

# Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker

**HELSETILSYNET**

tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 3/2004

FEBRUAR  
2004

Rapport fra Helsetilsynet 3/2004  
Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker  
Februar 2004

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert i mars 2004 og finnes bare  
på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Innhold

<b>1 Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Funn og vurderinger</b> .....	<b>8</b>
3.1 Vurdering av henvisninger og rett til nødvendig helsehjelp .....	8
3.2 Retten til å velge sykehus .....	11
<b>4 Oppsummering og forslag til tiltak</b> .....	<b>13</b>

# 1 Sammendrag

Pasienter kan i dag vise til lovfestede rettigheter når de henvises til spesialisthelsetjenesten. Rettighetene skal gjøre dem i stand til å kunne ta større ansvar for egen helse. Loven skal også bidra til at ressurser og kapasitet i helsetjenesten utnyttes bedre. Spesialisthelsetjenesten stilles overfor nye utfordringer i hvordan den skal innrette seg for å oppfylle lovkravene.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2003 landsomfattende tilsyn ved 50 somatiske poliklinikker for å undersøke hvordan pasientrettigheter som er vesentlige ved henvisning til spesialisthelsetjenesten ivaretas. Blant disse er:

- Om spesialisthelsetjenesten sikrer at pasienter som blir henvist dit, får den vurderingen de har krav på og hvordan resultatet av vurderingen følges opp?
- Om spesialisthelsetjenesten sikrer at informasjon om ventetider er korrekt?
- Om spesialisthelsetjenesten sikrer at pasienter som har rett til helsetjenester, får informasjon om hvilken helsehjelp de kan forvente, samt om ventetider og om sykehusvalg?

Tilsynet viste at de aller fleste poliklinikkene sikret at pasientene som ble henvist dit, fikk vurdert sin helsetilstand innen fristen på 30 virkedager eller at vurderingen skjedde raskere ved mistanke om alvorlig sykdom. På noen poliklinikker var håndteringen av henvisningene i forbindelse med fravær ikke god nok. Funnene viste at henvisningene med få unntak ble vurdert av personell med spesialistkompetanse.

Poliklinikkene hadde ikke gode rutiner for å

innhente supplerende opplysninger dersom henvisningene ikke inneholdt nok informasjon til å kunne vurdere pasientens helsetilstand.

Svikt i kommunikasjonen på tvers av nivåene er et vel kjent risikoområde i helsetjenesten. Etter Helsetilsynets vurdering er det behov for bedre samforståelse mellom primærleger og spesialister om hvilke undersøkelser og vurderinger det tilligger henholdsvis primærlege og spesialist å foreta i forbindelse med henvisninger, slik at grunnlaget for vurdering av helsetilstand og videre prioritering blir bedre.

Tilsynet viste at forskriften om prioritering og rett til helsehjelp som er et sentralt dokument i arbeidet med å prioritere mellom pasienter, i liten grad var kjent og tatt i bruk. Det ble foretatt en tradisjonell prioritering etter hastegrad, men uten å tydeliggjøre om pasientene tilhører prioritert gruppe eller ikke. Det ble i liten grad gitt tilbakemelding om resultatet av vurderingen til både pasient og henvisende lege slik loven krever. Det ble gitt mange avvik og merknader til virksomheter der tilbakemeldingen ikke inneholdt informasjon om pasienten var gitt rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, eller var informert om klageadgangen.

Tjenestene har et stort forbedringspotensial i å følge opp sine egne prioriteringer av pasienter. Tidsfristen som blir satt, er ikke juridisk bindende, men poliklinikkene har selv ansvar for å følge opp de prioriteringene de har gitt pasientene. Tilsynet viste at pasientene i mange av virksomhetene med lange ventetider, måtte vente til dels betydelig lenger enn forespeilet. Manglende rutiner for oppfølging av egne prioriteringer innebærer en økt risiko for at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp.

Tilsynet viste også at ventelistene ikke ble systematisk oppdatert ved mange poliklinikker. Ventelistene var derfor lite holdbare som styringsinformasjon for å kanalisere ressursene dit de trengs mest. Mange virksomheter registrerte ikke om pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp. Sykehuset har dermed ikke oversikt over hvor mange som tilhører de grupper som skal prioriteres, som til enhver tid er på venteliste og hvor lenge de må vente. Videre ble pasientene i mange tilfeller ikke informert om ventetid ved institusjonen, ulike behandlingstilbud og om fritt sykehusvalg, slik at de kunne ivareta sine rettigheter.

Tilsynet viser at det er mange utfordringer å ta tak i før befolkningen kan sies å få lik tilgang til jevngode spesialisthelsetjenester uavhengig av bosted. Slik prioriteringen praktiseres i dag gir det lite grunnlag for organisatoriske og ressursmessige tiltak for å sikre reelle prioriteringer av de pasientgrupper Stortinget har gitt uttrykk for at bør prioriteres.

Et viktig mål med pasientrettighetsloven var å styrke pasientens posisjon overfor helsetjenesten og bedre mulighetene for at pasienten kan ta ansvar for egen helse. Samlet sett viser resultatene fra dette tilsynet at målet langt fra er nådd. Ledelsesnivåene i spesialisthelsetjenesten har en stor utfordring i å sørge for at lovverket blir fulgt. Manglende informasjon og at den informasjon som blir gitt i mange tilfeller er mangelfull eller direkte feilaktig, svekker pasientens muligheter til å ta ansvar og være en aktiv medspiller i møtet med helsetjenesten.

## 2 Innledning

For pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, er det viktig å være trygg på at henvisningen blir håndtert raskt og på en faglig forsvarlig måte, slik at videre behov for utredning eller behandling kan bli avklart. Pasienter som er engstelige for om de lider av en alvorlig sykdom, må raskt bli gitt et tilbud. Men også de det ikke haster med, må oppleve å bli tatt på alvor. Pasientene forventer – og bør kunne forvente – at tilbudet om helsetjenester blir rettferdig fordelt, at det legges til rette for at pasienter kan få et likeverdig tjenestetilbud og at de med størst behov, blir prioritert. For mange er det vesentlig å kunne velge selv, enten de vil korte ned ventetiden eller av andre årsaker. I hele denne prosessen er det viktig for pasientene å bli informert, slik at de kan treffe beslutninger i forhold til egen helse.

Disse utfordringene var bakgrunnen for valg av tema for landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten 2003. Kravene til hvordan disse oppgavene skal løses er gitt i *lov om pasientrettigheter* som trådte i kraft 1. januar 2001. Formålet med loven er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasientene rettigheter overfor helsetjenesten. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og til å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. I pasientens møte med spesialisthelsetjenesten gir loven pasienten rettigheter og sikrer disse prosessuelt. Dette gir pasienten muligheter til å ta egne valg med hensyn til hva som skal gjøres, hvor og når dette skal foregå. Pasientrettighetsloven stiller krav til organisatoriske forhold i helsetjenesten og til personellens profesjonalitet og forsvarlighet. Sammen med de andre helselovene skal pasientrettighetsloven bidra til å fremme en organisering som setter sterkere fokus på pasienten og gir

bedre koordinering av ressursbruken.

Spesialisthelsetjenesten ble omorganisert i 2002. Det ble etablert fem regionale helseforetak som har ansvar for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Disse igjen har etablert helseforetak som skal yte helsetjenester. Tilsynet ble gjennomført i det som fortsatt må betraktes som en utviklings- og etableringsfase for nye styringsmodeller.

Helsetilsynet ønsket i dette tilsynet å fokusere på hvordan spesialisthelsetjenesten håndterer henviste pasienter, med andre ord de som ikke blir innlagt i sykehus med behov for øyeblikkelig hjelp. Ved mange sykehus er pågangen av øyeblikkelig hjelp-pasienter så stor at døgnavdelingene i liten grad vurderer henvisninger i første hånd, men overlater det til poliklinikkene. Poliklinikkene må organisere seg slik at de både kan fange opp pasienter der henvisningen kan tyde på alvorlig sykdom, og pasienter som kan vente noe lenger på helsehjelp. De medisinske poliklinikkene mottar et høyt antall pasienter med ulike former for sykdom eller plager og med ulik alvorlighetsgrad, og er derfor godt kjent med dilemmaer knyttet til å sikre en forsvarlig håndtering av henviste pasienter. Medisinske poliklinikker finnes både ved store og små sykehus. Helsetilsynet i fylkene ble derfor bedt om å prioritere medisinske poliklinikker ved valg av virksomheter for tilsynet. Det ble åpnet for at andre typer poliklinikker kunne velges dersom kapasiteten ved den eller de aktuelle indremedisinske poliklinikkene var god, og dersom det ble vurdert at det forelå fare for svikt ved en annen type poliklinikk i helseregionen.

Det ble gjennomført til sammen 50 tilsyn: 9 i Helseregion Nord, 7 i Helseregion Midt-Norge, 8 i Helseregion Vest, 14 i Helseregion

Øst og 12 i Helseregion Sør. 40 av poliklinikkene representerte generelle eller seksjonerte subspecialiteter innenfor det medisinske fagfelt, 5 kirurgiske, 4 ortopediske og 1 nevrologisk.

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten i fem regioner har også medført utfordringer for den fylkesbaserte tilsynsmyndigheten. Det har vært prøvd ut forskjellige former for samarbeid mellom Helsetilsynet i fylkene for å sikre en enhetlig utføring av tilsyn innenfor regionen. Ansvar for å rette opp påviste mangler etter det enkelte tilsyn tilligger helseforetakene og blir fulgt opp av Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylkene har utarbeidet samlerapporter fra tilsynet i egen helseregion for å presentere funnene for de regionale helseforetakene som etter spesialisthelsetjenesteloven har det overordnede ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen. I tillegg til dette tilsynet, omfattet samlerapportene også tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer, som også ble gjennomført i 2003. Det er utarbeidet en egen nasjonal rapport om sistnevnte tilsyn.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Formålet med metoden er å vurdere hvordan virksomheten ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll. Alle virksomheter som yter helsetjenester har etter lov om tilsyn med helsetjenesten § 3 plikt til å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift om internkontroll. Internkontroll må betraktes som et lovpålagt styringssystem. En systemrevisjon er en granskning av virksomheter og ikke av den enkelte utøver. En systemrevisjon gjennomføres ved intervjuer og ved granskning av verifikasjoner og virksomhetens grunnlagsdokumenter. Granskning av verifikasjonene innebærer å sjekke om prosedyrer, instruksjoner og rutiner blir fulgt i praksis og om de fysiske forhold tilfredsstiller myndighetskravene.

Systemrevisjon som metode er først og fremst utviklet for å kommunisere med den enkelte virksomhet. Sammenstilling av flere tilsynsrapporter gir dermed en annen type informasjon enn for eksempel en kartlegging. Utvelgelsen av de poliklinikker det er gjort tilsyn med, er gjort blant annet ut fra en vurdering av behov. Utvelgelsen gir ikke et representativt bilde av situasjonen på nasjonalt nivå. Vi mener likevel at oppsummeringen av funnene gir et godt bilde av de utfordringene

spesialisthelsetjenesten står overfor på dette området.

Rapportene fra tilsynene i det enkelte fylket er offentlig tilgjengelige og kan leses i sin helhet på [www.helsetilsynet.no/tilsyn.htm](http://www.helsetilsynet.no/tilsyn.htm). De regionale samlerapportene og oppsummeringsrapporten er lagt ut på samme sted.

## 3 Funn og vurderinger

Helsetilsynet ønsket å undersøke tre problemstillinger som er sentrale for pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten:

1. Hvordan spesialisthelsetjenesten innretter seg for å sikre at pasienter som blir henvist dit, får den vurderingen de har krav på å følge pasientrettighetsloven § 2-2.
2. Hvordan spesialisthelsetjenesten innretter seg for å kunne ta standpunkt til om pasienten har rett til *nødvendig helsehjelp* eller ikke, og hvordan resultatet av denne vurderingen blir fulgt opp, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1.
3. Hvordan spesialisthelsetjenesten sikrer at pasienter som har rett til helsetjenester, kan få benyttet seg av sin rett til fritt å velge hvor behandlingen skal foregå, jfr. pasientrettighetsloven § 2-4.

De to første problemstillingene henger nøye sammen. Vi har derfor valgt å oppsummere disse to punktene under ett i denne rapporten.

Tilsynsrapportene oppsummerer funnene som er avdekket i form av avvik og merknader:

- Avvik defineres som manglende oppfyllelse av de krav som følger av helselovgivningen.
- Merknad betegner forhold som ikke vurderes som avvik, men der tilsynsmyndigheten mener virksomheten har et forbedringspotensial.

Helsetilsynet i fylket har ansvar for å følge opp at tjenesteyter, dvs. helseforetaket, lukker avvik som gis under tilsynet. Merknadene følges opp av tjenesteyter selv.

### 3.1 Vurdering av henvisninger og rett til nødvendig helsehjelp

#### Innen en gitt frist

Pasienter som henvises til et offentlig sykehus eller en spesialistpoliklinikk har rett til å få vurdert helsetilstanden sin av spesialisthelsetjenesten innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Hvis det er mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til å få gjort denne vurderingen raskere. Rett til å få sin *helsetilstand* vurdert, innebærer ikke nødvendigvis at pasienten får en entydig beskjed om hva som feiler ham eller henne, altså får en *diagnose*. I noen tilfeller blir diagnosen først slått fast etter at en behandling settes i gang og lykkes. Andre ganger står en overfor flere alternative diagnoser, og andre ganger igjen kan det ikke gis noen sikker forklaring på hva helseproblemet skyldes. Pasienten kan følgelig ikke forvente å få oppgitt en diagnose når helsetilstanden vurderes, ettersom det å fastslå en diagnose kan være en prosess som kan strekke seg over lang tid. Pasienten vil imidlertid ha rett til å få vurdert hva som kan forventes av *videre utredning eller behandling*.

Tilsynet viste at de aller fleste poliklinikkene vurderte henvisningene fortløpende, og at fristen på 30 dager eller raskere ved mistanke om alvorlig sykdom, i hovedsak ble overholdt. Det ble gitt 8 avvik og 6 merknader på dette området. Fellestrekkene ved observasjonene som avvikene og merknadene bygger på, er at vurderingsfristen ble overholdt i det daglige med få unntak, men at systemet rundt vurderingen av henvisningene fremstår som sårbart der det ikke er avklart hvordan henvisningene skal håndteres i forbindelse med avvikling av ferie og annet fravær. Kun få poliklinikker tok regelmessig utskrifter fra



listen over mottatte henvisninger for å sikre at 30-dagersfristen ble overholdt.

### **Personell med rett kompetanse**

Leger med spesialistkompetanse på de ulike fagområdene skal foreta vurderingen på grunnlag av henvisningen.

Tilsynet viste at virksomhetene i all hovedsak sikrer at vurderingene ble foretatt av leger med tilstrekkelig spesialistkompetanse på det aktuelle fagområdet. Det ble gitt 4 merknader til virksomheter der det ble påpekt at systemet som skal sikre at vurderingen er i tråd med dette kravet, hadde et forbedringspotensial.

### **Tilstrekkelig opplyst**

Dersom henvisningen ikke inneholder nok informasjon om pasientens helsetilstand til å gjøre en vurdering, skal spesialisthelsetjenesten hente inn flere opplysninger fra legen som henviste, eller pasienten skal kalles inn til undersøkelse. Henvisninger skal ikke avvises selv om de er mangelfulle, men om de må sendes tilbake til henvisende lege, er det fortsatt spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å overholde fristen på 30 virkedager.

Under tilsynet ble det ikke funnet at henvisningene ble avvist fordi de var ufullstendige. Det ble gitt 1 merknad til én virksomhet der det ikke var rutiner for å hente inn flere opplysninger i de tilfeller der henvisningene ble oppfattet som mangelfulle. En del observasjoner tydet på at det er delte meninger om hva som er en tilstrekkelig opplyst henvisning. Det fremgikk også at det som oppfattes som mangelfulle henvisninger, håndteres på flere måter. Blant annet ble heller pasienten raskt innkalt til undersøkelse fremfor at supplerende opplysninger ble innhentet skriftlig. Tilsynsmyndigheten stiller spørsmål ved om mangelfulle henvisninger innvirker på kvaliteten på de vurderingene og prioriteringene som blir gjort. I noen tilfeller vil pasienter kunne få en kunstig høy prioritet mens andre ikke blir fanget opp. Ved to poliklinikker ble det gitt avvik fordi vurderingsfristen ikke var overholdt i de tilfellene der henvisningene var mangelfulle, og det var bedt om supplerende opplysninger fra henvisende instans. Mange revisjonslag observerte at spesialisthelsetjenesten i liten grad syntes å være klar over at ansvaret for å overholde fristen på 30 dager påhviler den selv.

Ett av risikoområdene for helsetjenesten er svikt i kommunikasjon på tvers av nivåene. Det er derfor behov for en større grad av

samforståelse mellom første- og annenlinjetjenesten om hvilke utredninger/undersøkelser som skal utføres av henholdsvis henvisende lege og spesialistene i forbindelse med henvisninger. På tross av at det har vært flere prosjekter for å bidra til større konsensus på området, viser resultatene fra dette tilsynet at det fortsatt er en lang vei å gå før dette er tilfredsstillende.

### **Helsetilstand og rett til videre helsehjelp**

Pasientens helsetilstand skal vurderes innen 30 virkedager fra spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning. Samtidig skal det tas standpunkt til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og om når retten til videre helsehjelp kan forventes.

Beslutningen om hvorvidt pasienten har rett til *nødvendig helsehjelp* eller ikke er av sentral betydning både for pasient og helseforetak. Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, *rettighetspasienter*, skal prioriteres foran andre pasienter. For å sikre at de får helsehjelp innenfor den tid som helsetjenesten anser som faglig forsvarlig, skal de om nødvendig tilbys helsehjelp ved institusjoner utenfor egen helseregion. For helseforetaket innebærer beslutningen altså at pasienten er gitt en prioritet ved helseforetaket der vurderingen er foretatt. Beslutningen om hvorvidt pasienten tilhører prioritert gruppe gjelder også overfor andre helseforetak, dersom pasienten på et senere stadium vil bruke sin rett til valg av sykehus.

Retten til nødvendig helsehjelp slik den beskrives i pasientrettighetsloven § 2-1 og i forskrift om prioritering og rett til helsehjelp § 2, gjelder de pasientene som omfattes av prioriteringsgruppe I og II, jf. *NOU 1997: 18 Prioritering på ny (Lønning II-utvalget)*. Vurderingen av retten til nødvendig helsehjelp blir derfor i realiteten en vurdering av hvorvidt pasientene hører inn under disse gruppene.

Tilsynet viste at poliklinikkene i liten grad anvender kriteriene i prioriteringsforskriften som grunnlag for sine prioriteringer, men anvender faglig skjønn for å vurdere hastegrad og plassere henviste pasienter i en prioriteringsliste der alle får plass. Praksisen medfører at det ikke blir avklart hvor mange av pasientene på ventelisten som helsetjenesten er pålagt å gi prioritet. Det ble påvist avvik i 22 poliklinikker. 12 poliklinikker fikk merknad knyttet til om prioriteringskriteriene var tatt i bruk som grunnlag for beslutning om pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp og at slik beslutning faktisk ble fattet.

Begreper som *nødvendig helsehjelp* og rettighetspasient var nye for mange virksomheter. Begrepet *garantipasient* var fortsatt i bruk både skriftlig og muntlig mange steder i spesialisthelsetjenesten, selv om dette begrepet tilhører en mer avgrenset ordning som opphørte da pasientrettighetsloven ble innført 1.1.2001. Under intervjuene gikk det frem at både helse- og merkantilt personell oppfattet garantipasient som synonymt med rettighetspasient.

Det foreligger i liten grad sentralt utarbeidede kliniske retningslinjer for hvordan prioriteringene skal foretas, slik Lønning II-utvalget forutsatte da modellen med 4 prioriteringsgrupper ble presentert. Ved enkelte poliklinikker er det utarbeidet lokale, interne retningslinjer som i varierende grad er implementert, andre igjen benytter interne møter for å harmonisere skjønnsutøvelsen. Felles for virksomhetene er at tiltakene sikter seg inn på å sikre en forsvarlig husholdning av egne ressurser og i liten grad evner å se kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen i sammenheng for å sikre et likeverdig tilbud.

#### **Tilbakemelding**

Umiddelbart etter at henvisningen er vurdert, skal pasient og henvisende instans ha informasjon om utfallet av vurderingen. Tilbakemeldingen til pasient og henvisende instans skal inneholde informasjon om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, informasjon om at det kan klages på beslutningen, og tidspunkt for eventuell videre utredning eller behandling.

Det ble gitt 36 avvik og 1 merknad til virksomheter som ikke ga tilbakemelding til både pasient og henvisende instans om resultatet av vurderingen. Tilsynet avdekket at spesialisthelsetjenesten, med få unntak, ikke er kjent med at både pasient og henvisende instans hadde rett til å få tilbakemelding etter at henvisningen var vurdert. I den grad tilbakemelding på utfallet av vurderingen ble gitt, ble den gitt til pasienten. Brevet inneholdt primært tidspunkt for når undersøkelse eller behandling skulle skje, eventuelt en beskjed om at tidspunkt ville bli oppgitt senere. Henvisende instans fikk sjelden tilbakemelding om utfallet av vurderingen, og hadde derfor liten oversikt over om det var nødvendig å følge opp pasienten i ventetiden. En del virksomheter anførte ressursbesparelse som årsak til at tilbakemelding ikke ble sendt til pasient og eller til henvisende instans. I en del tilfeller ble det registrert at poliklinikkene i stedet mottok mange henvendelser pr. telefon om utfallet av vurderingene.

42 poliklinikker fikk avvik og 4 fikk merknader for at tilbakemeldingen ikke innholdt informasjon om hvorvidt pasienten var gitt rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, og informasjon om klageadgangen.

Når det ikke blir fattet vedtak om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, og pasienten ikke informeres verken om dette eller om klageadgangen, er det vesentlige mangler ved den vurderingen pasienten har krav på etter pasientrettighetsloven § 2-2. Det manglende kjennskapet til regelverket får følger for pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten. Først når tilbakemelding kommer og inneholder det den skal, får pasienten den nødvendige innsikt i sin egen helsesituasjon. Da åpner det seg også muligheter for å ivareta egne interesser enten det dreier seg om å vurdere klage på vedtak, anmode om fornyet vurdering eller det er for å søke helsehjelp et annet sted.

Manglende informasjon til pasienten om rettigheter og klageadgang er en naturlig følge av at prioriteringsforskriften ikke var tatt i bruk ved mange poliklinikker da tilsynet ble gjennomført.

#### **Helsehjelp innen medisinsk forsvarlig tid?**

Prioriteringene den enkelte pasient er gitt etter vurdering av henvisningen, er knyttet til forståelsen av hva som er medisinsk forsvarlig tid for den sykdom eller plage det er søkt om helsehjelp for. Tidsfristen som er satt, er ikke juridisk bindende, men poliklinikkene har selv ansvar for å følge opp de prioriteringene de har gitt pasientene.

Tilsynet viste at de fleste pasienter ble prioritert for helsehjelp innen 3 eller 6 måneder. Den konkrete timeavtalen ble så tildelt fra ventelistene innen hver av prioriteringskategoriene. I noen tilfeller ble prioriteten gitt som en konkret timeavtale, i andre tilfeller ble pasienten gitt "prioritet etter venteliste". Det vil si at timeavtalen var bevegelig. Tilsynet viste at det gikk forholdsvis greit å overholde fristene dersom det ikke var for mange pasienter. Dersom det var for mange pasienter i forhold til tiden de var satt opp til, måtte mange av dem vente lenger enn forespeilet. Ett sted der pasientene hadde fått prioritet innen 3 måneder eller innen 6 måneder, fikk de samtidig et standardbrev om at reell ventetid var henholdsvis 7 måneder og 1 år. Ved andre poliklinikker viste gjennomgang av journaler at det var stor forskjell mellom den tid spesialisten som foretok vurderingen, fastsatte tidspunktet, og når pasienten faktisk fikk time. Ved enkelte virksomheter kunne vente-

tiden bli dobbelt så lang som forespeilet.

Under tilsynet ble det gitt 8 avvik og 6 merknader til virksomheter der en ikke hadde rutiner for at å sikre at pasienter som hadde rett til nødvendig helsehjelp, men som det ikke hastet veldig med, fikk undersøkelse eller behandling innenfor den tidsramme som ble gitt på bakgrunn av den faglige vurderingen.

Fra mange virksomheter ble det rapportert om manglende systemer for å følge opp at den ventetid pasientene er tildelt, ble overholdt. Observasjoner under tilsynet viste at registreringen av ventelister ikke skjedde systematisk, at datasystemet ikke ble utnyttet til å ta ut relevant styringsinformasjon og at ventelistene dermed ikke ga noen virkelighetsnær oversikt over ventelistsituasjonen. Manglende styring utgjør en fare for at enkelte pasienter ikke får forsvarlige helsetjenester. Det er nærliggende å spørre om prioriteringene er reelle når de ikke følges opp. Manglende oppfølging får også konsekvenser for om valg av sykehus blir realistisk. I mange virksomheter har ventelistene øket betydelig det siste året. Pasientene har ventet vesentlig lenger enn forespeilet, og henvises ikke til et annet behandlingssted. Det kan synes som om mange virksomheter ser på sin egen venteliste som en ordresreserve og en positiv ressurs, og unngår å forholde seg til behandlingsskapiteten i spesialisthelsetjenesten som helhet. Poliklinikkene er i liten grad oppmerksomme på at de selv har et ansvar for å sikre at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp får hjelp i en annen helse-region dersom virksomheten selv ikke kan yte denne helsehjelpen innen den tid som er medisinsk forsvarlig.

### 3.2 Retten til å velge sykehus

Med unntak for barne- og ungdomspsykiatrien, har pasienter rett til å velge ved hvilket offentlige sykehus eller distriktpsikiatriske senter behandlingen skal foretas. Dette er én av flere rettigheter som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenester. På nasjonalt nivå skal dette bidra til å utnytte ressurser og kapasitet i spesialisthelsetjenesten bedre. For å kunne gjøre et slikt valg må pasientene ha oversikt over hvor i landet behandlingstilbudene finnes og hvor lang ventetid som må påregnes. Dette stiller krav til sykehusenes ventelisterregistrering.

Snarere enn å kartlegge eller å evaluere ventelisterregistreringen i seg selv, har tilsynet 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. Helsetilsynet ønsket videre å undersøke 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”.

Under tilsynet ble det påvist avvik ved 14 poliklinikker og merknader ved 7 poliklinikker som gjaldt mangler i ventelisterregistreringen. De vanligste observasjonene var at ventelistene ikke ble systematisk oppdatert eller at det ikke ble registrert om pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp. Observasjonene viste at ventelistene inneholdt betydelige feilkilder: Noen steder ble alle som ble satt på venteliste, registrert som rettighetspasienter. Ved enkelte virksomheter var rubrikken for registrering av rettighetspasient ferdig avkrysset fra dataleverandørens side eller at datasystemet var knyttet til tidligere ordninger for garantipasienter. Ved flere virksomheter ble det bemerket at det var merkantilt personell som anga prioritet.

Mange steder ble det observert at det ikke var et system for å kontakte pasienter som hadde stått på venteliste i mer enn 6 måneder. Flere poliklinikker hadde erfart at når pasienter som hadde ventet lenge, ble innkalt, var de av ulike årsaker ikke aktuelle for behandling. Dette betyr at ventelistene i mange tilfeller ikke er reelle og at valg av sykehus kan skje på feil grunnlag. Selv om det har vært stort fokus på rydding av ventelister de senere årene, er det fortsatt mye som skal til før kvaliteten på ventelistene er i samsvar med intensjonen i loven.

10 poliklinikker ble gitt avvik og 9 fikk merknader for at de ikke sikret at det ble gitt informasjon om ventetider og om retten til fritt sykehusvalg. Observasjonene viste at pasientene fikk uklar, ufullstendig eller ikke realistisk informasjon om forventet ventetid ved institusjonen. Dette svekker mulighetene til å foreta et bevisst valg av sykehus. Observasjonene tydet også på at det ble gjort lite for å informere pasientene om retten til å velge sykehus. Bare unntaksvis ble informasjonen tatt inn i tilbakemeldingen til pasientene. En del steder finnes det en egen informasjonsbrosjyre om fritt valg av sykehus, men denne ble sjelden lagt ved i brevet til pasientene.

Det ble ikke gitt avvik eller merknader på om henvisninger som kom utenfra helseregionen, ble sikret mot urettmessig avvising. Henvisningene utenfra ble vurdert på linje

med de øvrige henvisningene. Tilsynene viste også at antallet henvisninger som søkt inn utenfra virksomhetens opptaksområde, var svært lite. Det er vanskelig ut fra dette å konkludere hvordan disse henvisningene ville blitt behandlet hvis det hadde vært mange av dem.

## 4 Oppsummering og forslag til tiltak

Ordningen om vurdering av rett til nødvendig helsehjelp slik den praktiseres ved mange poliklinikker i dag, bidrar ikke til å klargjøre hvilke grupper som skal prioriteres for videre helsehjelp. Ved mange virksomheter er regelverket ukjent og/eller ikke tatt i bruk. Det er en ledelsesoppgave å sørge for at kravene til spesialisthelsetjenesten blir tatt i bruk og fulgt opp. Den manglende oppfølging som er avdekket i tilsynet, svekker pasientenes muligheter til å ivareta sin egen helse og etterspørre de tjenester de har krav på. Når spesialisthelsetjenesten ikke skiller ut de grupper som skal gis prioritet, innebærer det at den styringsinformasjon som skal bidra til å fatte beslutninger om prioritering av ressurser innen helsetjenesten ikke er tilgjengelig eller svært mangelfull. Ventelisteinformasjonen om hvilke pasienter som har rett til helsehjelp slik den foreligger i dag, synes å være så full av mangler at den må vurderes som tilnærmet ubrukelig som beslutningsstøtte på regionalt nivå.

Lønning II-utvalget forutsatte at det ville være behov for mer utdypende kriterier for å sikre en lik prioritering. Disse foreligger ikke ennå. Selv om faglige retningslinjer for prioritering ikke kan dekke behovet for konkrete faglige vurderinger, er det grunn til å anta at det vil kunne være et hensiktsmessig beslutningsstøtteverktøy for å gi likere vurderinger av tilstander og akseptabel ventetid. Arbeidet med å utvikle og prøve ut slike retningslinjer bør derfor intensiveres.

Ved flere poliklinikker er det påvist til dels store avvik mellom den tid spesialistene har anslått for når videre helsehjelp bør gis, og når pasienten faktisk får helsehjelp. Flere av poliklinikkene hadde ikke iverksatt tiltak for å følge opp om prioriteringene blir fulgt og viste selv lite om egen overholdelse. Manglede

oppfølging av egne prioriteringer innebærer en økt risiko for at pasienter ikke får helsehjelp innen medisinsk forsvarlig tid. Videre fratras pasienten muligheten til å foreta en vurdering av f. eks valg av annet sykehus basert på pålitelig informasjon. Ved hjelp av elektroniske journalsystemer er den tekniske siden av en slik oppfølging relativt enkel å få etablert.

Etter de nylig vedtatte (men ennå ikke iverksatte) endringene i pasientrettighetsloven, *lov om endringer i lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter*, vedtatt 12. desember 2003, skal spesialisthelsetjenesten i forbindelse med vurdering av henvisningen, gi en konkret frist for når videre helsehjelp vil bli gitt. Denne fristen vil være juridisk bindende og utløse en rett til helsehjelp innenlands eller utenlands umiddelbart, dersom den ikke blir overholdt. De påviste mangler ved dagens ordning for prioritering og oppfølging av egne frister, viser at spesialisthelsetjenesten står foran betydelige utfordringer i forbindelse med innføring av skjerpede krav på området.

Tilsynet har avdekket at det gjenstår betydelige utfordringer før de somatiske poliklinikkene kan sies å ha tatt i bruk nytt regelverk om informasjon til pasienter og henvisende lege – både hvem som skal informeres og hva det skal informeres om. Forberedelsene til dette landsomfattende tilsynet avdekket at kravene til hvem som skal informeres og hva informasjonen skal bestå i, med fordel kunne ha vært klarere formulert i pasientrettighetsloven. For å få full innsikt i kravet, har det frem til nå vært nødvendig for helsetjenesten å gå til Helsedepartementets rundskriv til loven. Det kan ha hatt betydning for omfanget av svikten tilsynet har avdekket på dette området. Kravene til informasjon er blitt betydelig klarere i endringene til pasientrettighetsloven.

Retten til fritt sykehusvalg skal både gi pasientene bedre valgmuligheter og bidra til en bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser i spesialisthelsetjenesten. Tilsynet med poliklinikkene har vist flere mangler knyttet til praktiseringen av denne ordningen, både når det gjelder kvaliteten på ventelistene og på den informasjon pasientene mottar. Dette er mangler som må rettes på dersom forventningene til ordningen skal bli innfridd.

Tilsynet etterlater et inntrykk av at det ved mange poliklinikker er liten kjennskap til hvilke krav som gjelder for vurdering, prioritering og oppfølging av henvisninger og for håndtering av ventelister og fritt sykehusvalg, både når det gjelder deres egen oppgaveløsning og informasjon til pasientene. En forutsetning for at målene med pasientrettighetslovgivningen skal kunne nås, er at det iverksettes tilstrekkelig effektive tiltak for å gjøre kravene kjent og tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at ledelsesnivåene i spesialisthelsetjenesten må sørge for at kravene integreres i måten oppgaver organiseres, utføres og følges opp.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2003

**1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

**2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

**3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

**4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

**5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

**6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

**7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smitte-vernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

**8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlege-ordningen (september 2003)

**9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgs- sektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

**10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

**11/2003** Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

## Utgivelser 2004

**1/2004** Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003 (februar 2004)

**2/2004** Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivnings-klare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003 (februar 2004)

**3/2004** Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker (februar 2004)

**4/2004** Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer (februar 2004)

**5/2004** Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (mars 2004)

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Rapport fra Helsetilsynet 3/2004

### **Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker**

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2003 landsomfattende tilsyn ved 50 somatiske poliklinikker i landets fem helseregioner, for å undersøke hvordan pasientrettigheter som er vesentlige ved henvisning til spesialisthelsetjenesten, ivaretas:

- Sikrer spesialisthelsetjenesten at pasientene får den vurderingen de har krav på?
- Hvordan følges resultatet av vurderingen opp?
- Sikrer spesialisthelsetjenesten at pasienter som har rett til helsetjenester, får informasjon om hvilken helsehjelp de kan forvente, og om ventetider og sykehusvalg?

Tilsynet viste at pasientenes rettigheter på flere områder ikke blir godt nok ivaretatt. Mange somatiske poliklinikker har liten kjennskap til hvilke krav som gjelder for vurdering, prioritering og oppfølging av henvisninger, og for håndtering av ventelister og fritt sykehusvalg. Tilsynet viste at det er mange utfordringer å ta tak i før befolkningen kan sies å få lik tilgang til spesialisthelsetjenester. Stortingets uttrykk for hvilke pasientgrupper som bør prioriteres, sikres ikke godt nok slik prioriteringen praktiseres i dag.

Det må iverksettes tiltak for å gjøre kravene kjent og tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten slik at formålet med pasientrettighetsloven skal kunne nås. Ledelsesnivåene i spesialisthelsetjenesten må sørge for at kravene integreres i måten oppgaver organiseres, utføres og følges opp.