

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

Deres ref.: 201104334
Saksbehandler: OLKRA
Vår ref.: 11/8761
Dato: 29.02.2012

U. off. jf. offl. § 15 3. ledd

0030 OSLO

Kartlegging av bestemmelsene om frist i pasientrettighetsloven kapittel 2 - Helsedirektoratets vurdering

Helse- og omsorgsdepartementet henvendte seg til Helsedirektoratet i september 2011 for å drøfte implementering av EU's nye pasientrettighetsdirektiv og eventuelle behov for endringer i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Ved brev av 23.12.2011 ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å kartlegge praktiseringen av bestemmelsene om frist i pasientrettighetsloven kapittel 2. Det ble bedt om utredning innen 1.3.2012 av problemstillinger knyttet til:

- Vurderingsfrist
- Rettighetsvurdering
- Forsvarlig pasientforløp
- Pasientforløp for pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp

Helsedirektoratets håndtering av oppdraget

I samarbeid med de regionale helseforetakene (RHF) har det vært gjennomført telefonintervju ved et utvalg somatiske sykehusavdelinger der kontaktpersoner for intervjuene er oppnevnt av RHFene. Videre har det vært avholdt møter med Norsk Pasientregister og Statens Helsetilsyn. Helsedirektoratet har identifisert en rekke aktuelle dokumenter som danner grunnlag for vår samlede vurdering.

Dokumentgjennomgang

- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp mv.
- Helsedirektoratets prioriteringsveiledere
- Norsk pasientregister IS-1895. Ventetider og pasientrettigheter 2010,
- Helse Sør-Øst RHF, styresak 058-2011. Revisjoner av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i helseforetak.
- Helse Sør-Øst RHF, konsernrevisjonen. Årsrapport 2011.
- Helse Sør-Øst RHF. Rapport 1/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sykehuset Telemark HF.
- Statens helsetilsyn. Pilotkartlegging av helseforetakenes etterlevelse av pasientrettighetsloven kapittel 2 (foreløpig rapport)

Helsedirektoratet • «Soa_Navn»

«Sse_Navn»

«Sbr_Navn», tlf.: «Sbr_Tlf»

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- Statens helsetilsyn, brev til Helse- og omsorgsdepartementet 31.05.2011. Svikt i pasientadministrative systemer og elektronisk saksbehandling ved flere av landets helseforetak.
- Statens helsetilsyn 2012. Veileder for landsomfattende tilsyn 2012 (foreløpig versjon). Spesialisthelsetjenestens håndtering og utredning av pasienter med kolorektal kreft

Kontakt med Norsk Pasientregister (NPR)

I kontakten med NPR er det trukket frem enkelte forhold rundt registrering og analyse av ventetider og behandlingsforløp som kan medføre uklarheter.

Tilsynssaker og systemrevisjoner

I møte med Statens helsetilsyn er det informert om tilsynsmessige erfaringer fra konkrete saker, som til dels har vært omtalt i media. Det er også gjort rede for en kartlegging av etterlevelse av pasientrettighetsloven kapittel 2 ved Sykehuset Telemark RHF.

Temaet omkring helseforetakenes håndtering av prioriteringsveiledere og ventelisteforskriften egner seg for systemrevisjoner slik Helsetilsynet planlegger for 2012 eller for internrevisjon – slik eksempelet fra Helse Sør-Øst RHF viser.

Spørreundersøkelse

Det ble drøftet om det kunne gjennomføres en omfattende spørreundersøkelse (Questback el.l.). Med utgangspunkt i erfaringen fra en lignende undersøkelse Helsedirektoratet har gjort angående kodepraksis, ble det frarådet å gjennomføre en slik undersøkelse. Ventelisteregistrering og prioriteringspraksis omfatter 500 – 1000 ulike avdelinger og seksjoner ved landets helseforetak, og ved hver avdeling vil det være 2-4 personer involvert i prioriteringen. En spørreundersøkelse vil erfaringsmessig ta 1 år å forberede og gjennomføre, og svarprosenten vil ofte være relativt lav. Helsedirektoratet har allerede muntlig informert departementet om at det ikke anses hensiktsmessig å forsøke en slik undersøkelse.

Telefonintervjuer

Helsedirektoratet har valgt å gjennomføre telefonintervjuer som stikkprøve ved et utvalg avdelinger innenfor fagområdene indremedisin, ortopedi og øre-nese-hals sykdommer. Ved disse intervjuene er det lagt vekt på interne rutiner knyttet til den praktiske håndteringen av henvisninger – både registrering og vurdering, kjennskap til regelverk og bruk av prioriteringsveiledere og internopplæring. Det er innhentet opplysning om avdelingenes egen praksis ift tilbakemeldinger til pasienter, samt oppfølging av pasienter som står lenge på venteliste. Fokus ved intervjuene kan sees på som deler av en systemrevisjon, men det er ikke gjennomført noen verifikasjon av det som fremkom.

Beregningsgrunnlag for ventelistestatistikken

Hva venter pasienten på

Det er kun elektive kontakter/innleggelser som inkluderes i ventelistestatistikk. Ø-hjelp holdes utenfor. Det betyr at omlag 70 % av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten (tall fra somatikk) holdes utenfor ventelistestatistikken. Videre følger det av lovverk at det er

kun den første eksterne henvisningen fra primærhelsetjenesten som teller med. Det betyr at pasienten har rettigheter kun knyttet til den innledende del av pasientforløpet, i forhold til det som kan kalles "portnerfunksjonen". Etter at pasienten er tatt til den første utredning eller innledende behandling, har ikke pasienten rettigheter knyttet til hvor raskt behandlingen blir gjennomført. Dette måles heller ikke i statistikken i dag, med få unntak.

Det innebærer at ventelistemål som antall ordinært avviklede henvisninger og gjennomsnittlig ventetid til behandling i stor grad sier noe om den polikliniske aktiviteten i spesialisthelsetjenesten – idet omlag 85 % av pasientene er henvist til og avvikles fra ventelisten på dette omsorgsnivået.

Hvor vidt helsehjelpen som påbegynnes er utredning eller behandling, avgjøres ut fra pasientens behov. For pasienter med avklart tilstand, vil start av behandling markere ventetidens slutt. For pasienter med uavklart tilstand, vil oppstart av utredning markere ventetidens slutt. Dette kan oppleves vanskelig både for de som fører ventelistene og for pasientene. Vurderinger ved avklart og uavklart tilstand omtales nærmere i prioriteringsveilederne, generell del, samt i Rundskriv IS 10/2009 om Ventelisterapportering.

Det er påpekt fra flere hold at ventelisteregistreringen i for stor grad er knyttet til første fase av helsehjelpen. De etablerte nasjonale registreringssystemer gir ikke mulighet for å generere statistikk for ventetid til behandling – etter den første kontakten ved poliklinikken. Det er heller ikke lagt til rette for registrering av interne henvisninger mellom avdelinger i sykehuset.

Helsedirektoratet er gitt oppdrag å samordne klassifikasjonene av hva pasientene venter på: *"Ventelistestatistikken videreføres med fagområdekodeverk 8451 som klassifikasjon, men detaljeres til et nivå som også blir anvendbart til lokale formål. Dette kodeverket bør samordne Fritt sykehusvalg og Helsetjenestekodeverket slik at nasjonal ventelistestatistikk, statistikk for aktivitet for tjenester og organisatoriske enheter blir mer sammenliknbare."* I dagens system registreres ventetid i NPR-meldingen på avdelingsnivå, mens ventetid i Fritt sykehusvalg ordnes etter spesialitet og enkelte utvalgte organer eller tilstander.

Helseforetakenes håndtering av henvisninger

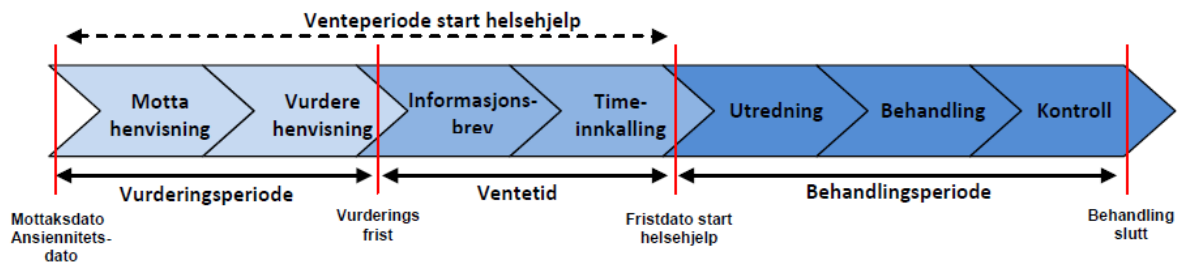
Langt de fleste henvisninger håndteres nå i foretakenes elektronisk pasientadministrative systemer (PAS). De fleste foretak benytter DIPS, noen foretak bruker Doculive. Det finnes standard oppsett i disse systemene for å behandle henvisningene.

Mottak og fordeling av henvisning

- Henvisninger mottas i foretakene elektronisk eller blir skannet inn hvis de mottas i brev. Mottaksdato påføres i PAS, hvoretter kontorpersonele videresender henvisningen til aktuell avdeling
- Gjennom tilsyn er det avdekket svakhet ved at elektroniske henvisninger ikke ble fordelt videre i systemet ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS)

- Henvisninger til den enkelte avdeling blir deretter fordelt til seksjonsansvarlige leger (eller deres stedfortredere)

Det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet inndeles i en vurderingsperiode, ventetid (for utredning/behandling starter opp) og behandlingsperiode. Hver av disse fasene består av mange administrative oppgaver som skal sikre at pasientene kommer til riktig sted til rett tid, og at pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Dette er illustrert i figuren under:



Registrering av dato for mottak og vurdering / vurderingsfrist

Datosegning for de ulike fasene av vurderingstiden synes å være korrekte. De fleste henvisninger vurderes raskt (3-6 dager). For å identifisere alvorlige tilstander og kreftmistanke, må vurderingen skje tidlig – derved blir i realiteten de fleste henvisninger vurdert første uke. Enkelte helseforetak har administrative vedtak om at vurderingstiden ikke skal overstige 1 uke.

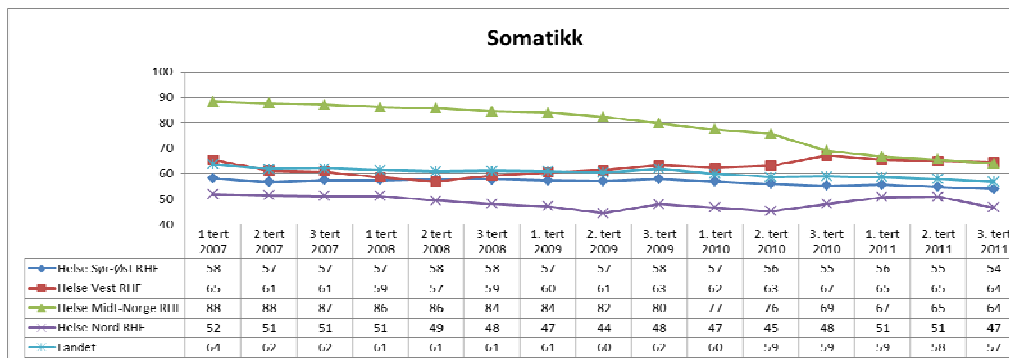
Ved internrevisjoner er det avdekket at noen henvisninger (1-2 %) blir liggende over 30 dager før vurderingen. Dette kan ha sammenheng med at det hentes inn tilleggsopplysninger før fristvurderingen. Det uttrykkes frustrasjon over bestemmelsen om at en dårlig henvisning må vurderes på lik linje med andre. Brudd på vurderingsfristen kan også være forårsaket av videresending av henvisninger internt.

Helsefaglig vurdering / Rett til prioritert helsehjelp

Vurderingene gjøres av utpekte leger ved de enkelte avdelingene / seksjonene. Det vil ofte være 2-4 ansvarlige ved hver enkelt seksjon for å utfylle ved fravær.

Angivelse av dato for frist til helsehjelp skjer på grunnlag av medisinsk skjønn og der vil praksis kunne variere. Praksis for fastsettelse av frist til helsehjelp har vært og er fortsatt til dels meget forskjellig mellom HF. Hensikten med å innføre prioriteringsveiledere var å medvirke til at denne praksis skulle bli mer lik og forutsigbar uavhengig av geografi og organisasjon. De samlede tall for fristvurdering er blitt mer ensartet etter hvert. Ved innføringen av prioriteringsveilederne ble det foreslått en form for nasjonal monitorering av praksis slik at det skulle være mulig å si noe om praksisforskjeller og -endringer, men dette er vanskelig å gjennomføre så lenge NPR bare har tall for avdelingsnivå, og ikke kjenner tilstandsgruppe (diagnose, planlagt tiltak).

Rettighetstildeling - Somatikk



Prioriteringsveilederne synes å være kjent blant de som foretar vurderingene. De oppfattes stort sett som hensiktsmessige verktøy, men de kan tolkes ulikt, slik at prosentandel som gis behandlingsfrist fortsatt er varierende. Prioriteringsvurderingene kan også inneholde strategiske forhold knyttet til oppmerksomheten rundt fristbrudd. Hvis det gis rettighet til et stort antall, mens tidsfristen settes langt frem, kan fristbrudd reduseres. Ved å være strengere i fastsettelse av frist, vil man også kunne redusere sjansen for brudd.

Når leger blir gitt myndighet til å vurdere henvisninger, blir de stort sett gitt opplæring lokalt gjennom veiledning. Prioriteringsveilederne blir også benyttet i dette.

Det gis ingen entydige svar på om de ulike avdelinger eller foretak gjennomfører aktiviteter for å harmonisere rettighetsvurderingene med andre tilsvarende avdelinger. Noen helseforetak (Innlandet) bruker denne muligheten. Helse Midt-Norge RHF har hatt felles opplæring for sine helseforetak for å bidra til ensartet håndtering av henvisninger og rettighetsvurdering.

Enkelte fagmiljø (øre-nese-hals) har på eget initiativ gjort sammenligninger ved at utvalgte sykehistorier er sendt til vurdering og fristfastsettelse ved alle spesialavdelingene. Denne undersøkelsen gjentas i 2012 for å vurdere om prioriteringsveilederen har virket harmoniserende.

Tilbakemelding til henviser og pasient / ett eller to brev

Pasient og henviser får skriftlig tilbakemelding etter at henvisningen er vurdert. Det benyttes standard svarbrev. Disse er relativt omfattende og inneholder opplysninger om rettigheter og klage osv som for de fleste pasienter synes lite relevant. Foretakene får mange spørsmål om betydningen av brevet. Enkelte foretak har utviklet egne kortversjoner med de viktigste opplysningene.

Gjennom tilsynssaker er det avdekket at det har vært svikt i rutinen ved utsending av svarbrev, slik at enkelte henvisninger ikke er blitt besvart.

Når pasienter er gitt rett til helsehjelp og frist for start av helsehjelpen, er det varierende om de får svarbrev i en eller to omganger. Noen praktiserer at det gis svar med angivelse av "siste frist", og så gis endelig dato når det gjenstår noen uker til behandlingsstart. Dette kan medføre at pasienten misforstår og bruker fristdato som innkallingsdag. Andre foretak har innført at det skal gis behandlingsdato allerede ved første svar. Dette kan imidlertid være vanskelig for den interne planleggingen mange måneder fremover.

Styring og kontroll

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har konkludert med at det er mangler i brukeropplæring og ansvarsfordeling i helseforetakene når det gjelder håndtering av ventelisteoppgavene. Muligheter for å ta ut statistikk til støtte for administrative ordninger blir i liten grad benyttet. I Helsedirektoratets telefonintervjuer blir det bekreftet at ansvaret for håndtering av disse prosessene blir lagt til den enkelte avdeling eller seksjon.

Registrering av ventetider

Tall fra 2011 viser at ca 60 % av pasientene blir gitt frist for start helsehjelp (52 – 68 %). Dette varierer noe mellom regionene. Det har skjedd en gradvis harmonisering mellom regionene, først og fremst ved at Helse Midt har redusert fristandelen. Ventetiden for start helsehjelp har vært relativt stabil gjennom de senere år. Ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) viser nedgang.

Antall dager gjennomsnittlig ventetid

Somatikk	2008	2009	2010	2011
Med frist	65	70	70	65
Uten frist	80	85	90	90

Voksenpsykiatri	2008	2009	2010	2011
Med frist	50	50	50	50
Uten frist	60	70	70	70

Bup	2008	2009	2010	2011
Med frist	75	70	65	60
Uten frist	100	100	90	80

Det er stor forskjell mellom gjennomsnitt (mean) og median ventetid. Dette skyldes at enkelte pasienter med lang ventetid trekker gjennomsnittet opp. De fleste pasienter venter kortere enn de angitte gjennomsnitt.

Registrering og oppfølging av fristbrudd

Andel fristbrudd er relativt stabilt innenfor de enkelte fagområder. Det har vært en tydelig nedgang i andel fristbrudd for voksenpsykiatri (VOP). Fristbrudd registreres både for pasienter som står på venteliste til enhver tid, og for de som er registrert etter avsluttet ventetid.

For 2011 registreres fristbrudd med variasjon mellom helseregionene:

Somatikk:	10 - 20 %
VOP:	6 - 10 %
BUP	10 - 20 %
TSB:	10 %

Det understrekes fra alle informanter at det fra foretakseier er stort fokus på fristbrudd. Det er begrenset oppmerksomhet om harmonisering av ventetidsregistreringen eller generelle forbedringsaktiviteter.

Det er ulik praksis for hvordan pasienter med fristbrudd følges opp. Internrevisjoner har konkludert med at det må være rutine for å varsle pasienter når det avdekkes fristbrudd, og at de må informeres om sine rettigheter.

Registrering av pasienter uten frist

Pasienter som blir gitt rett til behandling, men uten behandlingsfrist, får standard svarbrev, der det angis en forventet ventetid. Det anføres i svarbrevene at pasienten må kontakte fastlege/den som har henvist dersom helsetilstanden skulle forverres i ventetiden. Videre gis det informasjon om klagerett og "fritt sykehusvalg".

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF påpeker i sin rapport at det regelmessig må gjøres ryddeprosesser for å håndtere restanser på ulike stadier i henvisningsprosessen. Den enkelte avdeling / poliklinikk kan ta ut lister over ventende pasienter uten frist. De pasientadministrative systemene gir anledning til å kjøre ut navnelister over ventende pasienter, hva de venter på og hvor lenge de har ventet. Dette gjøres de fleste steder av sykepleier eller kontorpersonal på poliklinikken. De ansvarlige leger synes å ha stor tillit til at personell med ansvar for ventelistene følger godt med på dette. Det er få som har etablert systemer for regelmessig utkjøring av ventelister. Det er en utfordring at pasienter kan være registrert på flere ventelister, og at det ikke er noen samordning av dette.

Oppfølging av pasienter på venteliste

Som påpekt ovenfor, er ventetidsregistreringen i de aller fleste tilfeller knyttet til ventetid for utredning ved poliklinikk. For den pasienten som er søkt til vurdering for en operasjon, vil den reelle ventetiden oppleves som tid før inngrepet er foretatt. For uavklarte tilstander på søknadstidspunktet, vil ventelistestatistikken beskrive tid før mottak ved poliklinikken. Dersom det etter poliklinisk utredning blir funnet indikasjon for operasjon, blir pasienten oppført på venteliste for innleggelse. Dette er en intern venteliste i foretaket eller ved den enkelte avdeling. Ventetiden for en del operasjoner blir synliggjort på "Fritt sykehusvalg", men fremkommer ikke i ventetidsstatistikken fra NPR.

Pasienter som har fått rett til behandling, men ikke er gitt behandlingsfrist, skal informeres om tid for behandlingsstart når den tentative tiden nærmer seg. Hvis det fortsatt ikke er tid for å ta imot pasienten, skal det gis en tilbakemelding med ny tidsangivelse. Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvorvidt dette systemet blir fulgt alle steder. I vår kontakt med aktuelle avdelinger, blir det understreket at man har fortløpende oppfølging av ventelister.

Helsedirektoratet kan etter den aktuelle kartleggingen ikke gi noe svar på hvorvidt pasienter på venteliste for utredning eller operasjon/annen behandling blir fulgt opp forsvarlig. Det er lagt opp til at pasient eller fastlege vil henvende seg på ny til foretaket hvis ventetiden trekker ut, eventuelt at de vil benytte muligheten for fritt sykehusvalg. Hvis pasienten står på venteliste for utredning, har ikke spesialisthelsetjenesten noen praktisk mulighet til å vurdere helsetilstanden uten at pasienten blir gitt time for konsultasjon (og da endrer de status til "ventetid slutt"). Så lenge pasienten ikke er vurdert ved fremmøte, ligger det til fastlegen å vurdere helsetilstanden og hvorvidt det er risiko for en forverring ved at pasienten venter.

Også i den situasjonen at pasienten har vært vurdert poliklinisk og er satt på intern venteliste for behandling, vil oppfølging i ventetiden være avhengig av ny henvendelse fra fastlege, evt. at pasienten søker hjelp et annet sted etter "fritt sykehusvalg".

Vi har i vår kontakt med Statens helsetilsyn ikke fått informasjon om aktuelle tilsynssaker, der uforsvarlig ventetid har vært tema.

Vennlig hilsen

Cecilie Daae e.f.
Divisjonsdirektør

Erik Kreyberg Normann
Avdelingsdirektør

Godkjenningstekst