



**Helsetilsynet i
Nord-Trøndelag
Sør-Trøndelag
Møre og Romsdal**

**Samlerapport til Helse Midt-Norge RHF
etter gjennomført tilsyn med
helsetjenesten til voksne med psykiske problemer
og
ivaretagelsen av sentrale pasientrettigheter ved
somatiske poliklinikker**

1 Sammendrag

Helsetilsynene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal har i 2003 gjennomført tilsyn med helsetjenesten til voksne med psykiske problemer og hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker. Det er til sammen utført tilsyn ved 18 virksomheter. Rapportene er oversendt det enkelte foretak, med kopi til Helse Midt-Norge RHF.

Ved tilsynene er det til sammen avdekket 37 avvik og gitt 14 merknader. Oversikt over avvik og merknader er gitt i vedlegg en og to.

Tilsynene ble gjennomført som systemrevisjoner. Det vil si at tilsynsmyndigheten fokuserte på hvorvidt det var systemer for å sikre at aktuelle lovkrav ble etterlevd.

For begge de gjennomførte fellestilsynene var det geografiske forskjeller hva angår utarbeidelse og bruk av internkontrollsystem. Gjennomgående viste det seg at internkontrollsystem var på plass ved de tilsette virksomhetene innenfor Helse Nord-Trøndelag HF, mens dette området var mangelfullt både ved de tilsette virksomhetene innenfor St. Olavs Hospital HF og Orkdal Sanitetsforenings sjukehus HF (OSS) og ved de tilsette virksomhetene innenfor Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF. Et fungerende internkontrollsystem vil kunne bidra til bedre å sikre forsvarlig helsetjeneste, sikre kunnskap om regelverk, sikre intern styring og sikre at pasienter får innfridd sine rettigheter.

For områdene vurdering og prioritering etter pasientrettighetsloven, ble det innenfor psykisk helsevern avdekket avvik i alle fylkene hva angår retten til vurdering innen 30 dager. Særlig alvorlig var dette ved St. Olavs Hospital HF, Leistad DPS (Brøset poliklinikk). Ved St. Olavs Hospital HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF ble det også avdekket avvik i forhold til å sikre retten til prioritering. Ved Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus, gastro- og lungeseksjon, og ved St. Olavs Hospital HF, gastroenterologisk og lunge poliklinikk, ble det avdekket at disse i perioder ikke klarte å overholde egne prioriteringer.

Det fremkom relativt store forskjeller i regionen når det gjelder ventetider på de reviderte områdene i somatiske poliklinikker. Flere av virksomhetene opplyste at de periodevis løste problemet med lange ventelister med "dugnad" på ettermiddag-/kveldstid. Det var ikke tradisjon for å henvise pasienter til andre sykehus i eller utenfor regionen, selv om ventelistene var lange. Få av virksomhetene hadde gode systemer for informasjon om fritt sykehusvalg, slik at pasienter kunne utnytte muligheten til dette.

Ventelistene fremsto som et område som var vanskelig å håndtere for virksomhetene. Årsakene, slik det kom frem under tilsynene, skyldes manglende kompetanse og ulik praksis i registrering av ventelister, manglende oppdatering av listene og svikt i vidererapportering. Bare ved OSS ble ventelistene brukt aktivt i arbeidet med styring og prioritering.

Ovennevnte forhold sett i sammenheng med mangelfull veiledning/tilbakemelding til henvisende lege/primærhelsetjenesten i kommunen, fremsto som risikofyllt i forhold til faglig forsvarlig helsetjeneste og kan medføre at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp.

2 Bakgrunn

I 2003 har Helsetilsynet i fylkene gjennomført landsomfattende tilsyn med to områder innen spesialisthelsetjenesten:

- Helsetjenester til voksne med psykiske problemer
- Hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker

I 2002 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer. I 2003 har dette blitt fulgt opp med tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer. Tilsynet har fokusert på sentrale pasientrettigheter, spesialisthelsetjenestens tilbud til enkelte høyt prioriterte grupper pasienter og samhandlingen mellom forskjellige deler av psykiatrien for å sikre et helhetlig tjenestetilbud.

Tilsynet i somatiske poliklinikker har fokusert på hvordan helsetjenesten ivaretar pasientrettigheter som skal sikre pasienten tilgang på spesialisthelsetjenester.

Tilsynet er gjennomført som systemrevisjoner med felles opplegg for valg av tema og tilnæringsmåte i alle regionene.

Systemrevisjon som tilsynsmetode innebærer å vurdere hvorledes virksomheten ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. Revisjonene omfattet undersøkelse om:

- aktiviteter utføres som beskrevet og uttalt
- virksomheten driver sin virksomhet innenfor de rammer som myndighetene har satt.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og ved verifikasjoner. Verifikasjoner innebærer å sjekke om rutiner, prosedyrer og instruksjoner blir fulgt opp i praksis, og om de fysiske forhold tilfredsstillende myndighetskravene. Rapporten til det enkelte helseforetak omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen. De samme begrepene benyttes i denne samlerapporten.

- **Avvik** defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav.
- **Merknad** er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial.

Tilsynene i region Midt-Norge ble gjennomført med team fra Helsetilsynet i det fylket virksomheten er lokalisert. I tillegg var det ved tilsynene observatører fra Helsetilsynene i de to andre fylkene. Observatørene var en del av revisjonsteamet i forhold til verifikasjoner, ved oppsummering av observasjoner og drøftelser vedrørende formulering av avvik og merknader. Rapport ble skrevet av det lokale revisjonsteamet.

Tilsynet har rettet seg mot helseforetakene. Hvert enkelt helseforetak har mottatt rapport fra det enkelte tilsyn. Disse er tilgjengelig på www.helsetilsynet.no. Etter en slik omfattende tilsynsaktivitet som de to landsomfattende tilsyn representerer i regionen, har Helsetilsynet besluttet å presentere de samlede funnene og en vurdering av disse overfor det regionale helseforetaket i en felles rapport.

3 Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer

Tilsynet omfattet tre akuttavdelinger/poster, to distriktpsikiatriske senter med tilhørende poliklinikker, ett psykiatrisk senter og en selvstendig poliklinikk. Det ble avdekket 19 avvik ved virksomhetene og gitt ni (9) merknader.

Tilsynet hadde fokus på følgende temaer:

I STYRING OG LEDELSE

Målsetting, ansvar og myndighet

- ◆ om virksomheten sikrer at de ivaretar de rette pasientene
- ◆ om det er klarhet rundt ansvar, herunder medisinsk faglig ansvar, og rapporteringslinjer

Kompetanse

- ◆ om det er sikret riktig kompetanse og nødvendig faglig oppdatering i henhold til oppgavene

Sikring av forsvarlige tjenester på områder med stor risiko for svikt

- ◆ om behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er spesielt tilrettelagt for de sykeste

Virksomhetens oppfølging av de som har forsøkt å begå selvmord

- ◆ om behandlingstilbudet til personer som har forsøkt å begå selvmord sikres ivaretatt på en faglig forsvarlig måte uavhengig av hvilken del av spesialisthelsetjenesten som får befattning med pasienten i den akutte fasen

Virksomhetens egnevaluering av tvangsbruk

- ◆ om enheten evaluerer egen virksomhet til bruk i forbedringsarbeid

Rapportering og bruk av aggregerte data, erfaringer og annen informasjon i eget forbedringsarbeid

- ◆ om virksomheten nyttiggjør seg erfaringer og annen informasjon i sitt forbedringsarbeid

Under tilsynene ble det avdekket at de fleste virksomhetene fremdeles har utfordringer og arbeid å gjøre før internkontrollsystemet er på plass. Det ble funnet flere mangler i forhold til forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften) § 4. Manglene omfatter både mangelfulle rutiner (for å beskrive ”slik gjør vi det hos oss”), mangelfulle/delvis foreldede skriftlige prosedyrer og liten samordning mellom de ulike tjenestestedene. I Internkontrollforskriften fremkommer at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig. Her dreier det seg imidlertid om komplekse organisasjoner som nødvendiggjør skriftlighet på flere områder for at virksomheten skal ha tilfredsstillende kontroll med sin virksomhet. De manglene som er avdekket representerer en risiko for at virksomheten ikke får utført sine oppgaver i tråd med krav i lov og forskrift, samt etter de retningslinjer som fastsettes for styring og ledelse av virksomheten.

II PASIENTRETTIGHETER

Rett til vurdering ved å se på om:

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

Rett til prioritering

- ◆ om de alvorligst syke prioriteres foran de med lettere psykiske lidelser
- ◆ om retten til prioritering sikres ivaretatt

Rett til øyeblikkelig hjelp

- ◆ om retten til øyeblikkelig hjelp sikres ivaretatt

Rett til å klage på tvangsbehandling

- ◆ om informasjon om klageadgang sikres

Rett prioritering på bakgrunn av en grundig vurdering er grunnleggende elementer i retts-sikkerheten for psykiatriske pasienter. Den prioritering som fremgår av Lønningutvalgets prioriteringsgrupper skal følges, slik at de sykeste prioriteres foran de med lettere lidelser. Gjennomgang av data fra poliklinikkene tyder på at dette ikke skjer.

Når det gjelder *øyeblikkelig hjelp* er dette ivaretatt i akuttpostene. I forhold til DPS avdekker tilsynene at *retten til vurdering* ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Det kan synes som at årsaken til dette kan være mangelfull/feil forståelse av regelverket. Dette viser seg ved at mangelfulle henvisninger blir returnert/avvist uten vurdering. Spesialisthelsetjenesten har 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 til tross for at spesialisthelsetjenesten mener disse burde ha foreligget ved den første oversendelsen.

Som et ledd i tilretteleggingen må virksomheten til enhver tid holde ventelistene oppdaterte. Under tilsynet kom det frem at DPS/poliklinikkene, ikke har noe system som sikrer at ventelistene fortløpende blir brukt til å foreta revurderinger og prioriteringer av pasientene. Særlig kommer dette til uttrykk ved at virksomhetene ikke klarer å gjennomføre egne prioriteringer. Forholdene var her særlig alarmerende ved Brøset poliklinikk i Sør-Trøndelag. Det vises for øvrig til egen rapport og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag sin oppfølging av forholdet. I de tilfeller der virksomheten ikke klarer å gjennomføre egne prioriteringer, blir pasientene ikke henvist til annen virksomhet med større kapasitet. Det foreligger heller ikke system for kommunikasjon med førstelinjen for å sikre ivaretagelse av pasientene i ventetiden.

III KONTINUITET OG SAMHANDLING

Oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten

- ◆ om samarbeidet er slik at tjenestetilbudet fremstår som en sammenhengende kjede
- ◆ om pasienten får tilbudet på rett nivå i forhold til Opptreppingsplanens intensjoner, særlig om DPS har fått den rollen som var forutsatt i planen.

Individuelle planer

- ◆ om plikten til å medvirke i arbeidet med individuell plan sikres ivaretatt
- ◆ om hovedpunktene når det gjelder innholdet i de individuelle planene er sikret ivaretatt

Veiledning overfor kommunehelsetjenesten

- ◆ om spesialisthelsetjenesten sikrer ivaretagelse av veiledningsplikten overfor kommunene

Samhandling innenfor og mellom forvaltningsnivåene står sentralt i kvalitetssikringen av tjenestetilbudet til psykiatriske pasienter. Ved tilsynet ble Opptreppingsplanens intensjoner lagt til grunn og funnene ble vurdert opp mot denne.

En av Opptreppingsplanens intensjoner er at pasienter innenfor tvunget psykisk helsevern i større grad skal følges opp utenfor akuttavdeling, dvs i DPS/poliklinikk. Ved de tilsette virksomhetene i Midt-Norge viste det seg at spesialisthelsetjenesten i liten grad har klart å overføre oppfølgingsansvaret for pasienter innen tvunget psykisk helsevern fra akuttavdelinger til DPS'ene.

I tilsynene ble det lagt vekt på å få klarlagt og beskrevet hvordan samhandlingen og oppgavefordelingen mellom akuttavdelingen og DPS-et fungerer. Det ble overfor St. Olavs Hospital HF, samt Helse Nordmøre og Romsdal HF avdekket avvik på dette området. Svikten kom frem både i tilsynsrapporten fra akuttavdelingene/-postene og fra DPS-ene. For å sikre faglig forsvarlige tjenester kreves det at pasienter med psykotiske symptomer, som har vært innlagt i en akuttavdeling/-post, systematisk får oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter utskrivelse fra akuttavdelingen. Tilsynet avdekket at de tilsette DPSene i Midt-Norge ikke ivaretar de oppgaver og målsettinger som er fastsatt i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Tilsynsmyndigheten forventer at det iverksettes tiltak for å endre dette i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner.

Alle pasienter innskrevet i psykisk helsevern har rett til individuell plan. Pasienter under tvunget psykisk helsevern skal ha slik plan, mens pasienter på frivillig opphold kan gi avkall på dette.

I tilsynene ble det avdekket at arbeidet med individuell plan ikke er tilstrekkelig ivaretatt. I tillegg ble det avdekket at innholdet i noen av de planer som ble fremlagt for tilsynsmyndigheten ikke var tilfredsstillende i forhold til gjeldende krav.

Bestemmelsen om veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten fremgår av lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) § 6-3. Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde denne plikten, jf. helsepersonelloven § 16.

Veiledningsplikten innebærer at kommunehelsetjenesten har rett til de opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for å løse sine lovpålagte oppgaver, jf. Lov om helsetjeneste i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) § 1-3. Helsepersonellet ved psykiatriske institusjoner skal gi den nødvendige veiledning av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten. Veiledningsplikten er begrenset til helsemessige forhold angående pasientens fysiske eller psykiske helse. Dette omfatter alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter.

Helseinstitusjonens plikt til å sende epikrise til den som skal følge opp pasienten kan også ivareta noe veiledningsbehov. Epikrisen skal blant annet muliggjøre forsvarlig oppfølging fra pasientens lege. Plikten til å sende epikrise innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet ved institusjonen fremgår av journalforskriften § 9. I merknadene til denne bestemmelsen fremgår det videre at epikrisen bør sendes innen rimelig tid, (normalt innen en uke).

Av de virksomhetene som ble tilsett ble det avdekket at de tilsette virksomhetene ved St. Olavs Hospital HF ikke har system for å ivareta veiledningsplikten. Ved henvendelser fra primærhelsetjenesten i konkrete saker ble det gitt veiledning.

Videre ble det ved tilsynene ved St. Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF ikke godtgjort at virksomhetene systematisk sender epikrise innen forsvarlig tid.

4 Tilsyn med hvordan pasienter sikres rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg ved somatiske poliklinikker

Tilsynet omfattet 4 helseforetak med i alt ni poliklinikker. Det ble til sammen avdekket 18 avvik og gitt fem (5) merknader

Tilsynet hadde fokus på følgende temaer:

I. RETT TIL VURDERING

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

Pasientrettighetsloven § 2-2 innebærer at det stilles et minimumskrav til at 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. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal vurderingen skje raskere enn fristen på 30 dager. 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. Sykehuset/poliklinikken må forsikre seg om at henvisningen er av en slik kvalitet at retten til vurdering kan innfris. Det er 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.

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.

Ved alle de tilsette virksomhetene ble det beskrevet en god praksis i forhold til håndtering av henvisningene, fra innkomst til de var ferdig vurdert. Alle de tilsette virksomhetene, unntatt lungemedisinsk poliklinikk ved Helse Nordmøre og Romsdal HF hadde rutiner som sikrer at vurderingene gjennomføres i god tid før 30-dagersfristen. Avvikene ved lungemedisinsk poliklinikk ved Helse Nordmøre og Romsdal HF skyldes svakheter i organisasjonen ved ferier eller annet fravær. Lungeseksjonen ved Helse Sunnmøre HF hadde ikke rutiner som sikrer at henvisninger ved ferier eller annet fravær blir vurdert raskere enn 30 dager om nødvendig.

Pasienten og henvisende lege/fastlege 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. I flere av virksomhetene fant vi at pasienten fikk tilbakemelding, mens henvisende lege/fastlege ikke ble orientert om vurderingen av henvisningen. Dette gir begrenset mulighet for henvisende lege/fastlege til å følge opp pasienten i ventetiden.

II. RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP

- ◆ 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 i hht pasientrettighetsloven § 2-2 inneholder en vurdering av om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp eller ikke
- ◆ om sykehuset/helseforetaket sikrer at pasienten gis informasjon om beslutningen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og om klageadgang
- ◆ om sykehuset/helseforetaket sikrer at kravet til registrering av rettighetspasienter ivaretas

I henhold til pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften, vil de pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp –rettighetspasientene - stort sett være de pasienter som omfattes av prioriteringsgruppe I og II angitt i NOU 1997:18 Prioritering på ny (Lønning II-utvalget). Lønning II- utvalget forutsatte at det skulle etableres faggrupper som skulle utarbeide 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 er imidlertid avgjørende for pasientens ivaretagelse av egne interesser å få fastslått om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp.

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 eller det regionale helseforetaket 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.

Virksomhetene må ha rutiner for å sikre at pasienter, som har rett til nødvendig helsehjelp og som står på venteliste, får oppfylt sin rett innen den tid som anses faglig forsvarlig. Under tilsynet med pasientrettigheter ved Ålesund sjukehus, gastro- og lungeseksjon, og St.Olavs hospital, gastroenterologisk og lunge poliklinikk, ble det avdekket at disse i perioder ikke klarte å overholde egne prioriteringer. Ved St.Olavs hospital, gastroenterologisk poliklinikk, ble dette løst ved at det var en etablert ettermiddag-/kveldspoliklinikk. Ved lunge poliklinikk var en slik ettermiddag-/kveldspoliklinikk under planlegging. Ved Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus, var det på tilsynstidspunktet ikke iverksatt tiltak for å redusere ventetiden. Det vises for øvrig til egen rapport og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag sin oppfølging av forholdet.

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, så sant det er kapasitet, jf prioriteringsforskriften § 3 andre ledd. Det er ikke tilstrekkelig at helseforetaket/sykehuset viser til retten til valg av sykehus og overlater til pasienten selv å sikre videre helsehjelp.

Ved flere av virksomhetene ble det ikke gitt informasjon til pasienten om at denne hadde fått rett til nødvendig helsehjelp. Det samme gjelder informasjon om retten til å klage.

III. RETT TIL FRITT VALG AV SYKEHUS

- ◆ 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 ventetider ved sykehuset
- ◆ om sykehuset/helseforetaket sikrer at henvendelser om valg av sykehus håndteres i henhold til pasientrettighetslovens vilkår

Fritt sykehusvalg på landsbasis er en 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.

Ved tilsynet ble det avdekket at flere av virksomhetene ikke hadde system for å sikre informasjon om fritt sykehusvalg når de selv hadde lange ventetid.

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.

I alle virksomheter, unntatt ved OSS, fant helsetilsynene at ventelistene ikke ble brukt som styringsverktøy i forhold til planlegging og styring av tjenestene. Ventelistene var uryddige i forhold til innhold. Dette kan skyldes forhold som manglende kompetanse, 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 datagrunnlaget for rettigheten til fritt sykehusvalg blir svært usikker.

5 Samlet vurdering

For begge de gjennomførte fellestilsynene viste det seg geografiske forskjeller hva angår utarbeidelse og bruk av internkontrollsystem. Gjennomgående viste det seg at internkontrollsystem var på plass ved de tilsette virksomhetene i Helse Nord-Trøndelag HF. For de tilsette virksomhetene ved Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, Orkdal Sanitetsforenings sjukehus HF og St. Olavs Hospital HF var internkontrollsystemene mangelfull. For disse virksomhetene var elementer på plass, men det var ikke samordnet, revidert og implementert på en slik måte at det fremsto som et helhetlig internkontrollsystem. Særlig ser tilsynsmyndigheten alvorlig på mangelen i forhold til to av kravene i internkontrollforskriften. Dette gjelder kravet til kjennskap/kunnskap og forståelse av regelverket og mangelen på avvikssystemer. Sistnevnte gjør at virksomhetene i liten grad systematisk klarer å utnytte uønskede hendelser til forbedringsarbeid. Dette gjelder for alle nivåene innenfor virksomheten.

For områdene vurdering og prioritering etter pasientrettighetsloven, ble det for begge tilsynene avdekket avvik hva angår retten til vurdering innen 30 dager. Ved de tilsette

virksomhetene ved St. Olavs Hospital HF, Helse Sunnmøre HF - lungeseksjonen ved Ålesund sykehus og Helse Nordmøre og Romsdal HF ble det også avdekket avvik i forhold til å sikre retten til prioritering. Dersom dette sees i sammenheng med mangelfull veiledning/tilbakemelding (bl.a. epikrise) til henvisende lege/primærhelsetjenesten i kommunen, kan dette medføre at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp.

Det fremkom relativt store forskjeller i regionen når det gjelder ventetider på de reviderte områdene i somatiske poliklinikker. Mens det ved de tilsette virksomhetene i Helse Nord-Trøndelag HF var slik at nesten alle fikk konsultasjon innen en måned, var det ventetider ved de tilsette virksomhetene i St. Olavs Hospital HF, Helse Sunnmøre HF, samt Helse Nordmøre og Romsdal HF. Noen av virksomhetene opplyste at de periodevis løste problemet med lang ventetid med "dugnad" på ettermiddag-/kveldstid. Det var ikke tradisjon for å henvise pasienter til andre sykehus i eller utenfor regionen, selv om ventetiden var lang. Få av virksomhetene hadde gode systemer for informasjon om fritt sykehusvalg, slik at pasienter kunne utnytte muligheten til fritt sykehusvalg.

Ventelistene fremsto som et område som var vanskelig å håndtere for virksomhetene. Årsakene, slik det kom frem under tilsynene, skyldes manglende kompetanse, ulik praksis i registrering av ventelister, manglende oppdatering av listene og svikt i vidererapportering. Bare ved OSS ble ventelistene brukt aktivt i arbeidet med styring og prioritering. Den manglende oversikten over ventelistene og bruken av disse for å sikre rett pasient rett hjelp til riktig tid, samt manglende praksis for å sende pasienten til andre sykehus fremsto som risikofylt i forhold til faglig forsvarlig helsetjeneste.

Det kan synes som at virksomhetene i liten grad har tatt inn over seg det nye systemet som ligger i rettighetslovgivningen, samt krav i lov og forskrift vedr. enkelte andre områder for tilsynet. En av årsakene til dette kan ligge i manglende kunnskap/ forståelse av regelverket. Et fungerende internkontrollsystem vil kunne bidra til å sikre kunnskap om regelverk, og at pasienter får innfridd de krav de har i henhold til dette. De gjennomførte tilsynene viste at virksomhetene har en utfordring i forhold til ledelse og styring av tjenestene.