

Veileder for landsomfattende tilsyn 2003

Hvordan pasientene sikres vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker

Godkjent av avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig 19. februar 2003

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet

INNHOLD

1. BAKGRUNN OG MÅLSETTING	2
2. AVGRENSING OG TILNÆRMING	2
3. GJENNOMFØRING	3
4. VALGTE OMRÅDER – DRØFTING AV LOVGRUNNLAG	6
4.1 GENERELT	6
4.2 RETT TIL VURDERING	7
4.3 RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP	13
4.4 RETT TIL FRITT SYKEHUSVALG	16
5. FORBEREDELSE	20
6. RAPPORTERING	20

1. Bakgrunn og målsetting

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Samtidig ble det etablert en ny styringsform i spesialisthelsetjenesten gjennom opprettelse av statlige regionale helseforetak og opprettelse av helseforetak. På den ene siden kan det argumenteres med at denne ordningen må få tid til å sette seg før det forventes full effekt og styring. På den annen side er det viktig at det overfor denne styringsformen på et så tidlig stadium som mulig gis tydelige signaler om hvordan tilsynsmyndighetene forventer at virksomhetene tar inn ivaretagelse av sentrale pasientrettigheter som vesentlige faktorer for oppgaveløsningen.

Etter en gjennomgang av aktuelle tilsynsområder i Helsetilsynets interne notat av 22. mai 2002 og behandling i ledermøte 27. mai, besluttet Helsedirektøren at ett av de to områdene for felles tilsyn 2003 skulle være pasientrettigheter i somatisk spesialisthelsetjeneste.

Områdene som er valgt ut er konsentrert om utfordringene med å sikre pasientene *tilgang på spesialisthelsetjenester*.

Tilsynet vil i 2003 fokusere på tre hovedområder:

- Hvordan henviste pasienter sikres rett til vurdering, jf pasientrettighetsloven § 2-2
- Hvordan pasienter som er vurdert å ha rett til dette sikres nødvendig helsehjelp, jf pasientrettighetsloven § 2-1
- Hvordan pasienter sikres rett til fritt sykehusvalg, jf pasientrettighetsloven § 2-4

Arbeidsgruppa ble oppnevnt i juni 2002 og har bestått av Marianne Tinnå, Fylkeslegen i Oslo, Jørgen Rygh Aker sykehus/Fylkeslegen i Oslo, Anne Solberg, Grethe Hoddevik og Anders Haugland fra Helsetilsynet.

2. Avgrensning og tilnærming

De pasientrettigheter som omfattes av dette tilsynet er felles for hele spesialisthelsetjenesten, med det unntak at retten til fritt sykehusvalg ikke gjelder for barne- og ungdomspsykiatrien. I prinsippet kunne derfor denne veilederen vært generelt utformet og stilt fylkeslegene fritt i valg av virksomhet innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten. Når arbeidsgruppa likevel har valgt å fokusere på et konkret virksomhetsområde, er det særlig ut fra to hensyn. For det første har drøftelsene omkring disse temaene vist at det er behov for utdype og operasjonalisere myndighetskravene for å kunne gi god veiledning til fylkeslegene i gjennomføringen av tilsynet. Videre har vi lagt vekt på å ivareta muligheten til å få fram sammenlignbare data fra en bestemt del av spesialisthelsetjenesten for å kunne oppsummere på nasjonalt nivå.

Etter en relativt grundig gjennomgang av forskjellige virksomhetsområde, falt valget på *indremedisinsk poliklinikk*.

Indremedisinsk poliklinikk mottar et høyt antall pasienter med svært varierende sykdommer/plager. Det er derfor viktig at virksomheten er organisert for å sikre at henvendelser som kan indikere alvorlige tilstander blir sortert ut og håndtert raskt. Samtidig må virksomheten sikre at pasienter med tilstander som ikke antas å være alvorlige, men som

har behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, ikke må vente urimelig lenge. Dette prioriteringsdilemmaet er framtreddende for mange indremedisinske poliklinikker. Med stor pågang og lange ventelister øker utfordringene med ivaretagelse av rett til vurdering, rett til helsehjelp og rett til valg av sykehus.

Det er videre lagt vekt på at dette er en virksomhet som finnes ved de fleste sykehus, både store og små. Det gir fylkeslegene et handlingsrom i forhold til valg av sykehus. Indremedisinsk poliklinikk er foretrukket framfor medisinsk avdeling fordi sistnevnte har en svært stor andel innleggelse for øyeblikkelig hjelp og dermed i mindre grad håndterer henvisninger om rett til vurdering. Rett til fritt sykehusvalg blir da heller ikke aktualisert.

Under revisjonsledersamlingen 10. desember 2002 ble det reist spørsmål om det var anledning til å velge en annen poliklinikk dersom det er klart at den/de aktuelle indremedisinske poliklinikken(e) har så god kapasitet at de områdene denne veilederen tar opp blir godt ivare tatt. Helsetilsynet ønsker primært at revisjonen skal knyttes til virksomheten i indremedisinsk poliklinikk, men åpner for at det etter en konkret vurdering av faren for svikt velges en annen poliklinikk.

Systemrevisjon er en granskning av organisasjonen og ikke den enkelte utøver. Samtidig er oppfyllelse av rett til vurdering og rett til helsehjelp avhengig av helsepersonellet, i særlig grad av legene. Dette tilsynet vil derfor befinne seg i det vanskelige grenseland mellom organisering og styring av virksomheten og faglig utøvelse. Dette er i noen grad omtalt i Helsedepartementets rundskriv I - 9/2002 *Ledelse i sykehus*. Det er viktig å understreke at tilsynet ikke skal undersøke om den enkelte lege utøver et forsvarlig klinisk skjønn.

3. Gjennomføring

Felles for landsomfattende tilsyn i 2003

Generelt

Den nye organiseringen av spesialisthelsetjenesten gir oss store utfordringer med tanke på likhet, harmonisering og konsistens i tilsynsutøvelsen. De stadige endringene gjør at tilsynsmyndigheten også må endre seg og innrette aktiviteten slik at vi til enhver tid kan ivareta vårt tilsynsansvar. I det følgende vil vi redegjøre for de beslutningene som er fattet for at de to landsomfattende (felles) tilsynene i 2003 skal bli innrettet slik at de harmoniserer med organiseringen og strukturen i tjenesten.

Nye organisasjoner og organisasjoner i stadig endring

Foretaksreformen gjør det enda mer påkrevet enn tidligere å skaffe oversikt over den organisasjonen vi skal inn i. Fordi disse organisasjonene både er nye og i stadig endring og til dels svært ulike de gamle organisasjonene slik vi kjenner dem, så vil det være mer omfattende og krevende å skaffe denne oversikten enn ved tidligere tilsyn med tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Plasseringen av ansvar vil variere, og hvem som skal intervjues vil ikke kunne besluttes før Helsetilsynet i fylket har fått klarhet i styringslinjene. I noen helseforetak finner vi igjen mye av den gamle sykehusstrukturen med en ansvarlig direktør på hvert sted (og med stor grad av autonomi), mens andre helseforetak har organisert fagområdene og styringen på tvers av fylkesgrenser/gamle sykehus. Kunnskapen om dette må være helt oppdatert når tilsynet skal finne sted for at vi i tilsynet skal kunne innhente

informasjon der den skal finnes og kunne konkludere riktig i forhold til hvor ansvar og myndighet er plassert. Et formøte kan vise seg nødvendig og hensiktsmessig .

Om adressat for tilsynet og hvem som har plikter etter lovgivningen

Helsedirektøren har besluttet at det er *helseforetakene* som skal være adressatene for tilsynet. Det innebærer at varsel om tilsyn, rapport etter tilsyn og evt anmodning om lukking av avvik skal rettes til foretaket.

I tilsynene skal vi se på tjenestetilbudet til voksne med psykiske problemer og til pasienter med behov for somatiske polikliniske tjenester. For å kunne vurdere disse tilbudene skal vi se på tjenestene i en akuttavdelig/-post i psykiatrien, et DPS og tre somatiske poliklinikker. Revisjonene i hver av disse skal betraktes som selvstendige revisjoner med åpnings-, slutt møte og rapport selv om de kan sortere under samme HF.

Helseforetakene er i liten grad pekt ut som pliktsubjekter i helselovgivningen. Med få unntak er pliktene lagt på enten de regionale helseforetakene eller direkte på sykehusene.

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å sørge for helsetjenester til befolkningen i regionen. I dette tilsynet er "sørge for" plikten særlig aktuell i forbindelse med bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 2. Helseforetakene er de regionale helseforetakenes instrument for å ivareta disse pliktene gjennom tildeling av oppgaver og ansvar for geografiske opptaksområder. Dette tilsynet vil gjennom granskning av noen utvalgte virksomheter vise hvordan helseforetakene løser sine oppdrag.

Sykehus som eget pliktsubjekt fremstår etterhvert problematisk flere steder, -selv om dette er pliktsubjektet for mange av bestemmelsene i lov om spesialisthelsetjeneste. I noen fylker er imidlertid lite endret så langt.

Helsedepartementet har gitt en definisjon av sykehus i høringsnotatet om endringer i lov om pasientrettigheter: "Et sykehus er den fysiske og organisatoriske enheten som er godkjent som sykehus." I samme notat slår Helsedepartementet fast at helseforetak ikke er "identisk" med sykehus.

I styringsdokumentet for 2003 til de regionale helseforetakene anfører Helsedepartementets eieravdeling under pkt. 3.2.1 Lovpålagte rammebetingelser: "Helsetilsynet og fylkeslegene har i 2001 og 2002 identifisert områder der det ikke var god nok oppfølging og dokumentasjon av at norske lovkrav oppfylles. Dette er ikke akseptabelt. Helselovgivningen inneholder en rekke pliktbestemmelser, der pliktsubjektet ikke er entydig i forhold til dagens organisering i helseforetak. RHF må derfor utarbeide en oversikt som konkretiserer hvem som innen de ulike områdene er pliktsubjekt." Som eksempel er pekt på plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, som er lagt på "sykehus".

Valg av helseforetakene som adressat for tilsynet er gjort ut fra at disse, uavhengig av hvilken styringsmodell som er valgt i sykehusene, vil ha det overordnede ansvaret for virksomhetene. Helsetilsynet har lagt avgjørende vekt på å legge ansvaret for oppfølgingen av tilsynet til det nivå som har myndighet og ressurser til å rette opp eventuelle mangler. At helseforetakene skal være adressat for tilsynet betyr imidlertid ikke at de er pliktsubjekt. Ved utforming av rapportene kan ikke avvik knyttes til helseforetaket i de tilfellene lovbestemmelsene f.eks legger plikten til helseinstitusjonen. Det bør da velges formuleringer som f.eks: Pasientene

ved XX (den virksomhet det er ført tilsyn i) er ikke sikret informasjon om fritt sykehusvalg (spesialisthelsetjenesteloven § 3-11).

Vi vil så overlate til helseforetakene å organisere arbeidet med oppfølgingen av den enkelte tilsynsrapport.

Tilsyn med helseforetak som omfatter virksomheter i flere fylker

Ved tilsyn med fylkesovergripende helseforetak skal det settes sammen revisjonsteam på tvers av kontorene.

Samarbeid i regionen

Den nye strukturen i spesialisthelsetjenesten generelt, og særlig med henblikk på at det skal foretas en oppsummering av tilsynet overfor de regionale helseforetakene, tydeliggjør et øket behov for likhet i myndighetsutøvelsen. Det gjelder både gjennomføring av tilsynet for å sikre at forholdene bli tilstrekkelig undersøkt og bedømmelsen i forhold til myndighetskravene. I praksis tilsier det at kontorene regionalt må samarbeide både før, under og etter tilsynet.

Det er viktig at samarbeidet oppfattes som gjensidig forpliktende og at det legges til rette for kontinuitet i forhold til hvem som deltar fra hvert kontor. Det ideelle er å etablere felles revisjonsteam. Andre alternativer er forskjellige former for deltakelse i hverandres revisjonsteam. Region Sør og Region Øst har på grunn av størrelsen særlige utfordringer.

I forbindelse med tidligere forsøk med deltakelse på tvers av fylkesgrensene, har det vært reist spørsmål om personell fra andre kontorer bør være revisorer eller observatører. Helsetilsynet forutsetter at oppgavene knyttet til dette samarbeidet legges til personell med tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å kunne bidra konstruktivt inn i samarbeidet. Helsetilsynet antar at bestrebelsene med å få til et gjensidig forpliktende og fruktbart samarbeid vil tjene på at deltakerne er revisorer som arbeider fram løsninger i fellesskap under ledelse av en revisjonsleder.

Ansvar for å koordinere dette samarbeidet legges til kontaktfylkeslegen

Oppfølgingen av tilsynet overfor regionalt helseforetak

Når alle revisjonene i årets to landsomfattende tilsyn er gjennomført (dvs min 5 revisjoner pr fylke) skal alle revisjonsrapportene i regionen sammenfattes til en regional samlerapport. Som en del av oppfølgingen etter revisjonene skal det samlede inntrykk og vurdering av det regionale foretakets (RHF-ets) ivaretagelse av sin sørge-for-plikt på denne måten fremstilles og fremlegges for RHF-en i et møte. Samtidig som tilsynet varsles, må kontaktfylkeslegene sende brev til RHF-ene og forhåndsvarsle et oppfølgingsmøte med RHF-et i løpet av november. Dette oppfølgingsmøtet med RHF-et skal være i regi av tilsynsmyndigheten, og bør ideelt sett være et eget møte. Dersom andre hensyn tilsier at dette møtet bør være en del av et annet, må det være en klart avgrenset del som defineres til dette formålet. Selv om anmodningen om lukking av påviste avvik skal rettes mot helseforetaket, er det viktig at tilsynsmyndigheten fremlegger sin helhetlige vurdering av situasjonen overfor det regionale helseforetaket. Helsetilsynet vil komme tilbake til rammene for samlerapportene og møtene med de regionale helseforetakene senere. Det vil imidlertid være påkrevet med en samordning i tid for at revisjonene og enkeltrapportene skal være ferdigstilt slik at samlerapport og møte med RHF kan avholdes innen utgangen av november.

Særlig om tilsynet ved somatiske poliklinikker

Det skal gjennomføres tilsyn ved minimum tre indremedisinske poliklinikker. De poliklinikker som velges skal organisatorisk være en del av sykehuset. Dette er en forutsetning for å innbefattes i ordningen om fritt sykehusvalg. Se rundskriv I - 53/2000 pkt 2 fjerde avsnitt.

Ved en del større sykehus er det seksjonerte indremedisinske poliklinikker. Siden bredden i pasientgrunnlag og problemstillinger poliklinikken må håndtere er et poeng under tilsynet, vil det være en fordel å velge ut en av de større seksjonene som f.eks hjerte-, lunge-, eller gastropoliklinikk.

I fylker der det er flere helseforetak, vil det være en fordel om de poliklinikkene som blir underlagt tilsyn er knyttet til forskjellige foretak.

Det er ikke lagt opp til at det skal være behov for *fagrevisor* for å gjennomføre tilsynet. Det vil imidlertid være en klar fordel om det i revisjonsteamet inngår kompetanse fra arbeide i sykehus, evt om fylkeslegen vurderer bruk av ekstern kompetanse ved den interne forberedelsen av tilsynet.

4. Valgte områder – drøfting av lovgrunnlag

4.1 Generelt

Ny internkontrollforskrift ble fastsatt ved kgl res 20. desember 2002 og trådte i kraft fra 1. januar 2003. Forskriften innebærer i liten grad krav til internkontrollen som ikke også tidligere er blitt krevd av virksomhetene med hjemmel i tilsynsloven § 3. Det er derfor ikke noen grunn til å utvise tilbakeholdenhet med å kreve at virksomhetene har etablert systematiske styringstiltak for å sikre overholdelse av de sentrale lovkravene denne revisjonen tar for seg. Det bør imidlertid aksepteres at ikke virksomhetens dokumentasjon mv er oppdatert med henvisning til den nye internkontrollforskriften. Her kan fylkeslegene benytte anledningen til å gi en merknad.

Det er verdt å merke seg at forskriften har fastsatt kravene til skriftlig dokumentasjon på en annen måte enn f. eks internkontrollforskriften på HMS-området. § 5 fastsetter ingen krav til obligatoriske skriftlige elementer, men forutsetter at det utøves et skjønn i forhold til hvilken dokumentasjon som er *nødvendig*. Det vil utvilsomt kunne bli en krevende øvelse å etablere en felles oppfatning mellom helsetjenesten og tilsynsmyndighetene hvordan dette skal forstås i praksis. På oppdrag fra Helsedepartementet arbeider Helsetilsynet med å utarbeide veiledningsmaterieell til internkontrollforskriften. Dette arbeidet er planlagt ferdig 1. juli 2003.

Internkontroll er ikke satt opp som eget tema ved dette tilsynet, men inkorporeres i tilnærmingen til hovedtemaene. Hensikten er å koble vurderingen av virksomhetens systematiske styring til de områdene som granskes.

Arbeidsgruppa har av hensyn til lesbarheten i veilederen gjennomgående benyttet begrepet *sikrer* i omtalen av hovedspørsmålene. Med det menes om det nivå som er tillagt ansvar etter bestemmelsene, utøver tilstrekkelig systematisk styring i henhold til internkontrollforskriften for å påse at myndighetskravet overholdes.

Helsedepartementet har som en oppfølging av regjeringens tiltredelseserklæring utredet endringer i pasientrettighetsloven kap 2. Forslagene vil innebære en utvidelse av retten til valg av sykehus og et sterkere vern av retten til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ved at det ved vurderingen av rett til helsehjelp skal gis en bindende frist for når helsehjelpen skal ytes. Dersom fristen overskrides skal pasienten ha rett til helsehjelp privat eller i utlandet. Hensikten er å bidra til en mer effektiv sikring av rettighetene. Høringsnotat med forslag til endringer ble sendt ut i november med høringsfrist 6. januar 2003. Eventuelle lovendringer vil bli iverksatt fra 1.1.2004. Arbeidsgruppa vil presisere at revisjonen skal foretas mot det som er gjeldende rett. Det vil ikke være anledning til å vurdere virksomhetene opp mot krav som er under utarbeidelse eller behandling i Stortinget. Samtidig tydeliggjør forslaget de forventninger til avklaring som retten til vurdering skal oppfylle, samt behovet for å sikre pasienter reelle muligheter til å foreta valg av sykehus. Høringsnotatet gir i den forbindelse uttrykk for departementets forståelse av gjeldende rett.

4.2 Rett til vurdering

I pasientrettighetsloven § 2-2 heter det: ”Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.”

Helsetilsynet ønsker at dette tilsynet klarlegger :

om retten til vurdering sikres ivaretatt gjennom å se på om:

- vurderingens innhold sikres ivaretatt i tråd med lovkravet
- fristen på 30 dager sikres overholdt
- rutinene sikrer raskere vurdering der hensynet til faglig forsvarlighet tilsier det
- tilbakemelding til henvisende instans og pasient sikres ivaretatt i henhold til kravene

Drøfting av myndighetskrav

Retten til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 gjelder *alle* pasienter som er henvist til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, uavhengig av om vedkommende vil ha rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 eller ikke.

Retten til vurdering er ikke begrenset av forbehold om kapasitet, sml § 2-1. Det innebærer at det regionale helseforetaket må sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet til å sikre vurdering av alle henviste pasienter som har fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen.

Under forberedelsene til dette tilsynet framkom det et behov for nærmere avklaringer om *innholdet* i retten til vurdering. Departementets merknader til bestemmelsen i rundskriv I-60/2000 var etter Helsetilsynets oppfatning ikke entydige. Sosial- og helsedirektoratet har i samråd med departementet avgitt en fortolkning i brev av 15. februar 2003. Den skal legges til grunn i dette tilsynet. Brevet er sendt til fylkesmennene i kopi, nedenfor gjengis direktoratets fortolkning i sin helhet:

"...

Vurderingsprosess

I praksis vil spesialisthelsetjenestens vurdering av helsetilstanden, basert på kravet til faglig forsvarlighet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-2, foregå slik:

- 1 Spesialisthelsetjenesten avgjør hvilken spesialist som skal vurdere henvisningen
- 2 Vedkommende spesialist vurderer henvisningen og tar standpunkt til om saken er tilstrekkelig opplyst til å vurdere hvilken helsetilstand det gjelder
- 3 Hvis saken *ikke* er tilstrekkelig opplyst, må spesialisten se til at
 - a) det innhentes supplerende opplysninger fra henvisende lege og/eller
 - b) pasienten innkalles til undersøkelse.
- 4 Det skal nå være mulig å vurdere
 - a) om tilstanden gir grunnlag for at det skal innvilges nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasl. § 2-1
 - b) hvordan man går videre for å utrede og/eller behandle tilstanden
- 5 Spesialisthelsetjenesten skal gi tilbakemelding om hvilken utredning/behandling pasienten kan forvente å få og når utredning/behandling forventes å bli gitt. Er det ikke grunnlag for å yte helsehjelp, gis det tilbakemelding om dette.

Denne prosessen skal være gjennomført innen 30 virkedager, alternativt innen 15 dager (eller raskere) dersom vurderingen tilsier at det foreligger en livstruende eller alvorlig helsetilstand som krever raskere håndtering ut fra forsvarlighetskravet, jf. prl. § 2-2.

Pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert

Innledningsvis peker vi på at pasl. § 2-2 fastslår at alle pasienter som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Bestemmelsen har ikke innarbeidet ressurs- eller kapasitetsvurderinger i forhold til pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager.

Den sentrale problemstilling blir hva som skal til for at pasientens "rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager" anses innfridd, jf. pasl. § 2-2. I departementets brev av 21. januar 2003 opplyses det at pasienten ikke kan ha krav på at det blir stilt endelig diagnose innen 30 dager i de tilfeller medisinske forhold gjør dette umulig. Vi viser til Inst. O. nr. 91 (1998-99) fra Sosialkomiteen om pasientrettighetsloven § 2-2 side 23 som lyder: "Komiteen forutsetter at det innen fristens utløp skal foreligge en reell og faglig vurdering av pasientens tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling fra spesialistens side for at lovens ordlyd skal være oppfylt." Det er pasientens *helsetilstand* som skal vurderes innen fristens utløp med hensyn på videre *undersøkelse* og *behandling*. Det fremgår videre av innstillingen at retten til vurdering vil være et viktig redskap for at pasienter med de alvorligste sykdommene sikres behandling først.

Bruk av begrepet diagnose kontra undersøkelse/behandling

Vår vurdering er at det blir viktig å skille mellom begrepene diagnose og helsetilstand når vi skal vurdere hva som skal til for at pasientens rett til vurdering anses innfridd etter pasl. § 2-2. Endelig diagnose er et sluttprodukt som, om mulig, foreligger idet pasienten er ferdig utredet. I visse tilfeller er ikke diagnosen klar før et behandlingsforsøk er slutført, nemlig ut fra

bedømmelse av mulig behandlingsrespons. Et eksempel på dette kan være *temporal arteritt* (betennelse i åreveggen) der man ikke nødvendigvis finner objektive tegn til sykdom ved spesialundersøkelse (biopsi), men får god effekt av prednisonbehandling som går over måneder. I andre tilfeller står man overfor alternative diagnoser, altså flere mulige differensialdiagnoser. Det kan kreves langvarig utredning med spesialundersøkelser som følger en logisk rekkefølge over lang tid, ofte med innsats fra mange spesialavdelinger. I enkelte tilfeller finner man ingen sikker forklaring på helseplagene, og da åpner den internasjonale diagnoseklassifikasjonen for å sette en symptomdiagnose, enten midlertidig eller som endelig konklusjon. Eksempler på dette kan være *forhøyet senkning, hodepine og leddsmertes*.

Ut fra ovenstående kan retten til å få sin helsetilstand vurdert ikke innebære en *rett til en diagnose* innen en frist på 30 virkedager. Pasienten vil imidlertid ha rett til en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling.

Forholdet til prioritering

Pasl. § 2-2 innebærer at det stilles et minimumskrav til at alle pasienter som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, får sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, uavhengig av prioriteringsgruppe eller andre hensyn.

Bestemmelsen om raskere vurdering enn fristen på 30 dager ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom betyr i praksis at spesialisthelsetjenesten har vurdert henvisningen for å avgjøre om det foreligger slik mistanke. Det forutsetter at spesialisthelsetjenesten har et system som ivaretar at henvisningene vurderes uten unødig forsinkelse slik at pasientens rett til raskere undersøkelse/behandling blir innfridd. En viktig del av vurderingstemaet blir derfor alvorlighetsgrad. Det vises også i denne sammenheng til helsetjenestens plikt til å yte faglig forsvarlig helsetjeneste jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dette medfører også at sykehuset/poliklinikken må forsikre seg om at henvisningen er av en slik kvalitet at retten til vurdering kan innfris. En mangelfull henvisning fratrukker pasienten retten til å få vurdert sin helsetilstand innen 30 dager, eller raskere dersom forsvarlighetskrav tilsier det.

Ut fra alvorlighetsgrad som prioriteringskriterium, vil pasientens rett til vurdering av sin helsetilstand innen 30 dager i forhold til pasl § 2-2 innebære:

1. Når henvisningen gir *begrunnet mistanke* om alvorlig eller livstruende sykdom skal det gis prioritet for raskere vurdering enn 30 virkedager med hensyn på videre undersøkelse/behandling av pasienten. Dette kan innebære at undersøkelse/behandling av pasienten igangsettes før 30 dagers fristen for vurdering utløper, f.eks. 15 dager eller raskere i tråd med forsvarlighetskravet.
2. Når henvisningen inneholder opplysninger om vage og uspesifikke symptomer, og man *ikke med rimelig sikkerhet kan utelukke* at det foreligger alvorlig eller livstruende sykdom, må det iverksettes tilstrekkelige undersøkelser/behandling av pasienten slik at det kan gis en realistisk vurdering av pasientens helsetilstand før 30 dagers fristen utløper.
3. Når henvisningen inneholder opplysninger om at det *åpenbart foreligger mindre alvorlige* sykdommer, innebærer retten til å få sin tilstand vurdert innen 30 dager at det skal opplyses om det er nødvendig med *helsehjelp*, og når helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eventuelt kan forventes gitt.

Alle pasienters rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, innebærer således ikke en rett til at det bli stilt endelig diagnose når medisinske forhold gjør dette uforsvarlig eller umulig.

Innenfor for eksempel spesialitetene indremedisin, nevrologi og psykiatri kan det være behov for lengre tid enn 30 dager før man kommer frem til en endelig diagnose, uten at dette medfører prognosetap. Det gjelder først og fremst tilstander der det ikke er tilgjengelig behandling, f.eks. visse degenerative tilstander, der det naturlige sykdomsforløpet har betydning for endelig diagnose. Et eksempel er demens av Alzheimers type der diagnosen pr. definisjon ikke kan endelig fastslås før etter seks måneder etter symptomdebut. Helsetjenesten skal vurdere hvor ressurskrevende utredning og behandling vil være, i forhold til forventet nytte av behandlingen. At utredning/behandlingen eventuelt er særskilt ressurskrevende, fratrar ikke pasienten rett til å få vurdert sin helsetilstand innen fristen på 30 dager.

Konklusjon

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-2 har ikke innarbeidet ressurs- eller kapasitetsvurderinger i forhold til pasientens rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. Direktoratet slutter seg til Helsetilsynets distinksjon mellom helsetilstand og diagnose. Retten til å få sin helsetilstand vurdert innebærer ikke nødvendigvis en *rett til diagnose* innen en frist på 30 virkedager.

Bestemmelsen må praktiseres ut fra kravet om en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand. Med utvikling i retning av mer sammensatte helseproblemer, bl.a. som følge av redusert sykdomsspesifikk dødelighet, vil det nettopp være spesialisthelsetjenestens ansvar å foreta en grundig vurdering av hvordan de ulike helseproblemer virker inn på hverandre, og hvilken innvirkning helsetilstanden har på livssituasjonen til den enkelte. Hvordan vurderinger av pasientens helsetilstand skal følges opp i forhold til det forventede "sluttprodukt" vil avhenge av behandlingens prioritet, både i forhold til alvorlighetsgrad, fare for prognosetap og forventet nytte av vurderingen, sett i forhold til ressursforbruket, det vises til prl. § 2-1. "Sluttproduktet" kan være en ferdig utredning, endelig diagnose og igangsatt eller ferdig behandling.
..."

Helsetilsynets kommentarer

Helsetilsynet oppfatter at direktoratets fortolkning er i samsvar med de vurderinger arbeidsgruppa la fram for revisjonsledersamlingen 10. desember og som senere ble formidlet til departementet i brev av 9. januar. Helsetilsynet vil understreke at det i vår henvendelse til departementet ikke foretok en fullstendig gjennomgang av bestemmelse, men tok opp spørsmålet om *innholdet* i vurderingen. Til bruk i tilsynet er følgelig også andre forhold kommentert nedenfor.

Retten til vurdering innebærer at helsetilstanden må være tilstrekkelig avklart for å kunne avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp er for øvrig behandlet i kap 4.3 i veilederen

30 virkedager regnes som påfølgende dager unntatt helgedager, helligdager og andre offentlige fridager.

Etter pasientrettighetsloven § 2-2 andre ledd er det krav om at henvisninger som gir indikasjon på alvorlig eller livstruende sykdom skal vurderes raskere. Kravet til faglig forsvarlighet vil her være avgjørende. Sosialkomiteen mente slike vurderinger måtte skje innen maksimalt 15 dager, forutsatt at det ville være medisinsk forsvarlig å vente så lenge.

For at dette kravet skal kunne overholdes må henvisningene gjennomgås nesten fortløpende. Det må i alle fall foretas en midlertidig vurdering senest innen 1 uke etter at henvisningen er mottatt, for at det skal være realistisk at pasienter med spesielt alvorlige tilstander skal kunne tas inn til vurdering innen denne fristen eller tidligere hvis forsvarlighetsvurderinger gjør dette påkrevet.

Informasjon om utfallet av vurderingen til pasient/primærlege

Pasienten og pasientens primærlege skal umiddelbart etter vurderingen er foretatt, ha informasjon om resultatet av vurderingen. Det skal gis opplysninger om hva slags utredning/behandling som vil bli gitt og når dette vil skje. Tidsfastsettelsen er ikke rettslig bindende, men virksomhetene må planlegge, organisere og styre for å oppfylle avgjørelsene i vurderingene innenfor grensen av hva som er faglig forsvarlig, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1 og tilsynsloven § 3.

Når det gjelder tilbakemelding om rett til nødvendig helsehjelp vises det til videre omtale under pkt 4.3 nedenfor.

Særlig om avvisning eller retur av henvisninger

Retten til vurdering gjelder uavhengig av kapasitet. Det regionale helseforetaket har ansvaret for å sikre at det totalt sett er tilstrekkelig kapasitet innen regionen til å ivareta retten til vurdering. Pasienter som oppsøker spesialisthelsetjenesten i egen region kan følgelig ikke avvises med begrunnelsen at det ikke er kapasitet til å ivareta retten til vurdering.

Spesialisthelsetjenesten har videre ikke adgang til å avskjære retten til vurdering innen 30 dager ved å returnere henvisninger som de mener er mangelfulle. Fristen skal overholdes, selv om det er nødvendig å innhente supplerende opplysninger og spesialisthelsetjenesten mener disse burde ha foreligget ved den første oversendelsen. Som beskrevet i direktoratets framstilling av vurderingsprosessen understreker det behovet for å håndtere henvisningene fortløpende for å avklare om det er behov for ytterligere opplysninger for å kunne foreta en vurdering.

Poliklinikkens praksis i forhold til avvisning og returnering av henvisninger bør undersøkes under revisjonen.

Spørsmål som bør avklares i forbindelse med systemrevisjonen

Som tidligere nevnt har veiledningen om hvordan denne bestemmelsen skal forstås ikke vært entydig. Det er derfor grunn til å forvente, at helsetjenesten har fortolket denne ulikt. Innledningsvis bør det derfor avklares hvilke krav den aktuelle virksomheten har lagt til grunn ved utøvelsen av rett til vurdering.

Tilsynet skal ikke vurdere den medisinsk-faglige kvaliteten av den enkelte vurdering (f. eks. hvilke undersøkelser som må foretas). Tilsynets fokus skal være på om virksomheten har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å legge til rette for at den/de som utfører vurderingene, kan oppfylle kravet om vurdering innen 30 virkedager (jf. pasientrettighetsloven § 2-2, se også helsepersonelloven § 16). I tilrettelegging ligger både at

- virksomheten har et *system for håndtering av henvisninger*
- systemet ivaretar at *kyndig personell kan foreta vurderingene*
- personellet kan utføre vurderingene *ofte nok*.

Det er viktig å bringe klarhet i om virksomheten er organisert slik at alle aspekter ved retten til vurdering (dvs. forsvarlig vurdering for dette stadiet, vurdering innen 30 virkedager eller 15 i spesielle tilfeller, tilbakemelding til pasient og henvisende instans) kan bli oppfylt. Det er derfor viktig å avklare de ulike trinnene i logistikken ("følge henvisningene inn, gjennom vurderingen og tilbakemeldingen ut av virksomheten"):

- Er det klar ansvars - og oppgavefordeling? Hvem har ansvar for de enkelte deler av prosessen? Hva skjer ved fravær på grunn av sykdom eller av andre årsaker? (jf. IK-forskriften § 4 andre ledd, a))
- Registrering av mottaksdato (hvem, hvor, når) Er registreringen slik at virksomheten har oversikt over om retten til vurdering innfris?
- Hvor går henvisningen etter at mottaksdato er registrert?
- Hvor ofte gjennomgår virksomheten nyinnkomne henvisninger?
- Hvem utfører den faglige vurderingen av henvisningen? Ved en indremedisinsk poliklinikk kreves det at spesialist i indremedisin eller lege under spesialistutdanning med supervisjon utfører vurderingene
- opplæring av personell som skal ivareta rett til vurdering, både de merkantile og medisinsk-faglige oppgavene. (jf. IK-forskriften § 4 andre ledd c)
- Har virksomheten rutiner for å fange opp tilfeller av særlig alvorlig sykdom (f. eks. kreft, truende hjerteinfarkt, truende hjerneslag), slik at vurdering kan skje innen 15 dager?
- Hvordan og hvor registreres resultatet av vurderingen?
- Informeres pasient og henvisende instans om resultatet av vurderingen?
- Skjer vurderingen innen 30 virkedager etter mottak av henvisningen?
- Skjer vurdering av alvorlig sykdom innen 15 dager etter mottak av henvisningen?
- Hva er årsakene til at henvisninger ev. avvises?
- Har virksomheten rutiner for håndtering av avvik til kravet om rett til vurdering? F.eks Svikt i prosessen, manglende kapasitet til å foreta faglige vurderinger (evt m/nødvendige supplerende undersøkelser, poliklinisk konsultasjon), svikt i tilbakemeldingene til pasient/pårørende.
- Hvordan brukes tilbakemeldinger fra pasienter og primærleger (evt andre) til systematisk forbedring av praksis
- Bruk av pasientklager, beslutninger i klagesaker mv i forbedringsarbeidet

Konstatering av avvik og merknader

Det må undersøkes om virksomheten har organisert seg slik at den kan oppfylle lovens krav som nevnt. Dersom ikke virksomheten sikrer at disse vurderinger skjer i samsvar med loven, vil det være avvik fra § 3 i tilsynsloven og internkontrollforskriften, pasientrettighetsloven § 2-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (da særlig kravet til raskere vurdering). Det vil være avvik dersom pasientene ikke sikres:

- At det foretas en konkret faglig vurdering, basert på tilstrekkelige opplysninger og av kompetent personell
- At vurderingen skjer innen 30 dager
- At virksomheten fanger opp henvisninger der det er mistanke om livstruende eller alvorlig sykdom og gir disse en raskere vurdering
- At pasienten og henvisende lege får tilbakemelding om utfallet av vurderingen, (om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp og evt klagerett se 4.3) hvilken helsehjelp som kan forventes og når helsehjelpen vil bli gitt

Det skal gis avvik dersom ett eller flere av kravene over ikke er oppfylt.

4.3 Rett til nødvendig helsehjelp

Ut fra pasientrettighetsloven § 2-1 og forskrift om prioritering og rett til helsehjelp vil de pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp – rettighetspasientene – stort sett vil være de pasienter som omfattes av prioriteringsgruppe I og II angitt i NOU 1997:18 Prioritering på ny (Lønning II-utvalget). Det er imidlertid ikke gitt nærmere regler for prioriteringen enn det som fremgår av pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2. Lønning II-utvalget forutsatte at det skulle etableres faggrupper som skulle utarbeides nærmere kriterier for prioritering. Dette arbeidet har foreløpig kommet kort og det foreligger ikke noen felles prioriteringskriterier på det indremedisinske området. Hvor grensen mellom rettighetspasienter og pasienter uten slik rett går, er derfor i stor grad overlatt til det medisinsk faglige skjønn. Det gjør det svært vanskelig å gå nærmere inn på om det blir foretatt korrekte beslutninger om rett til nødvendig helsehjelp.

Samtidig vil det være svært avgjørende for pasientens ivaretagelse av egne interesser å få fastslått om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp. Det har betydning for prioritering ved det helseforetaket pasienten er vurdert og prioritering ved andre helseforetak dersom pasienten benytter seg av retten til valg av sykehus.

Nødvendig helsehjelp vil for mange personer med helsefaglig bakgrunn være et ukjent begrep. Under gjennomføringen av tilsynet bør det derfor presiseres at det i denne sammenheng kan forstås som nødvendig utredning og behandling (sml definisjonen av helsehjelp i pasientrettighetsloven § 1-3 c).

Helsetilsynet ønsker at fylkeslegene ved dette tilsynet klarlegger:

- om sykehuset/helseforetaket sikrer at vilkårene for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp er kjent og tatt i bruk av de personer som er gitt ansvar for å foreta slike vurderinger
- om sykehuset/helseforetaket sikrer at resultatet av vurderingen ihht pasientrettighetsloven § 2-2 inneholder en vurdering av om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp eller ikke
- om sykehuset/helseforetaket sikrer at pasienten gis informasjon beslutningen om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og om klageadgang
- om sykehuset/helseforetaket sikrer at kravet til registrering av rettighetspasienter ivaretas

Drøfting av myndighetskravene

Det regionale helseforetaket har etter prioriteringsforskriften § 3 andre ledd plikt til å sørge for at rettighetspasienter som har fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen (jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a) tilbys nødvendig helsehjelp innenfor den tid som ansees som faglig forsvarlig i det enkelte tilfellet. Retten til nødvendig helsehjelp er ikke begrenset til den helsehjelp det regionale helseforetaket selv kan tilby, men gjelder innenfor den samlede kapasitet av offentlige finansierte helsetjenester i Norge.

Dette tilsynet skal ta utgangspunkt i hvordan den aktuelle poliklinikken og respektive institusjon/helseforetak sikrer at retten til nødvendig helsehjelp ivaretas. Ivaretagelse av rettighetene til pasienter fra annen helseregion med rett til nødvendig helsehjelp, som ønsker å utøve sin rett til valg av sykehus, er kommentert under kap 4.4 i veilederen.

Vurdering og beslutning om rett til helsehjelp

Som en del av oppfyllelsen av rett til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2, skal det foretas en vurdering og beslutning om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1, jf forskrift om prioritering og rett til helsehjelp. Dette er omtalt i Rundskriv I-60/2000 side 52, 5. avsnitt: *"I denne vurderingen må det tas stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Legen som foretar vurderingen av pasienten skal fatte vedtak om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke."*

Vilkårene for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp som er gitt i forskriften må ansees uttømmende. Det vil ikke være adgang til å avskjære rett til nødvendig helsehjelp med mindre vilkårene ikke er oppfylt.

Rett til nødvendig helsehjelp er en rettighet på "nasjonalt nivå" som skal sikre lik rett på helsetjenester uavhengig av bosted. Ved vurderingen av om den henviste pasienten har rett til nødvendig helsehjelp kan det følgelig ikke tas hensyn til om virksomheten selv har kapasitet til å yte den nødvendige helsehjelpen. Det er etter pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 3 kun kapasitetssvikt på nasjonalt nivå som kan gi grunnlag for avslag på rett til nødvendig helsehjelp av kapasitetshensyn.

Arbeidsgruppa har drøftet om det kan stilles krav om at det gjøres rede i pasientdokumentasjonen eller tilbakemeldingen til primærlege/pasient hvordan den enkelte vilkårene er blitt vurdert. Med utgangspunkt i at det skal fattes en beslutning om enkeltpersoners rettigheter ville det etter forvaltningsrettslige prinsipper være nærliggende å forvente dette. Arbeidsgruppa har ved gjennomgang av forarbeidene og de generelle kravene til dokumentasjon (journalforskriften) ikke funnet tilstrekkelig grunnlag for å fastslå at det foreligger noen plikt til å gjøre nærmere rede for de vurderinger som er foretatt om rett til nødvendig helsehjelp. Mulighetene for å etterprøve lovanvendelsen gjennom tilsyn (og for så vidt klagebehandling) er følgelig svært begrenset.

Tilsynet må derfor via andre indikatorer forsøke å bringe på det rene om retten til nødvendig helsehjelp blir vurdert.

Etter internkontrollforskriften § 4 andre ledd c) skal virksomheten sikre at personell som skal foreta vurdering av rett til helsehjelp har kjennskap til de kriterier som skal legges til grunn og skal etter g) legge til rette for og følge opp at dette skjer i praksis. Ytterpunktene i vurderingen kan antydes slik: Det vil være avvik dersom det gjennomgående verken er mulig å etterspore et system eller kunnskap hos intervjuobjekter som gjelder prioriteringskriteriene. Dersom intervjuobjektene gjennomgående er kjent med hovedtrekkene, men det ikke foreligger skriftlig dokumentasjon, eller vice versa, må det vurderes om det er nødvendig med merknad.

Ved en del poliklinikker vil det være flere personer som foretar disse vurderingene. Hensynet til likebehandling tilsier at virksomheten tilstreber å etablere en lik praksis, f eks gjennom at

dette tas opp i fagmøter, interne retningslinjer el. Dersom ingen slike tiltak er etablert vil dette kunne gi grunnlag for en merknad.

Helsetilsynet tolker departementets merknader i rundskriv I-60/2000 slik at det i tilbakemeldingen skal gis informasjon om utfallet av avgjørelsen om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, selv om dette ikke sies direkte, verken i § 2-2 eller merknadene til bestemmelsene i rundskriv I-60/2000, eller merknadene til prioriteringsforskriften § 2 der § 2-2 også er omtalt. I Til støtte for dette standpunktet vises det til høringsnotatet til endringer i pasientrettigheter der departementet uttaler: "Etter gjeldende ordning har pasienten ... krav på å få informasjon om han har rett til helsehjelp..." I tilbakemeldingen om poliklinikkens vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 skal dermed pasienten og primærlegen underrettes om pasienten anses å ha rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1. Det vil være avvik dersom det ikke er rutiner som sikrer at pasienter gis informasjon om at pasienten anses å ha rett til, evt. ikke har rett til nødvendig helsehjelp.

Det er klageadgang når pasient eller representant for pasienten mener at retten til helsehjelp ikke er innfridd, jfr pasientrettighetsloven §§ 7-1 og 7-2. Fylkeslegene mottar i liten eller ingen grad klager over manglende innfrielse av retten til å få nødvendig helsehjelp. Det er liten grunn til å tro at dette skyldes at alle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp mottar helsehjelpen innen fristen.

Det fremgår ikke uttrykkelig av lov- eller forskriftstekst at det skal gis informasjon om klagerettigheter sammen med resultatet av vurderingen eller eventuelt når pasient avvises. Av pasientrettighetsloven § 2 –1 annet ledd 2. pkt. fremgår at helsetjenesten skal gi pasienten de helse- og behandlingmessige opplysninger han/hun trenger for å kunne ivareta sin rett, men det er ikke helt klart om man her har tenkt på informasjon om klageadgang. Helsetilsynet tok dette opp i brev til Helsedepartementet 9. januar i år. Departementet svarte følgende: "Vedtak om å innvilge eller avslå rett til nødvendig helsehjelp faller klart innenfor definisjonen av enkeltvedtak i forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. Den tvil som eventuelt har vært om forvaltningslovens virkeområde innenfor helsetjenesten er for den offentlige helsetjenestens vedkommende avklart i helseforetaksloven § 5 første ledd første punktum." Dette medfører at spesialisthelsetjenesten skal informere om adgangen til å klage samtidig som pasienten underrettes om utfallet av vurderingen om, rett til nødvendig helsehjelp, jf forvaltningsloven § 27 tredje ledd. Dersom pasienten ikke underrettes om klageadgang vil dette være et avvik.

Videre oppfølging av rettighetspasientene

Virksomheten må ha rutiner for å sikre at pasienter på ventelister som har rett til nødvendig helsehjelp får oppfylt sin rett innen den tid som anses faglig forsvarlig. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres foran pasienter uten slik rett. Dette gjelder også når det er kapasitetsmangel. Etter ventelisteforskriften § 3 andre pkt skal det registreres i listene om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Det vil være avvik dersom virksomheten ikke har et system som sikrer at denne opplysningen blir registrert korrekt for hver pasient.

Dersom ikke virksomheten selv har kapasitet til å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp i et konkret tilfelle må sykehuset/helseforetaket/RHF ha rutiner for å skaffe tilbud om nødvendig helsehjelp ved en annen virksomhet innen helseforetaket, ved et annet helseforetak i regionen, eller om nødvendig skaffe helsehjelp i en annen region, jf prioriteringsforskriften § 3 andre ledd, så sant det er kapasitet. Det er ikke tilstrekkelig at helseforetaket/sykehuset viser til retten til valg av sykehus og overlater til pasienten selv å sikre videre helsehjelp. Se

departementets merknader til prioriteringsforskriften § 3 gjengitt i rundskriv 60/2000 s 53 andre avsnitt.

Etter internkontrollforskriften § 4 andre ledd g) skal det foreligge rutiner for rapportering og iverksetting av nødvendige korrigerende tiltak i den enkelte virksomhet, fra den enkelte virksomhet til helseforetaket og om nødvendig videre til det regionale helseforetaket dersom retten til nødvendig helsehjelp ikke blir innfridd i henhold til den oppgavefordeling som er lagt til grunn i styringsdokumentene fra det regionale helseforetaket til helseforetakene og fra det enkelte helseforetak til de enkelte underliggende virksomheter.

Konstatering av avvik og merknader

I dette kapitlet er konkretiseringen av hvilke forhold som bør bedømmes som avvik tatt inn i drøftelsen av myndighetskravene .

4.4 Rett til fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg på landsbasis er én av flere rettigheter i pasientrettighetsloven kapittel 2 som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenester. Formålet er økt medbestemmelse og lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet, uavhengig av hvor en bor i landet. Samtidig skal fritt sykehusvalg bidra til en hensiktsmessig og god ressursutnyttelse av helsetjenesten.

Valg av sykehus kan skje på alle stadier av utrednings- og behandlingsforløpet. Problemstillingen er derfor aktuell både ved henvisningen, etter at utredning og diagnostikk er foretatt, og det avklares hvor lenge pasienten må regne med å vente på behandling.

For at pasientene skal kunne ivareta sine rettigheter til fritt sykehusvalg, er de avhengige av at ventelister føres, at dataene som registreres har rett kvalitet, holdes oppdatert og rapporteres videre til avtalt tid. Pasientene er også avhengige av at ventelisteinformasjonen som publiseres nasjonalt har en form og et innhold som er tilpasset pasientenes forutsetninger. Det enkelte helseforetak, de regionale helseforetakene og Helsedepartementet har alle sin del av ansvaret for å legge forholdene til rette slik at pasientene får den informasjon som er nødvendig for å foreta kvalifiserte valg av undersøkelses- eller behandlingssted.

Forskrift for ventelisterregistrering fastsetter hva som skal registreres på ventelistene og hvordan ventetider skal beregnes. Ventelisterregistreringen har en sentral funksjon i den enkelte institusjons planlegging av sitt tjenestetilbud. Ventelistedata kan også brukes til å bedømme forskjeller i prioriteringer og tilgjengelighet til helsetjenester. Data som skal rapporteres fra ventelistene til Norsk pasientregister skal omfatte både øyeblikkstillene som viser ventelistesituasjonen på rapporteringstidspunktet og periodetallene som viser utviklingen av ventelistesituasjonen over et gitt tidsrom.

Til tross for 10 år med sentral ventelisterapportering ved sykehusene, viser erfaringene likevel at mange sider ved dette arbeidet er mangelfullt. Årsakene kan bl.a. skyldes dårlig datakvalitet, manglende kompetanse og ulik praksis i registrering av ventelister, manglende oppdatering av listene og svikt i vidererapportering. I sin tur fører dette til at informasjonen som legges til grunn for valg mellom sykehus ikke er god nok og at rettigheten benyttes i liten grad.

Bruk av retten til valg av sykehus kan avhenge av andre faktorer enn ventetider. Erfaringer med eller forestillinger om kvalitet på den helsehjelp det enkelte helseforetak yter, vil være en annen sentral faktor. I dette tilsynet har vi valgt å konsentrere oss om ventetider ettersom

felles kvalitetsmål ikke er innført i helsetjenesten pr. i dag. Som nevnt ovenfor er det også viktig å understreke at flere aktører er involvert i å sikre retten til fritt sykehusvalg.

Hensikten med dette tilsynet er ikke å skulle kartlegge eller evaluere ventelisteregistrering i seg selv. Tilsynet har valgt å fokusere på det enkelte helseforetaks *ansvar* for ventelistene ettersom dataene fra disse utgjør grunnlaget i prosessen for å sikre oppfyllelsen av retten til et fritt sykehusvalg. Vi ønsker videre å få klarlagt hva slags rutiner helseforetaket har for å informere pasientene om fritt sykehusvalg og om hvordan retten til fritt sykehusvalg ivaretas i praksis når en helseinstitusjon "blir valgt".

Forslag til forberedelse av tilsynet:

I forberedelsene til tilsynet kan det være hensiktsmessig å gå inn på Internett, og danne seg et bilde av nettstedet www.sykehusvalg.net (Norsk pasientregisters nettsider der ventetider er lagt ut) samt å ringe den regionaliserte Servicetelefonen på tlfnr. 800 41 004. Helseregion Øst og Helseregion Sør har i tillegg etablert en mer omfattende ventetidsoversikt på sine nettsider. Vi viser også til SINTEF Unimeds rapport Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002 (utlagt på nettet i fulltekst). Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse Midt-Norge og gir et inntak til å forstå problemer knyttet til kvalitetssikringen av rutinene for håndtering av ventelister ved de somatiske og psykiatriske sykehusene i regionen. Arbeidsgruppen oppfatter problemstillingene som skisseres i rapporten som såpass generelle at de bør være av interesse også for andre helseregioner.

Helsetilsynet ønsker dette tilsynet skal klarlegge:

- Om sykehuset/helseforetaket sikrer at registrering, oppdatering og rapportering av ventelistedata skjer etter gjeldende regelverk, slik at sykehuset/helseforetaket gjennom rapporteringen yter sin del til at pasienter kan ivareta sin rett til fritt sykehusvalg
- Om sykehuset/helseforetaket har et system som sikrer pasienter informasjon om fritt sykehusvalg og venteider ved sykehuset
- Om sykehuset/helseforetaket sikrer at henvendelser om valg av sykehus håndteres i henhold til pasientrettighetslovens vilkår

Drøfting av myndighetskrav:

Om ventelister

Forskrift om ventelisteregistrering § 3 stiller krav om at det skal føres venteliste over pasienter som er registrert for planlagte undersøkelser eller behandling. I merknad til forskriften presiseres det at institusjonen før registrering på ventelisten må foreta en vurdering av om pasienten skal undersøkes eller behandles ved institusjonen. Henvisningen alene er ikke nok til at pasienten registreres på ventelisten.

Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1, og om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

I § 4 stilles det krav om at ventelistene skal holdes oppdatert til enhver tid. Henvisningene skal registreres på mottaksdato. Ansiennitetsdato regnes fra første gang henvisningen for én og samme lidelse er mottatt selv om henvisningen først kom til en annen institusjon. Stryking av pasienter fra ventelistene skal skje den dato behandling påbegynner. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for planlagt undersøkelse eller behandling, skal strykes fra ventelisten. Pasienter som har vært registrert på venteliste i seks måneder skal kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell. Ventelister registrerer unødig venting. For pasienter som selv velger å utsette utredning eller behandling, skal ventetiden stanses på det tidspunkt time ble tildelt. Pasienter som mottar øyeblikkelig hjelp, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, skal ikke registreres på venteliste.

De regionale helseforetakene skal sørge for elektronisk rapportering av ventelistedata til Helsedepartementet hvert tertial (§ 5). Fra 1.1.03 er det besluttet at rapporteringen skal skje månedlig. Foreløpig er det ikke foretatt endringer i forskriften om dette. Inntil det foreligger er kravet derfor hvert tertial.

Hensikten med denne delen av revisjonen er å få klarlagt om virksomheten innfrir grunnleggende krav til ventelisterregistrering. Ovenfor nevnte Sintef-rapport gir innsikt i problemene omkring dette. Der holdes særlig fram: uklar ansvarsfordeling mellom sykehusets IT-avdeling og avdelingsledelsen, mangel på opplæring av det personellet som skal føre lister

Rett til informasjon

Dette er den mest sentrale delen av temaet rett til valg av sykehus. I rundskriv I-53/2000 pkt 7.2 kommenteres virksomhetens plikt til å gi informasjon. Rundskrivet henviser til dagjeldende § 2-8 i spesialisthelsetjenesteloven. Dette reguleres nå i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, med den endring at plikten til å gi informasjon ikke lenger ligger til eier av helseinstitusjonen, men til institusjonen selv. Det materielle innholdet i plikten er imidlertid ikke endret.

Helseinstitusjonens plikt til å informere gjelder både informasjon om rett til fritt sykehusvalg generelt og konkret informasjon om ventetider.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 pålegger helseinstitusjonen å sørge for generell informasjon om fritt sykehusvalg. Helsetilsynet har ikke funnet grunnlag for at det kan stilles konkrete krav til når og hvordan denne informasjonen skal gis, sml drøftelsen ovenfor om informasjon om klagerett. Det er derfor anledning til å velge flere alternative løsninger, som f.eks personlig veiledning, standardformuleringer i svarbrev i forbindelse med vurderingen eller at pasientene mottar en informasjonsfolder. Tilsynet bør avklare hvordan denne oppgaven blir ivaretatt, hvem som har ansvaret (internkontrollforskriften § 4 a) og hvilke rutiner som er etablert for å sikre at henviste pasienter får nødvendig informasjon (§ 4 g).

I rundskrivet kommenteres særskilt at sykehusene må kunne informere pasienter om ventetider ved sykehuset. Departementet forutsetter i nevnte rundskriv at informasjonen om ventetider skal være oppdatert, relevant for brukerens problem, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg den. Nettsiden www.sykehusvalg.net omfatter et begrenset antall inngrep og utredninger, pt 34. Veiledningen via de grønne numrene er i hovedsak basert på den samme informasjonen. Det vil derfor kunne forekomme at pasientene har behov for utredninger eller behandlingsformer som faller utenfor denne gruppen. Denne plikten ligger på sykehuset. Virksomheten må ha etablert en svartjeneste som kan betjene disse henvendelsene

Om utøvelse av retten til fritt sykehusvalg

Rett til valg av sykehus er som ordlyden tilsier en *rettighet*. Utøvelse av rett til valg av sykehus kan bare avskjæres dersom vilkårene for utøvelse av retten ikke er til stede.

Pasientrettighetsloven § 2-4 gir pasienten rett til å velge på hvilket offentlig utredning/behandling skal foretas. Verdt å merke seg er at departementet i sitt rundskriv I-53/2000 pkt 2 fjerde avsnitt fastslår at poliklinikker kun omfattes av rett til fritt sykehusvalg dersom de organisatorisk er en del av et offentlig sykehus.

Pasienter kan ikke velge behandlingsnivå eller mer spesialisert behandling enn det henvisningen gjelder for.

Sykehuset kan avvise pasienter som ønsker å utøve fritt sykehusvalg dersom det kan medføre at virksomheten ikke kan innfri sine forpliktelser overfor pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som virksomheten har ansvar for i henhold til plandokumentene fra de regionale helseforetakene. Pasienter fra andre regioner kan bare avvises før de er registrert på ventelisten.

Registrering på ventelisten er ensbetydende med at sykehuset påtar seg en forpliktelse til å vurdere eller behandle pasienten i henhold til henvisningen. At sykehuset gir pasienter tilbud om vurdering, innebærer imidlertid ikke at sykehuset også påtar seg en forpliktelse til å behandle pasienten. Ettersom det bare er anledning til å stå på én venteliste av gangen for samme lidelse, må pasienter som avvises raskt få beskjed slik at alternative behandlingssteder kan vurderes.

Konstatering av avvik:

Det må undersøkes om virksomheten har organisert seg slik at den kan oppfylle lovens og forskriftens krav som nevnt. Dersom ikke virksomheten sikrer at ivaretagelsen av rett til fritt sykehusvalg skjer i samsvar med love, vil det være avvik fra § 3 i tilsynsloven og internkontrollforskriften og de aktuelle materielle bestemmelsene i prl § 2-4 og ventelisteforskriften. Det vil være avvik dersom pasientene ikke sikres:

- At sykehuset/helseforetaket fører ventelister over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling, (forskrift om ventelisteregistrering § 3).
- At det fremgår av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1, (ventelisteregistreringsforskriften § 3).
- At sykehuset rapporterer ventelistedata til Helsedepartementet slik forskriften krever, (forskrift om ventelisteregistrering § 5).
- At sykehuset gir generell informasjon om rett til valg av sykehus og om ventetider ved egen institusjon, (spesialisthelsetjenesteloven § 3-11)
- At vilkårene for rett til fritt sykehusvalg overholdes og det ikke forekommer urettmessig avvising av pasienter som utøver retten til fritt sykehusvalg, (pasientrettighetsloven § 2-4)

Momenter til intervju

- Hvilke systematiske tiltak har sykehuset/helseforetaket satt i verk for at for institusjonen som helhet skal sikre rett kvalitet og en enhetlig praksis for hvordan ventelistene skal registreres, oppdateres og rapporteres?
- Må sykehuset/helseforetaket (ukentlig eller månedlig) avvise pasienter som benytter retten til fritt sykehusvalg fordi dette fører til at sykehuset/helseforetaket ikke klarer å behandle de rettighetspasientene det har ansvar for å behandle etter regional helseplan?
- Hvordan definerer sykehuset/helseforetaket kravet om å holde ventelistene oppdatert ”til enhver tid”?
- Hvordan ivaretas plikten til å gi generell informasjon om rett til fritt sykehusvalg?
- Hvordan ivaretar sykehuset sin plikt til å gi informasjon om ventetider?

5. Forberedelser

I hvert fylke skal det gjennomføres revisjoner i tre poliklinikker.

Varsel om tilsynet skal sendes til helseforetaket, men kopi til den aktuelle enhet. Samtidig skal de regionale foretakene få informasjon om at tilsynsmyndigheten vil innkalle til et møte som en del av oppfølgingen etter at revisjonene er gjennomført. Samtidig som tilsynet varsles, må kontaktfylkeslegen sende brev til det regionale helseforetaket og varsle et oppfølgingsmøte med det regionale helseforetaket i løpet av november.

Helsetilsynet forutsetter som tidligere nevnt at omfanget av verifikasjoner blir tilstrekkelig og mer omfattende enn vanlig, for å sikre godt dokumenterte beskrivelser av de faktiske forholdene i tjenesten. Helsetilsynet vil kort etter utsendingen av veilederen ettersende forslag til aktuelle verifikasjoner.

6. Rapportering

Det vises til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport som ble sendt Fylkeslegene vedlagt brev av 10. mai 2000 og som finnes på henholdsvis *Losen: vår etat/felles fylkeslegemeny/tilsynsmeny for fylkeslegene/prosedyrer* og rapportmal *fil Ny/generelt/fylkeslegemal*.

I prosedyren står det under pkt 5.7.5: *Vedlagte rapportmal skal brukes ved rapportering. Alle områder som revideres skal omtales i rapporten, også de områder der det ikke er påpekt avvik eller merknader.*

Rapportene skal på vanlig måte ta for seg de valgte områder (rett til vurdering, rett til nødvendig helsehjelp, rett til valg av sykehus) og tilsynsmyndighetens funn og vurderinger av det.

Tilsynsrapporten skal sendes Helsetilsynet til e-postadresse:
for å bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider på internett og på Losen, etatens intranett.
Helsetilsynet i fylket har ansvar for å følge opp de påpekte avvik.

Helsetilsynet vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en felles rapport for det landsomfattende tilsynet.