

# Individuelle behandlingsfrister i Midt-Norge

Arbeidsgruppens rapport

*Stjørdal 23. mai 2003*

# Innhold

Behandlingsfrister i Midt-Norge.....	1
Ordnningen i hovedtrekk.....	1
Forholdet til lover og forskrifter.....	2
Hvilke pasienter skal henvises videre? – Prioritering av pasienter.....	3
Hva er rimelig ventetid?.....	3
Hvordan skaffe plass til pasienter som må viderehenvises.....	4
Hvordan skal ordningen følges opp?.....	5
Sluttord.....	6
Normalprosedyre –kortversjon.....	7

## Vedlegg:

Veiledende normalprosedyre

Flytskjema finnes på Helse Midt-Norges hjemmeside

# Behandlingsfrister i Midt-Norge

30. januar 2003 vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF at det fra 1. september 2003 skal innføres en ordning med individuelle behandlingsfrister ved helseforetakene i Midt-Norge. Hensikten med ordningen er å sikre at alle pasienter får behandling innen rimelig tid, og at de samtidig skal få den trygghet en pålitelig og rimelig kort tidsfrist kan gi.

Ordningens praktiske utforming er utarbeidet av en arbeidsgruppe som har hatt følgende sammensetning:

*Helsefaglig rådgiver Øivind Stenvik, Helse Nord-Trøndelag HF (leder)*  
*Sjeflege Ola Bergslien, St. Olavs Hospital HF*  
*Avdelingssjef Inger Williams, Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF*  
*Avdelingssjef Trygve Aune, Helse Nordmøre og Romsdal HF*  
*Avdelingsoverlege Egil Nordahl, Helse Sunnmøre HF*  
*Seksjonsleder Marit Egtvedt, St. Olavs Hospital HF*  
*Brukerrepresentant Arild Hovdal, Regionalt brukerutvalg*  
*Rådgiver Einar Vandvik, Helse Midt-Norge RHF*  
*Rådgiver Harald Buhaug, Helse Midt-Norge RHF*

Helse Midt-Norge RHF har sluttet seg til arbeidsgruppens forslag, som presenteres i det følgende.

## Ordningen i hovedtrekk

Når en pasient blir henvist til et sykehus i Midt-Norge, og sykehuset finner at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, skal det fastsettes en frist for når pasienten senest bør få den tjeneste det gjelder. Fristen skal fastsettes slik at pasienten unngår urimelig og unødvendig ventetid, og skal ikke i noe tilfelle overskride 12 mnd. For pasienter som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven, skal den frist som settes oppfylle de krav til forsvarlighet som er fastsatt i prioriteringsforskriften.

Når sykehuset har nok kapasitet til å tilby den ønskede tjeneste innen fristen, skal pasienten få tilbud om dette. Dersom pasienten aksepterer tilbudet, er sykehuset forpliktet til å gi pasienten den tjeneste det gjelder innen fristen.

Dersom sykehuset ikke kan tilby den ønskede tjeneste innen fristen, skal pasienten så snart som mulig informeres om dette. Når pasienten er bosatt i sykehusets eget opptaksområde, er imidlertid sykehuset forpliktet til å skaffe plass ved et annet sykehus, såfremt pasienten ønsker det. Pasienter som gjennom denne ordningen blir henvist videre til et annet sykehus, vil få reiseutgifter dekket etter de samme regler som om de hadde benyttet det sykehus de først ble henvist til.

Beskrivelsen ovenfor angir de normale hendelsesforløp. Det antas at de aller fleste pasienter vil få tilbud om behandling innen fristen ved det sykehus de primært ble henvist til, og at de aller fleste av de øvrige vil få og akseptere et tilbud om behandling ved et annet sykehus. Det kan imidlertid tenkes unntak fra dette, og rutiner for å håndtere slike unntak er beskrevet i den vedlagte normalprosedyre.

## Forholdet til lover og forskrifter

Behandling av henvisninger til spesialisthelsetjenesten, vurdering av henviste pasienter og føring av ventelister er regulert gjennom lover og forskrifter, spesielt pasientrettighetsloven, lov om spesialisthelsetjenesten, prioriteringsforskriften og ventelisteforskriften. Disse lovene med tilhørende forskrifter gjelder fortsatt fullt ut, og forutsettes fulgt. Ordningen med individuelle behandlingsfrister er et hjelpemiddel som Helse Midt-Norge tar i bruk for å sikre at pasientenes rettigheter blir ivaretatt, at lover og forskrifter blir overholdt, og ikke minst for at man skal kunne dokumentere at dette skjer.

Det forutsettes at de nevnte lover og forskrifter er vel kjent. Her skal vi bare kommentere kort enkelte forhold som kan skape uklarheter i forbindelse med den nye ordningen. Det første gjelder retten til nødvendig helsehjelp, som er fastsatt i Lov om pasientrettigheter §2-1. Vurderingen av hvorvidt en henvist pasient skal innvilges rett til nødvendig helsehjelp, skal skje i henhold til de samme kriterier som tidligere. I praksis viser det seg at den andel av pasientene som gis slik rett varierer en god del både fra fagområde til fagområde og fra avdeling til avdeling innen samme fagområde. Mye avhenger av den enkelte leges faglige vurdering. På kort sikt er det vanskelig å endre på dette. Ordning med individuelle behandlingsfrister er utformet slik at tilfeldige ulikheter i vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp ikke skal få urimelige konsekvenser for pasientene.

Etter prioriteringsforskriften (§3.3) skal det fastsettes en frist for nødvendig helsehjelp. Denne fristen omtales ofte som "behandlingsfrist" eller "kritisk dato", og skal fastsettes under hensyn til hvor lenge det er medisinsk forsvarlig å la pasienten vente. Også dette blir ofte et subjektivt skjøn. Mange pasienter kan dessuten vente svært lenge uten at dette i seg selv er medisinsk uforsvarlig. En frist som ene og alene blir fastsatt ut fra hensynet til medisinsk forsvarlighet, kan derfor bli urimelig lang.

Sammenlignet med fristen for nødvendig helsehjelp som omtales i prioriteringsforskriften, avviker den individuelle behandlingsfrist som skal innføres i Midt-Norge på tre måter. For det første skal alle pasienter som gis tilbud og føres på venteliste, få en slik frist. Dernest skal fristen fastsettes slik at den er "rimelig", det vil si at den i mange tilfeller kan bli vesentlig kortere enn det medisinsk forsvarlighet krever. Endelig vil det i mange tilfeller bli snakk om to frister – en utredningsfrist og en behandlingsfrist.

På det tidspunkt henvisningen vurderes kan det være uklart hva som feiler pasienten. Når det i første omgang er nødvendig med en nærmere utredning, skal det fastsettes en utredningsfrist. Utredningen vil i mange tilfeller konkludere med at pasienten må behandles. Da skal det fastsettes en behandlingsfrist. Selv om behandlingsfristen i slike tilfeller kan bli fastsatt lang tid etter at sykehuset mottok henvisningen, skal pasientens ventetid på behandling regnes fra den dato sykehuset mottok henvisningen. Ventetiden må ligge innenfor den fastsatte maksimumsgrense på 12 mnd.

Såfremt det ut fra henvisningen, og den tilleggsinformasjon som eventuelt blir innhentet i forbindelse med den medisinske vurdering av henvisningen, er klart at pasienten skal behandles, skal det straks fastsettes en behandlingsfrist. Det vil si et tidspunkt for når behandlingen senest skal starte. I slike tilfeller er det ikke behov for noen utredningsfrist. Dette gjelder også i tilfeller hvor det er nødvendig å kalle inn pasienten til undersøkelse på forhånd for å planlegge behandlingen.

## Hvilke pasienter skal henvises videre? – Prioritering av pasienter

Prioritering av pasienter skal skje i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Ordningen med behandlingsfrister innebærer imidlertid en ny utfordring, fordi sykehusene nå kan komme i den situasjon at de må henvise pasienter videre i stedet for å sette dem på egen venteliste. Helse Midt-Norge har ansvar for at regionens befolkning har tilgang til nødvendige spesialist-tjenester, enten ved egne helseforetak eller gjennom avtaler med andre tjenesteytere. Det enkelte helseforetak og sykehus er gjennom lov om pasientrettigheter pålagt å vurdere alle henviste pasienter, men forpliktelsen til å tilby videre utredning og behandling begrenses av den tilgjengelige kapasitet ved det enkelte sykehus. Det forventes at sykehuset tilbyr henviste pasienter den spesialisthjelp de trenger så langt kapasiteten rekker, og at pasienter fra det opptaksområde sykehuset er tillagt i regional helseplan prioriteres foran pasienter fra andre områder.

Når kapasitetsgrensen i et sykehus er nådd, dvs. når ventetidene er i ferd med å bli for lange, må sykehuset regulere pasienttilgangen i det omfang som er nødvendig for å holde ventetidene på et akseptabelt nivå. Nyhenviste pasienter som er bosatt i sykehusets opptaksområde og som sykehuset ikke har kapasitet til å gi et tilbud, må få tilbud ved et annet sykehus innen behandlingsfristen.

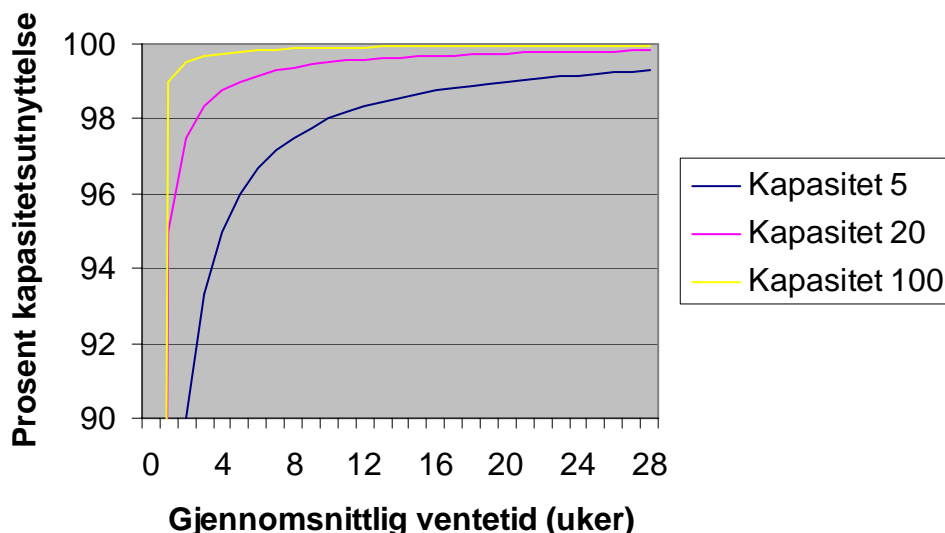
For enkelte pasienter vil det ha liten eller ingen betydning at de ikke får tilbud om plass ved det sykehus de primært ble henvist til, såfremt de i stedet får tilbud innen rimelig tid ved et annet sykehus. For andre kan det imidlertid være en betydelig ulempe; dette kan bl.a. gjelde enkelte tilårskomne pasienter og pasienter med svekket helse eller funksjonshemming. Når et sykehus må henvise pasienter videre, bør det så vidt mulig velge de pasienter som lettest vil kunne benytte alternative tilbud.

Hvor lett eller vanskelig det vil være å skaffe et alternativt tilbud, kan variere fra tilfelle til tilfelle. Så sant det er mulig, må sykehuset prioritere å gi behandling til de pasienter som det vil være vanskelig å finne alternativ plass til, for eksempel fordi fristen er kort, og spesielt prioritere de som er bosatt i sykehusets eget opptaksområde.

## Hva er rimelig ventetid?

Ventelistene representerer en kø av pasienter som venter på undersøkelse eller behandling. Køen oppstår fordi antall nyhenvisninger varierer mer eller mindre tilfeldig; antall nyhenviste per uke er ofte større enn hva sykehuset har kapasitet til å behandle i løpet av en uke. Dersom kapasiteten skulle dimensjoneres så høyt at sykehuset kunne ta alle henvisningstopper uten forsinkelser, og dermed unngå kø, ville man i uker med et normalt eller lavt antall nyhenviste ha betydelig overkapasitet; kapasitetsutnyttelsen og sykehusets effektivitet ville da bli uakseptabelt lav.

I et køsystem er det en nær sammenheng mellom kapasitetsutnyttelse og gjennomsnittlig ventetid. Så lenge kapasitetsutnyttelsen er under 100 prosent, kan kapasitetsutnyttelsen økes dersom man er villig til å godta lengre ventetider. Dette er illustrert i figur 1.



Figur 1. Sammenheng mellom gjennomsnittlig ventetid og kapasitetsutnyttelse i tre avdelinger med kapasitet tilsvarende hhv. 5, 20 og 100 pasienter per uke.

Kurvene er beregnet ut fra en enkel kømodell som kan benyttes til å studere sykehuskøer. Vi ser at kapasitetsutnyttelsen i alle avdelinger er 90 prosent eller mer allerede ved en gjennomsnittlig ventetid på 2 uker, og at den kan økes betydelig dersom vi aksepterer ventetider på 8-12 uker. En gjennomsnittlig ventetid på 12 uker tilsvarer hhv. 98,3, 99,6 og 99,9 prosent kapasitetsutnyttelse – i praksis er dette full kapasitetsutnyttelse. Lengre ventetider medfører betydelige ulemper og gir ingen nevneverdig kapasitetsgevinst.

I praksis vil antall pasienter på venteliste og gjennomsnittlige ventetider variere over tid; i enkelte perioder vil de ligge høyere og i andre perioder lavere enn gjennomsnittsverdiene som figuren viser. I tillegg vil det også være variasjoner over året på grunn av sesongvariasjoner i sykdomsforekomst, og på grunn av ferieavvikling og høytider. Dette kan føre til noen få uker ekstra ventetid i de ugunstigste perioder av året. Vi legger her til grunn at den gjennomsnittlige ventetid ikke bør overstige 8-12 uker. Dette gir akseptable ventetider, høy kapasitetsutnyttelse og tilstrekkelig tid til planlegging og forberedelse av pasientinntaket.

Figuren illustrerer at store avdelinger kombinerer høy kapasitetsutnyttelse og kort gjennomsnittlig ventetid – i avdelingen med kapasitet for 100 pasienter per uke tilsvarer 99 prosent kapasitetsutnyttelse en gjennomsnittlig ventetid på én uke. Dette er en stordriftsfordel som ofte blir benyttet som argument for sentralisering av virksomheter til få og store enheter. Gjennom ordningen med individuelle behandlingsfrister vil Helse Midt-Norge oppnå langt på veg de samme fordeler – for å unngå at ventetidene i den enkelte avdeling skal bli for lange, vil man spille på den samlede kapasitet både i de midtnorske helseforetak, de private sykehus og helseforetakene i de øvrige regioner. Dersom avdelingene i Midt-Norge benytter ordningen aktivt, vil de kunne holde ventetidene nede på et akseptabelt nivå og samtidig oppnå høy kapasitetsutnyttelse.

## Hvordan skaffe plass til pasienter som må viderehenvises?

Helse Midt-Norge har ansvar for at pasienter fra Midt-Norge får tilbud om spesialisttjeneste når de trenger det. Ansvar for å skaffe alternativ plass når en pasient ikke kan få plass ved den avdeling hun eller han er henvist til, legges til det aktuelle helseforetak. Helse Midt-

Norge vil etablere en informasjons- og veiledningstjeneste som skal hjelpe helseforetakene med å finne frem til sykehus som kan ta imot pasienter fra de avdelinger som må henvise pasienter videre. Denne tjenesten legges i tilknytning til regionens pasientinformasjonstjeneste (grønt nummer), og skal aktivt søke å identifisere sykehus som kan tilby behandling og informere helseforetakene i Midt-Norge om de muligheter som foreligger.

Avdelinger som regelmessig har behov for å videreformidle pasienter, må aktivt søke å etablere samarbeid med avdelinger i andre sykehus som kan ta imot pasienter, og så vidt mulig etablere faste samarbeidsrelasjoner med disse. Den nye informasjons- og veiledningstjenesten vil være behjelpelig i dette arbeidet.

Avdelinger som bare sporadisk har behov for å finne alternative behandlingstilbud, vil også få hjelp fra informasjons- og veiledningstjenesten til å finne aktuelle avtakere for pasienter som må henvises videre.

## Hvordan skal ordningen følges opp?

Helse Midt-Norge vil følge opp ordningen gjennom rapporter som tas ut fra venteliste-systemet. Følgende rapporter planlegges:

- Rapporter som viser hvilke utredningsfrister og behandlingsfrister som blir gitt av de enkelte helseforetak, sykehus og avdelinger. Hensikten er bl.a. at man skal kunne sammenligne de enkelte enheter innbyrdes med hensyn til de tidsfrister som blir satt.
- Rapporter som viser hvor godt fristene samsvarer med de faktiske ventetider ved de enkelte helseforetak, sykehus og avdelinger, og spesielt i hvilken grad fristene blir overholdt. Hensikten er bl.a. at man skal kunne kontrollere at ordningen med frister blir fulgt, og at man skal kunne identifisere enheter som krever særlig oppfølging og eventuelt korrigerende tiltak.
- Rapporter som viser hvilke og hvor mange pasienter som blir henvist videre fra de enkelte foretak, sykehus og avdelinger. Hensikten er at man skal kunne vurdere hvorvidt ordningen blir etterlevd, og at man skal få et realistisk bilde av kapasitetssituasjonen i de enkelte enheter.
- Rapporter som viser hvilke og hvor mange pasienter ved det enkelte sykehus som ikke ønsker å benytte den nye ordningen, men heller velger å stå på venteliste ut over den frist som er satt.

I tillegg vil de nåværende systemer for rapportering av ventelister og ventetider bli videreført.

Til sammen vil dette gi et godt bilde av hvordan ordningen fungerer – dette illustreres av følgende eksempler:

- Dersom en avdeling setter korte frister som overholdes, og viderehenviser relativt mange pasienter, indikerer det at avdelingen praktiserer ordningen fullt ut.
- Dersom en avdeling setter korte frister som alltid overholdes, og viderehenviser få eller ingen pasienter, er det en indikasjon på at avdelingen har god kapasitet.
- Dersom en avdeling setter lange frister som stadig overskrides, og viderehenviser få eller ingen pasienter, indikerer det at avdelingen ikke har tatt ordningen i bruk.

Erfaringer og resultater vil bli fulgt opp ledelsesmessig gjennom de ordinære kanaler, bl.a. de regionale direktørmøter.

I tillegg til de rapporter som er omtalt ovenfor, er det opp til det enkelte helseforetak å ta ut de rapporter det måtte finne hensiktsmessig.

## Sluttord

For at ordningen med individuelle frister skal kunne fungere godt, bør sykehusenes ventelister være på et akseptabelt nivå når ordningen trår i kraft 1. september. Helse Midt-Norge har tatt dette opp med helseforetakene ved flere anledninger, og har søkt å legge til rette for at dette kan skje.

Gode rutiner og høy kvalitet i ventelisteføringen er en forutsetning for at den enkelte avdeling skal få ordningen med individuelle frister til å fungere godt, og for at ordningen skal kunne følges opp både på foretaksnivå og på regionalt nivå. Ordningen med individuelle frister medfører noen mindre endringer i ventelisteføringen. Helse Midt-Norge arrangerer et kurs i ventelisteføring, med vekt på de nye endringene, 13. juni. Helseforetakene i Midt-Norge er invitert til å sende deltakere til dette kurset. Tanken er at de som deltar fra det enkelte foretak eller sykehus i løpet av sommeren skal iverksette intern opplæring i eget sykehus/foretak, slik at alle som driver ventelisteføring er godt forberedt når nyordningen trår i kraft 1. september.

Ordningen med individuelle frister stiller sykehusene overfor nye utfordringer, og i løpet av høsten vil både helseforetakene og Helse Midt-Norge vinne sine første erfaringer med den nye ordningen. Det planlegges et seminar i desember med sikte på en foreløpig evaluering, og for å oppsummere og utveksle erfaringen.

Ordningen med individuelle frister, slik den er beskrevet ovenfor, omfatter bare tiltak som kan iverksettes fra 1. september 2003. I tillegg har arbeidsgruppen drøftet en rekke andre forhold som har betydning for kvalitet og effektivitet både i vurderingen av henvisninger, styring av pasientstrømmer og behandling av pasienter, men hvor planlegging og gjennomføring av tiltak vil kreve lengre tid enn det man her har hatt til rådighet. Arbeidsgruppen vil ta dette opp med Helse Midt-Norge gjennom et eget skriv.

# Normalprosedyren – kortversjon

## 1. Rett pasient til rett sted og rett tid.

Er grunnlaget for henvisning til spesialisttjeneste til stede ?

## 2. Rett informasjon på rett sted til rett tid.

Er foreliggende informasjon tilstrekkelig ? Må det innhentes tilleggsinformasjon ?

## 3. Henvisningsadresse i sykehus/helseforetak.

Henvisningen adresseres til avdelingsenhet/funksjon, og ikke til enkeltpersoner.

All post åpnes i ekspedisjonene for de enkelte avdelinger/funksjoner

## 4. Registrering av ansiennitetsdato.

Mottaksdato for henvisning er også pasientens ansiennitetsdato, og denne skal gjelde gjennom hele omsorgsperioden (også ved viderehenvisning).

## 5. Vurdering av henvisningen.

Legens vurdering følger de retningslinjer som er beskrevet i Pasientrettighetslovens § 2 og Forskrift om ventelisteregistrering. Vurderingen skal være oppfylt innen 30 virkedager, selv om det er behov for å innhente tilleggsinformasjon. Normal tid for vurdering bør være 2-3 dager etter mottak.

Saksbehandlingen innbefatter

- retten til nødvendig helsehjelp
- prioritet
- fastsettelse av individuell utredningsfrist eller behandlingsfrist. Behandlingsfristen har maksimalgrense 1 år. Anbefalt maksimal utredningsfrist er 3 måneder (innenfor 12-månedersgrensen)
- klargjøring av hvilke utrednings-og behandlingstiltak som vil være aktuelle
- datering og signering fra saksbehandlende lege

## 6. Rett til vurdering, organisering av saksbehandlingsrutiner.

Avdelingsledelsen har ansvar for å organisere saksbehandlingen av henvisninger slik at vurdering gjøres fortløpende, og normalt gjennomføres i løpet av 2-3 dager etter mottak. Unntak skal bare gjelde de tilfelle hvor det er nødvendig å innhente tilleggsinformasjon. Helse Midt-Norge RHF innfører løpende registrering av svartider, som et kvalitetsmål (jfr. vurderingsfristen).

## 7. Oppfølging av saksbehandlende leges vurdering.

Merkantilt personell/ansvarlig driftsplanlegger foretar en vurdering av kapasitets-og ventelistesituasjonen, sett i forhold til den individuelle frist som er satt fra saksbehandlende lege.

Vurderingen kan gi 3 konklusjoner:

- den utrednings-eller behandlingsfrist som er satt, lar seg oppfylle lokalt
- den utrednings-eller behandlingsfrist som er satt, ligger i grensesonen for lokale kapasitetsforhold (maksimalt 4 ukers differanse)
- den utrednings-eller behandlingsfrist som er satt, faller vesentlig utenom de rammer som følger av lokale kapasitetsforhold

For detaljer i oppfølgingen av den enkelte henvisning, vises det til hoveddokumentet.

For hvert helseforetak utarbeides brevrutiner, som skal oppfylle minstekrav til den informasjon som er nødvendig for at pasienten skal få ivaretatt sine rettigheter.

## 8. Viderehenvisning.

De enkelte helseforetak etablerer en formidlingstjeneste som sørger for å viderehenvise pasienter som ikke kan få oppfylt utrednings- og behandlingsfrister i lokalt helseforetak. Denne formidlingstjenesten har som oppgave

- å klarlegge hvilke alternative tjenestetilbud som foreligger, ut fra de gitte tidsfrister
- å videreformidle henvisning til den spesialisttjeneste som kan oppfylle fastsatt frist
- å sørge for nødvendig tilbakemelding til pasient, henvisende lege og primær mot-taksadresse for henvisningen (avdeling)
- å sørge for anonymisert rapportering til HMN (se hoveddokumentet, punkt 8.2 og 8.4)

Den lokale formidlingstjeneste støttes av en regional informasjons- og veiledningstjeneste tillagt Fritt sykehusvalg, Molde. Denne tjenesten tillegges følgende oppgaver:

- å hjelpe helseforetakene med å identifisere sykehus som kan ta i mot pasienter, ved behov for viderehenvisning
- aktivt søke å identifisere sykehus som kan tilby behandling, og informere helseforetakene i Midt-Norge om de muligheter som foreligger
- søke å etablere faste samarbeidsrelasjoner mellom spesialisttjenester som kan overta pasienter, og sykehus/helseforetak som regelmessig har behov for å viderehenvise pasienter

Det vises for øvrig til hoveddokumentets punkt 8.

## 9. Status i omsorg,- dataregistrering.

Det vises til de retningslinjer som er gjengitt i hoveddokumentet vedrørende

- definisjoner
- registrering av ulike typer utsettelse
- pasienter som ikke møter til avtalt dato
- rydding i ventelister

## 10. Rapportering av ventelistedata.

Det vises til de rapportkategorier som er beskrevet i hoveddokumentet.

## 11. Avvikshåndtering.

Gjennom registrering og rapportering som avdekker brudd på individuelle frister, muliggjøres en systematisk kartlegging og oppfølging av avvik ved praktiseringen av regelverket. På regionalt nivå anvendes de foretaksvisse avviksrapportene som en del av den samlede kvalitetsdokumentasjon.

## 12. Implementering.

Det utarbeides et undervisningsopplegg som en minimumspakke for alt personale som er ansvarlig for ventelisterregistrering og –rapportering.

De enkelte helseforetak setter av tid og ressurser for introduksjonsordninger, som sikrer at alle nytilsatte som involveres i ordningen, blir gitt undervisning.

Det gjennomføres årlige repetisjonskurs for å oppdatere kunnskapen om regelverket og den praktiske gjennomføring av registrerings-og rapporteringsrutinene

# VEDLEGG

# HELSE MIDT-NORGE RHF

130503

Individuelle behandlingsfrister i Helse Midt-Norge RHF - normalprosedyre.

## 1. Rett pasient til rett sted og rett tid.

Grunnlaget for henvisning av pasienter til spesialisttjenester (foretak/sykehus/andre spesialisttjenester) er

- behov for undersøkelse, behandling , rådgivning/undervisning eller rehabilitering ut over den kompetanse og de tjenester primærhelsetjenesten kan tilby
- behov for overføring av pasienter mellom institusjoner på spesialistnivå
- fritt sykehusvalg , - pasientens ønske
- second opinion, - pasientens ønske
- ivaretagelse av individuell behandlingsfrist , - pasientens ønske
- utjevning av forskjell i ventetid mellom sykehus , - pasientens ønske
- behov for utredning /vurdering på spesialistnivå i forhold til pasienters trydemessige, erstatningsmessige, utdannings-eller yrkesmessige interesser

## 2. Rett informasjon på rett sted til rett tid.

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal bygge på forannevnte begrunnelser.

Henvisende instans skal gi tilstrekkelig informasjon og definere aktuelle problemstillinger, slik at grunnlaget for vurdering av rettighet og prioritet er best mulig klargjort.

Henvisningen skal oppfylle fastlagte minstekrav til klinisk utredning og tilleggsundersøkelser (øyeblikkelig hjelp unntatt). Det skal foreligge informasjon om

- medisinskfaglige forhold (sykdomsdebut, utviklingstrekk, aktuelle symptomer og tegn)
- grader av funksjonstap, smerter eller andre plager
- relevante sosiale og trygdemessige forhold
- pasientens/pårørendes postadresse /telefonadresse (også arbeidssted og/eller mobiltelefon)

Ved overføring mellom sykehus/sykehusavdelinger skal skriftlig informasjon om diagnose, symptomatologi, resultat av supplerende undersøkelser og begrunnelse for overføringen som et minimum følge pasienten men helst foreligge før overføring skjer.

Overføring skal alltid være forhåndsavtalt ved medisinskfaglig ansvarlig lege.

Ved overføring fra et høyere til et lavere nivå mellom ansvarlige samarbeidsinstanser skal det også medføre skriftlige retningslinjer for videre behandling og oppfølging av pasienten.

## 3. Henvisningsadresse i sykehus/foretak .

Ved henvisning til sykehus/foretak skal henvisningen være adressert til avdelingsenhet/funksjon, og ikke til enkeltpersoner.

Selv om henvisninger skulle bli adressert til enkeltpersoner, skal all post åpnes i ekspedisjonene for de enkelte avdelinger/funksjoner, dersom posten kan inneholde pasientinformasjon. Det vil si at all post fra førstelinjetjenesten, spesialister eller andre sykehus ikke skal legges uregistrert i en posthylle, men åpnes, datostemples og registreres i det pasientadministrative system.

#### **4. Registrering av ansiennitetsdato .**

Ved registrering av henvisning fra førstelinjetjenesten er registrert mottaksdato også pasientens ansiennitetsdato , som skal gjelde gjennom hele omsorgsperioden frem til evt. behandlingsstart .

Dersom pasienten blir henvist videre til en annen avdeling eller et annet sykehus, skal opprinnelig ansiennitetsdato registreres sammen med aktuell mottaksdato ved neste avdeling / neste sykehus. Avdelinger som videresender en henvisning skal derfor sørge for at opprinnelig henvisning, eller mottaksdato for denne, følger med viderehenvisningen.

#### **5. Vurdering av henvisningen.**

Det personale som er ansvarlig for å åpne posten, daterer mottak av henvisningen og registrerer den i det pasientadministrative system. Henvisningen videresendes deretter til ansvarlig(e) lege( r ) for vurdering. Legens vurdering skal følge de retningslinjer som er beskrevet i Pasientrettighetslovens §2 (Rett til helsehjelp) og Forskrift om ventelisteregistrering. For å lette saksbehandlingen av henvisningen skal følgende opplysninger dokumenteres:

- fyller pas. vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp?
- hvilken individuell utrednings- eller behandlingsfrist skal gjelde?
- dato og saksbehandlende leges signatur

Ved behov for innhenting av tilleggsinformasjon skal dette påføres i fritekst. Legen påfører også som fritekst hvilke utrednings- eller behandlingstiltak som vil være aktuelle.

Ved evt. elektronisk overføring og saksbehandling av henvisninger må det utformes tilsvarende elektroniske saksbehandlingsrutiner.

Henvisninger hvor pasientens problemstillinger naturlig ikke hører inn under spesialisttjenestens oppgaver returneres, eventuelt vedlagt rådgivning. Hvis det er uklart hvorvidt pasientens problemstillinger hører inn under spesialisttjenestens arbeidsoppgaver, returneres henvisningen med påskrift om dette. Ventelisten avbestilles, med kode ”returnert”. Inntil ny henvisning foreligger, har henvisende lege det faglige ansvaret for pasienten.

Mottakende spesialavdeling har ansvar for å innhente nødvendig tilleggsinformasjon i de tilfeller hvor henvisningen inneholder definerte spesialistoppgaver, men hvor det for å avklare rettighetsstatus og prioritet er nødvendig å fremskaffe ytterligere opplysninger. Denne vurderingen skal likevel være oppfylt innen 30 virkedager (Pasientrettighetslovens § 2-2).

Legens saksbehandling skal innbefatte :

5.1 Retten til nødvendig helsehjelp som forplikter helsetjenesten til å gi den som søker hjelp de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett (Lov om pasientrettigheter, §2-1, og Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, §§ 2 og 3)

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp skal ikke fastsettes ut i fra lokale kapasitetsforhold. Pasienter som ikke får definert rett til helsehjelp, vil eksempelvis falle innenfor kategorier av plastisk/kirurgisk behandling med rent kosmetisk begrunnelse, eller andre inngrep på friske personer .

5.2 Fastsettelse av individuell utrednings- eller behandlingsfrist, angitt med dato innenfor en maksimalgrense på ett år . Fristen skal bygge på en individuell vurdering av prioritet/grad-er av hast , med utgangspunkt i de opplysninger som fremgår av henvisningen eller innhentet tilleggsinformasjon ,og skal ikke ta utgangspunkt i lokale kapasitetsforhold. Det

skal legges vesentlig vekt på henvisende leges beskrivelse av funksjonsproblemer, smerter og andre vesentlige forhold, i tillegg til medisinske vurderinger av forsvarlighet.

For pasienter som ikke oppfyller kriteriene for ”rett til nødvendig helsehjelp”, men som vil ha medisinsk nytte av behandling, skal det også fastsettes en individuell utrednings- og behandlingsfrist, angitt med dato innenfor maksimalgrensen på ett år. Disse pasienter skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

- 5.3. Vurdering av hvorvidt behandling kan besluttes iverksatt på grunnlag av de opplysninger henvisningen gir.
- 5.4. Dersom det er nødvendig å innkalle pasienten til en utredning, fastsettes primært en individuell utredningsfrist (start utredning) som bør være maksimalt 3 måneder regnet fra ansiennitetsdato.
- 5.5 Dersom det ved en utredning finnes indikasjon for å iverksette behandlingstiltak, fastsettes en individuell behandlingsfrist, som fortsatt bygger på ansiennitetsdato og en maksimalgrense på 12 måneder. Det skal da beskrives hvilke undersøkelser eller behandlingstiltak som vil være aktuelle, med kortfattet skriftlig redegjørelse for dette.

## **6. Rett til vurdering,- organisering av saksbehandlingsrutiner.**

- 6.1 Den enkelte avdelingsledelse er ansvarlig for å organisere saksbehandling av henvisninger slik at den normalt er gjennomført i løpet av 2-3 dager etter mottak. Dette betyr at vurdering av mottatte henvisninger skal være en tilnærmet daglig rutine i avdelingen. Unntak skal bare gjelde de tilfelle hvor det er nødvendig å innhente tilleggsinformasjon.
- 6.2 Store avdelinger med flere saksbehandlende leger må innføre ordninger som sikrer at det til en hver tid er kjent hvor henvisningen befinner seg.
- 6.3 Når legen har fullført sin vurdering, skal henvisningen omgående oversendes til merkantilt personell eller helsefaglig ansvarlig driftsplanlegger.
- 6.4 Rett til vurdering krever at pasienter som er henvist til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, regnet fra ansiennitetsdato (Pas.rettighetsloven, § 2-2).

## **7. Oppfølging av legens vurdering.**

Merkantilt personell eller helsefaglig ansvarlig driftsplanlegger som mottar henvisningen i retur fra saksbehandlende lege, foretar en vurdering av kapasitets- og ventelistesituasjonen for poliklinikk eller sengeavdeling sett i forhold til den individuelle frist som er satt for utredning eller behandling.

- 7.1. Forutsatt at den individuelle frist som er satt, lar seg ivareta innenfor de lokale kapasitetsforhold, settes pasienten på venteliste med de nødvendige opplysninger i PAS-systemet, herunder dato for individuell utrednings- eller behandlingsfrist. Denne kan ikke endres.
- 7.2. Dersom den individuelle frist som er satt, ligger i grensesonen for de lokale kapasitetsforhold, kontaktes saksbehandlende lege umiddelbart med beskjed om dette. Legen vurderer da forsvarlighet ved en eventuell forlengelse av fristen, maksimalt med 4 uker. Dersom en slik forlengelse vurderes som forsvarlig, korrigeres fristen, og pasienten settes på venteliste med de nødvendige opplysninger i PAS-systemet, herunder dato for individuell utrednings- eller behandlingsfrist. Denne kan ikke endres.
- 7.3. Dersom den individuelle frist som er satt faller utenom de rammer som følger av lokale kapasitetsforhold, kontaktes pasienten umiddelbart telefonisk med informasjon om dette.

Pasienter bosatt i sykehusets opptaksområde informeres om retten til å bli henvist videre til subsidiære spesialisttjenester. Det må også gies konkret informasjon om hvilke alternativ som foreligger. Det skal dokumenteres at slik informasjon er gitt.

- 7.4. Dersom pasienten ønsker slik viderehenvisning, dokumenteres dette ved skriftlig påtegning av et eget skjema, som sammen med henvisningen oversendes en formidlingstjeneste for subsidiære spesialisttjenester. Pasienten registreres i PAS-systemet som viderehenvist.
- 7.5. Dersom pasienten likevel ønsker å vente ut over fastsatt frist for lokal utredning eller behandling, må henvisningen på ny forelegges saksbehandlende spesialist, som revurderer den angitte frist. Denne revurdering kan gi 2 ulike konklusjoner:
- Forlengelse av frist for utredning/behandling vil ikke være forsvarlig. Pasienten gies da ny meddelelse om dette, og nytt tilbud om viderehenvisning. Dersom pasienten fastholder sitt ønske om å vente ut over fristen, sendes en skriftlig informasjon om sykehusets vurdering, vedlagt et enkelt formular hvor pasienten ved underskrivning bekrefter sitt ønske om å overskride fastsatt behandlingsfrist, og er innforstått med at utsettelse kan medføre skadelige konsekvenser. Kopi av den skriftlige informasjonen går til henvisende lege. I disse tilfelle fastsettes en ny frist (innenfor maksimalgrensen på 1 år). Dette er den frist som registreres i PAS-systemet når avdelingen har mottatt pasientens bekreftelse. Disse pasienter registreres i PAS-systemet som ”pasientbestemt utsettelse”.
  - Forlengelse av frist for utredning/behandling vil likevel anses å være forsvarlig, men nå mere basert på pasientens egen vurdering av sin totale situasjon, for eksempel basert på pasientens sterke ønske om å bli behandlet lokalt. Det fastsettes da en ny frist som meddeles pasient og henvisende lege i skriftlig form. Denne fristen registreres i PAS-systemet, og kan ikke endres.
- 7.6. Den absolutte maksimalgrense for behandling på 1 år skal ikke under noen omstendighet overskrides, forutsatt at det kan skaffes alternative behandlingstilbud innenfor denne tidsrammen. Pasienter som ønsker behandlingsfrist utsatt ut over denne tidsrammen, gies skriftlig informasjon om at deres omsorgsperiode avsluttes og at pasienten må ta kontakt med sin fastlege for å få fremsendt ny henvisning.
- 7.7. Ved vurdering av kapasitetsforholdene, og avklaring av om fastsatte frister kan oppfylles lokalt, i henhold til foranstående punkter 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 og 7.5, avslutter merkantilt personale registreringen i PAS-systemet med dokumentasjon av de frister som er akseptert, eller en registrering av at henvisning er videresendt. Det utformes svarbrev til pasient og henvisende lege. Disse brevrutiner skal oppfylle minstekrav til den informasjon som er nødvendig for at pasienten skal bli gjort kjent med sine rettigheter. Dato for utsendelse av brev registreres, som en kontroll på at vurderingsgarantien er overholdt.

## **8. Viderehenvisning.**

- 8.1. For pasienter som får fastsatt individuell frist, og hvor lokale kapasitetsforhold gjør det umulig å oppfylle behov for utredning eller behandling innen fristen, skal det dokumenteres at pasienten ønsker viderehenvisning til subsidiære spesialisttjenester.
- 8.2. Så snart dette er avklart etter kontakt mellom merkantilt personale (eller annet

helsepersonale med ansvar for driftsplanlegging) og pasienten, gjennomføres en registrering (se vedlegg) som dokumenterer ansiennitetsdato, fastsatt frist, at pasienten er forespurt og har akseptert tilbud om viderehenvisning, og som dokumenterer hvilke tjenester det er behov for. Disse opplysningene oversendes sammen med opprinnelig henvisning til en formidlingstjeneste som er organisert på lokalt helseforetaksnivå. Denne tjenesten sørger for å klarlegge hvilke alternativ som foreligger og treffer avtale med pasienten om at henvisning kan videresendes til en navngitt subsidiær spesialist-tjeneste som er i stand til å ivareta fastsatt frist for utredning eller behandling. Rapportering til HMN skjer i anonymisert form.

- 8.3. Når avtale om viderehenvisning er truffet, oversendes primær-henvisningen til aktuell behandlingsinstans, vedlagt den tilleggsdokumentasjon som er beskrevet i punkt 8.2. Tjenesten er også ansvarlig for å gi endelig tilbakemelding til pasient, henvisende lege og aktuell avdeling ved den behandling sinstitusjon som primært mottok henvisningen.
- 8.4. Tjenesten er også ansvarlig for å gi tilbakemelding dersom det ikke er mulig å skaffe et behandlingstilbud innen fristen. Slik melding går dessuten i anonymisert form til Helse Midt-Norge RHF.

Dersom den formidlingstjeneste som skal fremskaffe alternative tilbud innen fristen ikke lykkes å finne subsidiære spesialisttjenester med tilfredsstillende kapasitet, informeres pasient og primærlege om dette og om hvilke institusjoner som har kortest ventetid. Avhengig av pasientens ønske blir henvisningen i disse tilfelle enten registrert som viderehenvist eller som ventende på lokalt behandlingstilbud med ny frist. Dersom pasienten likevel ikke ønsker et slikt tilbud, meddeles dette til henvisende lege. Løsningen kan da være en forskyvning av behandlingsfristen innenfor rammen av det som er faglig forsvarlig, og med utgangspunkt i ny søknad.

- 8.5. I vurderingen av hvilke pasienter det er aktuelt å viderehenvise, må de enkelte avdelinger også foreta en prioritering av pasienter som av ulike grunner ikke kan viderehenvises til utredning/behandling annet sted, eller hvor helsemessige og sosiale forhold tilsier at viderehenvisning blir en tilleggsbelastning for pasienten. Disse pasientene bør få oppfylt sine behov for behandling lokalt, så langt det foreligger relevant kompetanse.
- 8.6. Ved viderehenvisning av pasienter må det i kontakten med subsidiære behandlingsinstitusjoner være avtalt hvilket omfang tjenesten skal ha, bl.a. under hensyn til behovet for kontroll, opptrening, eller rehabilitering. Slike avtaler skal være dokumentert, og mottakende institusjoner er forpliktet til å sikre at relevant informasjon blir gitt til lokal samarbeidsinstans før pasienten utskrives. Som følge av slike avtaler bør det tilsiktes en differensiert oppgjørsordning for kjøp av subsidiære tjenester. Av samme årsaker bør det søkes etablert faste samarbeidsrelasjoner med subsidiære behandlingsinstitusjoner.

## **9. Status i omsorg - dataregistrering.**

### **9.1 Status i omsorgsperioden.**

Det er viktig at omsorgsperioden er registrert med riktig status i PAS. Ventelisteforskriften beskriver status i omsorgsperioden slik:

- 1 = Venter på behandling eller er under utredning (uavklart)
- 2 = Behandling startet eller pasienten går til kontroll (avklart)

### 3 = Behandling og kontroller er avsluttet ( avsluttet)

I følge Forskrift for ventelisteregistrering kommer ikke pasienten på venteliste før henvisningen er vurdert. Den registrering som skjer forut for vurderingen, er en registrering av at henvisningen er mottatt. Så lenge henvisningen ikke er vurdert, skal den derfor være registrert med omsorgsnivå = F (Felles). Først etter at henvisningen er vurdert, registreres det hvilket behandlingsnivå pasienten skal mottas på (innleggelse, dagbehandling eller poliklinikk).

Omsorgsperioden skal ha status = 1 så lenge pasienten er under utredning eller venter på behandling. Når adekvat behandling er påbegynt, eller det er bestemt at behandling ikke skal gies, endres status i omsorgsperioden til 2 (avklart). Den datoen dette skjer, registreres som avklart dato. Avklart dato avslutter ventetiden.

Dersom en omsorgsperiode ikke blir registrert som avklart før dato for behandlingsfristen nåes, eller dato for behandlingsfristen settes til mer enn ett år fra ansiennitetsdato, skal dette rapporteres som et avvik til foretakets ledelse.

Omsorgsperioden beholder status 2 til all behandling og alle kontroller i forbindelse med behandlingsforløpet er ferdig. Da lukkes omsorgsperioden ved at status settes til 3.

Omsorgsperioden for kronikere/pasienter med langvarige sykdomsforløp og tilbakevendende behandlingsbehov skal ha status 2 i hele behandlings-/oppfølgingsperioden. Dersom pasienter viderehenvises til utredning/behandling fra poliklinikk til sengeavdeling, andre avdelinger i eget sykehus eller andre avdelinger i helseforetaket, skal ventelisten til den neste avdelingen registreres i samme omsorgsperiode, dersom fagområdet fortsatt er det samme.

Dersom pasienter viderehenvises til et annet helseforetak, eller til et annet fagområde i samme foretak, avsluttes omsorgsperioden. Den nye avdelingen registrerer en ny omsorgsperiode, men med samme ansiennitetsdato som den som ble avsluttet. Det er viktig at den avdelingen som viderehenviser pasienten, sender med informasjon om opprinnelig ansiennitetsdato. Det er denne datoen som fortsatt skal definere starten på pasientens ventetid.

#### 9.2 Registrering av ulike typer utsettelse.

Det er ikke uvanlig at pasienter ikke møter til tildelt time/innleggelse, eller at de ønsker time/innleggelse utsatt av ulike årsaker. Det forekommer også at time/innleggelse må utsettes av ulike årsaker, enten som følge av pasientens helsetilstand, eller på grunn av forhold ved poliklinikken/avdelingen.

Dersom en avtale strykes/utsettes på grunn av forhold ved avdelingen, skal feltet "utsettelse" merkes som "sykehusforårsaket utsettelse". Pasienten får forlenget venting, som skal telles med som annen venting.

Dersom en avtale strykes/utsettes på grunn av pasientens helsetilstand, skal datafeltet "utsettelse" merkes med "medisinsk bestemt utsettelse". Ventetid beregnes ikke.

Dersom en avtale strykes/utsettes fordi pasienten uteblir, eller fordi pasienten ber om det, skal datafeltet "utsettelse" merkes med "pasientbestemt utsettelse". Ventetid beregnes ikke.

### 9.3 Pasienter som ikke møter til avtalt dato.

Dersom pasienten etter 3 innkallinger ikke møter uten å varsle, strykes pasienten av listen. Dette meddeles pasienten skriftlig, med kopi til henvisende lege.

Forhold som tilsier ny henvisning må bygge på ekstraordinære unntak fra etablert praksis, som for eksempel innhenting av komparentopplysninger.

### 9.4 Rydding i ventelister.

I tillegg til at pasienter fjernes når henvisningsperioden lukkes, vil det være nødvendig å foreta regelmessig rydding i ventelistene, med bakgrunn i at enkelte pasienter i venteperioden får endret behov for utredning/behandling. Dette er særlig aktuelt for pasienter som venter over lang tid før utredning eller behandling iverksettes, men kan også omfatte pasienter som i ventetiden blir friske, pasienter som utredes og behandles som "øyeblikkelig hjelp", pasienter som gjør bruk av retten til fritt sykehusvalg o.s.v.

For å sikre at ventelistene til en hver tid er tilnærmet korrekte, innføres som rutine at alle avdelinger på en fast dato hver måned gjennomgår sine pasientlister med oversikt over ventende. Det er avdelingsledelsen som har ansvar for at slike lister blir kvalitetskontrollert slik at det avklares hvor mange som er aktuelle for utredning/behandling og hvor mange som kan avvikles "ikke-ordinært" (d.v.s. fjernes fra ventelister på grunn av endret situasjon).

Den enkelte virksomhet skal også oppfylle de krav som er gitt i Forskrift om venteliste-Registrering, § 4: "De pasienter som har vært registrert på venteliste i seks måneder skal kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell."

## 10. Rapportering av ventelistedata.

10.1 De data som registreres i tilknytning til ventelisteregistreringen er grunnlaget for utarbeidelse av rapporter som skal tjene som informasjon til almenheten, overordnede helsemyndigheter og foretaksledelsen. Slike data vil også gi grunnlag for en evaluering m.h.t. praktiseringen av rettighetsforståelsen, prioriteringen av ulike pasientkategorier, kapasitetsforhold i de enkelte virksomheter og avvik i forhold til regelverket.

### 10.2 Rapportenes innhold.

Antall returnerte henvisninger.

Gjennomsnittlig tid for avsluttet vurdering/tilbakemelding (vurderingsgarantien)

Antall viderehenvisninger i perioden (pkt.8.2)

Antall viderehenvisninger som ikke kan sikre behandling innen fastsatt frist (pkt.8.4)

Antall ventende på avd.nivå fordelt på frister ( utredning/behandling)

Antall uavklarte omsorgsperioder totalt

Antall uavklarte omsorgsperioder med rett til nødvendig helsehjelp

Antall uavklarte som har ventet < 1 mnd

Antall uavklarte som har ventet 1-3 mndr.

Antall uavklarte som har ventet 3-6 mndr.

Antall uavklarte som har ventet 6-12 mndr.  
Antall uavklarte som har ventet > 12 mndr.

Antall med medisinsk utsettelse, pasientbestemt utsettelse, eller sykehusforårsaket utsettelse

Antall med brudd på undersøkelses-eller behandlingsfrister

Antall avklarte (men ikke avsluttede) omsorgsperioder

Antall omsorgsperioder startet i perioden  
Antall omsorgsperioder avklart i perioden  
(Antall omsorgsperioder avsluttet i perioden)

Tallene presenteres pr. sykehus med følgende fordeling:

For sykehus-/foretaksledelse:

pr. omsorgsnivå  
pr. omsorgsnivå og avdeling  
pr. omsorgsnivå og fagområde

For avdelingsledelsen:

pr.avdeling, enhet og omsorgsnivå  
pr. avdeling, omsorgsnivå og fagområde

### 10.3 Rapportenes form.

Rapportene bygges opp etter en felles mal for helseregionen, slik at de uten videre kan sammenlignes for spesialitet, sykehusenhet eller foretak. Summen av rapporter vil gi en oversikt for hele regionen.

Det kan også besluttes utformet egne rapporter for spesielle typer utredning , behandling eller grenspesialiteter, hvor det er særlige behov for å analysere praktisering av regelverket eller kapasitetsforhold.

### 10.4 Hvem lager rapportene ?

IT-enheten sørger for uthenting av faste rapporter som ikke kan bestilles fra skjermbilder i PAS-systemet, etter bestilling fra avdelingsledelsen. IT-enheten sørger også for oversending av data til NPR hver måned.

### 10.5 Hvordan benyttes rapportene ?

Foretaksledelsen har ansvar for å avlegge rapport med kommentarer til regionalt nivå hver måned .

NPR utarbeider oversikter som gjøres tilgjengelig elektronisk. For brukere skal oversiktene tjene som informasjon om ventetid for utredning/behandling for tilstander hvor kapasiteten ikke er tilfredsstillende (gjennomsnittlig historisk ventetid for utredning/behandling > 2-3 måneder ).

For helseforetakene (lokalt og regionalt) skal rapporteringen munne ut i vurderinger av hvordan regelverket blir praktisert og oppfølging i forhold til problemområder (kapasitet, avvik ).

## **11 Avvikshåndtering.**

Ved en konsekvent registrering av ”sykehusforårsaket utsettelse” og brudd på avtalte frister for utredning/behandling, blir det mulig å foreta en systematisk kartlegging av avvik ved praktiseringen av regelverket.

God avdelingsintern informasjon, ressursstyring og planlegging skal kunne forebygge hyppige utsettelser eller brudd på avtalte frister. Tilbakevendende avvik bør derfor tas opp på vanlig måte ved at foretaksledelsen innhenter redegjørelse fra den enkelte avdelingsleder. I en slik redegjørelse skal det avklares hva som er årsaken til avviket og hvilke tiltak avdelingsledelsen foreslår å iverksette for å rette opp situasjonen. Kvalitetsutvalgene blir på vanlig måte bedt om å gjøre en uavhengig vurdering av avvikets alvorlighet, og de årsaksforhold og tiltak som er foreslått.

Foretaksledelsen skal sørge for at alle kliniske virksomheter regelmessig blir gjenstand for interne revisjonsopplegg som er egnet til å påse at kunnskapen om regelverket er tilfredsstillende, og at praktiseringen er korrekt.

På regionalt nivå anvendes de foretaksvise avviksrapporter som en del av den samlede kvalitetsdokumentasjon til en rangering mellom foretakene.

## **12 Implementering.**

Det utarbeides et undervisningsopplegg som en minimumspakke for alt merkantilt personale i helseregionen, og for annet personale som naturlig blir medansvarlig i praktiseringen av regelverket.

Det enkelte helseforetak setter av tid og ressurser for introduksjonsordninger som sikrer at alle nytilsatte som blir involvert i praktisering av regelverket, blir gitt undervisning.

I tillegg gjennomføres ordninger med årlige repetisjonskurs for å oppdatere kunnskap om regelverket. Innenfor de enkelte foretak utpekes egne ressurspersoner, som skal stå til rådighet ved behov.