



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Kontroll- og konstitusjonskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
201201225-/MB

Dato
10.05.2012

Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

Jeg viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens brev datert 13. mars 2012 der komiteen ber om avklaring av spørsmål knyttet til saken om ventetider og behandling av fristbrudd som framkom i forkant av komiteens åpne kontrollhøring 2. mars 2012.

Jeg viser til mitt svar i brev datert 30. mars 2012 om oppfølging av ventelistesaken ved Oslo universitetssykehus HF og tiltak for å bringe disse forholdene i orden. I brevet viste jeg til at Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF skal organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd og at rapport fra arbeidet skulle foreligge til styremøte i Oslo universitetssykehus HF 3. mai 2012. Jeg la derfor til grunn at jeg ville komme tilbake med en orientering til kontroll- og konstitusjonskomiteen om

- a) *„hva som faktisk er formidlet om praksis med håndtering av ventelister, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen” og om*
- b) *sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling.*

Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

Rapport 5/2012 fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF ble lagt fram for styret for Oslo universitetssykehus HF i styremøte 3. mai 2012 (vedlagt). Styret tok konsernrevisjonens redegjørelse til orientering. Endelig behandling av rapporten vil skje i et senere styremøte.

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere hvordan Oslo universitetssykehus HF (OUS) håndterer henvendelser fra HELFO. Videre om foretakets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Revisjonen har også hatt til formål å belyse årsaker til eventuelle svakheter på området, samt hvilke tiltak foretaket bør vurdere å sette i verk for å forbedre situasjonen.

I 2011 var det om lag 70 000 fristbrudd ved alle sykehus i Norge. Av disse var omlag 7 000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fastsatt frist ved OUS. Dette er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Samme år var det 244 pasienter som henvendte seg til HELFO pasientformidling som følge av fristbrudd ved OUS. Av disse fikk 16 behandlingstilbud via HELFO ved andre sykehus eller i utlandet. De resterende 228 fikk behandling ved OUS. Disse pasientene fordelte seg slik mellom klinikker/avdelinger som inngikk i revisjonens gjennomgang: ortopedi (127), plastikk- og rekonstruktiv kirurgi (9), bryst- og endokrinkirurgi (2), gynekologisk kreft (0). De 16 som fikk behandlingstilbud via HELFO til andre sykehus eller utlandet, tilhørte fagområdet ortopedi. Konsernrevisjonens gjennomgang viser at fristbruddpasienter ved de undersøkte enhetene i altoverveiende grad er pasienter som venter på behandling ved poliklinikk. Dette gjelder også HELFO-pasienter. Det er altså ikke sengekapasitet som er hovedutfordringen.

Rettighetspasienter med fristbrudd kan henvende seg til HELFO pasientformidling som i henhold til prioriteringsforskriften har ansvar for å sikre at pasienten gis et behandlingstilbud uten opphold – om nødvendig hos privat tjenesteyter eller i utlandet. Det framgår av forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven at sykehuset i utgangspunktet kan tilby rettighetspasienter behandling etter fristbruddet, så sant de kan tilby behandling like raskt som for eksempel en privat institusjon. Selv om pasienten kontakter HELFO, er det fortsatt sykehuset som har det primære ansvaret for å skaffe pasienten behandling. Dette innebærer bl.a. at sykehuset må dekke kostnadene ved behandling dersom ikke sykehuset selv klarer å gi pasienten et behandlingstilbud.

Om kommunikasjon mellom HELFO og Oslo universitetssykehus HF og kommunikasjon internt i Oslo universitetssykehus HF

I mitt brev datert 30. mars 2012 ble det gjengitt opplysninger fra OUS om håndtering av ventetider og fristbrudd i helseforetaket (side 3). Det går også fram av brevet at OUS har hatt én kontaktperson mot HELFO, som så kontakter aktuell avdeling. Denne praksisen blir bekreftet i konsernrevisjonens rapport.

- *Konsernrevisjonen skriver i sin rapport at gjennomgangen viser at det i 2011 har foregått en betydelig administrativ e-post korrespondanse mellom kontaktpersonen og klinikk- og administrativ ledelse ved OUS, i forhold til HELFO-pasientene.*

Konsernrevisjonen viser til at det i utvalget av e-poster som revisjonen er forelagt, forekommer det i tillegg til medisinsk faglige vurderinger, i flere tilfeller betraktninger

knyttet til økonomiske hensyn ved at det skisseres alternative behandlingstkostnader hvis behandlingen ikke skjer ved OUS.

- *Konsernrevisjonen skriver i rapporten at gjennomgangen av forelagt e-post-korrespondanse i 2012 viser at klinikkledelsen tar direkte økonomiske hensyn ved innplassering av HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet. Konsekvensen er at andre pasienter som ut fra en medisinsk faglig vurdering har større behov for helsehjelp, forskyves.*

Konsernrevisjonens vurdering er at det juridisk sett er lovlig å ta inn HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet, så lenge de fyller "hull i programmet". Dette gjelder også selv om det innebærer at andre pasienter på venteliste, som ikke har juridisk fristbrudd, må vente litt lenger, forutsatt at dette er medisinsk forsvarlig. Konsernrevisjonen vurderer det derimot som problematisk om andre pasienter, som har en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasienten, men som ikke har henvendt seg til HELFO, forskyves. Det er også problematisk dersom HELFO-pasienten forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist (pasienter som er i et behandlingsforløp) som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasienten.

- *Det er konsernrevisjonens vurdering at OUS i de to siste tilfellene med utgangspunkt i prinsippet om forsvarlig behandling, bør si nei til HELFO-pasienten, selv om dette får økonomiske konsekvenser for foretaket. Konsernrevisjonen peker også på at den administrative saksbehandlingen i OUS, med forekomst av personidentifiserbare helseopplysninger i flere e-poster, er et klart regelbrudd i forhold til bestemmelsene om personvern og informasjonssikkerhet.*

Konsernrevisjonen har avgrenset Kontroll- og konstitusjonskomiteens spørsmål om "...hva som faktisk er formidlet om praksis med håndtering av ventelister, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen", til å omfatte deler av foretaksledelsens staber og 4 enheter ved 4 avdelinger fordelt på 3 av foretakets klinikker. Disse er:

- Klinik for kirurgi og nevrofag
 - o Kirurgisk dagavdeling (KDA)
 - o Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
 - o Seksjon for bryst og endokrin kirurgi
- Kvinne- og barneklubben
 - o Avdeling for gynekologisk kreft

Konsernrevisjonen har i en presisering til rapporten uttalt at praksisen med å finne plass til pasienter som har klaget til HELFO har vært kjent av flere i foretaket. For 2011 er det som ledd i konsernrevisjonens gjennomgang ikke funnet skriftlige instruksjoner om å føre slik praksis - verken fra foretaksledelse, klinikkledelse eller avdelingsledelse. Gjennomgang av e-postkorrespondanse mellom klinikkleder ved en av de utvalgte

klinikkene, avdelingsledere og ventelisteansvarlige ved to av avdelingene som var omfattet av revisjonen, samt en person ved en av stabsavdelingene i foretaket, har vist at det har vært dialog om håndtering av HELFO-pasienter og hvor økonomiske hensyn har inngått i vurderingene om å finne plass til disse. Gjennomgangen av e-postkorrespondansen har vist at fra 2-4 (varierer) personer ved stabsavdelinger i foretaket har vært kopimottakere av slik e-postkorrespondanse. Konsernrevisjonen har ikke funnet dokumentasjon som viser at tidligere konstituert adm. direktør (Thoresen) og forrige adm. direktør (Hatlen) har vært kjent med praksisen. Det er heller ikke funnet dokumentasjon som viser at nåværende administrerende direktør (Erikstein) har vært kjent med praksisen på det tidspunkt Kontroll- og konstitusjonskomiteen tok opp dette spørsmålet (2. mars 2012). Konsernrevisjonen er kjent med at nåværende administrerende direktør har iverksatt flere tiltak som ledd i sin oppfølging etter at saken ble kjent.

Konsernrevisjonens vurdering av om praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling

Det går fram av konsernrevisjonens rapport at det ikke er mulig å identifisere enkeltpasienter som berøres av at HELFO-pasienter gis behandling. Det er imidlertid slik at deler av den store gruppen av ventende nødvendigvis vil forskyves når HELFO-pasienter gis forrang. Konsernrevisjonen peker imidlertid på flere forhold (personell/kompetanse, operasjonsteknisk utstyr og lokaler) som representerer sårbarhet og risiko i forhold til faktisk gjennomføring av operasjonsprogram i henhold til rekkefølge i ventelistene.

- *Det er konsernrevisjonens vurdering at det forhold at den overveiende andel HELFO-pasienter venter på poliklinisk vurdering/behandling, sammenholdt med poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, gjør at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter med sannsynlighetsovervekt ikke vil ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Konsernrevisjonen vurderer det slik at andre faktorer og forhold vil ha større betydning og kunne representere større risiko for tilbudet om operativ behandling til andre ventende pasienter, enn det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter det her er snakk om.*

Den konkrete saken i media der disse problemstillingene ble reist, dreide seg om brystkreftopererte som venter på rekonstruksjon av bryst. Konsernrevisjonens gjennomgang viser at HELFO-pasienter som tas inn til brystrekonstruksjon, kommer inn til behandling så snart det er ledig plass på det planlagte operasjonsprogrammet – dette tar normalt fire til fem uker. Det finnes derfor pasienter på ventelisten som har fått fristbrudd før de pasientene som går via HELFO, men som altså ikke har krevet sin rett til behandling på samme måte. Journalgjennomgang viser også at av ni pasienter som er registrert som fristbrudd av HELFO, er det ikke åpenbart at disse er fristbrudd-pasienter med juridisk rett til helsehjelp innen frist. Blant annet har en av kvinnene frist for behandling høsten 2012.

- *Konsernrevisjonen har ikke funnet indikasjoner på at behandlingen av disse enkeltpatientene er motivert ut fra økonomiske forhold. Derimot har konsernrevisjonen mottatt dokumentasjon i form av e-post korrespondanse fra 2012 som bekrefter at HELFO-pasientene tas inn i det ordinære operasjonsprogrammet for å kunne håndtere flest mulig pasienter innen budsjett. Dette skjer til tross for at fagmiljøet vurderer at det er flere pasienter på ventelisten som har større behov for helsehjelp enn de brystkrefterte pasientene som har henvendt seg til HELFO.*

Konklusjonen på spørsmålet om *sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling*, er at noen pasienter som har fått fristbrudd før pasientene som går via HELFO, har fått behandling etter de som har henvendt seg til HELFO. De fleste av disse pasientene venter på behandling ved poliklinikk, og HELFO-pasientene utgjør en marginal andel av totalt behandlede pasienter ved OUS; som utgjør 3 300 pasientbehandlinger hver dag – 1,2 millioner behandlinger hvert år.

Avsluttende kommentarer – videre oppfølging

I mitt brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen datert 30. mars 2012 pekte jeg på at når det gjelder saken knyttet til brystkrefterte som venter på rekonstruksjon av bryst, er det en kompliserende og uheldig faktor at det etter sammenslåingen av to tidligere avdelinger ved henholdsvis Ullevål og Rikshospitalet, er avdekket at tilnærmet identiske pasientgrupper har vært gitt ulik prioritet til helsehjelp ved de to avdelingene. Det går også fram at konsernrevisjonens gjennomgang har vist at avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi også mottar henvisninger for slike pasienter fra andre sykehus i foretaksgruppen, som av plastikkirurg er vurdert til å tilfredsstillende kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp. I disse tilfellene må OUS i henhold til lovverket forholde seg til tidsfristen som er fastsatt av et annet helseforetak og gitt den enkelte pasient selv om dette er basert på ulik praksis. Dette medfører at pasienter som i utgangspunktet har det samme medisinske behandlingsbehovet, behandles ulikt avhengig av ved hvilket sykehus/hvilken spesialist vurderingen er foretatt. Dette fører til at disse pasientene vil oppleve forskjellsbehandling.

Jeg forventer at nye faglige retningslinjer til behandling av brystkreft som trer i kraft før sommerferien, vil bidra til mer enhetlig prioritering av denne pasientgruppen.

Konsernrevisjonens angir også i sin rapport årsaker til fristbrudd og at HELFO-saker oppstår. Gjennomgangen viser bl.a. at det er utarbeidet flere prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet for å sikre standardiserte arbeidsprosesser i foretaket, men at disse rutinene og prosedyrene i liten grad blir benyttet i de avdelingene som er revidert. Konsernrevisjonen viser også til at det i intervjuer framkommer at mange savner bedre opplæring i bruk av de pasientadministrative systemene for å kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og å utnytte de mulighetene som systemene gir for å sikre effektive arbeidsprosesser. Konsernrevisjonen peker også på at det er viktig at foretaket kartlegger og gjennomgår faktorer som påvirker

produksjonskapasiteten ("flaskehalser") og vurderer i hvilken grad det er behov for å gjøre kapasitetsmessige tilpasninger eller iverksette andre tiltak.

På bakgrunn av at det har blitt avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet ved flere av landets helseforetak har jeg i brev til de regionale helseforetakene av 28. januar 2010, 20. september 2010 og 14. mars 2012 redegjort for sentrale bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg til å redegjøre for regelverket ble de regionale helseforetakene i brev av 28. januar 2010 bedt om å sørge for at Helsedirektoratets forslag til brevmaler og informasjonsvedlegg ble tatt i bruk ved samtlige helseforetak. Videre har jeg i brev av 14. mars 2012 presisert hvordan helseforetakene skal forholde seg når HELFO tar kontakt med helseforetaket på grunn av at behandlingsfristen er brutt for pasienten.

Jeg viser også til at administrerende direktør ved OUS, Bjørn Erikstein uttalte seg på Dagsrevyen 7. mai. I intervjuet er han tydelig på at helseforetaket ikke har vært gode nok til å lære opp ansatte til å informere pasientene om deres rettigheter, men at det nå er satt i gang et prosjekt for å rette på dette.

Konsernrevisjonens vurderinger tilsier at arbeidet med tiltak for å redusere ventetider og oppfølging av kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme, fortsatt må følges opp. Som jeg også påpekte i mitt brev datert 30. mars 2012, vil problemstillingene knyttet til håndtering av fristbrudd falle bort når målet om ingen fristbrudd er nådd. På landsbasis viser tall fra NPR for 3. tertial 2011 at om lag halvparten av pasientene som opplever fristbrudd blir tatt inn til behandling innen 13 dager etter at fristen er overskredet. Dette tilsier at det her bør være mulig å redusere en stor andel av fristbruddene med en bedre organisering og planlegging ved sykehusene. Avslutningsvis i brevet datert 30. mars 2012 omtalte jeg også at det er grunnlag for å stille spørsmål ved om dagens regelverk bidrar til å understøtte gode pasientforløp.

Revisjonen gir uttrykk for at regelverket på sentrale områder er uklart, og at rettskildene er fragmentert. Det påpekes at dette er særlig uheldig når dette er et regelverk som skal praktiseres daglig av personer med annen bakgrunn enn juridisk bakgrunn, og det nærmest er gitt at det vil oppstå usikkerhet og forskjellig tolkning og praktisering av regelverket. Det uttales at dagens regelverk framstår som komplisert og fører til ulik praktisering, og at det derfor er behov for en fornyet gjennomgang med sikte på forenkling.

Helseforetakenes ledelse har ansvar for å sørge for forsvarlig behandling av pasientene innenfor gjeldende budsjettammer. Forenklet beskrevet vil det for helseforetaket som regel innebære større kostnader når en fristbruddpasient behandles et annet sted (enten ved en privat institusjon eller i utlandet), enn når helseforetaket selv behandler pasienten. Større kostnader ved behandling av en pasient, vil igjen få betydning for helseforetakets øvrige aktiviteter. Jeg har, som tidligere opplyst, startet opp arbeid med å gjennomgå regelverket.

Opplæring av ansatte, både i regelverk, prosedyrer og bruk av pasientadministrative systemer er et viktig satsingsområde. Det er allerede igangsatt et bredt anlagt arbeid i alle helseregioner for å oppfylle kravene som er forutsatt for implementering av *forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)*.

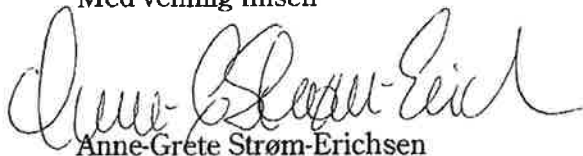
Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har også gjennomført revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet. På bakgrunn av funnene som konsernrevisjonen hadde gjort ved fire helseforetak som til da var gjennomført, startet Helse Sør-Øst RHF i september 2011 prosjektet "Glemt av sykehuset". Standardiserte krav til rutiner, prosedyrer og oppfølging er en hovedoppgave for prosjektet, som også skal gi konkrete forslag til iverksetting og gjennomføring av tiltak. Prosjektet skal bidra til forbedring i alle helseforetakene og også sørge for at funn og tiltak blir gjort kjent for de andre regionene i landet slik at alle kan lære av dette.

Denne konsernrevisjonsrapporten og Helsetilsynet og Helsedirektoratets gjennomgang som jeg mottok 2. mars 2012, viser at det er behov for å vurdere ytterligere tiltak på systemnivå for å bedre ivaretagelsen av hver enkelt pasient. Jeg vil komme tilbake til Stortinget med dette på egnet måte.

Jeg mener det er avgjørende at rapporten følges opp grundig av styret for OUS. Jeg vil påse at Helse Sør-Øst RHF sørger for dette. Når det gjelder konkret oppfølging ved OUS, så viser jeg til at styret skal behandle konsernrevisjonens rapport 20. juni. Jeg forventer at oppfølging av rapporten blir konkretisert til dette styremøtet og at klanderverdige forhold rettes opp. For øvrig viser jeg til orientering fra OUS datert 11. mars og 25. mars 2012 som var vedlagt mitt brev datert 30. mars 2012.

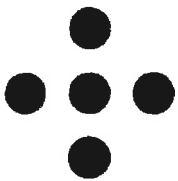
Den største utfordringen slik jeg ser det er det store antallet fristbrudd i Norge totalt sett. Selv om det har vært en positiv utvikling når det gjelder å få redusert andelen fristbrudd vil det på dette området kreve ytterligere innsats fra spesialisthelsetjenesten i tiden framover.

Med vennlig hilsen



Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg 1



Rapport 5/2012

Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

Rapport nr.	5/2012
Revisjonsperiode	Mars-mai
Virksomhet	Oslo universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Bjørn Erikstein, administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Stener Kvinsland, styreleder Oslo universitetssykehus HF Bente Mikkelsen, administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisjonsteam	Karl-Helge Storhaug, revisjonsdirektør konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (oppdragseier, Gunnar Hoff, director Deloitte (oppdragsleder), Hans Petter Eide, internrevisor konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, Irene Løken, manager Deloitte, Ole Magnus Karlsen, senioradvokat Deloitte, Per Gunnar Johnsen, director Deloitte, Stein Ove Songstad, partner Deloitte, Tom Inge Ørner sjefslege Klinikk Bergen (fagrevisor <i>plastikk og rekonstruktiv kirurgi</i>) og Henrik Andreas Sandbu, ass. direktør Helse, Forskning og Utdanning, Helse Midt-Norge RHF (fagrevisor <i>ortopedisk kirurgi</i>)

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	4
1.1	BAKGRUNN OG FORMÅL MED REVISJONEN	4
1.2	FORMÅL MED REVISJONEN	4
1.3	AVGRENSNINGER	4
1.4	DEFINISJONER	5
1.5	PROSESS OG METODE	5
1.5.1	<i>Gjennomgang av styringsdata</i>	6
1.5.2	<i>Dokumentanalyse</i>	6
1.5.3	<i>Intervju</i>	6
1.5.4	<i>Journalgjennomgang</i>	6
1.6	REVISJONSKRITERIER	6
2	HÅNDTERING AV HELFO-PASIENTER	8
2.1	HELFO-SAKER SETT I FORHOLD TIL DET SAMLEDE PASIENTFORLØPET	8
2.2	HELFO-SAKER SETT I FORHOLD TIL FRISTBRUDDSSITUASJONEN VED OUS	11
2.3	KRITERIER FOR Å VURDERE OUS SIN HÅNDTERING AV HELFO-PASIENTER	12
2.4	FUNN OG VURDERINGER	12
2.4.1	<i>Kommunikasjon mellom HELFO og OUS</i>	12
2.4.2	<i>Rettighetsstatus</i>	13
2.4.3	<i>Kommunikasjon og vurderinger relatert til HELFO-pasienter internt i OUS</i>	13
2.4.4	<i>Forholdet mellom ekstern- og internhenviste pasienter</i>	14
2.4.5	<i>Har behandling av HELFO-pasientene påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling?</i>	14
2.4.6	<i>Er omprioritering/forskyvning av den enkelte brystrekonstruksjon eventuelt bestemt av økonomiske forhold?</i>	15
2.5	OM ULIK PRIORITERINGSPRAKSIS VED DE TO TIDLIGERE AVDELINGENE FOR PLASTIKK-KIRURGI	15
3	ÅRSAKER TIL FRISTBRUDD OG AT HELFO- SAKER OPPSTÅR	17
4	VEDLEGG	19

4.1	DOKUMENTOVERSIKT	19
4.2	INTERVJUOVERSIKT	20
4.3	REVISJONSKRITERIER.....	21
4.3.1	Vurdering og registrering av pasienter på venteliste.....	21
4.3.2	Oppdatering og anvendelse i samsvar med gjeldende rettsregler som regulerer venteliste-føring, samt føring av eier (RHFet og HOD)	22
4.3.3	Prioriteringer av enkeltpasienter internt i avdelingen og mellom avdelingene i OUS.....	22
4.3.4	Krav til avdelingenes oversikt over ventelistene for å sikre en realistisk fristfastsettelse for pasienter/pasientgrupper i avdelingen, foretaket, regionen og på landsbasis?	22
4.3.5	Formålstjenlig fordeling og fastsettelse av frister mellom rettighetspasienter og behovspasienter, sett i forhold til alvorlighetsgrad og prioritering	22
4.3.6	Henvisning av pasienter/ pasientgrupper til OUS som ikke skulle vært henvist til OUS, eller som med fordel kunne vært henvist til andre HF.....	22
4.3.7	§ 4 – Innholdet i internkontrollen.....	23
4.3.8	Revisjonskriterier - håndtering og prioritering av pasienter i tilfeller hvor det er åpenbart at det vil skje fristbrudd.....	24
4.3.9	Håndtering og prioritering av pasienter hvor fristbrudd har skjedd.....	24
4.3.10	Pasienter (rettighets- og behovspasienter) som står på venteliste og hvor det er registrert fristbrudd, håndtering tilbud om evt. annet behandlingssted mm?	25
4.3.11	Pasienter (rettighets- og behovspasienter) som står på venteliste og hvor det er registrert fristbrudd, håndtering tilbud om evt. annet behandlingssted mm?	25
4.3.12	Konsekvenser knyttet til fristbrudd for den enkelte pasient mht medisinsk forsvarlighet	26
4.4	GJENNOMGÅTTE RUTINER NIVÅ 1 OUS.....	27

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med revisjonen

I flere nyhetsoppslag - første gang 1. mars 2012 i TV 2 har flere leger og tillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) stått frem og fortalt om omfattende triksing med ventelister ved sykehuset. Det er hevdet at ledelsen ved OUS har instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til behandling har vært overskredet, skal prioriteres foran andre rettighetspasienter. Hensikten med dette skal ha vært å unngå at foretaket har måttet dekke utgiftene til pasientenes behandling ved andre sykehus i Norge eller i utlandet.

Saken var også et av temaene som ble tatt opp i forbindelse med den åpne høringen om OUS i kontroll- og konstitusjonskomiteen fredag 2. mars 2012. OUS har meddelt at saken vil bli nærmere undersøkt. Styret for Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen har bedt konsernrevisjonen sørge for dette, noe også ledelsen og styret for OUS tilsluttet seg.

1.2 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere hvordan Oslo universitetssykehus håndterer henvendelser fra HELFO. Videre, om foretakets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling.

Revisjonen har også hatt til formål å belyse årsaker til eventuelle svakheter på området, samt hvilke tiltak foretaket bør vurdere å sette i verk for forbedre situasjonen.

1.3 Avgrensninger

De regionale helseforetakene har etter helseforetakslovens § 1 et ”sørge for”-ansvar for befolkningen i egne helseregioner. Dette innebærer å sørge for at befolkningen i egen helseregion tilbys spesialisthelsetjenester slik dette er nedfelt i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og krav/føringer fra eier for øvrig.

For å gjennomføre sitt ”sørge for”-ansvar gir de regionale helseforetakene sine underliggende helseforetak, herunder også private og ideelle sykehus som det er etablert avtaler med, i oppdrag å planlegge og sikre levering av spesialisthelsetjenester for befolkningen som tilhører det enkelte helseforetaks opptaksområde. Dette gjøres gjennom oppdrags- og bestillingsdokumentene som årlig stadfestes i foretaksmøter¹

Helse Sør-Øst RHF ga i ”Oppdrag og bestilling 2012 for Oslo universitetssykehus HF” som ble stadfestet i foretaksmøte 10. februar i år, overordnede mål, konkrete mål for 2012, styringsparametere, aktivitetsmål og økonomiske rammer for driften som OUS må planlegge og gjennomføre sitt spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor. I tillegg til å planlegge og sikre kompetanse og kapasitet for spesialisthelsetjenester til pasienter fra OUS sitt eget opptaksområde, følger det av oppdrags- og bestillingsdokumentet at OUS, også skal ivareta et tilstrekkelig behandlingstilbud for pasienter innenfor medisinske områder hvor OUS er tillagt landsfunksjonsoppgaver. Tilsvarende gjelder ivaretagelse av et tilstrekkelig behandlingstilbud for pasienter fra helseregionen innenfor fagområder hvor OUS er tillagt regionsfunksjonsoppgaver.

¹ Foretaksmøter avholdes bare for helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Etter konsernrevisjonens vurdering er OUS sitt ansvar for å sikre innhold, kvalitet og tilstrekkelig kapasitet for tjenesteleveranser til befolkningen som hører til sitt opptaksområde², tydelig nedfelt i regelverk og styringsdokumenter.

Dette er dermed lagt til grunn for konsernrevisjonens vurderinger av OUS sin håndtering av ventelister og fristbrudd, herunder håndtering av HELFO-pasienter.

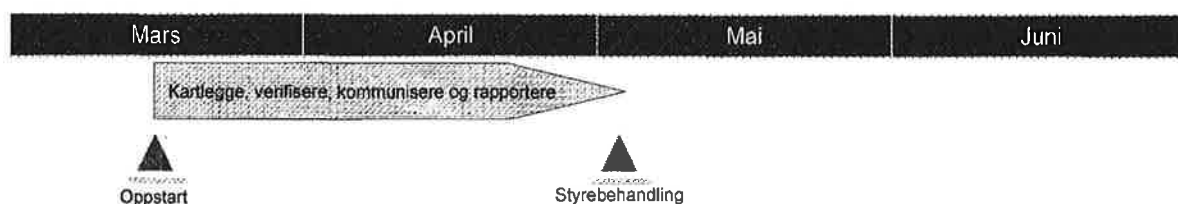
1.4 Definisjoner

Venteliste er i ventelisteforskriftens § 2 definert som et dataregister med ordnede opplysninger om pasienter som venter på undersøkelse eller behandling.

Med *håndtering av ventelister* menes her de nevnte avdelingenes registrering, oppdatering og anvendelse av ventelister, informasjon til pasienter, prioritering av pasienter og om situasjonen for enkeltpasienter hvor det er konstatert fristbrudd er medisinsk forsvarlig.

Med *fristbrudd* menes den situasjonen som oppstår når fastsatt frist for start helsehjelp ikke overholdes.

1.5 Prosess og metode



Figur 1: Revisjonsprosessen

Revisjonen har pågått i perioden fra medio mars – primo mai 2012. Oslo universitetssykehus HF har tilrettelagt for gjennomføringen og stilt til rådighet informasjon og ressurspersoner i arbeidet. Gjennomgangen har omfattet kartlegging og vurdering av praksis ved disse klinikkene/avdelingene:

- Klinikk for kirurgi og nevrofag
 - Kirurgisk dagavdeling (KDA)
 - Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
 - Seksjon for bryst og endokrin kirurgi
- Kvinne- og barneklubben
 - Avdeling for gynekologisk kreft

Revisjonen bygger på analyse av styringsdata, dokumentanalyse, intervjuer og gjennomgang av et utvalg pasientjournaler. Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremgår av kapittel 4.

² Herunder lands- og regionfunksjonsoppgaver.

Gjennomgangen og vurderingene av utvalget av pasientjournaler er gjort på oppdrag for administrerende direktør for Oslo universitetssykehus HF. Gjennom dette er konsernrevisjonens team også gitt myndighet til innsyn i journalene som er gjennomgått som et ledd i journalgjennomgangen.

Faktisk tilstand innenfor problemstillingene som er belyst, er vurdert opp mot kriterier som er avledet fra rettsregler og andre kilder som har vært relevante for gjennomgangen.

I tråd med ordinær prosedyre er endelig rapport sendt administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF for videre behandling i foretakets styre. Etter at rapport og helseforetakets handlingsplan er behandlet av styret i Oslo Universitetssykehus HF, vil konsernrevisjonen legge rapporten frem for revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

1.5.1 Gjennomgang av styringsdata

Det er innhentet styringsdata fra 2011 og 2012 vedrørende ventelister direkte fra det pasientadministrative systemet (PasDoc) og fra LISet.

1.5.2 Dokumentanalyse

Konsernrevisjonen har bedt OUS om og fått tilgang til dokumentasjon som er relevant for undersøkelsen. Dette gjelder både kvalitative og kvantitative data. Oversikt over dokumenter som er hentet inn og gjennomgått, fremgår av kapittel 4.1 og 4.4.

1.5.3 Intervju

For å sikre riktig forståelse av sentrale rettsregler har konsernrevisjonen gjennomført intervju med relevant personell i Helse Sør-Øst RHF og OUS.

For å kartlegge og belyse faktisk situasjon ved OUS har konsernrevisjonen gjennomført intervjuer med til sammen 28 ledere, ansatte og tillitsvalgte i de respektive avdelinger/enheter som er omfattet av revisjonen. Intervjuobjektene har vært ansatte som er sentrale i venteliste- og prioriteringshåndteringen, herunder både merkantilt og helsepersonell, vurderingsansvarlige leger og ledere for merkantile funksjoner, enhetsledere, avdelingsledere og klinikkledere. Konsernrevisjonen har benyttet en semistrukturert intervjuguide. Oversikt over personer som er intervjuet fremgår av kapittel 4.2.

1.5.4 Journalgjennomgang

Med utgangspunkt i oversikt over fristbruddpasienter meldt via HELFO i 2011 er det foretatt gjennomgang av et utvalg enkeltjournaler. Totalt er det gjennomgått 24 journaler av totalt 228 HELFO pasienter.

1.6 Revisjonskriterier

Konsernrevisjon har utledet revisjonskriterier fra de rettsregler som gjelder for problemstillinger som skal besvares i prosjektet. Følgende rettskildefaktorer er benyttet i utledningen av rettsreglene:

Love og forskrifter

- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell m.v.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Forskrift om ventelisteregistrering
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Andre kilder

- Forarbeider
- Teori (juridisk teori mm)
- Rundskriv
- Veiledere
- Foretaksprotokoller
- Oppdrags- og bestillingsdokument
- Brev fra eier med presiseringer
- Interne rutiner og prosedyrer

Kriteriene er gjennomgått med juridisk avdeling i Helse Sør-Øst RHF og med det regionale prosjektet ”Glemte av sykehuset”. En samlet oversikt av rettskildegrunnlaget som er utarbeidet av konsernrevisjonen fremgår i kapittel 4.3.

Etter å ha foretatt en nærmere gjennomgang av regelverket knyttet til ventelister, herunder pasient- og brukerrettighetsloven og lov om spesialisthelsetjenesten – med tilhørende forskrifter og rundskriv, samt andre rettskilder, er det et klart inntrykk at regelverket på sentrale områder er uklart, og at rettskildene er fragmentert. Dette er særlig uheldig når dette er et regelverk som skal praktiseres daglig av personer med annen bakgrunn en juridisk bakgrunn, og at det er nærmest gitt at det vil oppstå usikkerhet og forskjellig tolkning og praktisering av regelverket.

Selv sentrale forhold som hva en venteliste egentlig er, kan det være vanskelig å finne svar på. Er det en statisk kø-ordning, en dynamisk køordning, en fleksibel kø-ordning eller er det ingen kø-ordning? I den grad det er rom for omprioriteringer mellom pasienter på ventelisten – hvilke forhold kan det legges vekt på – praktiske, resursmessige, medisinske, m.v. – og i hvilken utstrekning?

Videre er det vanskelig å finne svar på hvordan sykehusene skal forholde seg til rettighetspasientene når fristbrudd nærmer seg. Hvilken aktivitetsplikt har sykehusene?

Det er viktig at regelverket understøtter gode og effektive pasientforløp. Dagens regelverk fremstår som komplisert og fører til ulik praktisering. Det er derfor behov for en fornyet gjennomgang med sikte på forenkling. Det må være et mål at de systemer som etableres blir mer oversiktlige og pasientvennlige. Likeså at det gjennomføres en systematisk opplæring av helsepersonell og at prosedyrer standardiseres.

2 Håndtering av HELFO-pasienter

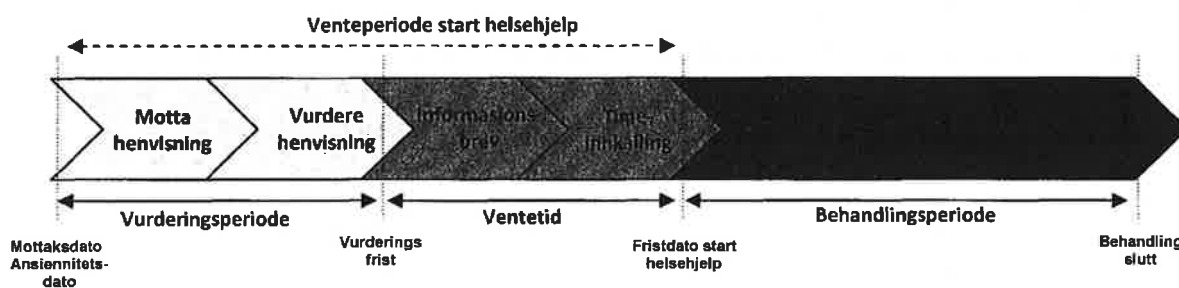
I dette kapittelet belyses hvordan sykehuset håndterer henvendelser fra HELFO. I tillegg belyses i kapittelet spørsmålet om sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Kapitlet er disponert som følger:

- HELFO-saker sett i et samlet pasientforløpsperspektiv (kap 2.1)
- HELFO-saker i relasjon til fristbruddsituasjonen ved OUS (kap 2.2)
- Kriterier for å vurdere OUS sin håndtering av HELFO-pasienter (kap 2.3)
- Funn og vurderinger (kap 2.4)

2.1 HELFO-saker sett i forhold til det samlede pasientforløpet

For bedre å forstå problemstillingene som belyses i revisjonen, herunder hvordan OUS håndterer HELFO-pasientene, og hvordan behandling av disse pasientene kan innvirke på behandling av andre fristbruddpasienter, vil det innledningsvis blir redegjort for grunnleggende forhold ved den pasientadministrative prosessen og stegene denne består av.

Forløpet omfatter 7 ulike prosessfaser som ut fra lovkrav og føringer kan tilknyttes 3 sentrale perioder i prosessen: *vurderingsperioden*, *ventetid* og *behandlingsperioden*. Det administrative arbeidet tilknyttet pasientforløpet, omfatter alt fra mottak av henvisningen i spesialisthelsetjenesten til all aktivitet knyttet til vurdering, informasjon til pasient og henviser, ventelistebehandling/timeinnkalling, utredning, behandling og kontroll i spesialisthelsetjenesten er avsluttet. Det samlede pasientforløpet med prosessfasene er illustrert i figur 2.



Forsvarlighetsprinsippet er gjeldende i hele prosessen

Figur 2: Pasientforløpet med prosessfaser

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand. I tilknytning til dette er det satt en vurderingsfrist. Maksimal vurderingstid er 30 virkedager (6 uker) fra mottak av henvisning. Det skal være raskere vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, og innen 10 virkedager (2 uker) for unge under 23 år ved mistenkt eller diagnostisert rusavhengighet eller psykiske lidelser.

Vurderingsfristen skal beregnes ut i fra dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten. Vurderingstiden i helseforetaket løper fra mottaksdato uavhengig av manglende opplysninger fra henvisningsinstans. Mangelfulle henvisninger kan ikke returneres uten vurdering.

I tilknytning til vurderingen skal det foretas en rettighetsvurdering. Prioriteringsveilederne skal brukes som støtte ved rettighetsvurdering i forhold til prioriteringsforskriftens vilkår for prioritering.

Det er 3 ulike utfall av vurdering av henvisningene:

1. Rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
 - Det skal settes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal starte
2. Behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
 - Hvis pasienten vurderes å ha behov for spesialisert helsehjelp, tilbys helsehjelp innenfor rammen av de ressursene som er tilgjengelige
 - Pasienten skal registreres på venteliste og gis en dato for når helsehjelpen forventes å bli gitt, men datoen er ikke juridisk bindende
3. Ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
 - Henvisende instans skal gis veiledende faglig tilbakemelding der dette er naturlig

Det skal informeres skriftlig til pasient og fastlege/henviser om resultatet av rettighetsvurderingen. For pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal det gis informasjon om:

- Eventuelt rett til nødvendig helsehjelp og frist for når denne retten senest skal oppfylles
- Rettigheter ved et eventuelt brudd på frist for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp
- Sannsynlig tidspunkt for behandling/utredning for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Omsorgsnivå/behandlingsnivå (poliklinikk, dagbehandling, innleggelse)

Det er utarbeidet egne brevmaler fra Helsedirektoratet som skal brukes ved svar på henvisningene. Pasienter som vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal informeres om dette. Det skal gis informasjon om retten til fornyet vurdering og klageretten, herunder klagefrist og klageinstans.

Start helsehjelp skal beregnes ut i fra dato for mottak av henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både for pasienter vurdert til rett for nødvendig helsehjelp (disse får en juridisk frist) og pasienter vurdert til behov for nødvendig helsehjelp (disse får en forventet dato).

Foretakene skal føre ventelister både over pasienter som har fått rett og pasienter som har fått behov for nødvendig helsehjelp. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Den juridiske fristen er oppfylt når helsehjelpen som pasienten er informert om blir påbegynt innen den oppgitte fristen for start helsehjelp. Ved eventuelle utsettelse skal det registreres følgende:

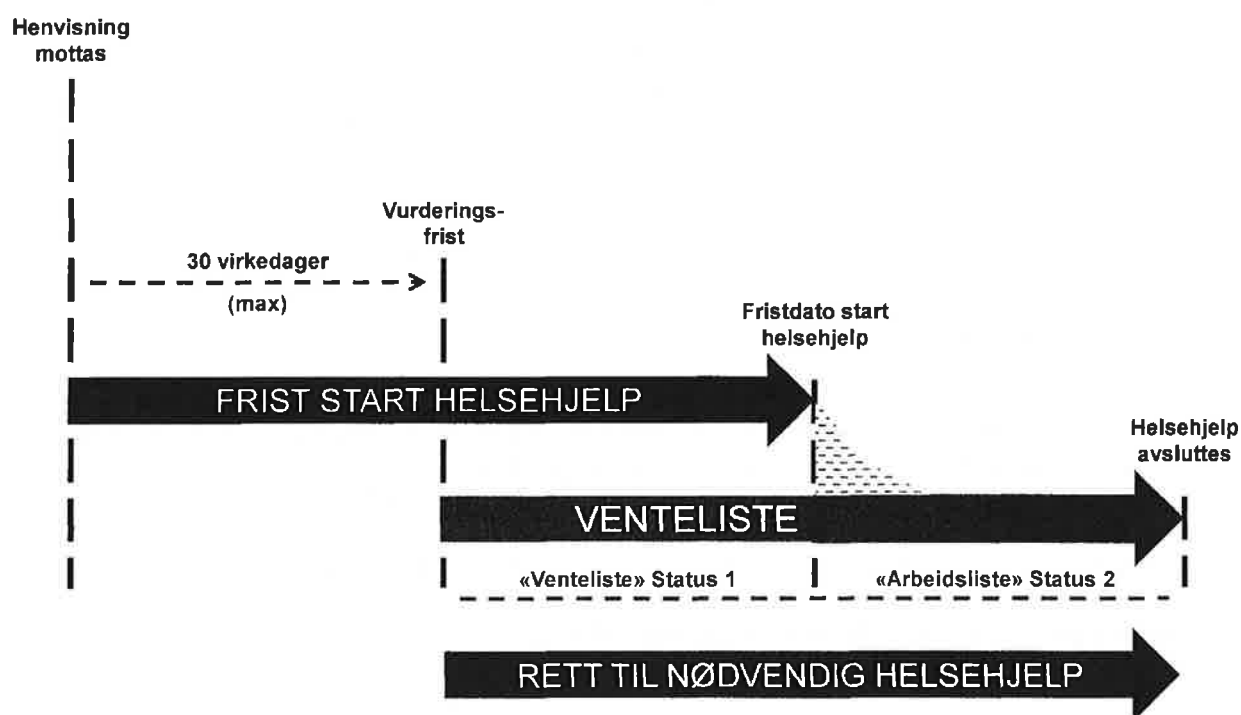
1. Institusjonen/sykehuset har bestemt utsettelsen av kapasitetsgrunner
2. Pasienten har selv bestemt utsettelsen eller har ikke møtt
3. Medisinske årsaker hos pasienten gjør utsettelsen nødvendig

Utsettelse som følge av punkt 2 og 3 gir ikke fristbrudd.

Ved siden av den juridiske fristen for start helsehjelp for rettighetspasienter³ og forventet start helsehjelp for pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må foretakene i tillegg sikre forsvarlig helsehjelp i det videre løpet for "aktive" pasienter som skal videre til utredning/ behandling, eventuelt til kontroll. Rettighetspasienter skal imidlertid sikres prioritet, slik at forløpet reflekterer deres rettighetsstatus, selv om det ikke skal settes nye juridiske frister. Nødvendige kontroller eller andre oppfølgende tiltak skal derfor ikke nedprioriteres.

Når pasienten er ferdig utredet/behandlet og har vært til eventuell siste kontroll eller behandling for tilstanden han/hun ble henvist for, skal henvisningsperioden lukkes.

Pasientforløpet kan også illustreres på følgende måte.



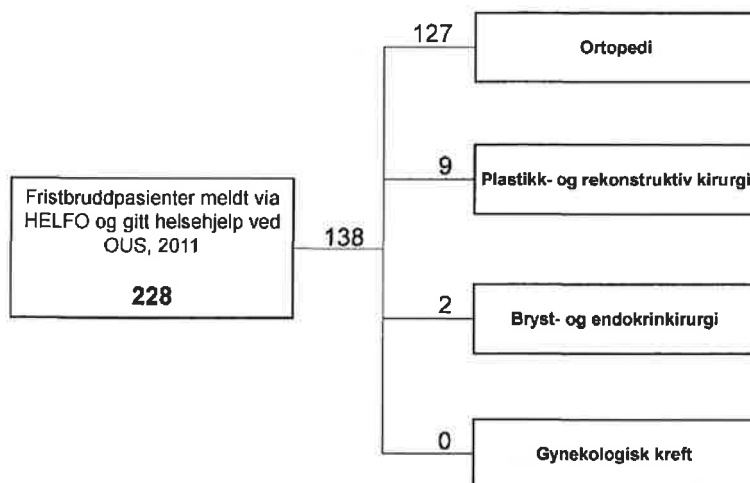
Figur 3: Pasientforløpet

Figur 3 viser ulike faser som det er viktig å ha styring og kontroll på i pasientforløpet. Dette eksempelet er illustrert for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Den mørkeblå pila viser venteperioden for start helsehjelp. Pasientene kommer først inn på ventelisten (lyseblå pil) etter at henvisningen er vurdert. De har da det som kalles status 1 i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Etter at pasientene har fått startet helsehjelpen, dvs. at den juridiske fristen er innfridd og skal videre i et behandlingsløp, vil pasientene gå i status 2 på ventelisten. Foretaket har altså en venteliste som omfatter både pasienter som venter på start helsehjelp (med en juridisk frist) og pasienter som er inne i et behandlingsløp hvor de har fått en forventet dato for videre behandling (benevnes som kritisk dato i PasDoc).

³ Pasienter som har fått rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp har status som *rettighetspasienter* og skal prioriteres før pasienter som ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp (NPR rundskriv IS-10/2009)

2.2 HELFO-saker sett i forhold til fristbruddsituasjonen ved OUS

I 2011 var omlag 7000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fastsatt frist ved OUS. Samme år var det 244 pasienter som henvendte seg til HELFO. Av disse fikk 16 et behandlingstilbud via HELFO pasientformidling. De resterende 228 fikk behandling ved OUS. Fordelingen av HELFO-pasienter er vist i figuren under.



Figur 4: Fordeling av HELFO-pasienter - 2011

I forhold til de reviderte enhetene tilhørte 127 av HELFO pasientene fagområdet ortopedi, ni plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, to bryst- og endokrinkirurgi, og for gynekologisk cancer var det ingen HELFO pasienter. De 16 som fikk behandlingstilbud via HELFO tilhørte fagområdet ortopedi.

Tabell 1: Ventende og behandlede pasienter i 2011 innenfor ortopedi og plastikk- og rekonstruktiv kirurgi

Antall ventende pasienter og avvilede fristbruddpasienter i 2011		
	Ortopedi	Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
Antall ventende totalt utgang 2011	5530	2503
Ventende med rettighet totalt utgang 2011	2178	387
Ventende med fristbrudd totalt utgang 2011	691	130
Ventende med fristbrudd poliklinikk ved utgang 2011	662	123
Avviklede totalt for 2011		1200
Avviklede med rettighet totalt for 2011	2178	840
Avviklede med fristbrudd totalt for 2011	799	195
Antall ventende med fristbrudd som har ventet mer enn 1 år	471	59
Gj.snittlig ventetid for de som har ventet mer enn 1 år	544 dager	708 dager
Poliklinikk		
Totalt behandlede	6925	
Totalt behandlede med rettighet	3840	
Avviklede med fristbrudd	751	

2.3 Kriterier for å vurdere OUS sin håndtering av HELFO-pasienter

Rettighetspasienter som ikke har fått behandling innen den fastsatte behandlingsfristen – slik at det har inntrådt fristbrudd – har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Verken lover, forskrifter, rundskriv, e.l. inneholder konkrete bestemmelser som regulerer prioriteringen mellom pasienter etter at fristbrudd har inntrådt, men grunnleggende prinsipper som forsvarlighe-
tsprinsippet og prinsippet om at den sykeste skal behandles først må i utgangspunktet gjelde også da. Av
merknadene til Prioriteringsforskriftens § 4 fremgår det generelt at pasienter med rett til nødvendig
helsehjelp skal prioriteres foran andre pasienter, og at blant rettighetspasientene skal de alvorligst syke
prioriteres foran de mindre syke.

I og med at rettighetspasientene ved fristbrudd har rett til helsehjelp uten opphold, skal det i
utgangspunktet ikke være nødvendig å prioritere mellom pasientene etter rettighetsbrudd, fordi man tar i
bruk behandlingsskapasitet ut over kapasiteten ved den institusjonen som har pasientene på venteliste.

Rettighetspasienter med fristbrudd kan henvende seg til HELFO pasientformidling som har ansvar for å
sikre at pasienten da gis et behandlingstilbud uten opphold - om nødvendig hos privat tjenesteyter eller
utlandet. Det er altså ikke nødvendig at pasienten først henvender seg til den aktuelle institusjonen hvor
fristbruddet har skjedd. HELFO kan kontakte den aktuelle institusjon og gi den mulighet til senest i løpet
av den påfølgende dag å fremskaffe et behandlingstilbud til pasienten. Det fremgår av forarbeidene til
pasient- og brukerrettighetsloven at sykehuset i utgangspunktet har rett til å tilby rettighetspasienter
behandling også etter fristbruddet, så sant behandlingen kan skje like raskt som ved et privat tilbud.

Selv om pasienten kontakter HELFO, er det fortsatt sykehuset som har det primære ansvaret for å skaffe
pasienten behandling. Dette innebærer bl.a. at sykehuset må dekke kostnadene ved privat behandling
dersom sykehuset ikke klarer å gi pasienten et behandlingstilbud selv.

Når institusjonen får henvendelser fra HELFO må den aktuelle pasienten vurderes ut fra oppdatert
venteliste som angir rettighetsstatus og fristdato (jf ventelisteforskriften §§ 3,4).

Dersom en pasient som nettopp har fått fristbrudd får tilbud fra sykehuset om behandling uten opphold
etter å ha kontaktet HELFO, mens en rettighetspasient som ikke kontakter HELFO og hvis
behandlingsfrist er oversittet i lengre tid ikke får behandling, har behandlingen ved sykehuset ikke
nødvendigvis skjedd til fortrenghet for den andre pasienten. Dette fordi denne pasienten ikke lenger kan
velge hvor han skal behandles og fordi det normalt vil vært kapasitet til å behandle ham et eller annet sted
om han hadde kontaktet HELFO. Problemet i den sammenhengen knytter seg mer til hvorfor pasienten
ikke har blitt fulgt opp av sykehuset eller kontaktet HELFO selv.

For en nærmere redegjørelse for reglene om ventelister og fristbrudd vises det til vedlegg, kapittel 4.

2.4 Funn og vurderinger

2.4.1 Kommunikasjon mellom HELFO og OUS

Gjennomgangen har vist at kontakten mellom OUS og HELFO er lagt til en stabsfunksjon ved
direktørens kontor. Funksjonen ivaretas av én kontaktperson for somatiske pasienter. Kontaktpersonen
mottar henvendelsene fra HELFO, og opplysninger knyttet til lidelsens karakter, status og videre aksjon
loggføres manuelt i en bok som vedkommende kontaktperson alltid bringer med seg. Henvendelsen fra

HELFO formidles videre til den respektive enhet, der den første aksjonen er å verifisere pasientens rettighetsstatus.

Dersom pasienten er en rettighetspasient anmodes enheten om innen den påfølgende dag å melde tilbake til kontaktpersonen hvorvidt pasienten kan tilbys undersøkelse/behandling innen en gitt frist, eventuelt når slik undersøkelse/behandling kan tilbys. Kontaktpersonen ved OUS formidler deretter sykehusets respons til HELFO, som melder tilbake til pasienten. Dersom pasienten tilbys undersøkelse/behandling innen gitt frist, og velger å akseptere denne, bekreftes dette overfor OUS sin kontaktperson som igjen melder tilbake til den aktuelle enhet. Dersom pasienten velger å ikke akseptere tilbudet fra OUS, håndterer HELFO denne saken videre, og pasienten vil da fortsatt stå på venteliste ved OUS inntil den aktuelle helsehjelpen er startet.

Det er konsernrevisjonens vurdering at den aktuelle loggføringen av kommunikasjonen med HELFO, ikke er tilfredsstillende i et dokumentasjons- og informasjonssikkerhetsperspektiv.

2.4.2 Rettighetsstatus

Gjennomgangen av et utvalg journaler viser også at enkeltpasienter som allerede har oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp, etter henvendelse til HELFO, er gitt tilbud om videre behandling uten opphold.

Det er konsernrevisjonens vurdering at funnet av tilbud om videre behandling til enkeltpasienter som allerede har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp, indikerer at det i enkelttilfeller ikke gjøres en korrekt vurdering av rettighetsstatus ved henvendelser fra HELFO.

2.4.3 Kommunikasjon og vurderinger relatert til HELFO-pasienter internt i OUS

Gjennomgangen viser at det i 2011 har foregått en betydelig administrativ e-post korrespondanse mellom kontaktpersonen og klinikk- og administrativ ledelse ved OUS, i forhold til HELFO pasientene. I utvalget av e-poster som revisjonen er forelagt, forekommer det i tillegg til medisinskfaglige vurderinger, i flere tilfeller betraktninger knyttet til økonomiske hensyn ved at det skisseres alternative behandlingskostnader hvis behandlingen ikke skjer ved OUS.

Revisjonen avdekker videre at i det utvalget av e-post korrespondanse som revisjonen er blitt forelagt, forekommer personidentifiserbare helseopplysninger i flere enkelt e-poster.

Av forelagt e-post korrespondanse i 2012 viser gjennomgangen at klinikkledelse tar direkte økonomiske hensyn ved innplassering av HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet, med den konsekvens at andre pasienter som ut fra en medisinskfaglig vurdering har større behov for helsehjelp forskyves.

Konsernrevisjonen vurderer at den beskrevne forekomst av personidentifiserbare helseopplysninger i e-post er et klart regelbrudd i forhold til bestemmelsene om personvern- og informasjonssikkerhet.

Det er videre konsernrevisjonens vurdering at det juridisk sett er lovlig å ta inn HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet så lenge de fyller «hull i programmet». Dette gjelder også selv om det innebærer at andre pasienter på venteliste som ikke har juridisk fristbrudd må vente litt lenger, forutsatt at dette er medisinsk forsvarlig. Konsernrevisjonen vurderer det derimot som problematisk om andre pasienter som har en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasienten, men som ikke har gått til HELFO,

forskyves. Det er også problematisk dersom HELFO-pasienten forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasienten. Det er konsernrevisjonens vurdering at OUS i de to siste tilfellene med utgangspunkt i prinsippet om forsvarlig behandling, bør si nei til HELFO-pasienten, selv om dette får økonomiske konsekvenser for foretaket.

2.4.4 Forholdet mellom ekstern- og internhenviste pasienter

Gjennomgangen viser at det totale bildet kompliseres av at i utgangspunktet like pasienttilfeller vurderes og prioriteres ulikt avhengig av om de er eksternt- eller internhenviste. Eksternhenviste pasienter som allerede har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp utenfor OUS forut for henvisningen til OUS, blir, på grunn av manglende pasientadministrativ historikk, feilaktig plassert i kategorien *rett til nødvendig helsehjelp med juridisk bindende tidsfrist* (i det pasientadministrative systemet kalt «status 1»). Foretaksintern-henviste pasienter i samme kategori, med tilsvarende lidelse og behandlings-behov, som har fått oppfylt sin juridiske rett til nødvendig helsehjelp innenfor OUS, vurderes korrekt som rettighetspasient på venteliste for videre behandling, *uten juridisk bindende frist for når helsehjelpen skal ytes* (i det pasientadministrative systemet kalt «status 2»).

Gjennomgangen av enkeltjournaler tilhørende HELFO-pasienter indikerer at prioritering av disse pasientene i hovedsak skjer på bakgrunn av henvendelsen fra HELFO som sådan, men samtidig er det enkeltpasienter som er gitt en ny vurdering i forhold til medisinsk hastegrad og forsvarlighet.

Videre viser gjennomgangen at det ikke foreligger en oversikt over hvilke(n) pasient(er) som berøres av en omprioritering forårsaket av HELFO- pasient.

Det er konsernrevisjonens vurdering at når like pasienttilfeller vurderes og prioriteres ulikt avhengig av om de er eksternt- eller internhenviste, betyr det at ekstern-henviste pasienter gis en utilsiktet forrang gjennom en konkret tidsfrist.

Videre er det konsernrevisjonens vurdering at det er utilfredsstillende at de pasientadministrative systemer ikke legger til rette for å identifisere enkeltpasienter som berøres av en omprioritering.

2.4.5 Har behandling av HELFO-pasientene påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling?

Gjennomgangen, oppsummert i tabell i pkt 4.1, viser at fristbruddpasienter ved de undersøkte enhetene i altoverveiende grad er polikliniske pasienter. Det samme forholdet gjør seg gjeldende for HELFO-pasienter.

Videre viser gjennomgangen at det ikke er mulig å identifisere enkeltpasienter som berøres av at HELFO-pasienter gis behandling. Imidlertid er det slik at deler av den store gruppen av ventende nødvendigvis vil forskyves når HELFO pasienter gis forrang til behandling.

Det er konsernrevisjonens vurdering at det forhold at den overveiende andel HELFO-pasienter venter på poliklinisk vurdering/behandling, sammenholdt med poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, gjør at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter med sannsynlighetsovervekt ikke vil ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste.

Videre er det slik at oppsetting og justering av vente- og operasjonslistene (programmet) er avhengig av en rekke innsatsfaktorer, pre-/per- og postoperativt. De viktigste innsatsfaktorene er personell (kompetanser), operasjonsteknisk utstyr og lokaler (operasjonsstuer, postoperativ- og intensivkapasitet og sengepostkapasitet). Det er konsernrevisjonens vurdering at disse faktorene hver for seg representerer en sårbarhet og risiko i forhold til den faktiske gjennomføringen. Alene det forhold at noen av prosedyrekompetansene i de høykompetente fagmiljøene dette gjelder er knyttet til enkeltpersoner, representerer en tydelig risiko for redusert behandlingsskapasitet, og konkret; strykninger og forskyvninger i en operasjonskø.

Konsernrevisjonen vurderer det slik at innordningen i en venteliste har størst betydning tidlig i forløpet, og for fastsettelse av forsvarlig frist for utredning eller behandling. Selve ventelisten mister sin betydning jo nærmere behandlingstidspunktet man kommer, der spesifikke forhold som pekt på over, får relativt større betydning.

Det er konsernrevisjonens vurdering at dette oppsummert må forstås slik at andre faktorer og forhold vil ha større betydning og kunne representere en større risiko for tilbudet om operativ behandling til andre ventende pasienter, enn det relativt beskjedne antall HELFO pasienter det her er snakk om.

2.4.6 Er omprioritering/forskyvning av den enkelte brystrekonstruksjon eventuelt bestemt av økonomiske forhold?

Gjennomgangen viser at HELFO-pasienter som tas inn til brystrekonstruksjon, kommer inn til behandling så snart det er ledig plass på det planlagte operasjonsprogrammet. Dette tar normalt fire til fem uker. Det foreligger således pasienter på ventelisten som har fått fristbrudd før de pasienter som går via HELFO, men som altså ikke har krevet sin rett til behandling på samme måte.

Videre viser journalgjennomgang at av ni pasienter som av HELFO er registrert som fristbrudd, er det ikke åpenbart at alle disse er fristbruddpasienter med juridisk rett til helsehjelp innen frist. Blant annet har en av kvinnene frist for behandling høst 2012.

Konsernrevisjonen har ved den nevnte journalgjennomgangen ikke funnet indikasjoner på at behandlingen av disse enkeltpasientene er motivert utfra økonomiske forhold. Derimot har konsernrevisjonen mottatt dokumentasjon i form av e-post korrespondanse fra 2012 som bekrefter at HELFO-pasientene tas inn i det ordinære operasjonsprogrammet for å kunne håndtere flest mulig pasienter innen budsjett. Dette skjer til tross for at fagmiljøet vurderer at det er flere pasienter på ventelisten som har større behov for helsehjelp enn de brystkreftopererte pasientene som går via HELFO.

Slik konsernrevisjonen ser det kan vurderingen knyttet til punkt 2.4.3 også gjøres gjeldende for brystrekonstruksjonspasientene.

2.5 Om ulik prioriteringspraksis ved de to tidligere avdelingene for plastikkirurgi

Gjennomgangen har vist at det tidligere har eksistert en noe ulik forståelse ved OUS/RH og OUS/UUS av hvorvidt brystrekonstruksjon ga rett til nødvendig helsehjelp, i og med at primærbehandlingen allerede er foretatt. Dette har resultert i en forskjellig praksis. Avdelingens vurdering er nå den at brystrekonstruksjon ikke gir rett til nødvendig helsehjelp. Av Prioriteringsveileder Plastikkirurgi (IS-1629) fremgår det også at sequele etter cancer mamma som hovedregel ikke skal gi rett til nødvendig helsehjelp.

Gjennomgangen avdekker videre at avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi også mottar henvisninger for slike pasienter fra andre sykehus i foretaksgruppen, som av plastikkirurg er vurdert til å tilfredsstillende kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp. I disse tilfellene må OUS da forholde seg til den behandlingsgaranti og tidsfrist som er gitt eksternt. Dette medfører at pasienter som i utgangspunktet har det samme medisinske behandlingsbehov, behandles ulikt avhengig av ved hvilket sykehus (hvilken spesialist) vurderingen er foretatt, og som en naturlig følge av dette vil pasientgruppen oppleve forskjellsbehandling.

Det er konsernrevisjonens vurdering at disse forhold representerer en utilsiktet forskjellsbehandling som er uheldig.

3 Årsaker til fristbrudd og at HELFO- saker oppstår

I tabell 1 under punkt 2.2 fremgår det at det er et betydelig antall pasienter på venteliste ved OUS samt ventende pasienter med fristbrudd herunder 471 pasienter ved ortopedisk avdeling og 59 pasienter ved avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi med fristbrudd som har ventet mer enn 1 år. Samtidig viser undersøkelsen at det relativt sett er et fåtall klager til HELFO i forhold til antall fristbrudd.

Undersøkelsen viser at årsakene til at fristbrudd oppstår skyldes flere faktorer. Undersøkelsen viser at OUS ikke har hatt en produksjon som har vært tilstrekkelig til å ta hånd om og redusere foretakets ventelister og forhindre fristbrudd. I intervju kommer det frem at dette kan skyldes en rekke forhold, herunder store kapasitetsproblemer ved røntgen, radiologi og patologi, uhensiktsmessig korte planleggingsperioder knyttet til operasjoner og manglende poliklinisk kapasitet.

Det er etter konsernrevisjonens vurdering viktig at foretaket kartlegger og gjennomgår de faktorene som påvirker produksjonskapasiteten og vurderer i hvilken grad det er nødvendig å gjøre tilpasninger eller iverksette andre tiltak.

Foretaket benytter dokumentstyringssystemet e-Håndbok som blant annet inneholder prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet. En rekke prosedyrer på nivå 1 (foretaksnivå) og nivå 2 (klinikkene) for det pasientadministrative arbeidet ble utarbeidet gjennom AVO-prosjektet (2010). Dette arbeidet er i ettertid videreført i sentral stab og i klinikkene. Videre er det i noen av de reviderte enhetene utarbeidet prosedyrer på lavere nivå i organisasjonen der det er behov for dette. Nye prosedyrer som utarbeides forankres gjennom det etablerte Ventelistenettverket i foretaket.

Brukerhåndbok for PasDoc er utarbeidet og er tilgjengelig på intranettet, tilsvarende er det utarbeidet brukerhåndbok for DIPS.

Gjennomgangen viste at det er utarbeidet flere prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet på nivå 1 og 2 som skal bidra til å sikre standardiserte arbeidsprosesser i foretaket. Konsernrevisjonen registrerer at disse rutinene og prosedyrene i liten grad synes benyttes av de avdelingene som er revidert.

Undersøkelsen viser at avdelinger som har problemer med fristbrudd i liten grad kan dokumentere at de har rutiner/ prosedyrer for å fange opp pasienter som står i fare for at det oppstår fristbrudd med sikte på å gi de et annet tilbud i samsvar med gjeldende rettsregel.

Retningslinjene som er utarbeidet for håndtering av ventelistene er i all hovedsak i samsvar med regelverket og er dekkende for forskjellige stadier av ventelisteforløpet. Dette gjelder ved mottak av henvisninger, under ventetidsforløpet og forut for og ved fristbrudd. Dersom retningslinjene blir fulgt, skal det ikke etter internrevisjonens mening i særlig grad bli en opphopning av rettighetspasienter med fristbrudd, fordi disse pasientene da – om mulig – vil få tilbud om subsidiær behandling andre steder.

Det fremgår ikke av dokumentene at behandlingsfristen for rettighetspasienter skal settes med en margin slik at det (HELFO) kan skaffes subsidiært behandlingstilbud etter fristbruddet uten at behandlingen blir uforsvarlig. Videre synes for eksempel "Mottak av henvisninger til avdeling for bryst- og endokrinkirurgi" å inneholde en uriktig/upresis definisjon av "ansiennitetsdato" – begrepet er riktig beskrevet i for eksempel "Mottak og vurdering av eksterne henvisninger."

Gjennomgåtte dokumenter er gjennomgående av overordnet karakter – selv om de i flere henseender er detaljerte, er de samtidig kortfattede og lite utfyllende. Dette kan være hensiktsmessig, men det forutsetter samtidig at relevant personell gis opplæring utover det som direkte følger av retningslinjer og prosedyrer.

Det er for eksempel viktig med en dypere forståelse av regelverket for å kunne håndtere atypiske tilfeller riktig. I forlengelsen av dette må det tilføyes at dokumentene er tilgjengelig i elektronisk form og at de i all hovedsak inneholder linker til relevant regelverk – herunder prioriteringsveilederne som gir en god beskrivelse av ventelisteforløpet. Det er også opprettet et "Nettverk for henvisninger, ventelister og fristbrudd" som i henhold til nettverkets mandat er ansvarlig for å lage et felles internt opplæringsprogram vedrørende ventelister, m.v. Klinikkleder er ansvarlig for at definerte opplæringsrutiner blir fulgt og at dette dokumenteres.

Det kan også særlig nevnes at det i retningslinjer for "Ventelisteadministrering" er fastsatt rutiner for håndtering av situasjoner hvor behandlingsfristen til rettighetspasienter nærmer seg. Dette fremgår også av retningslinjene at personell med ansvar for ventelisteføring/oppfølging skal sjekke ventelisten daglig. I denne daglige sjekken skal rettighetspasientene overvåkes i forhold til deres respektive behandlingsfrister. Sjekklister legger opp til at sykehuset skal opptre aktivt for å forhindre fristbrudd, eventuelt skaffe pasienten et alternativt tilbud – selv eller via HELFO. Pasientens rett til informasjon burde imidlertid vært omtalt og innarbeidet i retningslinjene.

I denne sammenheng kan det også nevnes at sistnevnte retningslinjer legger opp til at sykehuset skal kontakte pasienten når fristbrudd nærmer seg og avklare om forlenget ventetid kan aksepteres. I tilknytning til dette er det viktig å huske på at behandlingsfristen til rettighetspasienter ikke kan forskyves og at sykehuset har hovedansvaret for at rettighetspasientene får behandling innen den fastsatte behandlingsfristen. En slik praksis kan derfor være tvilsom. Dersom en følger en slik praksis er det i alle tilfeller svært viktig at pasienten har full kunnskap om sine rettigheter, at sykehuset forsikrer seg om dette og kan dokumentere det.

Det var ved avdelingene ikke innført rutine for aktivt å hjelpe pasienter som nærmer seg fristbrudd, til annet behandlingssted. Det var heller ikke innført rutine for å informere om konsekvenser og rettigheter til pasienter ved fristbrudd.

I rutinen "Fristbrudd – forebygging og håndtering", som er av nyere dato enn "Ventelisteadministrering", er det ikke nevnt som et alternativ å ta kontakt med pasienten for å avklare om behandling kan vente. Det er mulig rutinen er endret og at "Ventelisteadministrering" ikke er oppdatert." I så fall bør den oppdateres eller eventuelt erstattes. Det er uheldig med overlappende retningslinjer med forskjellig innhold.

Endelig kan det nevnes at det fremgår av saksbehandlingsreglene til Helfo at sykehusene som har fristbrudd får anledning til å behandle pasienten også etter fristbruddet, dersom det innen en da gir HELFO tilbakemelding om at pasienten vil bli behandlet innen to uker fra HELFO tok kontakt. Etter pasientrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd har pasienten krav på behandling uten opphold ved fristbrudd. I kommentaren til bestemmelsen og i forarbeidene fremgår det at det er en forutsetning for at sykehuset skal kunne få behandle pasienten etter fristbruddet at de kan tilby behandling like raskt som en privat institusjon. Etter saksbehandlingsrutinene til HELFO undersøkes ikke subsidiære tilbud dersom sykehuset tilbyr behandling innen 14 dager. Saksbehandlingsrutinene synes ikke å være i samsvar med pasientrettighetsloven § 2-1 b.

I intervjuer fremkommer det at det mange savner bedre opplæring i bruk av de pasientadministrative systemene for å kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og å utnytte de muligheter som systemene gir for å sikre effektive arbeidsprosesser. Dette gjaldt både merkantilt personell, vurderingsansvarlige, behandlingsansvarlige og ledere på ulike nivåer. Avdelingene påpeker videre at Pasdoc er mer ressurskrevende å bruke i forhold til tidligere systemer og at konverteringen fra tidligere pasientadministrativt system har medført utfordringer. Det er også en utfordring knyttet til at Pasdoc og journalsystemet ikke er samkjørte, og det ikke er tilgang på tvers av datasystemene på grunn av ulike databaser.

4 Vedlegg

4.1 Dokumentoversikt

Dokumentasjon
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven).
Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven).
Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven).
Forskrift om prioritering av helsetjenesten, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd av 12. desember 2000 nr. 1208 (prioriteringsforskriften).
Forskrift om intern kontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002
Forskrift om ventelisteregistrering av 7. desember 2000
Sosial- og helsedirektoratet 2004: Rundskriv IS-12/2004: Lov om pasientrettigheter
Helsedirektoratet (2009): Rundskriv IS-10/2009: Ventelisterapportering til Norsk pasientregister
Helsedirektoratet (2010). Informasjon til pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten.
Helsedirektoratet (2010), Ventetider og pasientrettigheter 2010, Norsk Pasientregister.
Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene ang. fristbrudd, datert 20.09.2010
Brev fra Helse Sør-Øst til foretakene ang. fristbrudd, datert 22.08.2008 og 06.10.2010
Dokumentasjon på ansvars- og myndighetsfordeling knyttet til ventelisteføring og endring av ventelister i de utvalgte avdelingene
Korrespondanse i form av notater, e-post, referater, informasjonsskriv m.m. mellom medlemmer i foretaksledelsen, herunder de sentrale strategiske stabsavdelingene og de respektive avdelingene mht håndtering av ventelister, prioritering av pasienter og fristbruddpasienter. Tilsvarende for korrespondanse mellom klinikkledelsen og de utvalgte avdelingene
Korrespondanse i form av notater, e-post, referater, informasjonsskriv m.m. på avdelingene som er valgt ut
Referater fra oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og de respektive klinikker (som er valgt ut), og oppfølgingsmøter mellom klinikkledelse og avdelingsledelse i de utvalgte avdelinger
Dokumenter/referater fra fagmøter som gjelder temaene som omfattes av revisjonen (ventelister, prioriteringer, fristbrudd)
Rutiner og prosedyrer for oppdatering og endringer av ventelister ved OUS og ved de utvalgte avdelinger
Rutiner og prosedyrer for prioritering av enkeltpasienter i avdelingene som er valgt ut
Ventelister for foretaket som helhet og for de utvalgte klinikkene
Oversikt over pasienter med fristbrudd p.t
Avviksmeldinger i forhold til konsekvenser for fristbruddpasienter
Oversikt over pasientklager
Internrevisjonsrapporter som gjelder hvordan de utvalgte avdelingene planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer avdelingene sin virksomhet slik at pasienter sikres helsehjelp innen fastsatt frist
Oversikt over hvordan de utvalgte avdelingene planlegger og gjennomfører sin daglige aktivitet mht. ventelistebehandling og fristbrudd

4.2 Intervjuoversikt

Navn	Rolle	Avdeling
Olav Røise	Klinikkleder	Klinikk for kirurgi og nevrofag
Trine Sand Kaastad	Avdelingsleder	Ortopedisk avdeling
Hebe Kvernmo	Seksjonsoverlege	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Lars-Eldar Myrseth	Vurderingsansvarlig lege	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Gry Sælid	Ventelisteansvarlig	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Astrid Berge Olsen og Inger-Lise Pedersen	Ledere for merkantilt personell	Ortopedisk avdeling seksjon for o.ex
Kim Alexander Tønseth	Avdelingsleder	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Therese Bjark	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Kjartan Arctander	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Mette Berg og Stein Groth	Ventelisteansvarlige	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Anne Randi Hovie Attestog	Leder for merkantilt personell	Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
Sigbjørn Smeland	Klinikkleder	Kreft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
Kjell Tveit	Avdelingsleder	Avdeling for kreftbehandling
Ellen Schlichting	Seksjonsoverlege	Avdeling for kreftbehandling seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Ingvild Moberg	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for kreftbehandling seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Berit Trøgstad Bungum	Ventelisteansvarlig	Avdeling for kreftbehandling seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Kari Graue	Leder for merkantilt personell	Avdeling for kreftbehandling seksjon for bryst og endokrinkirurgi
Terje Rootwelt	Klinikkleder	Kvinne- og barneklubben
Erik Rokkones	Avdelingsleder	Avdeling for gynekologisk kreft
Gunnar Balle Kristensen	Seksjonsoverlege	Avdeling for gynekologisk kreft
Brynhildur Eyjófsdóttir	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for gynekologisk kreft
Svein Vossli	Vurderingsansvarlig lege	Avdeling for gynekologisk kreft
Mona Vinther Drivvoll	Ventelisteansvarlig	Avdeling for gynekologisk kreft
Marit Elise Lier	Leder for merkantilt personell	Avdeling for gynekologisk kreft
Ola Wüig	Tillitsvalgt	
Christian Grimsgaard	Tillitsvalgt	
Einar Hysing	Medisinsk direktør, systemeier kliniske systemer	Adm. direktørs stab
Roar Prydz	Seksjonsleder for risikostyring og internkontroll	Adm.direktørs stab
Bjørn Magne Hansen	Prosjektleder	Helse Sør-Øst
Berit Herlofsen	Spesialrådgiver	Helse Sør-Øst

4.3 Revisjonskriterier

4.3.1 Vurdering og registrering av pasienter på venteliste

Ventelisteforskriften § 3 inneholder bestemmelser om registrering av pasienter på venteliste. Pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling skal føres på venteliste. Motsetningsvis skal pasienten ikke registreres på venteliste før det er bestemt om pasienten skal tilbys undersøkelse eller behandling ved sykehuset/institusjonen (enheter som omfattes av forskriften).

Dersom en pasient ikke tilbys undersøkelse eller behandling ved institusjonen han er henvist til, skal henvisningen returneres umiddelbart. Pasienten vil da ikke på noe tidspunkt ha vært oppført på det avvisende sykehusets ventelister.

Pasienter som henvises til sykehuset og som blir tilbudt undersøkelse eller behandling skal registreres på ventelisten – med mottaksdato. Mottaksdato er den dagen sykehuset mottok henvisningen. Denne datoen er utgangspunktet for eventuelle frister som løper for undersøkelse og behandling. Dersom pasienten er henvist fra et annet sykehus, registreres ny mottaksdato. Mottaksdatoen som ble registrert ved sykehuset pasienten er henvist fra, registreres som ansiennitetsdato. Det er da ansiennitetsdato som er utgangspunktet for eventuelle frister.

Dersom mottaksdato – av en eller annen årsak – er ukjent, skal datoen for henvisningen brukes som mottaksdato.

Vurderingsdato skal også registreres.

Pasienter som trenger øyeblikkelig helsehjelp skal ikke registreres på venteliste.

Pasienter kan ikke stå på mer enn en venteliste.

Det skal fremgå av ventelisten om pasienten er en rettighetspasient eller en behovspasient. Både pasienter med rett til helsehjelp og pasienter med behov for helsehjelp føres altså opp på venteliste, men pasienter med rett til helsehjelp skal prioriteres. Dersom pasienten er en rettighetspasient, skal den rettslige fristen for undersøkelse eller behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd fremgå av ventelisten.

I alle tilfeller skal det fremgå om det søkes innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. Departementet har videre uttalt at det mener at det bør fremgå fra hvilket fagområde pasienten, etter spesialisthelsetjenestens vurdering, mest sannsynlig trenger helsehjelp.

Dersom en institusjon tilbyr samme behandling eller undersøkelse på flere forskjellige geografiske steder i institusjonen, skal det føres egne ventelister for hvert behandlingssted. (Bestemmelsen ble gitt i 2004 i tilknytning til strukturendringer som medførte at flere sykehus som tilbød samme behandling ble slått sammen, og hvor de tidligere behandlingstilbud ble opprettholdt på forskjellige geografiske steder. Det er dermed ikke gitt at et sykehus, som alltid har vært ett sykehus, som tilbyr samme behandling to forskjellige steder, men for eksempel under samme organisatoriske avdeling og med de samme ansatte, må føre to forskjellige ventelister.)

4.3.2 Oppdatering og anvendelse i samsvar med gjeldende rettsregler som regulerer venteliste-føring, samt føring gitt av eier (RHFet og HOD)

Ventelisteforskriften § 4 fastsetter at ventelistene til enhver tid skal være oppdatert og at pasienter som har stått på venteliste i seks måneder bør kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell. I dette ligger at sykehusene ikke bare løpende skal oppdatere ventelistene ettersom nye pasienter vurderes, utredes, behandles, m.v., men at sykehuset også i en grad skal følge opp ventelisten i seg selv.

4.3.3 Prioriteringer av enkeltpasienter internt i avdelingen og mellom avdelingene i OUS

Regelverket inneholder i liten grad regler om prioritering – eller rangering – mellom pasienter. Prioriteringsforskriften inneholder først og fremst bestemmelser om hvilke pasienter som skal prioriteres i den forstand at de har rett til nødvendig helsehjelp og en rettslig frist for behandling og hvilke pasienter som har behov for behandling, men som ikke skal prioriteres og som ikke skal ha rett til konkret rettslig bindende behandlingsfrist. Rettighetspasientene skal prioriteres foran behovspasientene.

Utgangspunktet er at retten til rettighetspasientene er ivaretatt så lenge de får behandling innen den rettslige frist som blir fastsatt. Utgangspunktet synes videre å være at rettighetspasientene skal behandles i den rekkefølgen som pasientenes behandlingsfrist tilsier – systemet tilsier at jo nærmere en kommer en pasients behandlingsfrist, jo mer prekært er behovet for behandling. Dette utgangspunktet er imidlertid ikke absolutt, og det kan være både praktiske og medisinske årsaker til at ventelisten med utgangspunkt i behandlingsfristen fravikes. For nærmere detaljer vises det til redegjørelsen for ventelister og prioritering mellom pasienter.

4.3.4 Krav til avdelingenes oversikt over ventelistene for å sikre en realistisk fristfastsettelse for pasienter/ pasientgrupper i avdelingen, foretaket, regionen og på landsbasis?

For rettighetspasienter skal behandlingsfristen utelukkende settes ut i fra en medisinsk vurdering.

4.3.5 Formålstjenlig fordeling og fastsettelse av frister mellom rettighetspasienter og behovspasienter, sett i forhold til alvorlighetsgrad og prioritering

Rettighetspasienter skal i utgangspunktet prioriteres foran behovspasienter. Behovspasienter skal som hovedregel ikke fortrenge rettighetspasienter.

4.3.6 Henvisning av pasienter/ pasientgrupper til OUS som ikke skulle vært henvist til OUS, eller som med fordel kunne vært henvist til andre HF

Pasientene har i utgangspunktet rett til fritt sykehusvalg. Sykehusene kan imidlertid avvise pasienter fra andre regioner og pasienter som allerede står på venteliste et annet sted. Muligheten til avvising av

pasienter fra andre regioner er imidlertid begrenset hvor sykehuset har en funksjon innen det aktuelle medisinske området utover egen region.

Det har også vært anført at sykehusene kan avvise pasienter fra egen region dersom sykehuset ikke har kapasitet til å behandle pasienten innen en eventuell rettslig behandlingstid som settes for rettighetspasienter. Foreliggende rettskilder synes imidlertid ikke å støtte en slik tolkning.

4.3.7 Internkontroll

Spesialisthelsetjenesten er gjennom forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731 pålagt å gjennomføre internkontroll, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 første ledd.

Tilsynsloven § 3 første ledd uavhengig av om virksomheten drives med eller uten avtale med det offentlige.

I rundskrivets kapittel 3 redegjøres det nærmere for innholdet i de ovennevnte punktene i internkontrollforskriften. Innledningsvis påpekes det at internkontrollforskriften først og fremst fastsetter hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta, ikke hvordan dette skal gjøres.

4.3.7 § 4 – Innholdet i internkontrollen⁴

De virksomhetene denne forskriften omfatter, er svært ulike med hensyn til oppgaver, organisering, ledelse og størrelse. Det finnes mange alternative måter å organisere og styre virksomhet og arbeidsprosesser på. Forskriften fastsetter ikke en detaljert standard for hvordan internkontrollen i den enkelte virksomhet skal se ut, men beskriver hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta. Virksomhetene stilles langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak internkontrollen skal omfatte.

Det er likevel noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. Dette framgår av forskriften § 4 bokstav a) til h), der det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det
 - a. er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivning,

⁴ Rundskriv IS-1183, kapittel 3

- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

Vektleggingen av de ulike elementene vil variere avhengig av virksomhetens karakter, jf. § 4, første ledd. Nedenfor utdypes disse punktene og eksempler på tiltak og dokumentasjon blir gitt.

4.3.8 Revisjonskriterier - håndtering og prioritering av pasienter i tilfeller hvor det er åpenbart at det vil skje fristbrudd

4.3.8.1 Informasjon til pasientene, hvor det er åpenbart at fristbrudd vil skje

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt seg om spørsmålet i et brev som bl.a. ble sendt til de Regionale Helseforetakene og oversendt fra Helse Sør-Øst til helseforetakene 6. oktober 2010.

Brevet inneholder et avsnitt med overskriften "Nærmere om kravet til informasjon". Avsnittet inneholder først flere henvisninger til pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, samt forarbeider, uten at det tilføyes noen selvstendig vurdering.

Deretter foretar departementet en presiserende fortolkning. Departementet uttaler at spesialisthelsetjenesten må vurdere om den informasjon som er gitt er tilstrekkelig til at pasienten har forstått innholdet.

Videre gir departementet uttrykk for at det generelle informasjonsskrivet som skal deles ut i tilknytning til fastsetting av den individuelle fristen for rettighetspasienter ikke vil være tilstrekkelig informasjon når helseforetaket ser at fristen ikke vil bli holdt. Departementet viser i den forbindelse både til reglene om informasjon i pasientrettighetsloven, m.v., men også til prinsippet om forsvarlig behandling.

Departementet knytter helseforetakets ansvar for behandling innen fristen sammen med plikten til å gi informasjon og uttaler at helseforetaket først må forsøke å skaffe et tilbud innen fristen og dersom dette ikke er mulig, skal pasienten straks informeres om dette. Videre må pasienten informeres om hvilken betydning den manglende behandlingen har for pasientens helse og pasienten må igjen informeres om sine rettigheter.

4.3.9 Håndtering og prioritering av pasienter hvor fristbrudd har skjedd

4.3.9.1 Pasienter med konstatert fristbrudd

Sykehuset har det primære ansvaret for pasienten også etter fristbruddet. Dersom sykehuset etter fristbruddet kan tilby pasienten behandling like raskt som et subsidiært privat tilbud, har sykehuset i utgangspunktet anledning til dette. Det er ikke gitt konkrete regler som fastsetter hvordan sykehusene skal håndtere pasienter etter at fristbrudd har skjedd.

Hvordan sykehusene skal håndtere disse pasientene må utledes av generelle prinsipper og overordnede regler eller tilgrensende regler – for eksempel, som nevnt, det forhold at sykehuset fortsatt har det primære ansvaret for pasienten, hensynet til forsvarlig behandling og pasientens rett til informasjon. Se beskrivelsen av departementets uttalelse om pasientens rett til informasjon ovenfor, samt redegjørelsen for rettighetspasienters rett til informasjon.

4.3.10 Pasienter (rettighets- og behovspasienter) som står på venteliste og hvor det er registrert fristbrudd, håndtering tilbud om evt. annet behandlingssted mm?

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt seg om spørsmålet i et brev som bl.a. ble sendt til de Regionale Helseforetakene og oversendt fra Helse Sør-Øst til helseforetakene 6. oktober 2010.

Brevet inneholder et avsnitt med overskriften "Nærmere om kravet til informasjon". Avsnittet inneholder først flere henvisninger til pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, samt forarbeider, uten at det tilføyes noen selvstendig vurdering.

Deretter foretar departementet en presiserende fortolkning. Departementet uttaler at spesialisthelsetjenesten må vurdere om den informasjon som er gitt er tilstrekkelig til at pasienten har forstått innholdet.

Videre gir departementet uttrykk for at det generelle informasjonsskrivet som skal deles ut i tilknytning til fastsetting av den individuelle fristen for rettighetspasienter ikke vil være tilstrekkelig informasjon når helseforetaket ser at fristen ikke vil bli holdt. Departementet viser i den forbindelse både til reglene om informasjon i pasientrettighetsloven, m.v., men også til prinsippet om forsvarlig behandling.

Departementet knytter helseforetakets ansvar for behandling innen fristen sammen med plikten til å gi informasjon og uttaler at helseforetaket først må forsøke å skaffe et tilbud innen fristen og dersom dette ikke er mulig, skal pasienten straks informeres om dette. Videre må pasienten informeres om hvilken betydning den manglende behandlingen har for pasientens helse og pasienten må igjen informeres om sine rettigheter.

Se for øvrig redegjørelsen for rettighetspasienters rett til informasjon.

Sykehuset har det primære ansvaret for pasienten også etter at fristbruddet. Dersom sykehuset etter fristbruddet kan tilby pasienten behandling like raskt som et subsidiært privat tilbud, har sykehuset i utgangspunktet anledning til dette. Det er ikke gitt konkrete regler som fastsetter hvordan sykehusene skal håndtere pasienter etter at fristbrudd har skjedd. Hvordan sykehusene skal håndtere disse pasientene må utledes av generelle prinsipper og overordnede regler eller tilgrensende regler – for eksempel, som nevnt, det forhold at sykehuset fortsatt har det primære ansvaret for pasienten, hensynet til forsvarlig behandling og pasientens rett til informasjon.

4.3.11 Pasienter (rettighets- og behovspasienter) som står på venteliste og hvor det er registrert fristbrudd, håndtering tilbud om evt. annet behandlingssted mm?

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt seg om spørsmålet i et brev som bl.a. ble sendt til de Regionale Helseforetakene og oversendt fra Helse Sør-Øst til helseforetakene 6. oktober 2010.

Brevet inneholder et avsnitt med overskriften "Nærmere om kravet til informasjon". Avsnittet inneholder først flere henvisninger til pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, samt forarbeider, uten at det tilføyes noen selvstendig vurdering.

Deretter foretar departementet en presiserende fortolkning. Departementet uttaler at spesialisthelsetjenesten må vurdere om den informasjon som er gitt er tilstrekkelig til at pasienten har forstått innholdet.

Videre gir departementet uttrykk for at det generelle informasjonsskrivet som skal deles ut i tilknytning til fastsetting av den individuelle fristen for rettighetspasienter ikke vil være tilstrekkelig informasjon når helseforetaket ser at fristen ikke vil bli holdt. Departementet viser i den forbindelse både til reglene om informasjon i pasientrettighetsloven, m.v., men også til prinsippet om forsvarlig behandling.

Departementet knytter helseforetakets ansvar for behandling innen fristen sammen med plikten til å gi informasjon og uttaler at helseforetaket først må forsøke å skaffe et tilbud innen fristen og dersom dette ikke er mulig, skal pasienten straks informeres om dette. Videre må pasienten informeres om hvilken betydning den manglende behandlingen har for pasientens helse og pasienten må igjen informeres om sine rettigheter.

Sykehuset har det primære ansvaret for pasienten også etter at fristbruddet. Dersom sykehuset etter fristbruddet kan tilby pasienten behandling like raskt som et subsidiært privat tilbud, har sykehuset i utgangspunktet anledning til dette. Det er ikke gitt konkrete regler som fastsetter hvordan sykehusene skal håndtere pasienter etter at fristbrudd har skjedd. Hvordan sykehusene skal håndtere disse pasientene må utledes av generelle prinsipper og overordnede regler eller tilgrensende regler – for eksempel, som nevnt, det forhold at sykehuset fortsatt har det primære ansvaret for pasienten, hensynet til forsvarlig behandling og pasientens rett til informasjon. Se beskrivelsen av departementets uttalelse om pasientens rett til informasjon ovenfor, samt redegjørelsen for rettighetspasienters rett til informasjon.

4.3.12 Konsekvenser knyttet til fristbrudd for den enkelte pasient mht medisinsk forsvarlighet

Behandlingsfristen skal for rettighetspasienters vedkommende settes med en margin slik at behandlingen ikke er uforsvarlig i det behandlingsfristen utløper. Behandlingsfristen skal settes slik at det vil være tid til å skaffe alternativ behandling før uforsvarlighet inntreffer.

4.4 Gjennomgåtte rutiner nivå 1 OUS

Oversikt over gjennomgåtte dokumenter

Nr.	Dokumentnavn	Dokumenttype	Dato	Sentralt innhold
1	Ventelisteadministrering	Retningslinje	12.10.10	<p>Dokumentet inneholder overordnede retningslinjer for administrasjon av ventelister. Formålet er å sikre at ventelister blir håndtert korrekt og praktiseres likt ved alle avdelinger. Ansvar og oppgaver fordels mellom klinikkleder, medisinsk ansvarlig i avdeling og annet personell som håndterer ventelister.</p> <p>Dokumentet lister opp syv punkter som personell med delegert ansvar for ventelisteføring/oppfølging skal sjekke daglig. Sjekklisten dekker sentrale forhold for å sikre riktig behandling av pasienter i forløp og angir hvordan rettighetspasienter skal følges opp/håndteres for å sikre riktig ventelisteforløp.</p> <p>Vedlagt dokumentet følger et skjema for "Egenkontroll ventelisteføring/håndtering".</p>
2	Uønskede hendelser og risikoforhold – registrering og analyse av avvik	Prosedyre	-	<p>Ansattes registrering av uønskede hendelser og ledes årsaksanalyse og forbedringstiltak. Manglende oppfyllelse av pasientrettigheter er et av flere forhold som er angitt som registreringspliktig.</p>
3	Saksbehandling ved HELFO pasientformidling	Rutine (for HELFO)	1.10. -	<p>HELFOs retningslinjer for saksbehandlingen – til informasjon for ansatte OUS.</p>
4	Kontaktpersoner knyttet til henvendelser fra HELFO	Skjema	12.09.11	<p>Skjema for kvinne og barneklubben med kontaktpersoner for HELFO.</p>
5	Mål for kvalitetsarbeid 2012, Kvinne – og barneklubben	Avtale	17.03.12	<p>Dokumentet inneholder statistikk om ventetider, pasientforløp, m.v., rapport og mål for kunnskapsutvikling og god praksis, mobilisering av medarbeidere og ledere, avvikshåndtering og forbedringsarbeid. Informasjon om egenrevisjon og tilsyn. Risikostyring og brukererfaring.</p>
6	Funksjonsansvar for personell som håndterer ventelister på enhetsnivå	Stillingsbeskrivelse	09.11.11	<p>Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for personell som håndterer ventelister på enhetsnivå.</p>
7	Funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlig på avdelingsnivå	Stillingsbeskrivelse	28.11.11	<p>Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for ventelisteansvarlig på avdelingsnivå.</p>
8	Funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlig på klinikknivå	Stillingsbeskrivelse	06.02.12	<p>Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for ventelisteansvarlig på klinikknivå.</p>
9	Funksjonsbeskrivelse: Kontaktperson for ventelister og fristbrudd i sentral stab	Stillingsbeskrivelse	09.11.11	<p>Dokumentet inneholder angivelse av rutiner, oppgaver, ansvarsområder og kvalifikasjons- og kompetansekrav for kontaktperson for ventelister og fristbrudd i sentral stab</p>
10	Nettverk for henvisninger, ventelister og fristbrudd	Mandat	09.03.11	<p>Nettverket er sykehusets overordnede nettverk i forhold henvisninger, ventelister og fristbrudd. Dokumentet inneholder beskrivelse av nettverkets sammensetning og oppgaver.</p>
11	Ventelistenettverk KVB	Mandat	11.01.11	<p>Nettverk for overvåkning av</p>

				ventelistebehandling i alle avdelinger i Kvinne- og barneklivnikken. Dokumentet inneholder beskrivelse av nettverkets oppgaver.
12	Mottak av henvisninger til Avdeling for bryst- og endokrinkrinkirurgi	Retningslinje	29.03.12	Rutiner og ansvarsfordeling for praktisk behandling av henvisninger til Avdeling for bryst- og endokrinkrinkirurgi. (def. av ansiennitetsdato upresis/feil)
13	Kontroll av pasientaktivitet	Retningslinje	15.03.12	Ansvar og fremgangsmåte for kontroll av pasientaktivitet ved Avdeling for bryst- og endokrinkrinkirurgi.
14	Registrering av pasient i pasientadministrativt system	Prosedyre	26.01.12	Dokumentet angir ansvar for at prosedyre følges og fremgangsmåten ved registrering av pasient ved i pasientadministrativt system.
15	Start av helsehjelp – avslutte ventetid	Prosedyre	07.03.12	Dokumentet fordeler ansvar for at prosedyren er i tråd med regelverket, ansvar for forholdene i klinikken er slik at prosedyrer følges, ansvar for informasjon og opplæring av ansatte og ansvar for at prosedyre blir fulgt i den enkelte klinikk. Videre angis hovedlinjene for når behandling er startet/ventetid avsluttet.
16	Mottak og vurdering av eksterne henvisninger	Prosedyre	12.10.10	Prosedyre for alle som behandler eksterne henvisninger. Fastsetter ansvar og retningslinjer for fremgangsmåte ved mottak av eksterne henvisninger.
17	Fristbrudd – forebygging og håndtering	Instruks	06.02.12	Instruks for forebygging og håndtering av fristbrudd. Fullstendig ansvarsoversikt og beskrivelse av fremgangsmåte ved fare for fristbrudd og ved fristbrudd.

