

Ved dette tilsynet ble det også gitt to merknader, vi viser her til orientering gitt under tilsynet og i vårt oversendelsesbrev av 11.07.2012. En merknad er ikke brudd på lov eller forskrift og følges derfor ikke videre opp av fylkesmannen.

I brevet er det grundig gjort rede for at avdelingen er underbemannet. Det har vært en jevn stigning, en firdobling i antall ny-henviste pasienter siste 10 år, disse pasientene utgjør i dag en mye større andel av de polikliniske konsultasjonene og gir uforutsigbarhet i driften av poliklinikken og planlegging av kontrolltimene. Revmatologisk avdeling i Ålesund har dermed en stor utfordring i å imøtekomme krav om kontrolltime innen fastsatt tid.

Revmatologi er et fag med kroniske tilstander, noe som kan medføre at kapasiteten over tid blir utilstrekkelig. Det beskrives fra alle tre helseforetakene i regionen en kapasitetsmessig diskrepans mellom å overholde lovpålagte behandlingsfrister og samtidig på en faglig forsvarlig måte kontrollere pasienter etter anerkjente kriterier.

31. mai 2012 var det 359 pasienter som hadde oversittet kritisk dato for medisinsk fastsatt kontrolltime, det ble fremlagt liste over hvor mange pasienter med oversittet kritisk dato den enkelte overlege hadde. I tillegg var det pasienter med oversittet kritisk dato som var gitt time, men som ikke var innfridd ennå, disse pasientene kom ikke frem på listen.

I tiltaksplanen vises det til at avdelingsledelsen har oversikt over antall kontrollpasienter som har oversittet kritisk dato for kontroll i 2010, 2011 og første halvår 2012.

Postadresse: Fylkeshuset 6404 Molde	Telefon: 71 25 84 43	Telefax: 71 25 85 10	E-post: postmottak@fmmr.no	Web: www.fylkesmannen.no
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------------------

I det videre arbeidet med å lukke avviket opplyser foretaket at:

- det vil bli tatt ut rapport på antall pasienter med overskredet «kritisk dato» hvert kvartal
- i begynnelsen av hver måned tas det ut rapport over antall pasienter pr lege som ikke har fått kontrolltime
- det er utarbeidet EQS-prosedyre med ikrafttredelse 01.09.2012 - Kontrollrutiner ved revmatologisk poliklinikk. Her vises det til prioritering/ rydding i ventelister «MÅ INN» og «kritisk dato», videre hvilke pasienter som kan følges opp av fastlege osv.
- det er utarbeidet EQS-prosedyre med ikrafttredelse 01.09.2012 - Sjekk av ventelistene for kontrollpasienter ...her vises det til at det hvert kvartal tas ut rapporter over pasienter på kontrollventelistene og at disse drøftes i avdelingsråd.

I dokumentet «sjekk ventelistene for kontrollpasienter...» står følgende:

«Se prosedyre for diagnose og kontrollhyppighet. På bakgrunn av anbefalt kontrollhyppighet kan som hovedregel pasienter som kun kontrolleres en gang i året vente i opp til 4 mnd. utover fristen. Pasienter som kontrolleres hvert halvår kan vente opp til 2 mnd. utover fristen. For pasienter med kortere frist er det viktig å vurdere diagnose, alvorlighetsgrad og sykdomsaktivitet ved siste kontroll, og andre relevante kliniske opplysninger.»

Fylkesmannen finner ingen begrunnelse for en slik prioritering. Er dette et overordnet styringstiltak for hvordan kontrollpasienter skal prioriteres? I utgangspunktet mener Fylkesmannen at pasientenes kontrolltidspunkt skal prioriteres individuelt, men dersom man mener at det kan foretas en prioritering på diagnose/gruppenivå slik at noen pasientgrupper kontrolleres 1 gang hver 16. mnd. og noen 1 gang hver 8. mnd., må dette begrunnes nærmere og beskrives i prosedyren. Vi ber om en redegjørelse for denne hovedregelen.

Det fremgår ikke av planen hvordan avdelingen/poliklinikken vil utvikle ventelistene slik at en får oversikt over den totale kontrollpasientgruppens sykkelighet - hver lege har sin liste. Hvordan sikre at pasienter med størst alvorlighetsgrad av sykdom kommer til kontroll til riktig tid/ prioriteres først?

Brevet og planen for lukking av avvik er ikke datert og signert, og de vedlagte dokumentene/ prosedyrene har ingen EQS-topptekst som viser hvem som har utarbeidet og godkjent dem, når de gjelder fra, revisjonsnummer og når de skal revideres/ re-utstedes. Hva er status for disse dokumentene?

Når det gjelder de tiltak revmatologisk avdeling har planlagt og gjennomført er det i liten grad redegjort for rapportering til ledelsen mht. hvilken effekt tiltakene har.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal ber om å få fremlagt en statusrapport innen 1.mai 2013. Vi ber om å få fremlagt venteliste over kontrollpasienter med en beskrivelse av videre prosess for å få kontroll, samt en redegjørelse for tiltakenes effekt herunder en vurdering av sykepleiedrevet poliklinikk så langt. Vi ber også om svar på de spørsmål som er stilt i brevet.

Med hilsen

Christian Bjelke (e.f.)
Fylkeslege/ direktør

Åse Hansen

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur.

Kopi:

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Postboks 2600
Postboks 4710 Sluppen

7734 STEINKJER
7468 TRONDHEIM