



Sykehuset i Vestfold HF  
Postboks 2168  
3103 TØNSBERG

Saksbehandler, innvalgstelefon  
Astrid Roald, 33372392

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

## Endelig rapport - Tilsyn - systemrevisjon - Sykehuset i Vestfold HF – Gastromedisinsk poliklinikk - utredning og behandling av pasienter henvist med symptomer fra og med sykdommer i fordøyelsessystemet

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Sykehuset i Vestfold HF (SiV HF) fra 23. til 26. april 2024, og vi besøkte i den forbindelse gastromedisinsk poliklinikk. Vi undersøkte om sykehuset sørger for at helsetjenestene til pasienter henvist med symptomer fra og med sykdommer i fordøyelsessystemet blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav, slik at pasientene får gode og trygge tjenester.

Statsforvalteren har nylig behandlet tre tilsynssaker der pasientene hadde utviklet kreft eller fått forsinket kreftdiagnose grunnet forsinket behandling ved gastromedisinsk poliklinikk. Vi kjente til den lange og stadig økende ventelisten på poliklinikken, samt at tiltakene som var igangsatt ikke hadde hatt tilstrekkelig effekt. Vi vurderte at det var en pågående fare for pasientsikkerheten og igangsatte derfor dette tilsynet.

### Statsforvalterens konklusjon:

Statsforvalteren har vurdert at mangelfull oversikt over den lange ventelisten, antall fristbrudd og det store antallet pasienter som har passert frist for helsehjelp, har resultert i at sykehuset ikke har gitt alle pasienter forsvarlig utredning og behandling. Dette har for noen pasienter medført forsinket behandling, et mer alvorlig sykdomsforløp eller pasientskade. Det er fortsatt en pågående risiko i pasientbehandlingen ved gastromedisinsk poliklinikk.

Sykehusets ledelse har ikke sikret forsvarlig utredning og behandling av pasientene grunnet manglende systematisk styring. Sykehusets ledelse har over tid vært kjent med en pågående høy risiko for pasientskade, men de har ikke iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere risikoen for svikt i pasientbehandlingen.

Vi gjennomførte en journalgjennomgang som del av tilsynet, og vi har vurdert at 9 av 24 av pasienter ikke fikk forsvarlig utredning og behandling. Leger ved sykehuset har meldt flere avvik som omhandlet pasienter som fikk diagnostisert sykdom sent fordi de hadde ventet lenger enn det som var forsvarlig. I avvik framkom det at noen pasienter hadde blitt påført skade og at noen pasienter hadde måttet gjennomgå mer omfattende behandling grunnet lang ventetid.



Videre fant vi at sykehuset ikke alltid sikret at:

- pasient og henviser fikk informasjon om frist for nødvendig helsehjelp eller avslag på helsehjelp innen 10 virkedager
- henviser fikk informasjon om frist for nødvendig helsehjelp
- pasientene fikk informasjon om at henvisningene ble avslått og informasjon om klagerett
- henvisninger ble videreformidlet til Helfo innen frist for nødvendig helsehjelp

#### **Dette er lovbrudd på:**

- pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1b og 2-2, spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 og forskrift om ventelisterregistrering og prioriteringsforskriften
- kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
- kravet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Sykehusets mangelfulle oversikt over den lange ventelisten, antall fristbrudd og det store antallet pasienter som har passert frist for helsehjelp, har resultert i at sykehuset ikke har gitt alle pasienter forsvarlig utredning og behandling.

Se rapportens kapittel 6 hvor vi ber om tilbakemelding fra sykehuset om arbeidet med å rette lovbruddene.

## Innhold

Endelig rapport - Tilsyn - systemrevisjon - Sykehuset i Vestfold HF – Gastromedisinsk poliklinikk - utredning og behandling av pasienter henvist med symptomer fra og med sykdommer i fordøyelsessystemet .....	1
1. Tilsynets tema og omfang.....	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget .....	4
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	9
5. Statsforvalterens konklusjon .....	11
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd .....	11
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet .....	13

### 1. Tilsynets tema og omfang

I tilsynet har vi undersøkt om Sykehuset i Vestfold HF har sikret forsvarlig utredning og behandling av pasienter som var henvist med symptomer fra og med sykdommer i fordøyelsessystemet. Vi har undersøkt om sykehuset, ved systematisk styring og ledelse, har lagt til rette for og fulgt med på at pasientene har fått forsvarlig helsehjelp. Arbeidet fra henvisningene er blitt mottatt, vurdert, eventuelt videreformidlet og til pasientene er utredet og behandlet, består av mange delprosesser.



Vi har delt vårt tilsyn inn i tre hovedtemaer. Statsforvalteren har undersøkt om:



Sykehusets virksomhetsansvar har vært utgangspunkt for våre undersøkelser. Tilsynet har bestått av dokumentgjennomgang, journalgjennomgang og intervjuer. Tilsynslaget hadde et formøte 12. februar 2024 der vi intervjuet 3 ansatte og fikk demonstrert arbeid med ventelisten, dette for å kunne forberede tilsynet godt. Vi innhentet etter dette aktuelle styringsdokumenter og 30 pasientjournaler. Vi gjennomgikk journalene i forkant av tilsynsbesøket og fikk demonstrert hvordan legene og helsesekretærene arbeidet med mottatte henvisninger under tilsynsbesøket.

Vi har vurdert om sykehusets helsehjelp til pasientene var forsvarlig og var et resultat av systematisk styring og forbedringsarbeid. I tilsynet har vi ikke vurdert pasientbehandling gitt som øyeblikkelig hjelp.

## 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Dette følger av helsetilsynsloven § 4.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

- Spesialisthelsetjenesteloven
  - § 2-2. Plikt til forsvarlighet
  - § 2-4. Ventelisteregistrering
  - § 3-4 a. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Pasient- og brukerrettighetsloven
  - § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
  - § 2-2. Rett til vurdering
- Prioriteringsforskriften
- Forskrift om ventelisteregistrering

Sykehuset bruker Helsedirektoratets prioriteringsveileder «Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne» og «Prioriteringsveileder – fordøyelsessykdommer» og nasjonale faglige veiledere i sitt arbeid.



### **Krav til forsvarlighet**

Forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven. I tolkningen av hva som er forsvarlig inngår blant annet anerkjent fagkunnskap, faglitteratur, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Sykehuset skal vurdere om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Samtidig som pasienten gis rett til helsehjelp, skal sykehuset sette en tidsfrist for når oppstart av helsehjelpen senest skal igangsettes.

### **Krav til ledelse**

Sykehuset skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det stilles krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av helsetjenestene. Helsetjenestene skal være tilrettelagt slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at pasientene mottar et forsvarlig tjenestetilbud gjennom hele behandlingsforløpet. For å kunne sikre forsvarlig utredning og behandling, er det en forutsetning at myndighetskravene til ledelse, organisering og styring etterleves.

## **3. Beskrivelse av faktagrunnlaget**

Våre beskrivelser er basert på sykehusets styringsdokumenter, gjennomgang av pasientjournaler, demonstrasjon av ventelisten og arbeidet med henvisningene, samt intervjuer med 11 ansatte. Vi gjennomgikk 30 henvisninger som kom inn 3. mai 2023 og fulgte pasientforløpene frem til 15. mars 2024.

### **Om organisering og styringssystem**

SiV HF er organisert i seks klinikker med underliggende avdelinger og seksjoner. Klinikken er direkte underlagt administrerende direktør (ledernivå 1). Sykehuset dekker et befolkningsgrunnlag på cirka 254.000.

Siden 2022 har medisinsk klinikk hatt en konstituert klinikkssjef, og ny klinikkssjef (nivå 2) tiltrådte i september 2023. Gastromedisinsk poliklinikk er organisert under klinikkssjefen. Legene på poliklinikken ledes av avdelingssjef for indremedisinsk avdeling B (nivå 3). Legesiden har vært uten nivå 4 seksjonsleder siden november 2021, men dette nivået ble reinnsett fra 1. februar 2024. Sykepleierne ledes av avdelingssjef for medisinsk sykepleieavdeling (nivå 3) som for tiden også er konstituert avdelingssjef for medisinsk kontoravdeling (nivå 3). Sykepleierne på poliklinikken har siden november 2023 vært ledet av en konstituert seksjonsleder (nivå 4) til ny leder tiltrer 1. mai 2024. På kontorsiden er det en seksjonsleder (nivå 4) for poliklinikksekretærer som har ansvar for fem fagområder, deriblant gastromedisin.

Den søyleorganiserte linjeledelsen styrer driften med driftsråd to ganger i måneden. Arbeidsplaner og oppgavefordeling for legene og sykepleierne blir satt opp separat i lege- og sykepleierseksjonene og blir avstemt i driftsrådet. Avdelingssjef indremedisin B og controller har månedlig gjennomgang av aktivitetstall og ventelistestatus, og det rapporteres regelmessig på dette til sykehusets styre.

Gastromedisinsk poliklinikk behandler pasienter med symptomer fra og sykdommer i fordøyelsessystemet. De vanligste undersøkelsene og behandlingene er relatert til blødninger og betennelsestilstander i fordøyelsessystemet, og pasienter kan bli henvist med spørsmål om kreftsykdom. De vanligste undersøkelsesprosedyrene er koloskopi og gastroskopi. Gastromedisinsk poliklinikk har en felles venteliste som inneholder alle pasienter som venter på konsultasjon.



Det ble gjennomført en risikoanalyse høsten 2022 som ble presentert for sykehusets øverste ledelse og stab, og denne hadde konsekvens 5 og sannsynlighet 4, altså en høy risiko. Avdelingsjef på indremedisinsk avdeling B og daværende konstituerte klinikkssjef var involvert i risikoanalysen, og det ble pekt på prognosetap for pasienter som fremste bekymring. I september 2022 hadde cirka 2400 pasienter passert frist for konsultasjon, og kontortjenesten varslet om uheldige konsekvenser med lenger venteliste og flere fristbrudd på slutten av 2022.

I januar 2024 var antall pasienter som hadde passert frist for konsultasjon økt til 5214, og det er pasienter på ventelisten som var anbefalt utredning og behandling helt tilbake til 2021. Sykehuset øverste ledelse og styret har vært løpende orientert om økningen i ventelisten. Det er ikke gjennomført flere risikoanalyser siden høsten 2022.

	Januar 2022	Januar 2023	Januar 2024
<b>Totalantallet på ventelisten</b>	7240	8860	11160
<b>Antallet på ventelisten som har passert frist</b>	1397	3013	5214

Tabell 1 viser antall pasienter som venter på konsultasjon og antall pasienter som har passert frist ved gastromedisinsk poliklinikk.

Sykehuset har siden 2022 iverksatt flere tiltak for å hindre at ventelisten økte ytterligere, men ventelisten og antall fristbrudd har til tross for dette økt betydelig.

Iverksatte tiltak og tiltak under planlegging:

- kontinuerlig arbeid med bemanningssituasjonen og rekruttering
- bedre utnytting av eksisterende kapasitet
- oppfordre pasienter til å takke ja til tilbud fra Helfo
- periodevis drift av kveldspoliklinikk
- samarbeid med primærhelsetjenesten om henvisningspraksis
- helsesekretær kan iverksette pakkeforløp dersom lege ikke rekker å gjøre dette
- etablere regelmessige faglige møter for legetjenesten
- innføring av en brukerstyrt poliklinikk
- vurdere oppgaveglidning
- forbedre pasientinformasjon før undersøkelser
- forskningsaktivitet reduseres, og utdanningspermisjoner fryses ut 2024
- I 2023 ble det avsatt 3-4 overleagedagsverk for å rydde i ventelistene, og helsesekretærene kontaktet 50 pasienter som hadde ventet lenge, men erfaringen var at det var behov for mer helsefaglig kompetanse til å rydde i ventelisten

I 2024 har sykehuset igangsatt en ventelisteaksjon som skulle pågå i to uker med oppstart uken før tilsynsbesøket. Sykehuset forventet at ventelisten inneholdt dobbeltregistreringer, feilregistreringer og at flere pasienter skulle vært avsluttet uten at dette var registrert. Sykehusets målsetning var å gjennomgå opp mot halvparten av de litt over 5000 pasientene som hadde passert frist. Sykehuset ønsket blant annet å bruke erfaringene til å identifisere forbedringer i organiseringen av ventelisten.



Sykehuset har DIPS som pasientjournalssystem. Sykehuset har flere prosedyrer, blant annet «DIPS – Henvisninger - Henvisningsperiode – Mottak og vurdering» som beskriver arbeidsprosessene gjennom pasientforløpet etter at henvisning er mottatt i sykehuset. De andre prosedyrene omhandler i all hovedsak de praktiske arbeidsprosessene i DIPS.

Sykehuset benytter EQS som avvikssystem. Alle helsepersonellgruppene som ble intervjuet kjente til avvikssystemet og bruken av dette. Legetjenesten har meldt avvik relatert til pasientbehandlingen, mens helsesekretærene og sykepleierne ikke har hatt en praksis for dette.

Vi mottok til sammen 19 alvorlige avvik meldt fra legetjenesten i perioden fra 1. februar 2023 til og med 31. januar 2024. Avvikene handlet i stor grad om konsekvensene av forsinkelser i utredning og behandling. 6 avvik var lukket, og de resterende var under behandling. I avviksbehandlingen fremkom det lite konkrete tiltak, og det ble det stort sett henvist til arbeidet med generelle tiltak og kapasitetsutfordringer. Et konkret forbedringspunkt var at det ble innført en egen venteliste for pasienter med store polypper, samt oppsett av polyppdager.

I avvikene kommer det blant annet fram at:

- 7 pasienter fikk forsinket kreftdiagnose, og forsinkelsen var fra 3,5 til 14 måneder
- for 2 pasienter hadde polyppene i tarm vokst i størrelse grunnet forsinket koloskopiundersøkelse. Forsinkelsene var på 8-9 måneder, noe som medførte behov for kirurgisk behandling
- 3 pasienter fikk forsinket innkalling til kontrollkoloskopier, og forsinkelsen var på 7 måneder, 2 år og 3 år. Pasienten som hadde ventet i 3 år ble ikke kalt inn til samtalekontroll og hadde i tillegg til tross for høy kreftrisiko gått glipp av tre årlige koloskopikontroller
- 3 pasienter med kronisk tarmsykdom fikk forsinket oppfølging, fra 8 måneder til 2,5 år
- 1 pasient som ble gastrokopert, fikk forsinket oppfølging og svar på diagnose med cirka 4 måneder
- 1 pasient fikk utført blokkering av trangt spiserør og fikk ikke planlagt oppfølging etter 3 måneder. Pasienten ble akuttinnlagt 8 måneder etter planlagt kontroll fordi mat hadde satt seg fast i spiserøret

### **Sykehuset sørger for rett mottak og at vurdering og videreformidling av henvisninger er forsvarlige**

Sykehuset har en målsetning om at henvisninger skal vurderes innen 5 virkedager (prosedyre «DIPS-Henvisninger - Henvisningsperiode - Mottak og vurdering»), og sykehuset kjente til at lovkravet er innenfor 10 virkedager. Frist for nødvendig helsehjelp føres inn i ventelisten for den enkelte pasient, og det føres også inn dato for når pasienten skal til planlagt kontroll eller påfølgende undersøkelser. Journalgjennomgang, intervjuer og styringsdokumentasjon viser at sykehuset har fulgt disse rutinene i praksis.

Henvisninger til sykehuset ligger i en egen «henvisningsmappe» i DIPS. Vurdering av henvisninger er en oppgave som ruller mellom legespesialistene og skal utføres daglig. Legene skriver sin vurdering i DIPS, og helsesekretærer ferdigstiller brevet og sender dette ut.



	2021	2022	2023
<b>Antall henvisninger per år</b>	7099	7097	6976
<b>Antall henvisninger per arbeidsdag</b>	28	28	28

Tabell 2 viser antall henvisninger til gastromedisinsk poliklinikk de siste 3 årene

#### Informasjon om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp

Av de 30 henvisningene vi gjennomgikk, ble 6 avslått. Henvisningene ble besvart med frist for nødvendig helsehjelp og tidspunkt for når utredning og behandling senest skulle igangsettes.

Intervjuer og journalgjennomgang viste at:

- pasienter med alarmsymptomer raskt ble satt opp til time
- dagens praksis var å sende informasjon om time til pasient og ikke til henviser
- 10 av de 30 henvisningene ble svart ut til pasient og henviser innen 10 virkedager
- 15 av de 30 henvisningene ble besvart til pasient og henviser etter 11-13 virkedager
- 1 henvisning ble vurdert innen 10 virkedager, men brev til pasient og henviser ble først sendt etter 58 virkedager
- 3 henvisninger ble avslått ved at det kun ble sendt informasjon til henviser, pasientene fikk ikke informasjon om avslaget og sin klagerett
- 1 var en henvisning til 3 års kontroll fra annet sykehus

I intervjuer og pasientjournaler kom det frem at det grunnet kapasitetsutfordringer ikke var mulig for legene å vurdere alle innkomne henvisninger så raskt som ønskelig. Det var videre forsinkelser med å sende ut brev om frist for helsehjelp fra sykehuset.

#### Videreformidling til Helfo

Ved årsskiftet til 2023 ble fritt behandlingsvalg endret, og Helse Sør-Øst inngikk nye avtaler med private helsetjenestetilbydere for gastromedisinske pasienter, og alle disse var lokalisert i Oslo.

Per 31. januar 2024 hadde sykehuset kapasitet til å gi helsehjelp til pasienter med prioritet 2-3 uker. Sykehuset oversender nå alle nyhenviste pasienter med frist lengre enn 4 uker eller mer til sykehusets pasientservicekontor, som formidler henvisningene videre til Helfo. I intervjuer og styringsdokumentasjon framkom det at sykehuset hadde hatt utfordringer med å kontakte Helfo før frist.

I pasientjournalene fant vi at 13 av de 24 henvisningene ble videreformidlet til Helfo:

- 9 av henvisningene ble videreformidlet før frist
- 4 av henvisningene ble videreformidlet over en måned etter frist

Pasientene sto fortsatt på ventelisten som «under behandling» inntil de takket ja til tilbud fra Helfo. I perioden januar til oktober 2023 videreformidlet sykehuset totalt 5372 pasienter til Helfo, der majoriteten på 2377 ble formidlet fra gastromedisinsk poliklinikk. 42 % av pasientene som ble videreformidlet takket ja til tilbudet, de resterende pasientene takket enten nei, eller det ble ikke oppnådd kontakt via telefon og/eller SMS.



## Sykehuset sørger for at utredning og behandling er forsvarlig

I intervjuer og styringsdokumentasjon ble det bekreftet at sykehuset over lengre tid hadde hatt store utfordringer med å sikre at alle pasientene på ventelisten fikk forsvarlig behandling.

Journaldokumentasjonen viste at 24 av 30 pasienter fikk rett til nødvendig helsehjelp:

- 5 pasienter med alarmsymptomer fikk raskt utredning og behandling
- 5 av pasientene ble behandlet innen frist
- 5 av pasientene ble behandlet fra 2 uker til 6 måneder etter frist
  - 1 av disse pasientene viste seg å ha en stor polyp da pasienten ble undersøkt 3,5 måned etter frist
- 7 av pasientene ble vurdert til å ha behov for helsehjelp innen 1 til 3 måneder, og de hadde fortsatt ikke fått time 7 til 9 måneder etter frist
- 1 pasient med alvorlige symptomer som ble rehenvist høsten 2023, fikk betydelig forsinket ny frist
- 2 pasienter som raskt fikk utredning og behandling, hadde ikke fått oppfølgende samtalekontroll innen frist

Journaldokumentasjonen illustrerte også at den lange ventelisten førte til at fastleger sendte henvisning til annet sykehus eller at det ble sendt ny henvisning som pakkeforløp.

### Purringer på konsultasjon

Helsesekretærene tok imot purringer fra pasienter på telefon og fra fastleger i dialogmeldinger. De oversendte dialogmeldinger med medisinskfaglige spørsmål i til legene. I intervjuer fremgikk det at helsesekretærene på grunn av kapasitetsutfordringer ikke alltid kunne konferere med lege ved purring, og helsesekretærene forsøkte da å finne ledig time til pasienten.

## Sykehuset følger med på områder med risiko for svikt i pasientbehandlingen

Antall pasienter som hadde passert frist har økt betydelig de siste årene, og det er pasienter som står på ventelisten som skulle vært til utredning og behandling i 2021. Sykehuset har selv vurdert at den manglende oversikten over ventelisten utgjør en høy pasientsikkerhetsrisiko. Sykehuset oppgir flere årsaker til det store etterslepet på ventelisten. Flere endringer i drift har ført til redusert poliklinisk aktivitet. Flere legespesialister og sykepleiere har sagt opp sin stilling, og sykehuset strever med rekruttering av legespesialister. Det er også en høy arbeidsbelastning.

Det store volumet av pasienter på ventelisten gjør det svært utfordrende for helsepersonellet å skaffe seg oversikt og å prioritere mellom de ulike pasientene på ventelisten. Sykehuset har ikke hatt faste møtearenaer der tema har vært prioritering av pasienter på ventelisten. Det er i liten grad identifisert pasientgrupper med stor risiko for alvorlig sykdomsutvikling når fristen er passert. Purringer øker sannsynligheten for at pasienten settes opp på konsultasjon, og hvilke pasienter som settes opp fremstår som noe tilfeldig. Sykehuset har ikke sikret at helsepersonellet har en felles forståelse eller strategi for hvilke pasienter som skal prioriteres for time.

Sykehuset forsøker i så stor grad som mulig å videreformidle pasienter til Helfo fordi de selv ikke klarer å tilby alle pasientene helsehjelp innen frist. Det er imidlertid kun cirka 4 av 10 pasienter som takker ja til tilbud via Helfo.

Legene bruker avvikssystemet til å melde fra om feil i pasientbehandlingen. Ingen sykepleiere eller helsesekretærer hadde meldt avvik relatert til pasientbehandling.





Sykehuset har igangsatt en ventelisteaksjon som skulle pågå i to uker med oppstart uken før tilsynsbesøket. Sykehusets målsetning var å gjennomgå opp mot halvparten av de litt over 5000 pasientene som hadde passert frist. I perioden etter ventelisteaksjonen var det planlagt økt kveldspoliklinikk for å kunne undersøke pasienter med behov for rask undersøkelse.

#### 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Spesialisthelsetjenesteloven og forskrift stiller krav til ledelse, kvalitetsforbedring og systematisk styring. Sykehuset må følge med på om tjenestene er forsvarlige og i tråd med gjeldende lovverk og faglige retningslinjer, samt anbefalinger. Når sykehusets ledelse blir kjent med forhold som utgjør en pasientsikkerhetsrisiko, må de sørge for å iverksette tilstrekkelige tiltak, samt evaluere og korrigere disse slik at risiko i pasientbehandlingen reduseres.

##### **Sykehuset sørger for rett mottak og at vurdering og videreformidling av henvisninger er forsvarlige**

Ved gjennomgang av styringsinformasjon og intervjuer fikk vi bekreftet at sykehuset ikke alltid sikret at det ble sendt svar til pasient og henviser. Sykehuset sikret ikke at informasjon ble sendt ut innen 10 virkedager etter at sykehuset hadde mottatt henvisning. Ved gjennomgang av pasientjournalene fant vi at 33 % av henvisningene ble svart ut innen 10 virkedager. En av henvisningene ble svart ut etter at det var gått 58 virkedager.

Sykehuset har praksis med kun å sende informasjon til pasient, og ikke alltid til henviser. I halvparten av henvisningene som ble avslått, ble det kun gitt informasjon til henviser om avslaget, og pasienten fikk ikke informasjon om avslaget og sin klagerett.

I journaldokumentasjon og ved intervjuer fant vi at sykehuset ikke alltid klarer å videreformidle henvisninger til Helfo innen frist.

##### **Sykehuset sørger for at utredning og behandling er forsvarlig**

Frist for nødvendig helsehjelp ble satt etter vurdering av legespesialist på sykehuset. I vurderingen støttet legene seg til Helsedirektoratets prioriteringsveiledere og faglige retningslinjer. Gjennomgang av pasientjournaler, styringsdokumentasjon og i intervjuer viste at pasienter med alarmsymptomer i all hovedsak raskt fikk konsultasjon.

Fristene som settes skal blant annet gjenspeile risiko for sykdom eller skade. Det vil ikke automatisk blir vurdert som brudd på forsvarlighet om en pasient har passert frist for utredning eller kontroll, men ved utsettelse av helsehjelp, må det bli gjort vurderinger av om slik utsettelse er forsvarlig. For noen pasienter vil en kort forsinkelse kunne bli vurdert som utenfor god faglig praksis, og for andre kan en forsinkelse bli vurdert som uforsvarlig. Jo lengre tid som går fra en pasient har passert frist til vedkommende mottar helsehjelp, jo større sannsynlighet vil det være for at sykehuset har en uforsvarlig praksis. Vi har vurdert at det er uforsvarlig dersom en pasient med relativt kort frist for helsehjelp må vente lenge på behandling.

Fra journalgjennomgangen har vi vurdert at 9 av de 24 pasientene ikke mottok forsvarlig helsehjelp. Journaldokumentasjonen viser at den faglige pasientbehandlingen har vært god, og at det i all hovedsak er forsinket behandling som har ført til uforsvarlige pasientforløp. Fra avvikene har vi funnet at pasienter har måttet vente på kontroll i flere år.



Tilsynet avdekket at flere ledere og ansatte opplevde at sykehuset ikke kunne tilby forsvarlig helsehjelp til alle pasientene på ventelisten. Ved purring fra pasient eller lege økte sannsynligheten for at vedkommende fikk tilbud om konsultasjon. Prioritering av hvilke pasienter som skal tilbys konsultasjon har vært praktisert noe tilfeldig og har ikke alltid vært basert på en faglig vurdering. Sykehuset har i liten grad hatt en systematisk og faglig begrunnet prioritering av pasientene på ventelisten opp mot hverandre.

### **Sykehuset følger med på områder med risiko for svikt i pasientbehandlingen**

Det har vært en tilnærmet firedobling av pasienter som har passert frist på ventelisten fra januar 2022 til januar 2024. Noen pasienter på ventelisten hadde frist helt tilbake i 2021. Sykehuset har ikke et system for å vurdere om det er forsvarlig å utsette helsehjelpen når de ikke greier å tilby pasientene konsultasjon innen frist. Sykehuset har ikke et system for ventelisteovervåking eller møtearenaer der ventelisten systematisk gjennomgås for pasienter som har passert frist. Sykehuset har i liten grad identifisert pasientgrupper med stor risiko for alvorlig sykdomsutvikling og har ikke sikret en felles forståelse av hvilke pasienter som skal prioriteres. Sykehuset har ikke oversikt over pasientene på ventelisten og klarer per i dag ikke å tilby forsvarlig behandlingsforløp til en stor gruppe pasienter.

Risikoanalysen fra høsten 2022 viste at den lange ventelisten ved gastromedisinsk poliklinikk hadde medført svikt i pasientbehandlingen og at det var stor fare for videre svikt. Sykehuset gjennomførte ikke en ny risikoanalyse og har ikke brukt risikovurderinger systematisk i kvalitetsarbeidet.

Sykehusets ledelse har vært kjent med flere svært alvorlige avvik som har skyldtes lang ventetid på behandling. Da vi i all hovedsak har mottatt alvorlige pasientavvik, kan det se ut som at avvik med mindre alvorlighetsgrad ikke alltid har blitt meldt. Som resultat av avviksbehandlingen innførte sykehuset en egen venteliste for pasienter med store polypper, men ut over dette ble det iverksatt lite konkrete tiltak for å redusere risikoen i pasientbehandlingen. Sykehuset har ikke sikret at alle helsepersonellgruppene har meldt avvik knyttet til pasientbehandlingen, og vi vurderer at sykehuset ikke i tilstrekkelig grad har brukt avvikene til systematisk læring og forbedring av tjenestene.

Det er belastende for helsepersonellet å arbeide i en hverdag der mange pasienter har ventet uforsvarlig lenge på konsultasjon, og de er bekymret for at pasientene i ventetiden kan ha utviklet alvorlig sykdom eller skade. Vi har vurdert at sykehuset ikke har tilrettelagt arbeidet slik at helsepersonellet har kunnet ivareta oppgavene sine på en forsvarlig måte.

Sykehuset har prosedyrer for virksomheten og har oversikt over lover og forskrifter som regulerer helsetjenesten. Sykehuset var kjent med den raskt økende ventelisten, mange fristbrudd og alvorlige pasientavvik, samt den pågående faren for pasientsikkerheten. Sykehuset har iverksatt noen risikoreducerende tiltak for å bedre situasjonen, men det tok lang tid før de ble iverksatt, og effektene av tiltakene ble mangelfullt evaluert og fulgt opp. Mangelfull styring har ført til en uheldig og tilfeldig variasjon i hvordan helsetjenestene har blitt utført, og dette har medført et stort individansvar. Statsforvalteren har vurdert at sykehusets øverste ledelse ikke har styrt helsetjenestene på en trygg måte, noe som utgjør brudd på kravene til styring og ledelse.



## 5. Statsforvalterens konklusjon

Statsforvalteren har vurdert at mangelfull oversikt over den lange ventelisten, antall fristbrudd og det store antallet pasienter som har passert frist for helsehjelp, har resultert i at sykehuset ikke har gitt alle pasienter forsvarlig utredning og behandling. Dette har for noen pasienter medført forsinket behandling, et mer alvorlig sykdomsforløp eller pasientskade. Det er fortsatt en pågående risiko i pasientbehandlingen ved gastromedisinsk poliklinikk.

Sykehusets ledelse har ikke sikret forsvarlig utredning og behandling av pasientene grunnet manglende systematisk styring. Sykehusets ledelse har over tid vært kjent med en pågående høy risiko for pasientskade, men de har ikke iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere risikoen for svikt i pasientbehandlingen.

Vi gjennomførte en journalgjennomgang som del av tilsynet, og vi har vurdert at 9 av 24 av pasienter ikke fikk forsvarlig utredning og behandling. Leger ved sykehuset har meldt flere avvik som omhandlet pasienter som fikk diagnostisert sykdom sent fordi de hadde ventet lenger enn det som var forsvarlig. I avvik framkom det at noen pasienter hadde blitt påført skade og at noen pasienter hadde måttet gjennomgå mer omfattende behandling grunnet lang ventetid.

Videre fant vi at sykehuset ikke alltid sikret at:

- pasient og henviser fikk informasjon om frist for nødvendig helsehjelp eller avslag på helsehjelp innen 10 virkedager
- henviser fikk informasjon om frist for nødvendig helsehjelp
- pasientene fikk informasjon om at henvisningene ble avslått og informasjon om klagerett
- henvisninger ble videreformidlet til Helfo innen frist for nødvendig helsehjelp

### **Dette er lovbrudd på:**

- pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1b og 2-2, spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 og forskrift om ventelisteregistrering og prioriteringsforskriften
- kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
- kravet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Sykehusets mangelfulle oversikt over den lange ventelisten, antall fristbrudd og det store antallet pasienter som har passert frist for helsehjelp, har resultert i at sykehuset ikke har gitt alle pasienter forsvarlig utredning og behandling.

## 6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Formål med alt tilsyn er å bidra til forbedring og til nødvendige endringer i tjenestene.

Vi ber sykehuset utarbeide og oversende en plan for hvordan de påpekte lovbruddene skal rettes opp. Planen bør inneholde følgende:

- konkrete mål for hvordan lovbruddene skal rettes
- forbedringstiltak som skal gjennomføres med ansvars plassering
- frister for iverksetting og evaluering av om tiltakene har virket som planlagt
- beskrivelse av hvordan ledelsen vil følge med på og sikre at tiltakene blir iverksatt og gjennomført
- beskrivelse av hvordan ledelsen vil følge med på at tiltakene har virket som planlagt



Det er opp til sykehuset selv å bestemme hvordan dere finner det hensiktsmessig å følge opp lovbruddene som fremgår av kapittel 4 i rapporten og at tiltakene som planlegges iverksatt skal rette opp svikt og mangler.

**Vi ber om at sykehuset sender oss en beskrivelse av planen for retting av lovbruddene så snart som mulig og senest innen 16. september 2024.**

**Videre ber vi om at sykehuset sender oss deres egen evaluering av om planen har hatt ønsket effekt, samt om sykehusets praksis er endret og om praksisen følger lovkravene innen 20. desember 2024.**

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)  
fylkeslege/avdelingsdirektør

Astrid Roald  
revisjonsleder

*Dokumentet er elektronisk godkjent*



## Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Varsel om tilsynet ble sendt 29.01.2024.

Forberedende møte (formøte) med sykehuset ble gjennomført 12.02.2024.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Sykehuset i Vestfold HF og ble innledet med et informasjonsmøte 23.04.2024. Oppsummerende møte med gjennomgang av foreløpige funn ble avholdt 26.04.2024.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- organisasjonskart for virksomheten
- beskrivelse av organisering, ansvarsforhold og styring av gastromedisinsk poliklinikk
- oversikt over stillingsbeskrivelser og ansatte tilknyttet gastromedisinsk poliklinikk
- prosedyre «DIPS – Henvisninger - Henvisningsperiode – Mottak og vurdering» og flere andre prosedyrer tilknyttet praktiske registreringer av henvisninger i journalsystemet DIPS
- statistikk knyttet til arbeidsprosesser med henvisninger og videreformidling av henvisninger til Helfo
- statistikk knyttet til utvikling av ventelistene
- aktivitetsstatistikk ved gastromedisinsk poliklinikk
- presentasjon for ledelsen med gjennomgang med risikoanalyse av 19. oktober 2022
- fortløpende referat fra sykehusets styrebehandling knyttet til arbeidet ved gastromedisinsk poliklinikk for 2023 og 2024
- møtevirksomhet i ledergruppen knyttet til arbeid med fristbrudd og etterslep på ventelister fra 2023 til mars 2024
- tiltak knyttet til arbeid med ventelisten og tilhørende møtevirksomhet
- avviksregistreringer og tilhørende avviksbehandling fra 1. februar 2023 til 31. januar 2024
- sykehuset i Vestfold HF sin årlige melding 2023 datert 7. februar 2024
- utviklingsplan Sykehuset i Vestfold HF 2022-2025 styrebehandlet 22. juni 2022
- Helsedirektoratet Statistikk fra Norsk pasientregister om ventelistestatistikk fra spesialisthelsetjenesten med informasjon om ventetider, frister og henvisninger 2023
- Helsenorge.no – behandlinger og undersøkelser med ventetider - oversikt over sykehusenes ventetider for ulike fagområder, slik som gastrokopi- og koloskopiundersøkelser

Vi fikk tilsendt 30. journaler for pasienter henvist til gastromedisinsk poliklinikk den 3. mai 2023, og vi fulgte pasientforløpene frem til 15. mars 2024.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Jon Anders Takvam	Fagdirektør	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pernille Lysaker	Klinikkssjef Medisinsk klinikk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Susanne Monica Prøsch	Avdelingssjef Indremedisinsk avdeling B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Marit Dahl Mikkelsen	Avdelingsjef Medisinsk kontor­fag og Medisinsk sykepleieavdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mirjam Gülten Timur	Seksjonsleder poliklinikksekretærer medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Joakim Moe	Seksjonsleder Gastromedisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tone Bergene Aabrekk	Overlege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anita Kaalstad	Helsesekretær	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Siri Drageset Lutro	Kst. seksjonsleder for sykepleie Gastromedisinsk poliklinikk/sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Istvan Pregun	overlege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mona Gunnerud	Helsesekretær	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Disse deltok fra Statsforvalteren i Vestfold og Telemark:**

- ass. fylkeslege, Bjørg Klemetsdal, revisor
- ass. fylkeslege, Christina Hojem Hofsø, revisor
- seniorrådgiver, Astrid Roald, revisjonsleder