

Helse- og omsorgsdepartementet 15. januar 2020

Høringsfrist 15. april 2020

*Høringsnotat om alternativ regulering av
pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, og
endringer i registreringer av ventetid*

Innhold

1	Innledning	6
2	Oppsummering av høringsnotatets forslag	8
2.1	Høringsnotatets hovedforslag	8
2.2	Leseveiledning	9
3	Bakgrunn	10
3.1	Innledning	10
3.2	Rapport IS-2742 – Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten	10
3.3	Høring av rapporten	12
3.3.1	Innledning.....	12
3.3.2	Vurderingsfrist og opphevelse av skillet mellom frist til utredning og behandling 12	
3.3.3	Modell A – individuell frist.....	13
3.3.4	Modell B – generell frist	13
3.3.5	Modell C.....	13
3.3.6	Andre tiltak for å understøtte gode pasientforløp og forbedret registrering	14
4	Gjeldende rett	16
4.1	Innledning	16
4.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	16
4.2.1	Rett til vurdering	16
4.2.2	Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	17
4.2.3	Rett til kontaktlege	19
4.2.4	Rett til individuell plan.....	20
4.2.5	Prioriteringsforskriften	20
4.2.6	Rett til informasjon.....	22
4.2.7	Fritt behandlingsvalg.....	23
4.3	Spesialisthelsetjenesteloven	25
4.3.1	Statens ansvar for spesialisthelsetjenester	25
4.3.2	De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester	26
4.3.3	Forsvarlighetskravet	26
4.4	Helsepersonelloven	27

4.4.1	Forsvarlighetskravet	27
4.4.2	Krav til ressursbruk	30
4.5	Regler for journalføring og epikrise	31
4.6	Ventelisteforskriften	33
5	Regulering i andre land.....	36
5.1	Innledning	36
5.2	Sverige	36
5.2.1	Regulering av ventetid	36
5.2.2	Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes.....	36
5.2.3	Målepunkter og statistikk	37
5.3	Danmark.....	37
5.3.1	Regulering av ventetider	37
5.3.2	Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes.....	38
5.3.3	Målepunkter og statistikk	38
5.4	Finland	39
5.4.1	Regulering av ventetider	39
5.4.2	Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes.....	39
5.4.3	Målepunkter og statistikk	39
5.5	England	40
5.5.1	Regulering av ventetider	40
5.5.2	Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes.....	40
5.5.3	Målepunkter og statistikk	40
6	Ventelistestatistikk.....	41
6.1	Innledning	41
6.2	Ventetider og fristbrudd.....	41
6.3	Pasientforløpet	44
7	Ulike alternative modeller til dagens regulering	46
7.1	Innledning	46
7.2	Modell A	46
7.2.1	Innledning.....	46
7.2.2	Hovedelementer i modellen.....	47
7.2.3	Andre generelle tiltak som skal understøtte modellen	47

7.2.4	Fordeler og ulemper med modellen	49
7.2.5	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	53
7.2.6	Behov for endring i pasientadministrative systemer	53
7.3	Modell B	53
7.3.1	Innledning.....	53
7.3.2	Hovedelementer i modellen.....	54
7.3.3	Andre generelle tiltak som kan understøtte modellen	55
7.3.4	Fordeler og ulemper med modellen	56
7.3.5	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	60
7.3.6	Behov for endring i pasientadministrative systemer	61
7.4	Modell C	61
7.4.1	Innledning.....	61
7.4.2	Hovedelementer i modellen.....	61
7.4.3	Fordeler og ulemper med modellen	62
7.4.4	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	63
7.4.5	Behov for endring i pasientadministrative systemer	64
8	Forslag til alternativ regulering av pasientforløp - modellvalg	65
8.1	Innledning	65
8.2	Departementets vurderinger og forslag.....	65
8.2.1	Innledning.....	65
8.2.2	Kort om dagens modell	66
8.2.3	Forslag til alternativ regulering av pasientforløp – hva er likt for alle modellene som vurderes.....	67
8.2.4	Modellvalg – departementets vurdering av modellene	68
8.3	Oppsummering.....	72
9	Forslag til endringer i regelverket om ventelisteregistrering.....	73
9.1	Innledning	73
9.2	Departementets vurderinger og forslag.....	73
10	Modelluavhengige tiltak for å forbedre pasientforløpene	74
10.1	Innledning.....	74
10.2	Beskrivelse av igangsatte tiltak	74
10.2.1	Pakkeforløp	74

10.2.2	Læringsnettverk - gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.....	75
10.2.3	E-helse	76
10.2.4	Videreutvikling av statistikk og annen styringsinformasjon.....	77
10.2.5	Videreutvikling av finansieringsordningene	77
10.3	Departementets vurderinger og forslag	78
10.3.1	Helsedirektoratets forslag til modelluavhengige tiltak.....	78
11	Forslag til andre endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	88
11.1	Innledning.....	88
11.2	Departementets vurderinger og forslag	88
12	Administrative- og økonomiske konsekvenser	91
13	Merknader til de enkelte bestemmelsene	92
14	Forslag til lov- og forskriftsendringer	93

1 Innledning

Regjeringens mål er å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste der alle skal ha trygghet for å få hjelp når de trenger det, bli ivaretatt og informert, oppleve å ha innflytelse, påvirkning og makt til å treffe valg som gjelder egen situasjon. Norge har en meget god helse- og omsorgstjeneste sett i internasjonal sammenheng. Tilgangen og behandlingen som tilbys skal være likeverdig for alle, uavhengig av sosial bakgrunn eller hvor i landet man bor.

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet og diskusjon rundt registreringen og praktiseringen av regelverket knyttet til ventetid og pasientenes forløp i spesialisthelsetjenesten. Det er en risiko for at den samme henvisningen vurderes ulikt, og at det gis ulike rettigheter avhengig av fortolkning av regelverket. Det medfører igjen en risiko for at pasientenes rettigheter ikke registreres riktig, slik at statistikk og styringsinformasjon om ventetid påvirkes. Det er særlig skillet mellom frist til utredning og frist til behandling som har skapt utfordringer. Det har for eksempel blitt stilt spørsmål om reduksjonen i ventetid siden 2013 har vært reell.

Som følge av dette, fikk Helsedirektoratet i juni 2016 oppdrag om å utrede flere forhold knyttet til ventetidsregistrering. Rapporten ble publisert i mai 2017. Helsedirektoratets vurdering var at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett går ned. Helsedirektoratet foreslo to tiltak i rapporten. Det ene var at regelverket måtte forenkles og det andre var at de pasientadministrative systemene måtte forbedres. Helsedirektoratet fikk som følge av dette et nytt oppdrag, og leverte en utredning til departementet i juli 2018. Denne rapporten var på tre måneders høring i 2018.

Hovedformålet med forslagene i dette høringsnotatet er å legge til rette for bedre pasientforløp. Pasientene skal oppleve gode, sikre og forutsigbare pasientforløp. Pakkeforløp er ett eksempel på tiltak som bidra til at pasienter får et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helse og rus, og Helsedirektoratet utvikler pakkeforløp for flere diagnoser.

Andre sentrale formål med forslagene i høringsnotatet er å redusere uønsket variasjon mellom sykehus og regioner og forbedre kvaliteten på registreringen i spesialisthelsetjenesten. Det er en overordnet målsetting at endringer i registreringen i utgangspunktet ikke skal bidra til større administrativ byrde for sykehusene og helsepersonell, men sikre god og pålitelig oversikt over utviklingen i ventetider og kvalitet i tjenesten.

Departementet mener det er behov for tiltak på både kort og lang sikt. Og det er behov for tiltak av både rettslige og ikke-rettslige tiltak. Bruk av virkemiddel må tilpasses hva man ønsker å oppnå og om virkemiddelet er egnet. For eksempel vil ikke nødvendigvis regelverksendringer eller nye pasientrettigheter alltid være det riktige svaret på utfordringer knyttet til pasientforløpene. I mange tilfeller vil endringer i praksis,

tilrettelegging for informasjonsutveksling, og bedre informasjon til pasienter kunne være vel så egnede tiltak for å oppnå gode pasientforløp.

På kort sikt er det imidlertid et behov for å rydde i regelverket slik at like pasienter får like rettigheter, uavhengig av hvor de mottar helsehjelpen. Skillet mellom frist til utredning og frist til behandling har vært vanskelig å forstå og praktisere, og gir ikke pasientene et bedre pasientforløp. Dette er godt dokumentert gjennom ulike rapporter de senere årene.

Regjeringen er opptatt av å forenkle og forbedre dagens modell uten at pasientens rettigheter svekkes i møte med spesialisthelsetjenesten. Det er avgjørende at pasienter får god og forsvarlig helsehjelp fra rett kompetanse til rett tid, og uten unødvendig venting. For å oppnå dette er det ikke bare behov for oppheve skillet mellom frist til utredning og behandling, men også andre tiltak av ikke-rettslige karakter som kan understøtte de gode pasientforløpene.

På lang sikt er det ønskelig med et mer tilpasset regelverk som i enda større grad understøtter gode pasientforløp, minsker administrasjon, men som samtidig ikke svekker pasientenes individuelle rettigheter og sikrer helsehjelp av god kvalitet og til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med eventuelle større justeringer i regelverket som kan innføres på lengre sikt.

2 Oppsummering av høringsnotatets forslag

2.1 Høringsnotatets hovedforslag

Høringsnotatet inneholder to forslag til lovendringer:

- Opphevelse av skillet mellom individuell juridisk frist til utredning eller behandling. Dette gjøres gjennom en endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd. (*Innføring av modell A*)

I høringsnotatet foreslås det at den individuelle fristen oppfylles ved "første oppmøte". Helsedirektoratet gir ikke nærmere forklaring i deres utredning på hvilket materielt krav som skal ligge i kravet til "første oppmøte". Ordlyden tilsier at fristen oppfylles i det pasienten møter for første gang etter henvisning i spesialisthelsetjenesten. Ordlyden stiller ikke krav til at det skal være noen kvalitativ utredning eller behandling som må gjennomføres for at fristen skal være oppfylt. Fristen kan følgelig oppfylles ved innkalling til en samtale.

Departementet foreslår i høringsnotatet at "første oppmøte" skal forstås slik at utredning eller behandling påbegynnes. Det skal ikke være anledning til å sette opp en time kun med en intensjon om å oppfylle fristen, for deretter å la pasienten vente uforsvarlig lenge på det videre pasientforløp. For at fristen skal være oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Det innebærer at for at fristen skal være oppfylt må timen eller kontakten med spesialisthelsetjenesten innebære aktiviteter som medfører at pasientforløpet startes på det tidspunktet.

Når det gjelder spørsmålet om "første oppmøte" krever fysisk oppmøte på en bestemt lokasjon, mener departementet at det er viktig at ny lovgivning er teknologinøytral og det åpnes for å ta i bruk løsninger som er kostnadseffektive og brukervennlige. Selv om ordlyden kan tolkes dithen at det kreves fysisk oppmøte på et sykehus eller poliklinikk, så presiseres det i de spesielle merknadene til bestemmelsen at for eksempel også e-konsultasjon kan oppfylle fristen til første oppmøte.

- Det foreslås endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Forslaget innebærer at det vil fremgå av lovs form at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er avhengig av forventet nytte av helsehjelpen, og at den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

I de senere årene har det i ulike sammenhenger blitt tatt opp sammenhengen mellom prioriteringsforskriften og retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste som er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Blant annet har Justis- og beredskapsdepartementet påpekt at de mener at prioriteringsforskriften § 2 første ledd ut fra sitt innhold er en så viktig bestemmelse at den burde fremgå av lovbestemmelsen. Det samme ble tatt opp av Magnussen-utvalget i rapporten "På ramme alvor".

Av den grunn foreslår departementet endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Endringen består i å at det vil fremgå av lovs form at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er avhengig av forventet nytte av helsehjelpen, og at den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Det understrekes at forslaget ikke vil endre på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Forslaget til endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b er av lovteknisk karakter, og handler om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd i lovs form.

2.2 Leseveiledning

De mest sentrale kapitlene i høringsnotatet er kapittel 7, 8 og 10.

I kapittel 7 redegjøres for de modellene som er blitt vurdert. Alle modellene beskrives relativt detaljert, slik de er fremstilt i rapporten fra Helsedirektoratet. Først gis hovedelementene i modellen, deretter Helsedirektoratets vurdering av hvilke andre tiltak som kan understøtte modellen. Videre forsøkes å gi en vurdering av fordeler og ulemper av modellene. Avslutningsvis under hver modell gis det en beskrivelse av økonomiske og administrative konsekvenser, samt behov for endringer i de pasientadministrative systemene.

I kapittel 8 redegjør departementet for hvilken av modellene A, B eller C som foretrekkes.

I kapittel 10 redegjøres det for modelluavhengige tiltak som kan forbedre pasientforløpene. I de senere årene er det iverksatt flere tiltak som har som formål å bidra til gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, som ikke er av rettslig karakter. Disse omtales under punkt 10.2. De modelluavhengige tiltakene som Helsedirektoratet foreslår i sin rapport, tas stilling til av departementet under punkt 10.3.

Enkelte av tiltakene som Helsedirektoratet har vurdert og foreslått i utredningen berører tema som er omtalt og behandlet i Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Det vil framgå av den videre beskrivelsen hvilke tiltak dette gjelder.

3 Bakgrunn

3.1 Innledning

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet leverte Helsedirektoratet 3. mai 2017 – *"Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten"* IS-2626. I rapporten uttalte direktoratet at det er behov for å forbedre registreringen i de pasientadministrative systemene og for å forenkle regelverket. Det ble blant annet foreslått å vurdere å forenkle regelverket slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av oppstart uten at det skilles mellom frist til henholdsvis utredning og behandling, og at pasientrettigheten vurderes som innfridd ved første kontakt.

I *"Tillegg til tildelingsbrev nr. 42/2017"* fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra departementet om å utrede ulike modeller for hvordan regelverket for pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tilknyttede registreringer av ventetid bør innrettes og reguleres. I oppdragsbrevet ble det vektlagt at forslag til nye modeller skal ivareta gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, enkel administrasjon og lav grad av variasjon mellom sykehus og regioner.

Forslag til alternative modeller skulle omfatte skisse til lov- og forskriftsregulering, forslag til registreringsmålepunkter i forløp, samt vurdering av konsekvenser for pasientenes rettsstilling, behov for endringer i pasientadministrative systemer, og økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene. I arbeidet skulle det innhentes erfaringer og kunnskap fra berørte aktører, herunder profesjonsforeninger, pasientforeninger, sykehus og andre. Helsedirektoratet leverte sin rapport IS-2742 – *"Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten"* i juli 2018.

I det følgende redegjøres det kort for rapporten. Mer detaljert fremstilling av de modellene som blir foreslått i rapporten finnes i kapittel 7.

3.2 Rapport IS-2742 – Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet har lagt stor vekt på involvering av berørte aktører i arbeidet. Det ble opprettet en egen referansegruppe for arbeidet, med bred representasjon og jevnlig møtepunkter underveis. Referansegruppen har hatt representasjon fra samtlige helseregioner, pasient- og brukerombud, pasient-/brukerorganisasjoner representert gjennom Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Kreftforeningen og Helsedirektoratets brukerråd innen rus- og psykisk helsefeltet (BrukerROP), profesjonsforeninger representert gjennom Legeforeningen og Psykologforeningen, samt Statens helsetilsyn.

I tillegg til informasjonsinnsamlingen gjennom møter og intervjuer har direktoratet også invitert publikum til å gi sine innspill gjennom nyhetssak og tilhørende Questbackundersøkelse publisert på Helsedirektoratets nettsider. Direktoratet uttaler at de

har gjennom møter, intervjuer og Questback-undersøkelse fått en rekke gode innspill som grunnlag for arbeidet.

I rapporten er det presentert tre ulike modeller for regulering av pasientforløp. Alle har som formål å bidra til gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, minsket uønsket variasjon og enkel administrasjon. Modellene bygger på ulike tilnærminger til innretning av frist, og er sammensatt av kombinasjoner av tiltak og regulering i regelverk, samt målepunkter, indikatorer og regelverk knyttet til disse.

Det lå ikke til oppdraget at Helsedirektoratet skulle anbefale en modell, men å utrede flere alternative modeller. Videre ble det i oppdraget satt som forutsetning at pasientenes rettigheter i møte med spesialisthelsetjenesten ikke skulle svekkes.

Modell A tar utgangspunkt i opprettholdelse av individuell rett til juridisk frist for når helsehjelp senest skal starte, og legger til grunn av fristen innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Modellen tilsvare i hovedsak dagens modell, men med bortfall av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. Alle pasienter som gis rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, skal få en frist for senest oppstart av helsehjelpen. Modellen har fokus på å redusere unødig venting på oppstart av helsehjelp i starten av pasientforløpet. Det er en forenkling av dagens modell, gjennom at en fjerner rom for skjønn ved vurdering av om pasienten har en avklart eller uavklart tilstand, og skillet mellom frist til utredning og behandling. Modellen tilrettelegger for noe enklere kommunikasjon med pasienten om den fristen som er gitt, og gir mer sammenlignbar statistikk på ventetider. Modellen innebærer relativt små endringer fra dagens reguleringsmekanismer, og antas å kunne implementeres relativt raskt, og med relativt lav risiko og ressursbruk.

Modell B legger opp til en overgang fra individuell til generell frist for oppstart av helsehjelp. Modellen legger opp til at alle pasienter får en rett til første oppmøte innen et bestemt antall måneder, eksempelvis 3 måneder. Dersom fristen overskrides, kontaktes HELFO for formidling av helsehjelp et annet sted. Dersom det er behov for mer enn et oppmøte i spesialisthelsetjenesten, skal det avtales dato for neste oppmøte før pasienten forlater sykehuset. Tilsvarende gjelder for ytterligere oppmøter. Ved overskridelse av avtalt tid for neste oppmøte registreres avvik som for eksempel kan benyttes til utvikling av kvalitetsmålinger. Modellen gir enkle og forutsigbare rettigheter og registrering – pasientene kommer raskt inn. Samtidig gis mulighet for kontroll og oppfølging i forløpet. Modellen kan kreve en lengre overgangsperiode.

Modell C tar utgangspunkt i at det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp. Den juridiske fristen for når helsehjelpen senest skal starte erstattes med andre tiltak for å sørge for gode og forsvarlige pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten i tjenesten. Å sikre at pasientene får tilgang til nødvendig helsehjelp til rett tid er sentralt i arbeidet med kvalitetsforbedring.

Modellen presiserer de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar og viderefører plikt til å ha rutiner og systemer for å følge med på ventelister. Den fremhever også bruk av

kontinuerlig kvalitetsforbedring i tjenesten som verktøy for å understøtte og utvikle gode pasientforløp. Det introduseres andre mekanismer med formål om å bidra til å sikre at pasientene samlet sett ikke skal komme dårligere ut enn de gjør med dagens rett til individuelt fastsatt frist. Modellen krever at det utvikles nye indikatorer og introduseres nye løsninger i sykehusenes systemer, at lov og forskrift endres, og at tydeliggjøres hvordan spesialisthelsetjenesten skal arbeide med kvalitetsforbedring i forløp.

3.3 Høring av rapporten

3.3.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sendte rapporten på høring 3. juli 2018 med høringsfrist 2. oktober 2018. Departementet mottok 35 høringsvar.

Det ble fremhevet av flere høringsinstanser at det var en grundig rapport som Helsedirektoratet leverte. Høringen ga ingen klar indikasjon på hvilken modell som foretrekkes av høringsinstansene. Det er relativt jevnt fordelt mellom hvilken modell som høringsinstansene foretrekker som alternativ til dagens system. Det synes imidlertid å være en enighet om at det er modell A som er minst krevende å innføre, og modell C som mest krevende. Videre synes det tilsynelatende å være en bred enighet om at alle modellene i og for seg er forbedringer til dagens system.

Flere høringsinstanser påpeker også at like viktig som valg av modell, er alle de andre ikke-rettslige tiltakene for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp. Så å si alle høringsinstanser er opptatt av at man ser på hele pasientforløpet, og ikke kun juridiske frister knyttet til oppstart av helsehjelpen.

3.3.2 Vurderingsfrist og opphevelse av skillet mellom frist til utredning og behandling

De aller fleste høringsinstansene er enige i forslaget fra Helsedirektoratet om å beholde vurderingsfristen på 10 virkedager. For eksempel uttaler pasient- og brukerombudene at kort vurderingstid er viktig for å sikre at pasienter med tilstander som haster får rask vurdering.

Når det gjelder juridisk frist til utredning og behandling er det stor støtte fra høringsinstansene om å oppheve skillet. En del av høringsinstansene gir imidlertid uttrykk for at "*første oppmøte*" må presiseres nærmere. For eksempel uttaler Helse Sør-Øst RHF at begrepet kan leses slik at det innebærer at pasienten må fysisk møte opp på en gitt lokalisasjon. De foreslår istedenfor at begrepet "*kontakt*" brukes i lovteksten for å åpne opp for ny teknologi og innovative løsninger.

Advokatforeningen er negativ til forslaget om å oppheve skillet, og mener at det innen somatikk, og i hvert fall innenfor kirurgi, tvert imot må være enda tydeligere krav for å kunne sette en tilstand som uavklart.

3.3.3 Modell A – individuell frist

Det er en betydelig andel av høringsinstansene som støtter denne modellen. Flere er opptatt av modellen i størst grad tilsvarende dagens modell, og derfor vil være den minst ressurskrevende å innføre. Likevel påpekes det at en del av utfordringene med dagens system vil bestå i modell A. Det gjelder særlig utfordringene med å sikre pasienter forsvarlig fremdrift gjennom forløpet.

De som er negative til modellen trekker frem at modell A har de samme vridningseffektene som dagens system. Forløpet etter første oppmøte er ikke bedre ivaretatt enn i dagens modell, og modellen sikrer ikke godt nok kontroll i det videre forløpet.

Helse Sør-Øst RHF presenterer et tredje alternativ. De støtter modell C, men mener at det kan stilles spørsmål ved når modellen kan gjennomføres og iverksettes. Det foreslås derfor at modell A benyttes i en overgangsperiode frem til modell C er implementert og spesialisthelsetjenesten kan ta i bruk effektene av denne.

3.3.4 Modell B – generell frist

Det er også en betydelig andel høringsinstanser som foretrekker modell B. De som er positive trekker blant annet frem at modellen gir enkle og forutsigbare rettigheter for pasientene og at alle pasienter kommer raskt inn.

Helse Sør-Øst RHF påpeker at det er nærliggende å tenke at en juridisk frist, fastsatt uten noen individuell vurdering, vil kunne påvirke kapasitet og prioriteringer negativt. Helse Midt-Norge RHF påpeker at fristen som foreslås i modellen er påfallende lang sammenlignet med målet om ventetid under 50 dager innen 2021 i oppdragsdokumentet.

De som er negative mener at modellen verken gir merverdi for pasientene eller for helsepersonellet som skal behandle og gjøre vurderingene. En annen utfordring som det pekes på er at mange i dag får oppstart av behandling tidligere enn 3 måneder etter henvisning. De som i dag ikke får behandling innenfor 3 måneder, men i modellen vil få en rett til dette, kan bidra til pasienter med alvorligere tilstander blir prioritert ned slik at de får lengre ventetid. Det påpekes også at modellen krever en mer komplisert registrering og oppfølging.

3.3.5 Modell C

Selv om det er enighet blant høringsinstansene at dette er den modellen som er mest krevende å gjennomføre, er det likevel et stort antall som er positive. Et hovedtrekk som trekkes frem er at modellen understøtter god faglig praksis. Flere mener at modellen har et betydelig potensial, men at det kreves store omlegginger. For eksempel uttaler Helse Sør-Øst RHF at det krever intensivering av arbeidet med å sikre gode pasientforløp for alle, ikke bare for de definerte pakkeforløpene. Videre må målepunkter i forløpene defineres, og det kreves utvikling av nye indikatorer.

Det store spørsmålet i modellen er om pasientenes rettsstilling svekkes. Her er høringsinstansene delte. Noen mener at selv om pasientene mister formelle rettigheter, så

kan modellen frigjøre ressurser til å intensivere arbeidet med gode og helhetlige pasientforløp slik at pasientens reelle rettsstilling ikke svekkes. Andre høringsinstanser er derimot klare på at pasientene må ha klare rettigheter, og det må knyttes konsekvenser til brudd på pasientrettighetene. De som er negative til modellen, trekker frem og vektlegger det argumentet tungt.

Et positivt aspekt ved modellen som trekkes frem av flere, er at modellen kan bidra til å få fokus bort fra oppstartstidspunktet og over på hele pasientforløpet og pasientenes reelle behov. Statens helsetilsyn uttaler for eksempel at modellen imøtekommer flere av de viktigste ønskene pasientene har gitt uttrykk for. De påpeker imidlertid at svakheten i modellen kan være at virkemidlene ikke er kraftfulle nok til å oppnå formålet.

3.3.6 Andre tiltak for å understøtte gode pasientforløp og forbedret registrering

3.3.6.1 Styrking av henvisningsprosess og dialog

Høringsinstansene er enige i at det er behov for å styrke henvisningsprosessen. For eksempel uttaler Ahus HF at henvisningsdialogen mellom sykehus kan forbedres ved at foretakene kan overføre henvisninger og svar elektronisk. Dette mener helseforetaket vil bidra til logistikk, forutsigbarhet og pasientsikkerhet.

Rapporten inneholder flere ulike forslag. Det ene forslaget er å innføre vurderingssamtaler ved usikkerhet i vurdering av henvisning. Det er få høringsuttalelser om dette, og ingen som uttaler seg gir noen særlig begrunnelse for hvorfor de eventuelt støtter eller ikke støtter tiltaket. Vestre Viken HF er negativ til forslaget med den begrunnelsen at et skille mellom vurderingssamtale og en første konsultasjon oppleves som kunstig og vanskelig å kommunisere til pasienter.

Blant annet pasient- og brukerombudene og Statens helsetilsyn mener at det bør stilles et tydelig krav om at helseforetaket skal gi en begrunnelse som gir pasient og lege nødvendig innsikt i de vurderinger som er foretatt. De mener dette vil gi en bedre forståelse av helseforetakets vurderinger, og det vil gi en reell mulighet til å klage dersom henviser eller pasient mener avgjørelsen er feil.

Helse Sør-Øst RHF er på den annen side opptatt av at det ikke er hensiktsmessig å kreve en så omfattende begrunnelse for avslag som det er for enkeltvedtak i forvaltningsloven. De mener det bør være tilstrekkelig å begrunne et avslag i svarbrevet til pasienten med at den aktuelle tilstanden kan behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og heller legge til rette for et felles møte.

3.3.6.2 Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende

Flere høringsinstanser er positive til å innføre serviceerklæring og forløpsplan. For eksempel uttaler Diabetesforbundet at dette kan være gode verktøy som kan gi større grad av trygghet og forutsigbarhet for pasientene. Sunnaas Sykehus HF er også positive, men mener at tiltakene kan oppfattes å være delvis overlappende. Det anbefales et tydeligere

skille mellom disse to, og vil foreslå at det skilles mellom et dokument som gjelder gruppenivået og et dokument som gjelder individnivået.

3.3.6.3 Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom helseforetak

Det er få høringsinstanser som uttaler seg direkte om forslag til tiltak under dette punktet. Sunnaas Sykehus HF mener det bør være et forsterket fokus på kompetanse på koordinering.

Pasient- og brukerombudene er positive til tiltak som styrker RHF-enes rolle i "køstyring". De uttaler at de erfarer at i dag så "holder" helseforetakene på sine pasienter på tross av lange ventetider, i stedet for å utnytte ledig kapasitet ved andre helseforetak.

3.3.6.4 Styrking av utskrivningsprosessen

Det er få høringsinstanser som uttaler seg direkte om forslag til tiltak under dette punktet. Helse Sør-Øst RHF viser til at styrking av utskrivningsprosessen gjennom utskrivningssamtaler og kopi av epikrise til pasient er i dag innført i flere helseforetak og vil ikke kreve endringer i teknisk løsning, men legges inn som aktivitet i pasientforløpet. De uttaler at innføring av utskrivningsattest vil kreve nytt dokument i pasientjournalen. De mener det bør vurderes om en utvidet epikrise vil kunne dekke dette og spare tid til annet pasientarbeid.

3.3.6.5 Økonomiske virkemidler som kan styrke fokus på helhetlige pasientforløp

I rapporten viser Helsedirektoratet til kvalitetsbasert finansiering og forløpsbasert finansiering. Få høringsinstanser uttaler seg om dette. Pasient- og brukerombudene uttaler at deres erfaringer er at gode pasientforløp og innfrielse av pasient- og brukerrettigheter ikke understøttes av finansieringsordningene. De viser til at alle ønsker lav ventetid og gode, effektive forløp. De mener dagens finansieringsordning ikke har vist seg om et insitamant for dette.

3.3.6.6 Måling og registrering

Høringsinstansene som uttaler seg om måling og indikatorer er opptatt av at rapporteringsbyrden forenkles og reduseres. Fokuset bør være å bedre monitorering av flyt og kvalitet i forløpene.

4 Gjeldende rett

4.1 Innledning

I dette kapitlet redegjøres det for gjeldende rett. Det er viktig for å forstå departementets forslag og vurderinger, at man ser regelverket i sammenheng og ikke kun enkelte bestemmelser adskilt. Av den grunn er det gitt en bred gjennomgang av relevant regelverk.

4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

4.2.1 Rett til vurdering

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten.

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd tredje punktum at pasienten har rett til raskere vurdering enn 10 virkedager, ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Grensen mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighets- og hastegrad. Det innebærer at pasienter som henvises med mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter hvor henvisningen tilsier at tilstanden er mindre alvorlig.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd fjerde punktum fremgår det at dersom pasienten vurderes til å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det innebærer at når spesialisthelsetjenesten skal svare på en henvisning, er det to muligheter. For det første kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. For det andre kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten, skal det da opplyses om tidspunkt for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Tidspunktet for oppmøte skal i de tilfeller hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke.

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd at tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Dette for å

tydeliggjøre at det ikke er anledning til å planlegge et pasientforløp som er uforsvarlig. På samme måte tydeliggjøres det i andre punktum at dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten, men dette kan ikke settes etter at fristen for når helsehjelp senest skal gis er gått ut. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt innenfor fristen, skal HELFO umiddelbart kontaktes, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

4.2.2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd første punktum at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. På tilsvarende måte som for rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, skal begrepet "nødvendig helsehjelp" tolkes slik at det gir krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende vil være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering.

Pasienten skal tildeles en rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at vedkommende pasient har et behov for spesialisthelsetjenester. Det er følgelig ikke pasientens egen oppfatning av behov som skal avgjøre om vedkommende har en rett eller ikke, men en konkret individuell helsefaglig vurdering av behov.

Og på tilsvarende måte som for rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, er det slik selv om en pasient har et rettskrav på «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste eller helsehjelp på et bestemt nivå. Dersom en pasient har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er det sykehuset som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte, hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut fra det tilbud og de ressurser som foreligger.

Det ligger i kravet til «nødvendig helsehjelp» at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedring av pasientens helsetilstand den eventuelle helsehjelpen forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv, og det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandling forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kost/nyttevurdering i vurderingen av hva som er å anse som "nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten". Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

Spesialisthelsetjenesten står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasienten ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud til pasienten, har vedkommende pasient også et rettskrav på den bestemte tjenesten.

Spesialisthelsetjeneste er ikke definert i helselovgivningen, men er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan være flytende. Det avgjørende er imidlertid at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd om nødvendig helsehjelp i kommunen og § 2-1 b andre ledd må ses i sammenheng. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den hjelp som pasienten har behov for.

Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken spesialisthelsetjenesten eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må pasienten vurderes. Dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlige helse- og omsorgstjenester, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfelle hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsmyndighetene måtte vurdere ut fra de konkrete omstendighetene hvilket nivå som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 andre ledd andre punktum at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Av tredje punktum fremgår det at fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Fristen gjelder ikke bare behandling, men også utredning. Hvorvidt man har krav på frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Det må derfor skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsfristen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. Fristen skal da settes til når behandling senest skal gis, og den individuelle fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av behandling er påbegynt. I de tilfellene hvor pasientens helsetilstand ikke avklares i løpet av vurderingsfristen, vil aktuell helsehjelp være utredning. Fristen skal da settes til når utredning senest skal igangsettes, og fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristen er gått ut.

Det er viktig å understreke at for at fristen skal være oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Fristen oppfylles for eksempel ikke ved å sette opp en time for dialog med pasienten. Fristen relaterer seg til når helsehjelpen skal igangsettes, enten i form av utredning eller behandling. Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Det innebærer at det ikke er anledning til å innkalle en pasient før fristen går ut, men så la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling.

Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, slik at selv om det ikke er lovregulerte frister for forløpet etter oppstart, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid.

Fristen skal settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, følger det av kravet til forsvarlighet at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

4.2.3 Rett til kontaktlege

Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a. Oppnevning av kontaktlege er en plikt for helseforetaket og en rett for pasienten.

Både vilkåret om at tilstanden (sykdommen, skaden eller lidelsen) må være alvorlig og vilkåret om "en viss varighet" må være oppfylt for at pasienten skal få rett til kontaktlege. Det innebærer at det må skje en helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle. Om tilstanden er "alvorlig" må som utgangspunkt avgjøres ut fra en objektiv faglig vurdering, og det må legges vekt på om tilstanden vil føre til risiko for alvorlig funksjonsnedsetning, invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser. Videre bør det også legges vekt på både på fysiske og psykiske følger av tilstanden. Det må også legges vekt på om pasienten i tillegg har en annen sykdom, skade eller lidelse. Etter en totalvurdering kan det gjøre at pasientens tilstand blir regnet som alvorlig.

Det fremgår av forarbeidene til bestemmelsen at terskelen for å oppnevne kontaktlege til barn skal være lav. Det innebærer at vurderingen av tilstanden og kravet til alvorlighet skal være mildere enn vurderingen av en tilsvarende tilstand hos voksne. Det blir vist til at barn som er syke er i en særlig sårbar situasjon og et godt forhold til en kontaktlege eller kontaktpsykolog er derfor ekstra viktig. En kontaktlege eller kontaktpsykolog som kan gi barnet og foreldrene god informasjon om hva som skal skje i forløpet, kan være med på å skape trygghet for barnet og foreldrene. Det kan igjen være med på å gjøre foreldrene bedre rustet til å ta seg av barnet på en god måte.

Vilkåret om at pasienten skal ha "behov for behandling" av spesialisthelsetjenesten "av en viss varighet" skal forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for behandling over et tidsrom på mer enn 3–4 dager. "Behov for oppfølging" av spesialisthelsetjenesten "av en viss varighet" skal forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for mer enn en enkel avtale om oppfølging. "Oppfølging" skal forstås slik at det omfatter mer enn det som kan regnes som "behandling". For at vilkåret skal være oppfylt må det være behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Behov for oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen gir ikke pasienten krav på kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.

4.2.4 Rett til individuell plan

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Nærmere regler om hvem som skal utarbeide planen for pasienten og hvordan ulike deler av helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Helsepersonelloven § 38 a har regler om plikt for helsepersonell til snarest mulig å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator.

Ansvar for å sørge for utarbeidelse av individuell plan er lagt til kommunen når det er behov for tjenester fra begge nivåer, men helseforetaket har da plikt til å medvirke. Når det bare er behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, er det helseforetaket som har ansvar for at det utarbeides individuell plan.

Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Det skal ikke utarbeides individuell plan uten at pasienten har samtykket til dette. Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse, må samtykke innhentes fra den som har kompetanse til å samtykke på vegne av pasienten.

4.2.5 Prioriteringsforskriften

4.2.5.1 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Prioriteringsforskriften § 2 angir hvem som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Bestemmelsenes første ledd gir to vilkår som begge må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det grunnleggende vilkåret følger imidlertid av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, og det er at pasienten etter en medisinsk vurdering har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten vurderes til å ha et medisinsk behov for helsehjelp skal deretter vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 vurderes.

Etter prioriteringsforskriften § 2 må for det første pasienten ha forventet nytte av helsehjelpen. Dette er presisert i bestemmelsens andre ledd. Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter ikke eksperimentell eller utprøvende behandling. Det er imidlertid i spesielle tilfeller åpnet for at enkeltpasienter med sjeldne sykdomstilstander kan få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet, se merknad til § 3. Det andre vilkåret er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom en medisinsk vurdering av behov, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilkårene skal vurderes samlet. Etter endringene i

spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd, omfatter begrepet spesialisthelsetjeneste nå også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Det vil si tjenester med både helsefaglig og sosialfaglig behandling.

Det fremgår av prioriteringsforskriften § 2 a at spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.

Det følger av prioriteringsforskriften § 4 a at fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp ikke skal overstige 65 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet.

4.2.5.2 Særlig om prioriteringsveilederne

Prioriteringsveilederne skal være et praktisk hjelpemiddel når en skal ta stilling til om en pasient som er henvist, har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til at rettighetsvurderingen av «like» pasienter er uavhengig av klinisk fagområde, hvor i landet de bor og hvilket sykehus de henvises til. De som rettighetsvurderer henvisningene må derfor ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene.

Prioriteringsveilederne har en felles del som gjelder for alle fagområdene, og en del med anbefalinger om rettigheter og frister som gjelder for hvert enkelt fagområde. Den felles delen, som heter "Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne", forklarer hvordan pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften skal brukes i praksis. Kapitlene følger henvisningsforløpet fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten og til helsehjelp starter. Den skal også forklare hvordan de fagspesifikke prioriteringsveilederne skal brukes og gi svar ved eventuell tvil.

Den fagspesifikke delen av prioriteringsveilederne består av en liste over tilstander med veiledende rettighet og frist for hver tilstand innenfor det aktuelle fagområdet. Her blir det også opplyst om fristen gis til start av utredning eller til start av behandling. For hver tilstand er det en oversikt over individuelle forhold som skal vurderes før det blir bestemt hva som skal være rettighet og frist for den enkelte pasient. Dette fordi prioriteringsveilederne inneholder anbefalinger på gruppenivå, mens pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler individuelle pasienters rettigheter. Individuelle forhold kan tilsa at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

Prioriteringsveilederne inneholder også en fagspesifikk innledning som beskriver spesielle forhold ved det aktuelle fagområdet og hvordan de som har utarbeidet prioriteringsveilederne har nærmet seg oppgaven med å gi rettighet og frist.

Tilstandene i prioriteringsveilederne er ment å dekke 75–80 pst. av problemstillingene som tas opp i henvisningene. Pasienter med andre tilstander skal også vurderes i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften, selv om disse tilstandene ikke er omtalt i prioriteringsveilederne. Det betyr at pasienter med disse tilstandene også kan ha rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Enkelte fagområder har også med tilstander der anbefalingen er at pasienten ikke skal få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Anbefalingen gjelder på gruppenivå. Det kan være individuelle forhold hos den enkelte pasient som likevel tilsier at det skal gis rett. For pasienter som i utgangspunktet ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er det spesielt viktig at spesialisten nøye vurderer individuelle forhold før det konkluderes. Pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal ikke settes på venteliste.

Prioriteringsveilederne er ikke medisinskfaglige veiledere som viser hva slags helsehjelp det er forventet at norsk helsetjeneste skal tilby en pasientgruppe. De er et bindeledd mellom helsefaget og regelverket. Prioriteringsveilederne beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk. Dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederne, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Det er uansett slik at det er spesialisten/teamet som er ansvarlig for vurderingene og for avgjørelsene om rettighet og frist for start av helsehjelp for den enkelte pasient.

4.2.6 Rett til informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 angir hovedregelen om pasient og brukers rett til informasjon. Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen. Det kan for eksempel være legen som utfører operasjonen eller sykepleieren som gir pleien. Som regel vil det være en person, men i tilfeller med sammensatte helseproblemer og behov for flere former for helsehjelp, kan det være flere som er ansvarlige. Det er ingenting i veien for at den som yter helsehjelp gir andre i oppdrag å gi pasienten eller den pårørende informasjon.

Det helsepersonellet som er i kontakt med pasienten vil alltid ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Den som yter helsehjelp har imidlertid ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon, og at informasjonen tilfredsstillende de kravene som oppstilles i loven. Det er også denne personen som pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon. For øvrig er det opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd skal pasienten ha informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, dvs. den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Informasjonen må være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, herunder medvirkning ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ. Pasienten har også rett til å få tilstrekkelig opplysninger om legemidler ved utlevering fra apotek til at de kan brukes riktig.

Informasjonskravet må imidlertid tilpasses situasjonen. I særlige situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelser og i øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det derfor tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. Informasjonskravet må ses i sammenheng med kravene til informert samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 andre ledd slås det fast at pasienten har selvbestemmelsesrett mht. om informasjon skal gis. Helsepersonell skal innenfor visse grenser respektere pasientens ønske om ikke å bli informert. Retten til å nekte å motta informasjon gjelder imidlertid ikke uinnskrenket. Hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre av den helsehjelp som gis, kan tilsi at informasjon gis til pasienten selv om pasienten ikke ønsker dette. Det kan også foreligge annet lovgrunnlag for å informere pasienten, uavhengig av pasientens vilje.

Smittevernloven § 2-1 som hjemler informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, kan tilsi at informasjon skal gis til tross for at pasienten ikke ønsker det. Forsvarlighetskravet som gjelder for helsepersonell og kravet til informert samtykke, kan medføre at helsehjelp ikke kan gis dersom informasjon ikke blir gitt.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd skal informasjon ikke gis dersom det foreligger nødrettslig grunnlag for å utelate informasjon, både av hensyn til pasienten selv og til hans omgivelser. Det skal imidlertid mye til for at å unnlate å gi informasjon ut fra nødrettsbetraktninger. Begrunnelsen for at informasjon som nevnt i tredje ledd ikke gis, skal nedtegnes i journalen, jf. helsepersonelloven § 40.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 regulerer pasientens nærmeste pårørendes rett til informasjon. Det følger av første ledd at dersom pasienten gir sitt samtykke til at informasjon gis til de pårørende, skal de som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen. Pasienten kan bestemme at bare visse opplysninger skal gis.

Andre ledd regulerer informasjon til nærmeste pårørende til pasienter som av ulike grunner åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. Bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene om samtykkekompetanse og representasjon i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. For at de pårørende skal kunne ivareta pasientens rettigheter mht. samtykke til helsehjelp, må de ha tilfredsstillende informasjon. Retten til informasjon er i disse tilfellene sidestilt mellom pasienten selv og pasientens pårørende.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Bestemmelsen gjelder for alle pasienter og må ses i sammenheng med § 3-2 første ledd og § 4-1, om at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen.

4.2.7 Fritt behandlingsvalg

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt behandlingsvalg. Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal finne sted. Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunktet gjelder rettigheten alle typer virksomheter. Et grunnleggende vilkår for valget er at virksomheten som velges kan gi pasienten det

tilbudet som pasienten har behov for. Informasjon om hvilke virksomheter pasientene kan velge fremgår på nettsiden helsenorge.no.

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved en virksomhet, og behandlingen ved en annen. Pasienten kan også velge ulike behandlinger i et helseforetak. Hvis et helseforetak består av flere geografisk atskilte behandlingssteder/sykehus, kan pasienten velge behandlingssted innenfor helseforetaket.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner har pasienten ikke rett til å velge. Når øyeblikkelig hjelp-situasjonen er opphørt, har imidlertid pasienten rett til fritt behandlingsvalg på vanlig måte.

Utgangspunktet og hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted. Det er ett unntak fra dette utgangspunktet. De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for et tilbud til innbyggerne i egen helseregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Hvis et helseforetak må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar, kan helseforetaket nedprioritere og/eller avvise pasienter fra andre helseregioner. For å benytte denne unntaksregelen må helseforetaket sannsynliggjøre at det ved å motta den aktuelle pasienten vil stå i fare for ikke kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte behandling innen fristen til rettighetspasienter fra egen region.

Det fremgår av § 2-4 første ledd at pasienter gis rett til å velge hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal sendes til og vurderes ved. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det vil si at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og vilkårene for dette er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Dersom virksomheten pasienten ønsker å få behandling hos, ikke har kompetanse til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen skal gis. Alle offentlige virksomheter har i utgangspunktet denne kompetansen. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd. Dersom en privat virksomhet som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, ikke har vurderingskompetanse, kan pasienten først velge en slik virksomhet etter at pasienten er rettighetsvurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd.

Det er ett unntak fra hovedregelen om at virksomheten som velges må ha vurderingskompetanse. For private radiologiske virksomheter vil det ikke være aktuelt å

vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjeneste og gi individuell juridisk frist. Disse virksomhetene gir svar på prøver, bildediagnostikk osv. som skal brukes for å vurdere forløp. Slike virksomheter kan derfor velges på ethvert tidspunkt i forløpet dersom pasienten har en henvisning til radiologiske tjenester. Det er imidlertid et krav om at den private radiologiske virksomheten har en avtale med et regionalt helseforetak. Private radiologiske virksomheter som ikke har avtale med et regionalt helseforetak kan ikke velges dersom pasienten ikke ønsker å betale full pris for tjenesten.

Det følger av § 2-4 andre ledd at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Retten gjelder alle offentlige virksomheter, og private virksomheter som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Etter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og har fått tildelt en individuell juridisk frist, har pasienten dermed rett til å velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet, jf. første ledd.

Når pasienten er rettighetsvurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan pasienten altså velge å motta helsehjelpen ved private virksomheter som ikke har vurderingskompetanse. Vilkåret for å velge disse er at virksomheten enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Det fremgår av § 2-4 tredje ledd at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Det er virksomheten som vurderer henvisningen som avgjør hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2. Se også kapittel 13 om rett til helsehjelp i utlandet.

4.3 Spesialisthelsetjenesteloven

4.3.1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Statens overordnede ansvar innebærer blant annet at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen innen sine helseregioner. Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene.

Statens ansvar begrenses likevel ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Staten har gjennom det overordnede ansvaret som er fastslått i § 2-1, også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine forpliktelser av juridisk og konstitusjonell karakter.

4.3.2 De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Dette innebærer at det regionale helseforetaket har et ansvar for å oppfylle forpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester, og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser sett hen til behovet i helseregionen. De regionale helseforetakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenester selv eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjettede ledd.

De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for at helsetjenestetilbudet organiseres i samsvar med overordnede fordelingspolitiske mål.

4.3.3 Forsvarlighetskravet

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. punkt 5.3 redegjøres det for behovet for å ta forsvarlighetsstandarden inn i loven og for nyanser i fortolkningen mellom helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det uttales blant annet:

”Forsvarlighetsnormen i § 2-3 har således et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-3 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt”

Lovbestemmelsen innebærer følgelig en presisering av at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker eieres og lederes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete

vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at tjenesteyteren kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.

Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan skal implementeres.

Mange situasjoner der det kan oppstå svikt er alminnelig kjent i fagmiljøene, andre vil være knyttet til forhold ved den aktuelle virksomheten. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer derfor også at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser for så å iverksette tiltak for å forebygge at de samme situasjonene oppstår igjen.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Uklarhet og usikkerhet om organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike enheter og enkeltpersoner er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. Ett sentralt element i forsvarlig virksomhetsstyring vil derfor være å etablere nødvendige rutiner for utførelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a at ”enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet”. Kvalitetsforbedring- og pasientsikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll.

4.4 Helsepersonelloven

4.4.1 Forsvarlighetskravet

Det fremgår av helsepersonelloven § 4 første ledd at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at rettsregelens innhold kan variere over tid, og ikke knytter avgjørelsen til bestemte og entydige kriterier, men gir anvisning på en bestemt målestokk til bruk ved bedømmelsen. For det enkelte

helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Begrepets innhold varierer derfor med faglig utvikling, verdioppfatninger og lignende. Det er ikke et absolutt krav om at en skal gjøre alt som er mulig å gjøre for den enkelte pasient, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk. Hva som skal til for at et helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig, skal bedømmes ut fra det en kan forvente på bakgrunn av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Med kvalifikasjoner siktes det til både formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs. helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Fag- og yrkesorganisasjoners normer og yrkesetiske regler vil også være veiledende for hvilke forventninger man kan ha til kvalifikasjoner hos de respektive helsepersonellgrupper. Videre må forventninger knyttes til innholdet i den enkelte helsepersonellgruppes utdanning og til kravene til autorisasjon mv.

Autorisasjon, lisens, grenselisens og spesialistgodkjenning stiller visse krav til utdanning mv., og bidrar til å sikre at grupper av helsepersonell har særskilt kyndighet for yrkesutøvelse innen sine områder, men er ikke nødvendigvis tilstrekkelig til at det enkelte autoriserte helsepersonell er kvalifisert til å utføre en bestemt oppgave i enhver sammenheng. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte helsepersonell vurderer om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner eller om pasienten bør viderehenvises, eventuelt spesialistkompetanse innhentes. Forventningene til handlemåte vil være annerledes for en erfaren spesialist enn til helsepersonell med kort tids erfaring.

Hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner vil dessuten variere med den konkrete situasjon, dvs. med arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det sentrale er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. De forutsetninger og handlingsalternativer som helsepersonellet har i den konkrete situasjon vil kunne medføre modifikasjoner i forsvarlighetskravet. Det innebærer blant annet en avgrensning mot forhold som helsepersonellet ikke har herredømme over eller kan lastes for, for eksempel fordi det skyldes en systemsvikt. Det innebærer også at helsepersonell ikke kan anses å opptre uforsvarlig når de yter helsehjelp ut over området for egne kvalifikasjoner, dersom det ville innebære en uforsvarlig unnlattelse eller en uforsvarlig handling *ikke* å yte helsehjelpen.

En rekke momenter kan trekkes inn i den konkrete vurderingen av hva som kan anses å være forsvarlig opptreden fra helsepersonellens side. Det må vurderes om vedkommende har innrettet yrkesutøvelsen etter sine faglige begrensninger, og om vedkommende har holdt seg tilstrekkelig oppdatert på det fagfeltet vedkommende beveger seg på.

Videre kan det utstyret, de legemidler og det personell osv. som helsepersonellet har hatt til rådighet, få betydning for bedømmelsen av forsvarligheten. Dersom bruken av medisinsk utstyr eller legemidler i den konkrete situasjonen utgjør en risiko for feil, må det foretas en avveining mot de fordeler som kan tenkes oppnådd ved bruk av utstyret.

Dersom nødvendige hjelpemidler ikke er tilstede, kan forsvarlig handlemåte være å overføre pasienten til et alternativt behandlingssted med bedre forutsetninger for å yte helsehjelpen.

Forsvarligheten bedømmes videre ut fra om det er innhentet samtykke til helsehjelp fra pasienten og hvilken informasjon han/hun har fått, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og § 3-2. Samtykke er hovedregelen for all ytelse av helsehjelp. Gyldig samtykke forutsetter at pasienten forstår hva han/hun gir samtykke til, dvs. at vedkommende har fått tilstrekkelig informasjon om diagnosen og helsehjelpen. Hvor inngående informasjonen må være, beror på en skjønnsmessig avveining. Unnlattelse av å innhente samtykke eller å gi pasienten opplysninger på en måte som pasienten kan forstå og nyttiggjøre seg, kan være uforsvarlig. For eksempel kan manglende informasjon om legemiddelbruk og bivirkninger som pasienten skal være oppmerksom på, få fatale følger. Kravet til informasjon og samtykke skjerpes ved utprøvende og eksperimentell behandling.

Videre forventes det at helsepersonellet innhenter tilstrekkelige opplysninger fra og om pasienten før det gis helsehjelp. Forsvarlig diagnostisering vil for eksempel primært bero på om tilstrekkelige og adekvate tiltak er satt i verk for å stille diagnosen, herunder om tilstrekkelige opplysninger er innhentet, og ikke på om det er stilt riktig diagnose. Dersom det settes i verk omfattende inngrep på usikker indikasjon, vil dette øke kravet til innhenting av opplysninger og utredning før behandling iverksettes.

Forsvarlig yrkesutøvelse innebærer også at helsepersonell ikke utnytter det avhengighetsforhold som kan oppstå mellom pasient og helsepersonell. Helsepersonell har ansvar for å skille mellom private og profesjonelle relasjoner.

Forsvarlighet forutsetter som utgangspunkt videre at helsepersonellet holder seg til anerkjente og utprøvde metoder for helsehjelp. Hva som ligger innenfor det forsvarlige, vil bero på pasientens helsetilstand og hvilke behandlingsoalternativer som er tilgjengelige. Hovedkravet til forsvarlig behandling er at den metoden som anvendes er egnet til å gi kurativ eller lindrende effekt. Valg av behandlingsmetoder beror på faglig skjønnsmessig avveining. Viktige hensyn vil være pasientens sykdom, alder, allmenntilstand, inngrepets omfang og behandlingsutsikter.

I denne forbindelse er det viktig å merke seg at helsepersonelloven kommer til anvendelse når alternativ behandling utøves av autorisert helsepersonell eller innenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette følger av alternativ behandlingsloven § 2 femte ledd. Helsepersonell som utøver alternativ behandling vil altså bli bedømt etter de krav til faglig forsvarlighet som følger av helsepersonelloven.

Behandlingens skadepotensial vil også være et moment i forsvarlighetsbedømmelsen. Jo større risiko for skade, desto større krav til forsvarlig utøvelse. Forsvarligheten må bedømmes ut fra helsepersonelllets mulighet til å forstå skaderisikoen, samt hvilke handlingsalternativ vedkommende hadde i den konkrete situasjonen

De generelle rammebetingelser som helsepersonellet er bundet av, vil også påvirke vurderingen av forsvarligheten. Kompetanse, utstyr og ressurser for øvrig må tas i betraktning og kan begrense omfanget av den helsehjelpen som kan ytes forsvarlig. Der

ressursene er begrenset kan viderehenvisning, for eksempel til et større sykehus, være den forsvarlige handlemåten.

Den tiden helsepersonellet har til rådighet er også relevant for forsvarlighetsbedømmelsen, for eksempel vil helsepersonell ofte måtte handle raskt for å hindre at skade eller akutt sykdomstilstand medfører alvorlig fare for pasientens liv eller helse. I en slik situasjon skal det mer til for at feil fra helsepersonellens side vil anses som uforsvarlig. Helsepersonellet har likevel en selvstendig plikt til å unngå for stort tidspress; det kan for eksempel innebære at en fastlege må henvise pasienter til annen lege.

Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker vedkommendes personlige integritet. Konkret gir dette seg uttrykk i måten helsepersonell opptrer overfor og kommuniserer med pasienten, så vel som med pasientens pårørende. Plikten til omsorgsfull hjelp vil kunne overlappes med forsvarlighetskravet, da det kan være uforsvarlig ikke å oppføre omsorgsfullt overfor en pasient. Noen tjenester og helsehjelpssituasjoner kan kreve en særlig respekt og omsorg for at behandlingen eller pleien skal kunne anse å være forsvarlig.

På samme måte som forsvarlighet, bedømmes omsorgsfullhet på grunnlag av hva som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

For eksempel vil forventningene til samhandling og kommunikasjon med pasienten kunne være mindre i en øyeblikkelig hjelp-situasjon enn i en planlagt helsehjelpssituasjon, og vurderingen av om hjelpen ble gitt på en omsorgsfull måte kan bli ulik i de to situasjonene.

Forventningene vil også kunne være ulike avhengig av helsepersonellens rolle eller arbeidsoppgaver. Noen pasientgrupper vil i større grad enn andre være prisgitt helsepersonellens behandling og pleie, og for personellgrupper som er i befattning med disse pasientgruppene det vil det kunne kreves at det utvises en særlig respekt og omsorg for at helsehjelpen skal vurderes som omsorgsfull. Kravet kan også ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenestens plikt til å tilrettelegge for et verdig tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b) og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a tredje ledd.

4.4.2 Krav til ressursbruk

Det følger av helsepersonelloven § 6 at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter, i tillegg til ved utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Det følger implisitt av kravet til nødvendighet i bestemmelsen at plikt til hensiktsmessig ressursbruk ikke må gå ut over kravet til forsvarlighet.

Formålet er effektiv utnyttelse av offentlige og private ressurser. Hverken pasienter, helsetjenesten eller trygdesystemet skal bruke unødige ressurser. «Andre» kan være andre

offentlige instanser eller private, for eksempel forsikringsselskaper. Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter, og ved ytelse av helsehjelp.

Plikten til å unngå unødig ressursbruk, omfatter ikke bare penger, men også tid. Det innebærer at helsepersonells arbeidstid skal brukes effektivt, og at pasienten ikke må påføres unødig venting eller utsettes for tidsspille som følge av mer intensiv eller langvarige behandling enn nødvendig. Hva som er unødvendig ressursbruk er gjenstand for en viss grad av skjønn, men hensynet til å begrense ressursbruken må vike for kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp der det måtte oppstå konflikt mellom disse to hensynene.

Der det er faglig uenighet eller tvil om diagnostisering på grunn av usikre symptomer, vil derfor hensynet til faglig forsvarlighet vanligvis måtte gå foran hensynet til å redusere helsetjenestens ressursbruk i vurderingen av om det skal iverksettes ytterligere utredninger og undersøkelser.

Behandling som iverksettes etter en forsvarlig utredning og som er medisinsk indisert, kan i utgangspunktet ikke anses å være unødvendig ressursbruk. Helsepersonellet må imidlertid ta plikten etter § 6 i betraktning, dersom valg av behandlingsmetode i konkrete tilfeller står mellom likeverdige behandlingsmetoder som krever ulik ressursbruk. Det understrekes at ressursbruk ikke vil være det eneste momentet helsepersonellet skal ta hensyn til i valget mellom behandlingsmetoder; et annet moment vil være pasienten egne ønsker, jf. pasientens rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Når behandlingen er iverksatt, forutsettes det at helsepersonell vurderer effekt opp mot ressursbruk. Dette kan være aktuelt i forbindelse med rekvirering av legemidler, fysikalske behandlinger, sykemeldinger osv. HPN og Statens helsetilsyn har ved flere anledninger fattet vedtak om brudd på helsepersonelloven § 6 fordi helsepersonell har påført trygden unødvendige utgifter til legemidler som ikke har vist ønsket effekt, fordi behandlinger har blitt gitt ut over det som har vært medisinsk nødvendig og fordi behandlinger har måttet gjentas pga. grunn av dårlig kvalitet på tidligere behandlinger.

4.5 Regler for journalføring og epikrise

Det følger av helsepersonelloven §§ 39 og 40, samt journalforskriften, skal vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 journalføres. Dette innebærer at henvisningen må journalføres. Pasient som er henvist til spesialisthelsetjenesten skal innen ti virkedager fra mottaksdato få informasjon om utfall av vurderingen, og om når utredning eller behandling skal settes i gang. Informasjonen sendes pasient og henviser i eget brev. Dette brevet må også journalføres.

Helsepersonelloven § 40 og journalforskriften § 8 presiserer hva som skal føres i pasientens journal. Journalen skal blant annet inneholde opplysninger om pasientens tilstand og årsak til kontakt med helse- og omsorgstjenesten, hvilke undersøkelser som har blitt utført, aktuell diagnose, hvilken behandling og pleie pasienten har mottatt, medisiner, opplysninger om henvisninger og vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten og eventuelt andre forhold som viser hva som har blitt gjort med

pasienten. Journalen skal også inneholde opplysninger om råd og informasjon pasienten har fått. Dokumentasjonskravet øker dersom helsepersonellet velger å gi en behandling som avviker fra gjeldende retningslinjer eller veiledere.

Helsepersonelloven § 45 regulerer utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger. Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og sikre pasienten god og forsvarlig helsehjelp, samtidig som hensynet til pasientens integritet og personvern ivaretas.

Plikten til å gi helseopplysninger til annet helsepersonell gjelder både innenfor egen virksomhet og på tvers av virksomheter. Bestemmelsen åpner både for at journal og journalopplysninger kan utleveres til annet helsepersonell og for at annet helsepersonell kan gis elektronisk tilgang til journal og journalopplysninger.

Helsepersonelloven § 45 a regulerer utarbeidelse og oversendelse av epikrise ved utskrivning fra helseinstitusjon eller ved utført behandling hos spesialist. Formålet er å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp etter utskrivningen og å bidra til læring og kvalitetssikring hos innleggende/henvisende helsepersonell. Det fremgår av bestemmelsens første ledd at pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

I andre ledd presiseres det at dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Som hovedregel skal epikrisen altså sendes samtidig med utskrivningen fra helseinstitusjonen. I enkelte tilfelle er dette likevel ikke mulig, for eksempel fordi en er avhengig av svar på gjennomførte undersøkelser eller uttalelser fra annet involvert helsepersonell før en kan ferdigstille epikrisen. I andre tilfeller kan det være slik at helsepersonellet på grunn av andre arbeidsoppgaver ikke greier å ferdigstille epikrisen samtidig med at pasienten blir utskrevet. Dersom det av slike grunner ikke er mulig å etterleve hovedregelen om å sende epikrisen ved utskrivningen, åpnes det for at epikrise kan sendes noe senere. Som det framgår skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Hva som skal anses å være forsvarlig tid i de tilfellene der epikrisen ikke blir sendt samtidig med utskrivningen, må vurderes konkret. Hensynet til annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, vil her være et sentralt vurderingstema. Det kan være variasjoner i hvor rask oppfølging en pasient har behov for. I noen tilfeller kan dette være straks etter utskrivningen eller utredningen/behandlingen, for eksempel der pasienten skrives ut fra sykehus til sykehjem

for videre oppfølging og behandling, og epikrisen må ikke sendes senere enn at nødvendig oppfølging kan settes i verk. Det må som nevnt vurderes konkret i hver enkelt situasjon hva som er forsvarlig, men i alle fall bør epikrisen sendes innen rimelig tid etter utskrivningen.

I situasjoner der det ikke er mulig å ferdigstille epikrisen ved utskrivningen, vil krav om forsvarlig behandling ofte tilsi at en alt ved utskrivningen må gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon til helsepersonell som skal stå for den videre helsehjelpen. I slike situasjoner kan helsepersonellet ikke vente med å gi informasjon til epikrisen er skrevet og sendt.

I bestemmelsens tredje ledd er det tatt inn en definisjon av hva som menes med epikrise. En epikrise er en kort skriftlig og sammenfattende framstilling av gjennomført undersøkelse eller behandling av en pasient, basert på tilgjengelige journalopplysninger. Hvilke opplysninger en epikrise skal inneholde, vil måtte avgjøres etter en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten annet sted i helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. I mange tilfeller vil det i epikriser blant annet bli gjort rede for forhistorien eller foranledningen til ytelsen av helsehjelp, hvordan sykdommen eller skaden har oppstått eller utviklet seg, hvilke undersøkelser som er gjort, diagnostisering og hvilken behandling som er gjort eller anbefalt. En epikrise kan også inneholde faglige råd om videre oppfølging og behandling eller opplysninger om komplikasjoner som kan inntreffe etter behandlingen.

4.6 Ventelisteforskriften

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 at departementet blant annet kan gi forskrifter om føring av ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp, og plikt for regionale helseforetak til å rapportere aktivitetstall for de virksomhetene de eier og de private helsetjenestene de har avtaler med. Med hjemmel i denne bestemmelsen har departementet gitt forskrift om ventelisteregistrering.

Føring og oppdatering av ventelister fyller flere viktige funksjoner. Ventelistene viser i hvilken grad pasienter får sine rettigheter innfridd, herunder rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp innen den individuelle fristen etter pasient- og brukerrettighetsloven. Ventelistene inneholder også annen viktig informasjon, som andelen pasienter som ikke har «rett til nødvendig helsehjelp», samt hvor mange som ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Listene vil også utgjøre en viktig del av grunnlaget for pasienters vurdering i forbindelse med valg av sykehus etter pasient- og brukerrettighetsloven. På overordnet nivå vil ventelistene være sentrale for vurderingen av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten. På institusjonsnivå vil de utgjøre et arbeidsredskap for pasientlogistikken.

Forskrift om ventelisteregistrering pålegger institusjoner som faller inn under spesialisthelsetjenesteloven å føre ventelister over pasienter som er registrert for undersøkelse og behandling. Følgende institusjoner omfattes:

- Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpspsykiatriske sentre som et regionalt helseforetak har inngått avtale om tjenesteyting med i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjettede ledd.
- Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpspsykiatriske sentre som eies av et regionalt helseforetak.
- Institusjoner (inkludert poliklinikker) som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og som eies av, eller som har inngått avtale som nevnt i nr. 1 med, et regionalt helseforetak.

Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Dersom pasienten har en slik rett, skal også fristen som er fastsatt for nødvendig helsehjelp fremgå av ventelisten. Videre skal det vurderes ved hvilket fagområde det forventes at pasienten skal behandles innenfor og det skal fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

I forskriften § 3 slår fast at institusjonene skal føre ventelister over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling. Dersom den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen ytes på flere, geografisk atskilte, behandlingssteder i institusjonen, skal det føres venteliste for hvert behandlingssted. Det skal fremgå av ventelisten hvilken frist som er fastsatt for nødvendig helsehjelp. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. Henvisninger registreres på mottaksdato (den dagen henvisningen er mottatt av institusjonen). Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen. I merknader til § 3 påpekes det at det også skal fremgå av ventelisten fra hvilket fagområde pasienten, etter spesialisthelsetjenestens vurdering, mest sannsynlig trenger helsehjelp. I rapportering til NPR skal det fremgå hvilket behandlingssted henvisningen er til. Dette rapporteres i NPR-melding med organisasjonsnummer.

I merknader til forskriften § 3 utdypes det faktum at pasienten ikke skal settes på venteliste før det er foretatt en vurdering av om pasienten skal undersøkes eller behandles ved institusjonen. I NPR-melding er det et eget felt for vurderingsdato som skal registreres. Dersom pasienten skal få et tilbud i spesialisthelsetjenesten, er dette den dagen pasienten settes på venteliste. Når pasienten er satt på venteliste, beregnes imidlertid ventetiden fra den datoen institusjonen mottok henvisningen, eventuelt ansiennitetsdato, dvs. datoen henvisningen ble mottatt av den institusjonen i spesialisthelsetjenesten som først fikk henvisningen.

I henhold til rapporteringsformatet NPR-melding skal alle registrerte henvisninger rapporteres til NPR. Dette gjelder også henvisninger som ennå ikke er vurdert. Pasienten blir imidlertid ikke definert som ventende i statistikken før vurderingsdato er registrert.

I forskriften § 4 slår fast at ventetiden slutter den dato den behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes, eller når pasienten ikke lenger er aktuell for den planlagte undersøkelsen eller behandlingen. For beregning av ventetid må en derfor registrere dato for når den helsehjelp pasienten er vurdert å ha behov for, påbegynnes.

Dato for utredning eller påbegynt behandling og dato for frist for nødvendig helsehjelp danner grunnlag for NPRs beregning av brudd på retten til nødvendig helsehjelp. Institusjonene skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert.

5 Regulering i andre land

5.1 Innledning

Denne fremstillingen tar utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport og dens beskrivelse av reguleringen i andre land. Innholdet i dette kapitlet er i hovedsak basert på nasjonale myndigheters informasjon til pasienter om regelverket og eventuelle garantier som gjelder.

5.2 Sverige

5.2.1 Regulering av ventetid

Det er ikke et generelt krav om henvisning fra helsepersonell i primærhelsetjenesten for å få tilgang til spesialisthelsetjenester. Hver enkelt region/landsting bestemmer om henvisning er nødvendig og på hvilke områder. En "Vårdgaranti" er lovfestet. Garantien omfatter både primær- og spesialisthelsetjeneste og angir maksimale ventetider.

Pasienten skal ved behov treffe en allmennlege i primærhelsetjenesten innen 7 dager. Pasienten skal komme til en behandler i spesialisthelsetjenesten innen 90 dager. Denne "besøksgarantien" gjelder også ved henvisninger internt i spesialisthelsetjenesten, og gjelder alle typer behandlere. I tillegg skal pasientene få eller starte planlagt behandling innen 90 dager fra beslutning om behandling ble tatt (behandlingsgaranti). Det er helsetjenestens vurdering av det medisinske behovet for helsehjelp som avgjør hvilken helsetjenesten pasienten får og hvor lenge pasienten må vente.

Garantien gjelder ikke hvis det er medisinske grunner til at pasienten må vente lenger. Garantien regulerer ikke forløpet, for eksempel der det er behov for gjentatte besøk, tid til utredning og undersøkelser.

Ventetidsgarantien gjelder i det landstinget eller den regionen der pasienten er folkeregistrert. Om pasienten velger å søke helsehjelp i et annet landsting gjelder ikke maksimumsfristene.

5.2.2 Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes

Hvis behandlingsstedet ikke kan oppfylle ventetidsgarantien, skal pasienten få beskjed om dette. Hvis pasienten ønsker det er behandlingsstedet/landstinget pålagt aktivt å finne et tilbud til pasienten hos en annen virksomhet, i samme landsting eller i annen region, uten merkostnad for pasienten. Pasienten kan komme med ønsker, men hvis garantien skal fortsette å gjelde kan pasienten ikke velge helt fritt.

Hvis pasienten ikke ønsker helsehjelp ved et annet behandlingssted, kan pasienten la være å benytte seg av garantien. Hvis pasienten ombestemmer seg kan han/hun senere ta ny kontakt med virksomheten der han/hun står i kø. Da begynner garantien å gjelde fra den dagen pasienten tok ny kontakt.

Pasienter skal få informasjon om innholdet i garantien og hva den innebærer. Pasientene skal i hele forløpet få informasjon om når de kan forvente seg å få helsehjelp, og om forventet forløp. Garantien gjelder ikke hvis en pasienten "frivillig avstår fra" et tilbud om behandling et annet sted. For at det skal anses som frivillig må pasienten ha fått informasjon om garantien, fått et alternativt tilbud og gitt beskjed til virksomheten om at vedkommende ikke ønsker tilbudet.

5.2.3 Målepunkter og statistikk

Besøksgarantien regnes fra beslutning om å sende henvisning er tatt og frem til pasienten møter i spesialisthelsetjenesten. Hvis pasienten har henvist seg selv, regnes ventetiden fra henvisningen er vurdert og akseptert av virksomheten.

Behandlingsgarantien regnes fra beslutning om behandling eller annet tiltak ble gjort og frem til det planlagte tiltaket ble gjennomført.

I spesialisthelsetjenesten skal alle pasienter som er i et forløp få fastsatt en måldato for når de skal komme tilbake. Det gjøres målinger av andel pasienter som har hatt ny konsultasjon innen den medisinske måldatoen som ble satt.

Ventelistestatistikk presenteres på den nasjonale nettsiden for oppfølging av "vårdgaranti" og ventetider. På nettsiden vises blant annet ventidssituasjonen i alle landsting og regioner i Sverige.

5.3 Danmark

5.3.1 Regulering av ventetider

For å få sykehusbehandling må personer være henvist til sykehusbehandling av en lege, tannlege eller andre som regionsrådet har gitt adgang til å henvise.

Pasienter som er henvist til et sykehus for utredning har en lovbestemt rett til å få et tilbud om å bli ferdig utredet innen 30 dager hvis det er faglig mulig. Fristen løper fra den dato sykehuset mottok henvisning frem til den dato sykehuset er ferdig med utredningen og kan informere pasienten om resultatet av utredningen. Utredning innebærer å undersøke, finne ut hva som feiler pasienten, kunne informere om behandlingsmuligheter eller avkrefte mistanke om sykdom.

Pasienter kan velge sykehus henvisningen skal sendes til. Hvis en pasient velger et sykehus som kan vise til at det er lengre ventetid enn andre sammenlignbare avdelinger, kan sykehuset henvise videre.

Hvis det ikke er faglig mulig å utrede pasienten i løpet av 30 dager på eget sykehus eller samarbeidssykehus, skal sykehuset utarbeide en plan for det videre utredningsforløpet innen 30 dager. Planen skal beskrive undersøkelsene sykehuset forventer at pasienten skal gjennomgå.

Hvis sykehuset ikke kan utrede pasienten i løpet av 30 dager, skal det prøve å få pasienten utredet innen 30 dager på andre offentlige eller private sykehus og klinikker

(samarbeidssykehus). Pasienter som henvises for diagnostiske undersøkelser til bruk for henvisers utredning av pasienten skal også få tilbud om undersøkelsen innen 30 dager fra mottatt henvisning.

Pasienter som er henvist til sykehusbehandling og er ferdig utredet, skal få tilbud om både forundersøkelse og behandling innen 30 dager. Tiden beregnes fra den datoen pasienten er ferdig utredet og blir informert om sin sykdom og mulige behandlingstilbud, og frem til dato for behandlingsstart. I tillegg er det i regelverket innført maksimale ventetider for pasienter med kreft og hjertesykdom. De maksimale ventetidene følges opp svært tett, med månedlig rapportering til Sundhedsstyrelsen.

5.3.2 Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes

Alle pasienter skal senest 8 dager etter at henvisning er mottatt eller pasienten er ferdig utredet få opplysninger om videre helsehjelp, herunder tidspunkter, ventetider og fritt sykehusvalg. Pasienten skal også få opplyst om 30-dagersfristene vil bli overholdt og om sykehuset tilbyr å henvise til et avtalesykehus.

Hvis ventetiden på diagnostisk undersøkelse, utredning eller behandling overstiger 30 dager har pasienten rett til "utvidet fritt valg av sykehus" og kan velge private sykehus, i Danmark eller utlandet, som regionene har avtale med (avtalesykehus).

En pasient som har fått tilbud om en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sykehus kan også velge å bli behandlet på et avtalesykehus hvis det regionale sykehuset endrer datoen for operasjon.

5.3.3 Målepunkter og statistikk

Sundhedsstyrelsen overvåker og offentliggjør tall på esundhed.dk. Der offentliggjøres ventetid til undersøkelse (utredning) og ventetid til behandling for alle landets sykehus. Det publiseres både forventede ventetider for utvalgte sykdommer, behandlinger og undersøkelser, og erfarte ventetider for to områder – operasjoner og psykiatri.

I tilknytning utredningsretten har regjeringen og regionene avtalt en nasjonal kvartalsvis monitorering.

Sundhedsdatastyrelsens monitorering består av selvstendig oppgjorte nøkkeltall for somatiske sykdommer og psykiske lidelser på følgende områder:

- Utredningsforløpenes varighet og andel utredningsforløp innenfor fristen på 30 dager.
- Andel utredningsforløp, hvor utredningsplan er utarbeidet innenfor fristen på 30 dager.
- Andelen av pasienter, som etter endt utredning har rett til utvidet fritt sykehusvalg etter 30 dagers ventetid på behandling, av alle pasienter med rett til utvidet fritt sykehusvalg.

- Andelen av pasienter, som etter endt utredning har rett til utvidet fritt sykehusvalg etter 60 dagers ventetid på behandling, av alle pasienter med rett til utvidet fritt sykehusvalg.

5.4 Finland

5.4.1 Regulering av ventetider

Maksimale ventetider er fastsatt i lovgivingen. Pasienter skal kunne komme i kontakt med primærhelsetjenesten i åpningstiden, og få time på et kommunalt helsesenter innen tre arbeidsdager hvis det er nødvendig for å vurdere helsehjelpsbehovet. Helsehjelp i kommunehelsetjenesten starter innen 3 måneder fra det er konstatert behov for helsehjelp.

Sykehusbehandling forutsetter henvisning fra lege, og sykehuset skal begynne vurderingen av behov for helsehjelp innen 3 uker fra henvisningen ble mottatt. Pasienten kan velge sykehus i hele landet i samråd med henvisende lege. Vurderingen kan gjøres på bakgrunn av henvisningen eller undersøkelse av pasienten.

Hvis det er nødvendig med utredning skal diagnostiske undersøkelser og vurderingen av behovet for helsehjelp gjøres innen 3 måneder fra henvisningen ble mottatt. Hvis pasienten trenger sykehusbehandling skal behandlingen starte senest innen 6 måneder fra vurderingstidspunktet. For barne- og ungdomspsykiatri skal vurderingen av helsehjelpsbehovet være avsluttet innen 6 uker, og ventetiden på oppstart av behandling skal ikke overstige 3 måneder.

5.4.2 Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes

Hvis pasientens sykehus ikke kan yte helsehjelp innen den maksimale tidsfristen, er det pålagt å skaffe pasienten helsehjelp gjennom å kjøpe tjenesten av en annen tjenesteyter (offentlig eller privat), uten ekstra kostnad for pasienten.

5.4.3 Målepunkter og statistikk

Det måles ventetid fra henvisningen mottas og frem til henvisningen behandles. Det måles ventetid fra pasienten settes i kø og frem til pasientens første oppmøte. For pasienter som trenger utredning før det kan besluttes at pasienten har behov for helsehjelp, måles også ventetid fra mottatt henvisning til utredning er slutført.

Institutt for helse og velferd (THL) samler inn informasjon om tilgang til helsetjenester og publiserer statistikk for ventetider på sine nettsider. Kommunen eller sykehusdistriktet må med maksimalt fire måneders mellomrom offentliggjøre ventetider på elektiv behandling på nett. Informasjon om ventetider fås både hos de kommunale helsesentrene og på sykehus, og er vanligvis også publisert på hjemmesidene deres.

5.5 England

5.5.1 Regulering av ventetider

Pasienter må ha henvisning fra en allmennlege (GP) for å få tilgang til spesialisthelsetjenester. Det er utviklet et elektronisk henvisningssystem som også gjør det mulig for pasienter å bestille time og sammenligne ventetider ved ulike behandlingssteder. Pasienter har som hovedregel rett til å velge sykehus eller tjenesteyter innenfor den offentlige helsetjenesten.

I henhold til «The NHS Constitution» har pasienter rett til å starte behandling innen 18 uker fra henvisning allmennlege (GP) er mottatt eller pasienten har bestilt time elektronisk. Ved mistanke om kreft skal pasientene møte kreftspesialist innen 2 uker etter at pasienten er henvist. Det er helsetjenestens vurdering av det medisinske behovet for helsehjelp som avgjør hvilken helsetjeneste pasienten får og hvor lenge pasienten må vente. Garantien gjelder ikke hvis det er medisinske grunner til at pasienten må vente lenger, eller hvis pasienten velger å vente lenger.

I tillegg har regjeringen forpliktet seg til konkrete ventetider også på andre områder. Pasienter skal ikke vente mer enn 6 uker etter henvisning på diagnostiske tester. Hvis en planlagt operasjon blir avlyst i siste liten (dagen før/samme dag) har pasienten krav på ny operasjonsdato innen 28 dager. Dessuten er det knyttet flere maksimumsfrister til kreftbehandlingsforløp.

5.5.2 Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes

Hvis pasienten ikke kan få behandling innen fristene, kan pasienten kreve at det offentlige finner minst ett alternativt tilbud innen fristen. Hvis en planlagt operasjon avlyses i siste liten, og pasienten ikke får ny tid innen 28 dager kan pasienten fritt velge et annet sykehus, også privat.

5.5.3 Målepunkter og statistikk

Ventetid starter på dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten, eller fra pasienten bestiller en time elektronisk. Ventetid avsluttes når behandlingen begynner. NHS offentliggjør statistikk på ventetid fra henvisning til start av planlagt behandling. I tillegg publiseres statistikk for andre utvalgte ventetider – blant annet kreft, barn og unge med spiseforstyrrelser og tidlig intervensjon ved psykose. Det publiseres også ventetider for 15 diagnostiske tester.

6 Ventelistestatistikk

6.1 Innledning

I dette kapitlet redegjøres for ventelistestatistikken. Norsk pasientregister (NPR) publiserer statistikk om ventetider og pasient- og brukerrettigheter i spesialisthelsetjenesten.

Ventelistestatistikk fra NPR skal gi grunnlag for styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, bidra til at pasientrettighetene oppfylles og være et grunnlag for å vurdere forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helsetjenesten.

6.2 Ventetider og fristbrudd

Den nasjonale ventelistestatistikken bygger på informasjon som registreres i sykehusenes pasientadministrative systemer, og som rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Henvisningsdata er grunnlaget for ventelistestatistikken.

Henvisningsdata gir informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjenesten innen tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Henvisningsdata gir informasjon om når henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten, tidspunkt for beslutningen om rettighetsstatus, om pasienten gis rett til utredning eller behandling, frist for oppstart av helsehjelpen og tidspunkt for når ventetiden er avsluttet.

Det er bare planlagte (elektive) kontakter/innleggelser som inkluderes i ventelistestatistikken. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp kommer til behandling uten ventetid. De fleste innleggelser i sykehus er knyttet til øyeblikkelig hjelp.

De fleste som venter, venter på poliklinisk konsultasjon. Ventetiden måles i kalenderdager, og beregnes som differansen mellom dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten og dato for når ventetiden avsluttes. Ventetiden slutter ved oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling.

Helsedirektoratet publiserer tall for ventetider, fristbrudd mv. både per tertial og per år. For enkelte indikatorer publiseres det foreløpige månedstall.

Tall fra Norsk pasientregister viser at gjennomsnittlig ventetid for pasienter i alle fagområder var 59 dager i 2018. Tallgrunnlaget omfatter ordinært avviklede pasienter, dvs. at pasienter som har utsatt behandling etter eget ønske eller av medisinske grunner, er holdt utenfor.

Tabell 6.1 illustrerer utviklingen. Gjennomsnittlig ventetid ble redusert fra 90 til 70 dager i perioden 2002 til 2004, for så å øke til 78 dager i 2010. I perioden 2010 til 2017 er ventetiden igjen redusert, fra 78 til 57 dager. Tall for 2018 viser økning på to dager fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten 2002-2018. Alle tjenesteområder.

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antall dager	90	70	71	73	78	74	74	72	69	60	57	59

Kilde: Helsedirektoratet

Ulike forhold kan forklare nedgangen i gjennomsnittlig ventetid i perioden 2002-2018. Noe av endringen kan skyldes rydding i ventelister og endringer i registreringspraksis. Det har blitt hevdet at nedgangen i ventetider siden 2015 ikke er reell, blant annet fordi en økende andel pasienter har blitt vurdert til å ha rett til utredning, og derfor kan tas av venteliste på et tidligere tidspunkt.

Helsedirektoratet la i 2017 fram rapporten Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratets vurdering var "at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett går ned". Dette baserte de på analyser av de ordinære ventetidsmål, mål på pasientforløp og journalgjennomganger.

Ventetiden varierer noe mellom de regionale helseforetakene, men variasjonen har ligget på om lag samme nivå i perioden 2013 til 2018. Alle regionene har hatt en nedgang. I 2013 hadde Helse Vest lavest gjennomsnittlig ventetid med 72 dager, mens Helse Nord lå høyest med 76 dager. I 2018 hadde Helse Midt-Norge lavest ventetid med 57 dager, mens Helse Vest lå høyest med 62 dager.

Det er variasjon i ventetider mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. Fordi aktiviteten i somatikken utgjør den mest betydelige andelen av all aktivitet i spesialisthelsetjenesten, vil det nasjonale gjennomsnittstallet til enhver tid ligge tett på gjennomsnittlig ventetid i somatikken. Ventetiden for oppstart helsehjelp innenfor somatikk var 60 dager i 2018, mens den var 45 dager i psykisk helsevern voksne, 47 dager i psykisk helsevern barn og unge og 34 dager i TSB. Innenfor TSB har det vært nedgang i ventetidene på 27 dager siden 2013.

Helsedirektoratet publiserer også tall for median ventetid og ventetid for 90. prosentil. Median betegner midtverdien, det vil si ventetiden til helsehjelp der halvparten har ventet kortere eller lengre i tid. Median som mål på ventetid er mer robust enn gjennomsnitt, det vil si mindre påvirket av langtidsventende. 90. prosentil angir hvor lang tid det tar før 90 prosent av pasientene har avsluttet ventetiden, mens 10 prosent venter lengre.

Median ventetid for somatiske fagområder var 47 dager i 2018, mot 51 dager i 2013. Tilsvarende ventetid for 90. prosentil var 123 dager i 2018, mot 165 dager i 2013. Disse tallene viser at nedgangen i ventetid i perioden 2013 til 2018 i særlig grad kan tilskrives nedgang i ventetid for de pasientene som venter relativt lenge.

Fristbrudd oppstår når pasienten ikke får helsehjelp innen den individuelle juridiske fristen som er satt. Fristen er satt på medisinsk grunnlag og er juridisk bindende for

helseforetakene. Andel registrerte fristbrudd er redusert på alle områder de siste årene. Andel fristbrudd var 2,0 prosent i 2018. Sammenliknet med 2013 er det en nedgang på 4,2 prosentpoeng. Som følge av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 fikk helseforetakene en plikt til å melde om fristbrudd til Helfo. Helseforetakene skal også varsle om forventede fristbrudd, dvs. tilfeller der de ser at behandlingsstedet der pasienten står på venteliste ikke vil kunne gi pasienten et tilbud om helsehjelp innen fristen. Selv om det har vært en nedgang i antall registrerte fristbrudd i Norsk pasientregister, har det vært en betydelig økning i antall fristbrudd meldt til Helfo, fra om lag 1 000 varslede fristbrudd i 2015 til over 10 000 varslede fristbrudd i 2018.

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager få informasjon om vedkommende har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Tall fra NPR viser at vurderingsperioden på 10 virkedager i hovedsak blir overholdt. Gjennomsnittlig vurderingstid varierer fra tre dager for somatisk sektor til seks dager for psykisk helsevern for barn og unge. Det er få brudd på vurderingsgarantien. I 2018 varierte andelen brudd på vurderingsgarantien fra 2 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til 2,6 prosent innen psykisk helsevern for barn og unge.

Indikatoren antall ventende viser antallet henvisninger som ikke er tatt av venteliste ved utgangen av en gitt dato. Antall ventende er øyeblikkstill som først og fremst sier noe om størrelsen på etterspørselen etter utredning eller behandling ved utgangen av en periode. Den viser altså antallet som venter på et gitt opptellingspunkt. Isolert sett forteller dette målet ingenting om hvorvidt ventelisten er problematisk, med lange ventetider mv.

Gjennomsnittlig ventetid er et bedre mål på tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten enn antall ventende, da det for enkeltpasienten er ventetiden til utredning eller behandling som er avgjørende. Antall ventende er redusert fra 275 000 ved utgangen av 2013 til om lag 212 000 ved utgangen av 2018.

Helsedirektoratet publiserer også statistikk over utfallet av rettighetsvurderingen i spesialisthelsetjenesten og andelen pasienter som blir vurdert til å ha behov for henholdsvis utredning og behandling. Tabell 6.2 og 6.3 gir en oversikt over dette. Både andelen som pasienter som vurderes til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og andelen som vurderes å ha behov for utredning økte i perioden 2013 til 2016. Andelene har imidlertid falt i 2017 og 2018. Dette kan sees i sammenheng med at Helsedirektoratets rapporter Kvalitet i ventelistedata (2014) og Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (2017) avdekket at registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer kan ha ført til at andelen pasienter som registreres med frist til utredning er for høy og at andelen henvisninger som registreres som avvist av spesialisthelsetjenesten er for høy. I revidert oppdragsdokument i 2017 ba derfor departementet de regionale helseforetakene å sørge for at det gjennomføres endringer i de pasientadministrative systemene i henhold til det som framkommer i rapportene.

Tabell 6.1. Antall nyhenviste og antall og andel henvisninger som er vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp. 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antall nyhenviste	1 367 259	1 393 687	1 400 662	1 390 396	1 389 869	1 359 852
Antall ikke behov	169 507	184 841	207 553	208 685	103 808	73 756
Andel ikke behov	11 %	12 %	13 %	13 %	7 %	5 %

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 6.2. Andelen nyhenviste som vurderes til å ha behov for utredning. 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Somatikk	80	82	87	89	85	81
Psykisk helsevern voksne	34	43	69	80	76	70
Psykisk helsevern barn og unge	45	50	67	75	80	84
TSB	17	24	41	40	36	28
Totalt	77	79	85	88	84	80

Kilde: Helsedirektoratet

6.3 Pasientforløpet

Indikatorene som er omtalt i avsnitt 6.2 er i hovedsak knyttet til oppstarten av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, dvs. oppstart utredning eller behandling. Det er viktig å ha oppmerksomhet rundt oppstarten, fordi det markerer pasientens overgang mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Videre har om lag halvparten av pasientene et forløp som kun omfatter én kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Det er likevel viktig følge med på indikatorer som på ulike måter beskriver det videre forløpet. Det er utviklet flere slike indikatorer.

Helsedirektoratet publiserer tall for indikatoren "Tid til tjenestestart". Denne indikatoren supplerer det ordinære målet for gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp, og måler tiden fra henvisningen er mottatt i sykehuset til det er gjennomført en utrednings- eller behandlingsprosedyre.

Median tid til tjenestestart viser en nedgang i ventetidene på 11 dager fra 2013 til 2018, mens tilsvarende nedgang er på 15 dager for det ordinære ventetidsmålet. Det er viktig å være klar over at tiden fra henvisning frem til en bestemt prosedyre gjennomføres kan omfatte nødvendig utredningstid, konservativ behandling slik som medisinering og fysioterapi, eller at man avventer sykdommens utvikling før behandling i form av prosedyre, f.eks. en operasjon, blir iverksatt.

Helsedirektoratet har siden 2017 publisert nasjonale tall for indikatoren "passert planlagt tid". Indikatoren måler antall og andel pasientkontakter som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Den inkluderer både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp. Indikatoren angir et nivå på antall som er forsinket, men uttrykker ikke en størrelse for hvor mye forsinket man er, eller om forsinkelsen er problematisk. Indikatoren er basert på et datauttrekk på en gitt dato, og viser derfor et øyeblikksbilde. Helsedirektoratet publiserer tall per utgangen av hvert tertial. Tallene som er publisert viser at mellom 9 og 10 pst. av pasientkontaktene skjer etter det planlagte tidspunktet, på nasjonalt nivå. Ved utgangen av desember 2018 utgjorde dette 187 000 pasientkontakter. Det er variasjon mellom helseforetak og fagområder.

Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag (akuttfasen) og psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Med utgangspunkt i pakkeforløpene for kreft er det utviklet kvalitetsindikatorer som måler andelen som gjennomføres innen standard forløpstid. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus danner også grunnlag for kvalitetsindikatorer som måler forløpstider.

7 Ulike alternative modeller til dagens regulering

7.1 Innledning

I dette kapitlet ønsker departementet å redegjøre for de modellene som er blitt vurdert. Modellene er hentet fra Helsedirektoratets rapport.

Alle modellene beskrives relativt detaljert, slik de er fremstilt i rapporten. Først gis hovedelementene i modellen, deretter Helsedirektoratets vurdering av hvilke andre tiltak som kan understøtte modellen. Videre forsøkes å gi en vurdering av fordeler og ulemper av modellene. Avslutningsvis under hver modell gis det en beskrivelse av økonomiske og administrative konsekvenser, samt behov for endringer i de pasientadministrative systemene.

I kapittel 8 redegjør departementet for hvilken modell man foreslår å gå videre med på kort sikt. Departementet mener at det på kort sikt er behov for å rydde i regelverket slik at like pasienter får like rettigheter, uavhengig av hvor de mottar helsehjelpen. Det er også behov for å gjøre endringer slik at ventetidsregistrering blir lik.

På lang sikt er det ønskelig med et mer tilpasset regelverk som i enda større grad understøtter gode pasientforløp, minsker administrasjon, men som samtidig ikke svekker pasientenes individuelle rettigheter og sikrer helsehjelp av god kvalitet og til rett tid. Større endringer i regelverket krever imidlertid lenger implementeringstid, og departementet mener derfor at det er riktig å gjøre mindre endringer på kort sikt. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med eventuelle større justeringer i regelverket som kan innføres på lengre sikt, og vil komme tilbake med ev. forslag på vanlig måte.

I kapittel 10 gis det en videre beskrivelse av de modelluavhengige tiltakene som er foreslått av Helsedirektoratet og andre tiltak som bidrar til bedre og mer sammenhengende pasientforløp, og departementets vurdering av disse.

7.2 Modell A

7.2.1 Innledning

Denne modellen tilsvare i hovedsak dagens modell, men med bortfall av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. I denne modellen skal alle pasienter som gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, få en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Fristen foreslås i denne modellen innfridd ved *første oppmøte* i spesialisthelsetjenesten. Modellen har fokus på å redusere unødig venting på oppstart av helsehjelpen i starten av pasientforløpet.

Dette er en forenkling av dagens modell, ved at en fjerner rommet for skjønn ved vurderingen av om pasienten har en avklart eller uavklart tilstand, dvs. om pasienten skal få frist til utredning eller til behandling. Alle pasienter med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste skal få frist til første oppmøte. Modellen tilrettelegger for enklere

kommunikasjon med pasienten om den fristen som er gitt, og gir bedre datakvalitet og mer sammenliknbar statistikk om ventetider og fristbrudd.

7.2.2 Hovedelementer i modellen

Modellen består av følgende elementer:

- *Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager (som i dag)*
Når spesialisthelsetjenesten får en henvisning skal tjenesten som i dag vurdere om pasienten har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller ikke i løpet av 10 virkedager.
- *Oppheve skille mellom rett til frist til utredning eller behandling (nytt)*
Dersom pasienten får rett til nødvendig helsehjelp, skal det settes en frist til start helsehjelp. Fristen skal settes til når helsehjelpen senest skal starte. Det skal ikke spesifiseres om fristen settes til start utredning eller til behandling.
- *Informasjon om oppmøtetidspunkt og frist for når helsehjelpen senest skal starte opp (som i dag)*
Pasienten skal i første brev få informasjon om oppmøtetidspunkt, og en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte opp. Oppmøtetidspunktet må settes før fristen for start helsehjelp. Dersom spesialisthelsetjenesten ser at den ikke kan overholde fristen for oppstart helsehjelp, skal tjenesten melde fra til HELFO som i dag.
- *Fristen innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten (nytt)*
Det uttales i rapporten at en slik endring vil være mer i tråd med slik situasjonen er i dag og enklere å forholde seg til for tjenesten. I dag tas pasientene som hovedregel av ventelisten ved første oppmøte uansett om pasienten får rett til helsehjelp i form av utredning eller behandling. Tidligere utredning av ventetider har vist at de aller flest pasienter (98 pst.) tas av ventelisten før eller ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.
- *Videre behandlingsforløp uten juridisk bindende frister (nytt)*
Videre helsehjelp i pasientforløpet planlegges ut fra medisinsk forsvarlighet, og uten juridisk bindende frister. Modellen suppleres med målinger som strekker seg lenger inn i forløpet.

7.2.3 Andre generelle tiltak som skal understøtte modellen

Modell A har hovedfokus på oppstart av helsehjelpen. For å styrke hele pasientforløpet så har Helsedirektoratet foreslått to generelle tiltak som vil kunne bidra til å styrke modellen. Disse to tiltakene vurderes av departementet i kapittel 10.

7.2.3.1 Innføring av forløpsplan

Med innføring av forløpsplan vil, etter Helsedirektoratets vurdering, forutsigbarheten for pasienten styrkes ved at det tidlig gis en enkel oversikt over hva som kan forventes å skje videre, enten det er undersøkelser, videre utredning eller start av behandling.

I rapporten uttales det at rammene for, og innholdet i, en forløpsplan må avklare nærmere. Krav til, og detaljering av, angivelse av aktiviteter og datoer er sentralt. Det uttales at planen kan være et egnet redskap for tjenesten og pasientene dersom det legges opp til at den skal kunne justeres fortløpende og evalueres. Dette er spesielt viktig for de pasienter med lange forløp.

Helsedirektoratet foreslår at det legges opp til at det innføres et kvalitetskrav om at pasienter skal få en oversikt over hva som skal gjøres videre i forløpet. Pasienten skal få en kopi av planen, enten i konsultasjonen eller ettersendt. Den kan inneholde lett forståelig informasjon om hvilke prøver som planlegges og evt. er aktuelle senere, anslått tid for operasjon eller annen prosedyre avhengig av funn ved utredningen, hvem som skal kontaktes for mer informasjon, om pasienten antas å få rett til kontaktlege osv.

De ulike pakkeforløpene inneholder en del slike elementer. Det kan med fordel sees hen til disse når momenter om hva forløpsplanen eventuelt skal inneholde utvikles. Mer standardiserte forløpsplaner for de vanligste forløpene, som beskriver hvilke hendelser/undersøkelser det bør informeres om, kan utarbeides i samarbeid med fagmiljøer og brukere.

7.2.3.2 Innføring av utskrivningsattest

I rapporten uttales det at et tiltak som kan bidra til å styrke utskrivningsfasen og samarbeidet mellom pasient og helsetjenesten er innføring av en utskrivningsattest.

Helsedirektoratet mener en utskrivningsattest vil kunne være et viktig tiltak for å styrke dialogen mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med avslutningen av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten. Den skal sikre at det gjøres en god evaluering av helsehjelpen og bidra til gode overganger til annen helse- og omsorgshelsetjeneste.

Det uttales at utskrivningsattesten bør gjenspeile at det i forbindelse med avslutningen av helsehjelpen har vært en dialog mellom pasient, eventuelt også pårørende, og helsepersonell. Den bør inneholde en beskrivelse av forløpet og innholdet i helsehjelpen, i hvilken grad målene med helsehjelpen er nådd og en vurdering/evaluering av pasientopplevelsen. Utformingen og innholdet i utskrivningsattesten må være godt tilpasset den enkelte pasient.

En utskrivningsattest vil kunne gi økt forutsigbarhet for pasientene ved at de allerede tidlig i forløpet er kjent med at spesialisthelsetjenesten må dokumentere og involvere dem direkte i avslutningen av helsehjelpen. En utskrivningsattest vil dermed også være et konkret og viktig verktøy for å sikre at tjenesten og pasienten gjør en vurdering/evaluering av forløpet sammen.

En utskrivningsattest kan også fungere som et godt lederverktøy for å kunne følge med på forløp dersom områder i utskrivningsattesten viser seg å være egnet til planleggings- og styringsformål, jf. helsepersonelloven § 26.

Det må avklares nærmere hva som skal være rammene for utskrivningsattesten og hvilket innhold den skal ha. Det må legges opp til at utskrivningsattesten er egnet til bruk også for pasienter som har flere forløp i spesialisthelsetjenesten. Det må også avklares nærmere på hvilken måte dialogen i forbindelse med utskrivningsattesten kan gjøres. For noen vil det

kanskje være tilstrekkelig å få gitt en tilbakemelding elektronisk gjennom SMS o.l. For andre vil det fysiske møtet/samtalen være best egnet, eventuelt i kombinasjon. Dersom dette blir godt ivaretatt vil det kunne erstatte pasientens behov for å få en kopi av epikrisen, eventuelt være et viktig supplement til denne.

Det uttales av Helsedirektoratet at en utskrivningsattest kan eventuelt lovfestes ved at det tas inn som en rettighet for pasienten og en plikt for tjenesten. Dette vil kreve endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Alternativt kan utarbeidelse av en utskrivningsattest legges inn som et prosessstrinn uten særskilt regulering. Dato for «utskrivningsattest ferdig» kan da være et nytt målepunkt som skal registreres og rapporteres til NPR.

For utskrivningsattest kan det innføres indikator på samme måte som for epikrise i dag hvor det følger av helsepersonelloven § 45 at epikrise skal sendes samtidig med utskrivning. Dersom det ikke er mulig skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer måler om epikrisen er sendt senest 1 og 7 dager etter at helsehjelpen er avsluttet. De regionale helseforetakene blir målt på andel epikriser sendt innen 1 dag i oppdragsdokumentet 2019. Et lignende målepunkt og indikator kan innføres for en utskrivningsattest.

7.2.4 Fordeler og ulemper med modellen

En individuell rett og juridisk frist for alle pasienter utgjør et sikkerhetsnett for pasientene med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Videre sikrer en individuell frist at pasientene kommer inn til spesialisthelsetjenesten innen en viss tid.

Sett fra pasientenes side er forutsigbarhet og god informasjon viktig. En oppheving av skillet mellom frist til utredning og behandling ved fristfastsettelse kan bidra til å forenkle informasjonen som skal sendes om frist og tidspunkt for oppmøte. Det vil også kunne gjøre informasjonen mer forståelig for pasienten.

Tidligere rapporter fra Helsedirektoratet viser at skillet mellom frist til utredning og behandling ikke alltid er blitt praktisert riktig og likt. Denne risikoen blir i og med at skillet fjernes i denne modellen. I tillegg vil det kunne bli en likere vurdering ved at alle pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får juridisk frist til første oppmøte.

Videre kan det argumenteres med at opphevelse av skillet kan føre til at vurderingen av henvisningen bli mer rettet mot pasientens faktiske behov, og gjennom dette bidrar til bedre behovsrettet/målrettet helsehjelp tidlig i forløpet. Dette gjelder særlig fordi erfaring har vist at det ikke er et klart medisinsk skille mellom når pasienten er i utredningsfase og når man er i gang med behandling. Ofte vil det være sammenfall mellom utredning og behandling.

Modellen vil kunne redusere uønsket variasjon mellom helseforetak og regioner i fristfastsettelse og måling av ventetid, ved at det kun skal settes frist til oppstart av helsehjelp, og at det ikke skal spesifiseres om fristen knytter seg til behandling eller utredning. Journalgjennomgangen Helsedirektoratet foretok i 2016 viste at legene og

psykologene vurderte de samme henvisningene ulikt med hensyn til å gi frist til utredning, behandling, eller ikke gi rett til helsehjelp. Det viste utfordringen med å samstemme juridiske krav og medisinske vurderinger. Når regelverket skal praktiseres ved bruk av skjønnsmessige vurderinger får man nettopp det; skjønnsmessige vurderinger som er ulike. Og som konsekvens av dette kan like pasienter få ulike rettigheter.

I modellen skal det, selv om skillet mellom utredning og behandling oppheves, settes individuelle frister for oppstart av helsehjelp. Fristen skal settes på grunnlag av en medisinsk vurdering og bruk av skjønn. Praksis for fristfastsettelse vil dermed fortsatt kunne variere innen og mellom helseforetak.

Prioriteringsveilederne som i dag gir anbefalinger om frist enten til oppstart av utredning eller behandling, må gjennomgå og revideres dersom skillet mellom utredning og behandling fjernes. Prioriteringsveiledere som kun anbefaler frist til oppstart av utredning vil kunne være brukt, men endringen vil kreve en ny gjennomgang av veilederne.

Risiko for at samme henvisning vurderes ulikt og at det gis ulike rettigheter av ulike vurderende leger/psykologer vil fortsatt kunne være til stede i denne modellen. Det vil imidlertid avhjelpes ved at det skillet mellom utredning og behandling ikke skal tas stilling til som en del av vurderingen og ved at fristen for oppstart helsehjelp innfris ved første oppmøte.

Modellen har fokus på oppstarten av forløpet, og vil ikke direkte påvirke eventuell uønsket variasjon senere i et pasientforløp. For å støtte opp under gode pasientforløp mener Helsedirektoratet at kan modellen suppleres med forløpsmålinger som strekker seg lenger inn i pasientforløpet.

For tjenesten vil modellen bidra til enklere administrasjon ved at vurdering av henvisningene blir mindre omfattende siden den som vurderer henvisningen ikke trenger å ta stilling til om fristen skal settes knyttet til utredning eller behandling. Det blir også enklere at fristen er innfridd ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.

Mål på ventetid til første oppmøte vil i større grad enn i dag være sammenliknbar, ved at skjønnsvurderinger ved registrering av ventetidens slutt fjernes. Individuell rett til helsehjelp, med juridisk bindende frist for oppstart av helsehjelpen, innebærer at tjenesten fortsatt må ha et apparat for å følge opp den enkelte pasient ved fare for fristbrudd.

Fristbruddsordningen, som administreres av HELFO, videreføres i denne modellen. I hovedsak vil administrasjon av ordningen være slik den er i dag. Risikoen for at pasientens rettigheter ikke registreres riktig i de pasientadministrative systemene, slik at kunnskapsgrunnlaget for utarbeiding og statistikk og styringsinformasjon blir feil, blir redusert i denne modellen. Årsaken til det er at skillet mellom rett til utredning og rett til behandling oppheves samt at frist til start helsehjelp er innfridd ved første oppmøte.

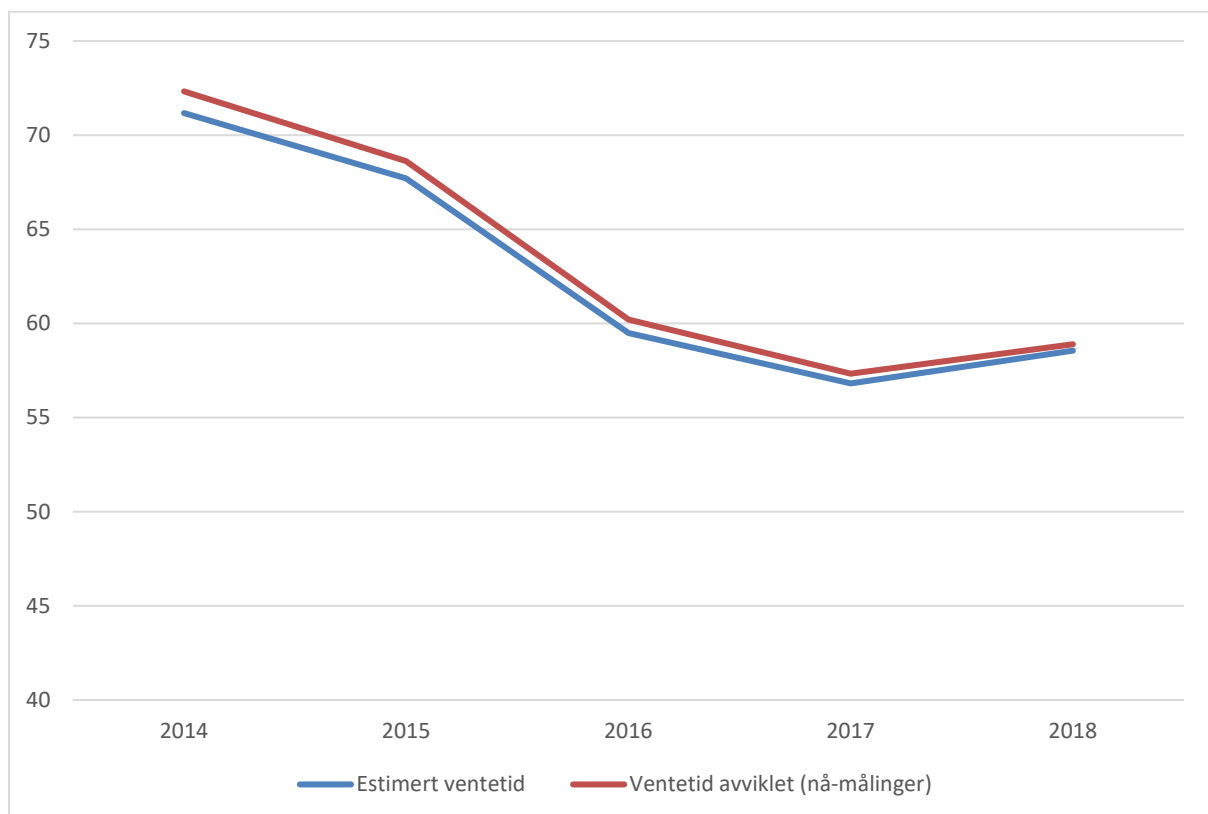
I følge data rapportert til NPR for 2018, ble 80 prosent av nyhenviste til spesialisthelsetjenesten vurdert til å ha en uavklart tilstand, med rett og frist til oppstart av utredning, mens 19 prosent ble vurdert å ha en avklart tilstand, og rett til helsehjelp i form av behandling. For pasienter med en avklart tilstand, kan en oppheving av skillet mellom

utredning og behandling innebære at retten innfris på et tidligere tidspunkt enn med dagens ordning.

Rapporten fra Helsedirektoratet 2017 viste derimot at retten som oftest innfris på det første oppmøtet uavhengig av om det er gitt frist til utredning eller behandling. I praksis betyr dette at pasientene ikke får svekket sine rettigheter i vesentlig grad.

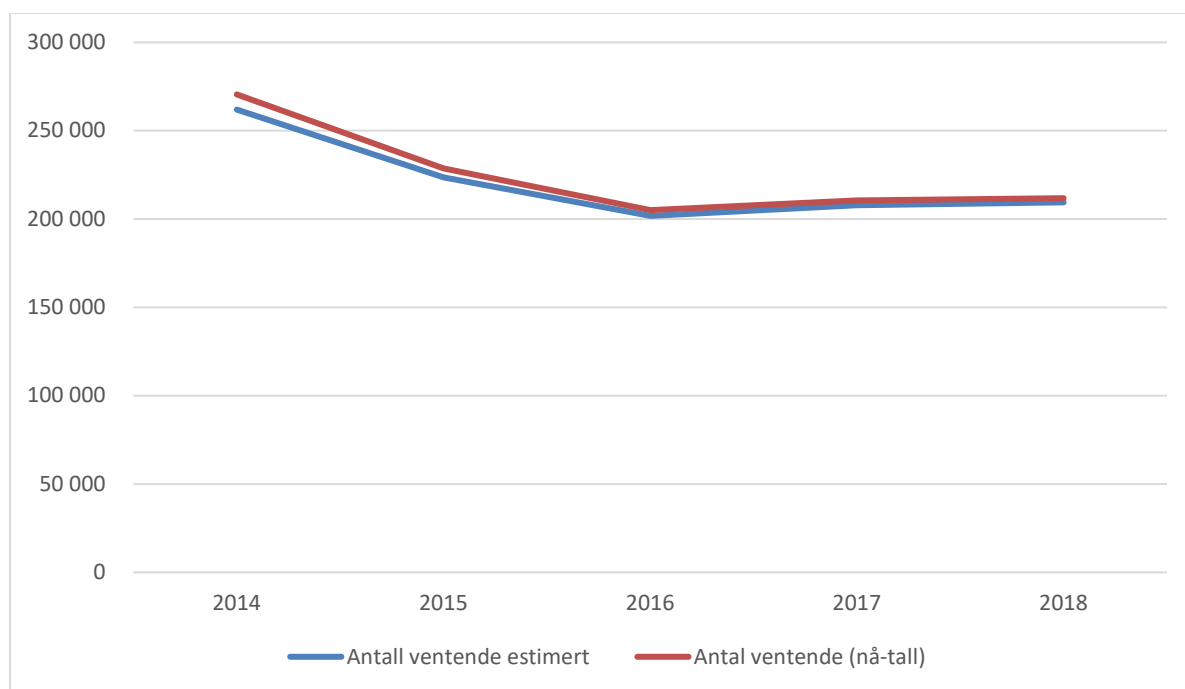
Helsedirektoratet har i 2019 beregnet effekten av å oppheve skillet mellom utredning og behandling på gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp, dvs. at de har beregnet hva gjennomsnittlig ventetid ville ha vært dersom alle pasienter ble tatt av venteliste ved første kontakt. De anslår at gjennomsnittlig ventetid for 2018 ville ha blitt redusert med under en halv dag dersom man hadde fjernet skillet mellom utredning og behandling. Dette tilsvarer en reduksjon i ventetiden på 0,6 prosent.

Prosentvis endring mellom ordinær ventetid og estimert ventetid varierer fra 0,5 prosent innen psykisk helsevern for voksne til 1,3 prosent innen psykisk helsevern for barn og unge i 2018. Dette er marginale endringer og må sees i sammenheng med at 98 pst. av pasientene tas av ventelisten før eller ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Forskjellen mellom ordinær ventetid og estimert ventetid øker noe om en går bakover i tid. I 2014 er den noe over en dag, dvs. en reduksjon i ventetid på to prosent. Det vises til figur 1. Det er størst forskjell for ventetid innen psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling med hhv. 15 og 12 prosent lavere i 2014.



Figur 1. Utvikling av gjennomsnittlig ventetid (dager) i nå-måling og estimert verdi alle fagområder. 2014-2018.

Tilsvarende har Helsedirektoratet beregnet effekten av å oppheve skillet mellom utredning og behandling på antall ventende. Antall ventende var om lag 211 800 i 2018. Estimerte tall viser at antall ventende i 2018 reduseres med om lag 2300 pasienter til om lag 209 500. Tilsvarende tall i 2014 viser at antall ventende reduseres fra om lag 270 500 til 261 900 i 2014. Det vises til figur 2. Dette er marginale endringer og må sees i sammenheng med at 98 pst. av pasientene tas av ventelisten før eller ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.



Figur 2. Utvikling i antall ventende i nå-måling og estimerte tall alle fagområder. 2014-2018.

Venting knyttet til spesifikke utrednings- eller behandlingstjenester kan oppstå flere ganger i løpet av et pasientforløp. Dagens ventetidsmåling, ventetid til oppstart av helsehjelp, har vært kritisert for at den ikke inkluderer måling på ventetider inne i et forløp. Det kan for eksempel oppstå venting på en bestemt behandling etter endt utredning. Det er pekt på som et problem at juridisk bindende frister i oppstart av forløpet kan medføre nedprioritering av pasienter som er i forløp og pasienter som skal til kontroll. Det vil fremdeles være en risiko for at pasienter som står på venteliste for oppstart av helsehjelp prioriteres til fordel for pasienter som allerede er i et forløp og kronikere.

Helsedirektoratet mener at det er liten risiko knyttet til implementering av modellen. Det kan hevdes at modellen innebærer at det skapes samsvar mellom dagens praksis og regelverket. Den største ulempen med modellen er at regelverket kun har fokus på oppstart av helsehjelpen, og ikke hele pasientforløpet. Dette gjelder også modell B, men den andre har også andre utfordringer knyttet til seg, jf. omtale under punkt 7.3.4.

7.2.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Modellen innebærer i hovedsak en videreføring av dagens modell, og vil ikke medføre større endringer i ressursbruk. For pasienten kan denne modellen gjøre at informasjonen hun/han mottar om rett til helsehjelp, frist og tidspunkt for første oppmøte er lettere å forstå. For noen pasienter som i dag gis rett og frist knyttet til oppstart av behandling senere i forløpet, vil denne modellen medføre at retten innfris på et tidligere tidspunkt enn i dag. Dette vil gjelde for om lag to prosent av pasientene. Modellen vil ikke påvirke det videre forløpet for pasienten eller helseutfallet.

For tjenesten kan forenklete regler for vurdering av henvisningen medføre at det brukes mindre tid til registrering og formidling av pasientens rettigheter. Modellen innebærer ingen endringer i antall pasienter som kommer inn i eller som avvises i spesialisthelsetjenesten. Den vil trolig heller ikke påvirke antall fristbrudd, fordi disse også i dag i hovedsak er knyttet til oppstart av helsehjelp.

Det må påregnes ressursbruk til å implementere bortfall av skillet mellom utredning og behandling i tjenesten gjennom opplæringstiltak overfor personell, og tilpasning av tekniske løsninger. Modellen kan også implementeres uten vesentlige endringer i systemene, men kun med endret registreringspraksis. Da vil forventet gevinst i redusert tidsbruk reduseres. For styringsformål vil modellen styrke sammenliknbarhet i måling av ventetider og fristbrudd.

7.2.6 Behov for endring i pasientadministrative systemer

Pasientadministrative system bør tilpasses for å understøtte forenklet vurdering med bortfall av skillet mellom utredning og behandling, samt registrering av ventetidens slutt ved første oppmøte. Først da kan en forvente å ta ut gevinst i form av redusert tidsbruk ved endt vurdering og ved oppstart av helsehjelp. Modellen kan også implementeres uten vesentlige endringer i systemene, men kun med endret registreringspraksis. Da vil forventet gevinst i redusert tidsbruk reduseres.

7.3 Modell B

7.3.1 Innledning

I denne modellen er hovedelementet at man går fra *individuell juridisk frist* til en *generell juridisk frist* som er lik for alle pasienter med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Målet med modellen er å gi enkle og forutsigbare rettigheter og registrering, og samtidig gi mulighet for kontroll og oppfølging i forløpet.

Modellen legger opp til at alle pasienter skal komme raskt inn, og det legges til rette for effektive pasientforløp. Pasienter som har behov for mer enn en kontakt i spesialisthelsetjenesten kan få et mer forutsigbart forløp. Modellen kan bidra til at risikoen reduseres for at pasienter tas raskt inn for så å måtte vente lenge på neste steg i pasientforløpet.

I rapporten uttaler Helsedirektoratet at det må utredes nærmere hvor lang fristen skal være. Det er i rapporten lagt til grunn en generell frist på tre måneder.

7.3.2 Hovedelementer i modellen

1. Alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten og vurderes til å ha behov for helsehjelp der, får en lovfestet rett til et første oppmøte hos lege/psykolog innen en maksfrist på 3 måneder. Barn får rett til møte innen en kortere tidsfrist, f.eks. 2 måneder.
2. Oppmøte nr. 2 avtales på første oppmøte slik at eventuell overskridelse av avtalt tidspunkt kan registreres. Dette lovfestes ikke. Tilsvarende gjøres for ytterligere oppmøter, uavhengig av om det gjelder utredning eller behandling.
3. Sykehusene måles på andel fristbrudd (3 måneders-fristen til første oppmøte) og overskridelser av avtalte tidspunkt i videre forløp. Dette vil bidra til å unngå at pasienten venter for lenge etter første oppmøte og også kunne redusere risiko for prioritering av pasienter nær fristbrudd, fremfor oppfølging av f.eks. kronisk syke. Individuelle frister som i dag fastsettes i henhold til prioriteringsveilederne, avvikles. Skillet mellom rett til utredning eller behandling, avvikles. Pasienten får rett til helsehjelp. Vurderingstid av henvisningen og beskjed til pasienten om oppmøtedato og tid på 10 virkedager opprettholdes.

Resultatet av vurdering av henvisningen vil gi følgende to alternativer:

- Ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- Behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, det settes tidspunkt for første oppmøte basert på henvisningen og krav til god faglig praksis og forsvarlighet, slik det også gjøres i dag. Oppmøtetidspunktet må imidlertid være innen 3 måneder som er den lovfestede pasientrettigheten/fristen.

Dersom pasienter som er registrert med henvisning til spesialisthelsetjenesten ikke har hatt første oppmøte innen 3 måneder, vil sykehuset få et varsel om overskredet 3 måneders frist i sitt pasientadministrative system (PAS). Dette generer en aktivitetsplikt for sykehuset til å ta pasienten inn innen 10 virkedager. HELFO varsles.

Dersom pasienten tas inn innen 10 virkedager, slettes varselet som er sendt HELFO. Pasienten kan velge å ta imot tilbudet om time innen 10 virkedager, eller la det være. Dersom pasienten ikke tas inn innen 10 virkedager, går et nytt bekreftende varsel til HELFO og pasienten vil ha rett til helsehjelp formidlet gjennom HELFO. Utgiftene belastes helseforetaket som ikke overholdt fristen.

Ca. 50 % av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, har bare ett oppmøte. Ved behov for flere kontakter, uavhengig av om det gjelder videre utredning eller behandling, skal time (dato og klokkeslett) avtales med pasienten på første oppmøte.

Dersom tidspunktet overskrides, vil sykehuset få et varsel om overskredet avtalt oppmøtedato i sitt pasientadministrative system, tilsvarende «passert planlagt tid» i dagens system. Det genererer en aktivitetsplikt for sykehuset til å ta pasienten inn innen 10

virkedager. Dersom pasienten ikke har fått time innen 10 virkedager, registreres det som et avvik.

7.3.3 Andre generelle tiltak som kan understøtte modellen

I rapporten har Helsedirektoratet utarbeidet flere modelluavhengige tiltak. For modell B har de vist til følgende hovedoverskrifter for aktuelle tiltak.

7.3.3.1 Styrking av henvisningsprosess og dialog

En god kommunikasjon og kunnskap om behov og vurderingsgrunnlag i primær- og spesialisthelsetjenesten vil legge grunnlag for bedre henvisninger og dermed mer presise vurderinger i spesialisthelsetjenesten – til beste for pasienten. Utvikling av elektroniske verktøy vil fasilitere dette.

Aktuelle tiltak kan være:

- Styrket henvisningsdialog (gjennom elektroniske verktøy)
- Elektronisk involvering av spesialisthelsetjenesten i pasientkontakter
- Møte/vurderingssamtale ved usikkerhet i vurdering av henvisning
- Begrunnelse for og veiledning til behandler/henviser og pasient når en pasient ikke har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Kopi av henvisning til pasient
- Tilbakemelding til pasient innen 10 virkedager etter mottak av henvisning

7.3.3.2 Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasientene

Ved overgang fra en individuell til en generell frist til helsehjelp, vil god informasjon til pasientene være avgjørende for å lykkes. Det må utvikles lett forståelig informasjon til den enkelte pasient. Helsenorge.no og helseforetakenes nettsider må oppdateres og informasjonen være lett tilgjengelig. Det må gis informasjon om at pasienten skal få dato og tid til neste oppmøte ved behov for flere oppmøter i spesialisthelsetjenesten.

Aktuelle tiltak kan være:

- Serviceerklæring
- Forløpsplan

7.3.3.3 Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak

Når alle pasienter skal ha første time innen 3 måneder, kan det, særlig i en overgangsfase, bli kapasitetsutfordringer på noen helseforetak. De regionale foretakene har et overordnet ansvar, og kan oppfordres til å ta en aktiv rolle som tilbyder av helsehjelp på et annet helseforetak i regionen ved behov.

Aktuelle tiltak kan være:

- Styrke den helhetlige koordinering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten
- Tilrettelegge "Åpen timebok" for enkelte pasientgrupper som er i forløp
- Styrking av de regionale helseforetakenes rolle i "køstyring" i egen region.

7.3.3.4 Økonomiske virkemidler

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten må understøtte den ønskede utviklingen av tjenesten. Utviklingen av innsatsstyrt finansiering i mer forløpsbasert retning, og videreutvikling av kvalitetsbasert finansiering kan bidra til å understøtte mer sammenhengende forløp.

Forløpskontrollen er av Helsedirektoratet ikke foreslått regulert i forskrift eller lov. Som incentiv til god etterlevelse av avtalte oppmøtetidspunkter, foreslår Helsedirektoratet at f.eks. kvalitetsbasert finansiering knyttes til andel avvik.

7.3.4 Fordeler og ulemper med modellen

Helsedirektoratet mener modellen gir bedre kontroll med oppfølging av pasienter i forløp. Den ivaretar kronikere og pasienter som har behov for mer enn ett oppmøte (eventuelt kan også pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp med behov for oppfølging følges tilsvarende). Helsedirektoratet uttaler også at modellen reduserer risikoen for at pasienter nær fristbrudd prioriteres på bekostning av pasienter i et behandlingsforløp fordi individuell frist fjernes og det innføres forløpskontroll.

Modellen gir en enklere vurdering av henvisning – det settes kun opp time etter faglig vurdering, ingen fristfastsettelse etter juridiske vilkår. Den gir mindre administrativt arbeid for merkantilt personell. Den har enkle målepunkter. I modellen bortfaller individuelle frister for inngangen til spesialisthelsetjenesten til fordel for en generell frist som gjelder alle pasienter.

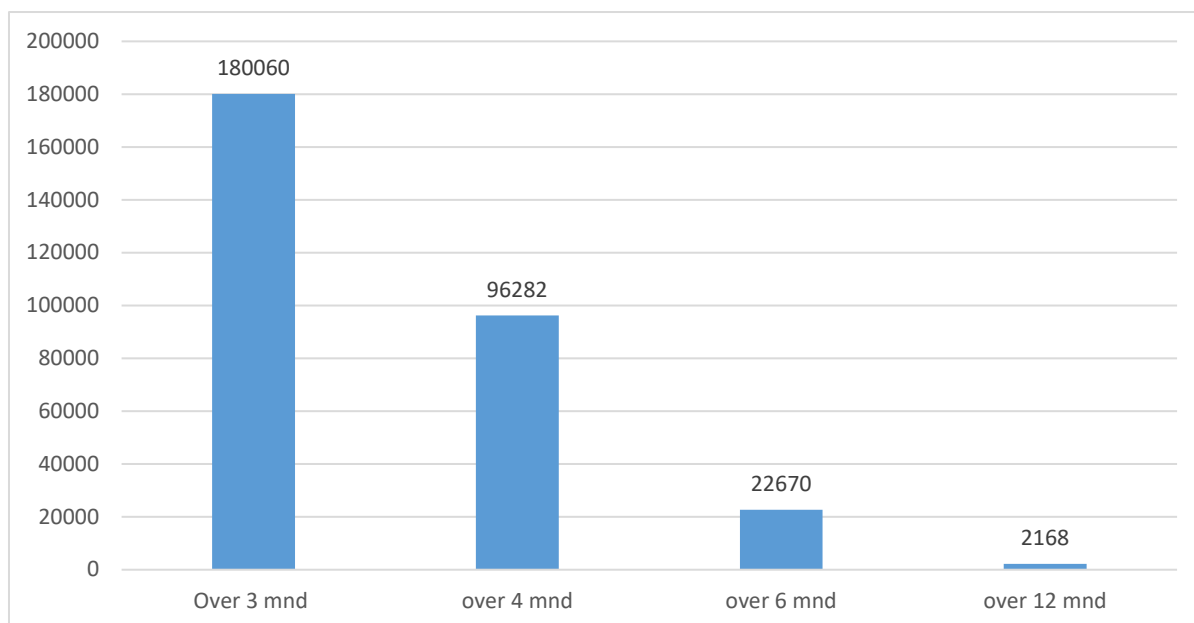
Fristen vil i dette tilfellet ikke være knyttet til direkte til forsvarlighet som i dag, siden mange pasienter vil måtte få tid til oppmøte før fristen for å få et forsvarlig tilbud. 3-månedersfristen representerer i dette tilfellet en garanti for at helsehjelpen starter før 3 måneder.

Videre fjernes skillet mellom rett til utredning og rett til behandling, og dermed også risikoen for at dette ikke følges som forutsatt. Dette reduserer risikoen for uønsket variasjon som er påpekt ved dagens modell med hensyn til om pasienten får rett til utredning eller behandling, og ved fristfastsettelse. Når skillet fjernes mellom frist til utredning og behandling og det ikke settes en individuell frist, vil uønsket variasjon med hensyn til disse elementene kunne unngås.

Enklere registrering i PAS (individuelle frister fjernes) vil bidra til bedre datagrunnlag og styringsinformasjon. Når pasienten får time for neste oppmøte «i hånden» før hun/han forlater helseforetaket, og overskridelse av timen registreres som avvik, vil mulighet for oppfølging av forløp forbedres sammenliknet med dagens modell.

Alle pasienter med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste vil få en rett til time innen 3 måneder. De fleste har første oppmøte innen 3 måneder også i dag, men med denne modellen skal de resterende ikke vente utover 3 måneder. Tall fra Helsedirektoratet viser at av de om lag 1 million pasientene som ble tatt av venteliste i 2018, ventet 180 100 pasienter eller 17 prosent mer enn tre måneder til første kontakt. I tillegg kommer gruppen

som fortsatt er ventende: Tall fra Helsedirektoratet viser at vel 36 000 pasienter hadde ventet mer enn 3 måneder ved utgangen av 2018, jf. tabell 2.



Figur 3. Antall tatt av venteliste etter ventetid i 2018.

Tabell 1 viser hvor lenge pasienter som ble tatt av venteliste ventet i 2016-2018. Andelen med lange ventetider av de som ble tatt av venteliste er noe redusert fra 2016 til 2018. I 2016 ventet tre prosent mer enn 6 måneder, og i 2018 to prosent. Før 1. november 2015, da alle fikk rett til individuell frist for oppstart av helsehjelp, var andelen høyere.

Tabell 1. Antall og andel avviklede henvisninger som venter lenger enn tre, fire, seks og 12 måneder i spesialisthelsetjenesten. Estimerte tall. 2016-2018.

	over 3 mnd	over 4 mnd	over 6 mnd	over 12 mnd
2016	182 650	103 334	34 508	6 548
2017	171 556	89 897	19 842	2 394
2018	180 060	96 282	22 670	2 168
2016	17 %	10 %	3 %	1 %
2017	16 %	8 %	2 %	0 %
2018	17 %	9 %	2 %	0 %

Helsedirektoratets tall for de som er tatt av venteliste i 2018 kan fordeles på fagområder og helseforetak.

Noen av fagområdene med høyest andel med ventetid over tre måneder er relativt sett små fagområder i ventelistesammenheng. De fagområdene med størst andel med ventetid over 3 måneder er allergologi (62 pst, 149 pasienter), smertetilstander (43 pst, 846 pasienter), anesthesiologi (36 pst, 1035 pasienter), og kjevekirurgi (34 pst, 2590 pasienter). Flest pasienter med ventetid over tre måneder målt i antall er imidlertid innen store fagområder som ortopedisk kirurgi (23 pst, 35 491 pasienter), øre-nese-hals (32 pst, 30 932 pasienter), øyesykdommer (30 pst, 15 099 pasienter) og kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp (13 pst, 11 737 pasienter). Mange av de store fagområdene har mao. både en relativt høy andel og et høyt antall med ventetid over tre måneder. Psykisk helsevern og TSB har svært liten andel som ventet over 3 måneder. Variasjonene mellom fagområdene vil i stor grad gjenspeile ulik hastegrad.

Andel med ventetid over 3 måneder varierer fra 12 til 31 prosent ved helseforetakene. Lovisenberg, Helse Stavanger, Helse Bergen og Nordlandssykehuset ligger alle over 20 prosent. De fleste helseforetakene har en andel mellom 15 og 20 prosent.

Tabell 2 viser antall ventende fordelt på ventetid ved utgangen av 2016, 2017 og 2018. Tabell 2. Estimert antall og andel av ventende henvisninger pr. 31.12 som har ventet lenger enn tre, fire, seks og 12 måneder på spesialisthelsetjeneste. 2016 - 2018.

	over 3 mnd	over 4 mnd	over 6 mnd	over 12 mnd
2016	30 191	14 832	7 159	1 460
2017	31 481	15 752	6 699	1 253
2018	36 336	20 113	9 063	1 413
2016	15 %	7 %	4 %	1 %
2017	15 %	8 %	3 %	1 %
2018	17 %	10 %	4 %	1 %

I stedet for rett til individuell frist, innføres en rett for pasienten og en plikt for sykehuset til å gi pasienter som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, tid til første oppmøte innen 3 måneder. Dette er en generell rett som også gjelder pasienter i pakkeforløp. Dersom pasienten ikke får time innen 3 måneder + 10 virkedager, får pasienten rett til helsehjelp annet sted, via HELFO. Helseforetaket belastes for utgiftene.

Det knyttes ingen lovforankrede rettigheter til overskridelse av avtalt andre (og ytterligere) oppmøtetidspunkt. Å knytte en juridisk rettighet til dette, antas av Helsedirektoratet å bli komplisert og ressurskrevende å gjennomføre og urealistisk å innføre dersom det også skulle gjelde for videre oppmøteavtaler på sykehuset. Andel overskridelser av avtalte oppmøtetidspunkt vil imidlertid kunne registreres som avvik og benyttes f.eks. som en kvalitetsindikator og/eller knyttes til kvalitetsbasert finansiering.

I rapporten fra Helsedirektoratet fra mai 2017 ble det vist at ulike leger vurderer henvisninger til dels svært ulikt. Denne uønskede variasjonen vil kunne reduseres dersom alle får en rett til første oppmøte innen 3 måneder. Uønsket variasjon i tilbud om helsehjelp mellom pasienter som tas inn pga. fare for fristbrudd, og pasienter som følges

opp i sykehusene, vil kunne reduseres. Dette fordi det innføres en kontroll («passert planlagt tid») med avviksrapportering gjennom hele forløpet.

Sykehuslegen eller psykologen som vurderer henvisningen skal kun sette opp første time, og skal ikke sette en individuell frist. Registreringer i PAS-systemene forenkles dermed også. Arbeidet for merkantilt personell kan også reduseres. NPR antas å få et enklere og bedre datagrunnlag.

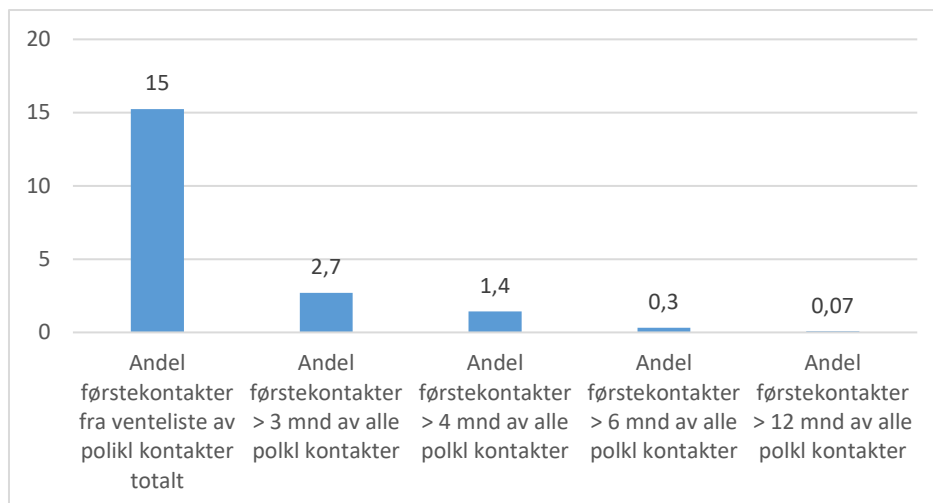
Denne modellen vil ikke nødvendigvis fjerne all uønsket variasjon i vurdering av henvisninger, utover forbedringen ved at skillet mellom frist til utredning og behandling fjernes og at det ikke skal settes individuell frist. Dersom kapasiteten overskrides fordi flere må tas inn innen 3 måneder, kan andel fristbrudd i en overgangsfase øke. Disse pasientene kunne imidlertid i dagens system fått første time senere enn 3 måneder, så totaleffekten på ventetid er vanskelig å vurdere ifølge Helsedirektoratet.

Dagens rett til individuell frist og spesialisthelsetjenestens plikt til individuell fristfastsettelse avvikles. En generell frist på 3 måneder kan for enkelte pasienter oppleves som en reduksjon av rettighetene. Dersom helseforetakene ikke klarer å ta inn pasientene innen 3 måneder, vil flere kunne oppleve fristbrudd. Dette vil ikke nødvendigvis bety at pasienter med fristbrudd i denne modellen venter lenger enn de hadde gjort i dagens modell. Det blir uansett viktig å følge utviklingen i en slik modell.

De kapasitetsmessige konsekvensene for sykehusene av en generell frist vil være svært avhengig av hvor lang fristen er. Om lag 1 mill. pasienter ble tatt av venteliste i 2018. Av disse hadde om lag 180 000 pasienter (17 pst.) ventet mer enn tre måneder til første kontakt. Med andre ord er det et betydelig pasientvolum som i denne modellen må håndteres på et tidligere tidspunkt enn før. Kapasitetsutfordringer kan bli et incentiv til å forlenge tid til neste oppmøte/kontroll for pasienter i lengre forløp. Innføring av forløpskontroll vil kunne redusere risiko for dette.

Det kan likevel påpekes at antallet førstekontakter utgjør en relativt liten andel av det totale antallet kontakter i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har beregnet at summen av førstekontakter for pasienter tatt av fra venteliste i 2018 utgjorde om lag 15 prosent av alle polikliniske konsultasjoner og dagopphold i spesialisthelsetjenesten (se figur 3)¹. Mesteparten av den polikliniske aktiviteten er dermed ikke førstekontakter. Ser vi bare på førstekontakter for pasienter som ventet mer enn 3 måneder utgjør disse under 3 prosent av den totale aktiviteten, og andelen halveres for pasienter som ventet over 4 måneder.

¹ Dette er en grovberegning hvor ventelistedata brukt i dette prosjektet sammenholdt med polikliniske konsultasjoner og dagopphold ved helseforetakene publisert av NPR på Web. <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/37f4e0dd-61fd-4846-a7c1-d87553ce2c1a?e=false&vo=viewonly>. Dagoppholdene utgjør 5 prosent av totalen (av poliklinikk og dag). Seriebehandling som kjemoterapi, stråleterapi, dialyse inngår i polikliniske konsultasjoner (nevner). Dette er grupper hvor det er få pasienter med svært mange kontakter. Holdes denne aktiviteten utenfor i nevneren økes andelen førstekontakter fra 15 til cirka 16,7 prosent av den totale aktiviteten.



Figur 3. Andel første kontakter for pasienter tatt fra venteliste som andel av antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold. 2018.

Overskridelser av avtalt oppmøtetid for andre oppmøte (og videre i forløpet) er ikke foreslått forskrift- eller lovregulert i denne modellen. Avvik vil bli registrert og eventuelt publisert. Dersom dette ikke gir tilstrekkelig incentiv for helseforetakene til å overholde avtalte tidspunkter, kan det vurderes å knytte f.eks. kvalitetsbasert finansiering til andel avvik.

7.3.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kostnader til endringer i pasientadministrative systemer (PAS) må påregnes. Det vil også bli behov for opplæring av merkantilt personale og helsepersonell. Rapportering til NPR vil bli noe endret, som også vil medføre arbeid i NPR. Fristbruddsordningen må justeres. Her kan man utrede mulighetene for å tilpasse modellen best mulig til dagens fristbruddregistrering med hensyn til varsler etc. Når ordningen er på plass, antas administrasjonen å bli enklere enn dagens system.

Hovedutfordringen ved denne modellen vil trolig være i en oppstartsfasen hvor alle pasienter skal ha første time innen 3 måneder. Det vil kreve at sykehusene øker kapasiteten for å håndtere en økt mengde pasienter som skal ha sin første kontakt innen tre måneder. For å finne rom for dette må sykehusene øke aktiviteten gjennom effektivisering og andre tiltak som gir økt aktivitet innenfor samme ressursramme. Ellers vil det medføre en forskyvning av ventetid for pasienter som tidligere ventet kortere enn tre måneder og pasienter som allerede er i et forløp.

Helsedirektoratet uttaler i rapporten at alternativt kan de regionale helseforetak i en avgrenset periode på f.eks. et halvt år «få lov» til å gå over 3 måneder, for eksempel 4-5 måneder. Nødvendig ressursbruk bør utredes før man eventuelt går videre med modellen.

7.3.6 Behov for endring i pasientadministrative systemer

Behovet for å registrere individuelle frister bortfaller. Tidspunkt for avvikling fra ventelisten blir ved første oppmøte – tilsvarende som for tilnærmet alle i dag. Pasienter som ikke har fått time innen 3 måneder, må overføres til egen liste som må følges opp av sykehuset. Varsel sendes til Helfo. Pasienter som ikke har fått time innen 3 måneder + 10 virkedager vil medføre bekreftende varsel til Helfo og oppfølging fra Helfo - tilsvarende dagens fristbruddsordning.

7.4 Modell C

7.4.1 Innledning

Denne modellen tar konsekvensen av at samfunnet, helsetjenestene og pasientene i dag har flere verktøy enn tidligere tilgjengelige for å følge med på og samarbeide om gode og forsvarlige helsetjenester. Den tar utgangspunkt i at det er de regionale helseforetakene som har sørge-for-ansvaret for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp.

Spesialisthelsetjenesten arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten i tjenesten.

Å sikre at pasientene får tilgang til nødvendig helsehjelp til rett tid er sentralt i arbeidet med kvalitetsforbedring. Modellen presiserer de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar og viderefører plikt til å ha rutiner og systemer for å følge med på ventelister. Den fremhever også bruk av kontinuerlig kvalitetsforbedring i tjenesten som verktøy for å understøtte og utvikle gode pasientforløp.

Modellen bygger videre på dagens regulering av pasientforløp og dagens regulering av spesialisthelsetjenesten. Den tar imidlertid utgangspunkt i en situasjon der pasientene ikke har en rett til at helsehjelpen starter innenfor en gitt frist (dato). Modellen beskriver istedenfor ulike tiltak som på andre måter kan støtte opp under prosesser som er av betydning for å få til gode pasientforløp.

Modellen krever at det utvikles nye indikatorer og introduseres nye løsninger i sykehusenes systemer, at lov og forskrift endres, og at det tydeliggjøres hvordan spesialisthelsetjenesten skal arbeide med kvalitetsforbedring i forløp.

Modellen introduserer tiltak som bidrar til bedre forutsigbarhet for pasientene om hva som skjer videre i forløpet når behandlingsforløpet starter. Selv om pasientene ikke lenger vil ha krav på at HELFO uten opphold finner et annet tilbud ved fristbrudd, og dermed mister en tydelig rettighet og et «ris bak speilet», kan disse tiltakene medføre at pasientene samlet sett ikke kommer dårligere ut enn i dag.

7.4.2 Hovedelementer i modellen

Modellen består av følgende elementer:

1. *Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager (som i dag)*
Når spesialisthelsetjenesten får en henvisning skal tjenesten som i dag vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke. Denne vurderingen skal som i dag skje innen 10 virkedager.

2. *Ikke individuell juridisk frist (nytt)*
Dersom pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal det ikke settes en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Pasienten skal i første brev få informasjon om oppmøtetidspunkt (som i dag)
3. *Videreføring og utdyping av de regionale helseforetakenes ansvar for ventelisteregistrering og for å ha systemer for oppfølging av ventelister*
4. *Presisere at spesialisthelsetjenestens plikt til systematisk kvalitetsforbedring av virksomheten også gjelder kvalitetsforbedring av pasientforløp (nytt)*
5. *Kvalitetskrav om forløpsplan (nytt)*
Det innføres som et kvalitetskrav at pasienter skal få en oversikt over hva som skal gjøres videre i forløpet – en forløpsplan. Pasienten skal få kopi av denne, enten i konsultasjonen eller ettersendt. Helseforetakene måles på andel som har fått forløpsplan.
6. *Svar innen 10 virkedager på alle henvisninger (nytt)*
Plikten til å vurdere henvisninger i løpet av 10 virkedager utvides slik at fristen og plikten til å informere om oppmøtetidspunkt også gjelder når pasientene henvises mellom virksomheter eller mellom avdelinger internt i virksomheter.
7. *Innføring av serviceerklæringer (nytt)*
Gjennom å utarbeide pasientrettede serviceerklæringer om hvilke mål som er satt og i hvilken grad de blir oppfylt, vil spesialisthelsetjenesten både informere og forplikte seg overfor pasienter og publikum slik at de skal vite hva de har å forholde seg til.
8. *Innføring av målinger som gir informasjon om fremdrift og ventetider i pasientforløpet*
Videreføring av måling av tid til første oppmøte og i tillegg følge med på om pasienter som går inn i et forløp etter første oppmøte kommer tilbake til avtalt tid. Det kan i tillegg innføres mer spisset overvåking av tid fra en beslutning er tatt og pasienten er "satt på venteliste" for dette, og frem til et operativt inngrep eller prosedyre er utført.

7.4.3 Fordeler og ulemper med modellen

Modellen bygger videre på dagens regulering av pasientforløp og dagens regulering av spesialisthelsetjenesten. Den tydeliggjør de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar og spesialisthelsetjenestens forpliktelser til å arbeide med kvalitetsforbedring også i forbindelse med pasientforløp. Gjennom forbedringsarbeid utvikles mål for gode pasientforløp, og pasienter og brukere involveres i arbeidet. Planlegging av virksomheten gjennom systematisk arbeid med pasientforløp gir mulighet for å sette mål som har relevans både for ledelse, helsepersonell og pasienter.

Innføring av målinger og indikatorer som relaterer seg til de mest relevante milepælene i pasientforløp er også et viktig tiltak i modellen. Mål og ventetidsopplysninger kan også inkluderes i serviceerklæringer som gir pasientene informasjon om hva de kan forvente med hensyn til forløp og ventetider. Dersom helsetjenesten lykkes i å ta disse mulighetene i bruk på en god måte, blir det lettere for pasientene å medvirke i pasientforløpet og å få informasjon om ventetider og fremdrift.

Modellen tar utgangspunkt i at spesialisthelsetjenesten ikke lenger har en lovpålagt plikt til å gi pasienter et tilbud innen en bestemt tid, eller til å melde fra til HELFO om fristbrudd og finansiere helsehjelp som HELFO fremskaffer til pasientene ved andre

behandlingssteder. Når det ikke er en lovpålagt frist vil spesialisthelsetjenesten lettere kunne prioritere alle pasienter, nyhenviste og de som er i forløp, ut fra faglige kriterier i tråd med prioriteringskriteriene. Det vil kunne gi bedre og raskere forløp for de pasienter som har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten, og kunne gi bedre tjenester til særlig kronikere.

Det innføres en tydeligere styring av pasientforløp ut fra et kvalitetsperspektiv der det settes relevante mål for elementer i forløpene. Målene vil være utarbeidet av fagmiljøer, helsepersonell og ledere i spesialisthelsetjenesten med medvirkning fra brukere. Dette sikrer god forankring i helsetjenesten. Modellen kan også bidra til mindre variasjon og til riktigere prioritering mellom pasienter som er i forløp og nyhenviste pasienter. Forutsatt at virkemidlene i modellen er knyttet til gode indikatorer reduseres risikoen for at pasienter med mindre alvorlige tilstander gis forrang tidlig i forløpet.

Med unntak av retten til individuell frist for oppstart av helsehjelp, viderefører modellen de gjeldende pasientrettighetene. Som i dag vil pasientene ha krav på forsvarlige helsetjenester gjennom at spesialisthelsetjenesten legger til rette for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Pasientene beholder retten til vurdering innen 10 virkedager fra spesialisthelsetjenesten mottok henvisningen, og rett til å få svar med tidspunkt for oppmøte. Retten til å få et tidspunkt for første oppmøte innen 10 virkedager medfører at den som vurderer henvisningen i praksis vil måtte vurdere hvor raskt pasienten skal få helsehjelp, men det skal ikke lenger settes en frist i tillegg.

Prioriteringsreglene vil fortsatt gjelde, slik at pasienter som oppfyller kriteriene får rett til nødvendig helsehjelp, men fristangivelsene i prioriteringsveilederne blir ikke direkte relevante. Pasientene mister heller ikke retten til informasjon selv om regelverket endres. Pasienten skal få samme opplysninger om innholdet i helsehjelpen og om tidspunkt for oppstart. I tillegg vil pasientene kunne få bedre informasjon om hva de kan forvente med hensyn til forløp og ventetider gjennom bruk av serviceerklæringer.

I modellen innføres det som et kvalitetskrav at pasientene får en oversikt over hva som skal gjøres videre i forløpet – en forløpsplan. Pasienten skal få en kopi av denne, enten i konsultasjonen eller ettersendt. Dette vil bedre forutsigbarheten for pasientene. Et ytterligere tiltak som vil bedre forutsigbarheten for pasienter er å utvide gruppen pasienter som får svar innen 10 virkedager med tidspunkt for oppmøte. Dette vil kunne være en styrking av stillingen til pasienter som er i et forløp sammenlignet med i dag.

7.4.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Generelt antas modellen ikke å ha betydning for antall pasienter som kommer inn i spesialisthelsetjenesten når den ses under ett. Det kan imidlertid medføre noe større pasientmobilitet mellom helseforetak. Bedre informasjon om ventetider kan medføre at pasienter lettere vil kunne velge seg til et annet behandlingssted. Det kan medføre at noen fagområder/sykehus får redusert antall pasienter innen enkelte områder og andre

tilsvarende økt andel. Så kan det også hende at de samme sykehus vil oppleve motsatt pasientstrøm innen andre områder.

Terskelen og kriteriene for å få rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil ikke bli endret i denne modellen.

Ved innføring av modellen vil det antas at det vil bli kostnader knyttet til å utarbeide planer for hvordan pasientforløp typisk vil se ut for ulike tilstandsgrupper. Som Riksrevisjonen har påpekt er det effektiviseringsgevinster å hente på dette området. Dette vil være det sykehuset kommuniserer i en serviceerklæring som gir pasienter og pårørende økt forutsigbarhet for hva de kan forvente fremover.

Modellen forutsetter at det i enda større grad arbeides med å systematisk utvikle og følge opp kvalitet i pasientforløp. Det vil variere hvor ressurskrevende dette vil være fordi deler av helsetjenesten allerede har kommet langt i dette arbeidet. Når dette har funnet sin form, antas det at omleggingen vil føre til at pasientforløpene blir enklere å administrere enn i dag.

Administrasjon i helseforetakene knyttet til HELFO sin formidling av alternative tilbud og betaling for det vil falle bort, men det vil sannsynligvis være nødvendig for spesialisthelsetjenesten å innføre andre ordninger for eksempel for å følge opp pasienter som får utsatt første time.

Modellen vil ikke ha betydning for lokaler eller bemanning, men det må påregnes kostnader med utarbeiding av tilpassede PAS/EPJ-løsninger, "serviceerklæringer", brevmaler og informasjonsskriv etc. Det forutsettes omlegging av EPJ, rapporteringssystem og beregningsmodeller. Dette vil være kostnader knyttet til omlegging av EPJ, opplæring av personell, endringer i beregningsmodeller og publiseringsløsninger i Helsedirektoratet.

7.4.5 Behov for endring i pasientadministrative systemer

For å kunne følge med på de viktigste måleparameterne bør man kunne hente dem ut av pasientjournalssystemet uten tilleggsregistreringer. Modellen benytter i all hovedsak eksisterende parametere, men innebærer at det introduseres noen nye målepunkter og indikatorer (ventetid til operasjon eller prosedyre).

Det foreslås i modellen å innføre forløpsplaner. I rapporten fra Helsedirektoratet uttales det at bør utredes nærmere hvordan en slik løsning kan tilpasses.

Videre uttales det at det vil ta noe tid å utvikle nye målinger og indikatorer og å utvikle og introdusere nye løsninger i sykehusenes systemer. Modellen vil medføre grunnleggende endringer i spesialisthelsetjenestens oppfølging av pasienter som venter på helsehjelp. Før endringer i pasientadministrative systemer kan planlegges nærmere vil det være nødvendig med ytterligere utredninger.

8 Forslag til alternativ regulering av pasientforløp - modellvalg

8.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør departementet for hvilken modell som foretrekkes av de tre beskrevne modellene i kapittel 7.

Departementet mener det er behov for tiltak på både kort og lang sikt. På kort sikt vil departementet vurdere innføring av modell A, B eller C som er presentert i rapporten fra Helsedirektoratet. Det gjøres i dette kapitlet.

På lang sikt er det ønskelig med et mer tilpasset regelverk som i enda større grad understøtter gode pasientforløp, minsker administrasjon, men som samtidig ikke svekker pasientenes individuelle rettigheter og sikrer helsehjelp av god kvalitet og til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med eventuelle større justeringer i regelverket som kan innføres på lengre sikt, og vil komme tilbake med ev. forslag på vanlig måte.

Videre vil departementet vurdere behov for mer modelluavhengige tiltak av både rettslig og ikke-rettslig karakter, for eksempel forløpsplan, utskrivningsattest og serviceerklæringer. I dette kapitlet omtales i all hovedsak valg av modell. De ulike tiltakene for å forbedre og understøtte gode pasientforløp omtales og vurderes i kapittel 10.

8.2 Departementets vurderinger og forslag

8.2.1 Innledning

Det er noen sentrale hensyn som er viktig for departementet ved valg av ny modell. Departementet er opptatt av å unngå ytterligere rettsliggjøring av pasientforløpene og gjøre regelverket mer komplisert. Pasientrettighetene skal ikke svekkes, men departementet mener at regelverk er et begrenset virkemiddel for å oppnå gode pasientforløp. For eksempel vil flere juridiske frister i pasientforløpet gjøre systemet mer komplisert og mer byråkratisk uten at det nødvendigvis resulterer i bedre forløp for den enkelte pasient. Flere juridiske frister kan også føre til uheldige vridningseffekter, dvs. at fristen i noen tilfeller kan medføre at prioriteringen blir annerledes enn hva en helsefaglig vurdering skulle tilsi.

Forenkling av systemet til det beste for både helsepersonellet og pasientene vil dermed være sentralt ved valg av modell. Regelverket bør være enkelt å forstå og ikke gi helsepersonellet unødige ekstraoppgaver som ikke relatert til å yte helsehjelp, samtidig som det sikrer pasientene viktige rettigheter for å oppnå gode og forsvarlige forløp.

Det er derfor ønskelig med en modell som minimerer unødig byråkrati og administrasjon som ikke er knyttet til ytelse av helsehjelp. Regelverket bør i størst mulig grad ha sammenfall med de helsefaglige vurderingene og utøvelsen av helsehjelpen, slik at helsepersonellet slipper å gjøre unødig arbeid som ikke er knyttet til å utrede og behandle

pasientene. Hovedmålsettingen må være å skape best mulig samsvar mellom juss og den kliniske virkeligheten. På den måten settes helsepersonellet i stand til å yte gode pasientforløp til det beste for pasientene, samtidig som pasientrettighetene ikke svekkes.

8.2.2 Kort om dagens modell

Dagens modell har fokus på oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som blir vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få en *individuell frist* for når helsehjelpen senest skal starte. Dersom pasientens tilstand er avklart i løpet av vurderingsfasen, skal fristen indikere seneste faglig forsvarlige start på den *behandlingen* som planlegges. Dette skal pasienten informeres om. For pasienter som har fått rett knyttet til behandling, er fristen innfridd når selve behandlingen er startet. Oppmøte til forundersøkelse på poliklinikken vil ikke innfri fristen.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen indikere hva som er seneste faglig forsvarlige start på en videre *utredning*. Fristen må da settes ut fra en vurdering av hvilke alvorlige tilstander som kan bli avdekket ved utredningen, slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp i hele det videre forløpet.

Rettigheten er oppfylt og fristen er innfridd når helsehjelpen er påbegynt innen den oppgitte fristdatoen. Helsehjelpen vil som regel ikke være fullført selv om fristen er innfridd. Pasienten kan være i et forløp og motta helsehjelp enten fra samme enhet eller fra en annen enhet eller et annet helseforetak. Det videre helsehjelpsforløpet må ta hensyn til at pasienten skal få forsvarlig helsehjelp selv om det ikke settes nye juridiske bindende frister.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen fristen, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt innenfor fristen, skal HELFO umiddelbart kontaktes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd.

Kort oppsummert innebærer dagens modell følgende hovedelementer:

1. Alle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få en individuell frist for oppstart av helsehjelpen
2. Fristen kan enten være relatert til oppstart behandling eller utredning, avhengig av om pasientens tilstand er uavklart eller avklart.
3. Alle fristbrudd skal varsles HELFO, uavhengig av om pasienten ønsker eller ikke ønsker et alternativt tilbud.

Dagens modell innehar elementer som innebærer administrasjon som ikke er direkte knyttet til å yte helsehjelp ved at alle pasienter skal få en juridisk frist i tillegg til tidspunkt for første oppmøte, og at alle pasienter skal få et alternativt tilbud gjennom HELFO uavhengig av om pasienten ønsker å benytte seg av dette eller ikke.

8.2.3 Forslag til alternativ regulering av pasientforløp – hva er likt for alle modellene som vurderes

8.2.3.1 Rett til vurdering

Innledningsvis vil departementet påpeke at det er visse elementer som er likt i alle modellene, og som derfor ikke vil bli endret. For det første vil vurderingsperioden på 10 dager ikke bli endret. Det at en pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal få informasjon om hun har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, er en viktig rettighet som sikrer pasientene rask informasjon og medfører at tjenesten må prioritere slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp.

Tall fra NPR viser at vurderingsperioden i hovedsak blir overholdt. Gjennomsnittlig vurderingstid varierer fra tre dager for somatisk sektor til seks dager for psykisk helsevern for barn og unge. Det er få brudd på vurderingsgarantien. I 2018 varierte andelen brudd på vurderingsgarantien fra 2 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til 2,6 prosent innen psykisk helsevern for barn og unge.

8.2.3.2 Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste

Videre er det gjennomgående for alle modellene at de ikke endrer på retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det innebærer at terskelen for hvilke pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ikke foreslås endret i dette høringsnotatet. I kapittel 11 foreslås likevel visse lovtekniske endringer i prioriteringsforskriften og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

Plikten til å gi informasjon om oppmøtetidspunkt i første tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten foreslås heller ikke endret. Tidspunktet for oppmøte skal, i de tilfeller hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke. Dette er utdypet i brev av 13. juni 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet om krav til informasjon til nyhenviste pasienter.

Selv om oppmøtetidspunktet som gis pasienten ikke er juridisk bindende gir det økt forutsigbarhet for alle involverte. Departementet mener denne rettigheten gir viktig informasjon og forutsigbarhet for pasientene, og vil ikke foreslå endringer i denne rettigheten.

8.2.3.3 Retten til fritt behandlingsvalg

Alle pasienter har i dag rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Pasienten kan bare velge virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter etter § 2-1 b. Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved en virksomhet, og behandlingen ved en annen. Dette er en helt sentral pasientrettighet, som uansett modell vil være viktig å beholde for å sikre at pasientene kan velge institusjon ut fra parametere som ventetid, geografi og kvalitet.

8.2.4 Modellvalg – departementets vurdering av modellene

Departementet mener at det på kort sikt er behov for å rydde i regelverket slik at like pasienter får like rettigheter, uavhengig av hvor de mottar helsehjelpen. Det er også behov for å gjøre endringer slik at ventetidsregistrering blir lik. Det synes å være enighet blant høringsinstansene om at skillet mellom frist til utredning og frist til behandling har vært vanskelig å forstå og praktisere. Alle modellbeskrivelsene foreslår å oppheve skillet, men det er modell A som har den endringen som hovedelement.

Helsedirektoratets utredning av ventetidsregistrering fra 2017 avdekket uønsket variasjon i vurderingspraksis med hensyn til om en pasient tildeles rett til nødvendig helsehjelp og frist for oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling. Det ble også vist en økning i andel som får frist til utredning. Videre viste utredningen at pasientene i all hovedsak tas av ventelisten ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om de har fått rett til utredning eller behandling. Over halvparten av pasientene har kun én kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Funnene i utredningen fra Helsedirektoratet viste at for dem som skal vurdere henvisningene kan det være vanskelig å konkludere entydig om frist skal settes til oppstart av utredning (pasienten har en uavklart tilstand), eller til oppstart av behandling (pasienten har en avklart tilstand). Det vil alltid være en skjønnsmessig vurdering. Det er gjennomført en rekke opplæringstiltak, men praksis varierer fortsatt.

I dag skal pasienten tas av venteliste når pasientrettigheten (fristen) innfris. Ulik fortolkning og praktisering av regelverket medfører redusert datakvalitet ved måling av innfrielse av pasientrettigheter og ventetider. For at rettigheten skal kunne registreres som innfridd, er det en forutsetning at pasienten får en reell start på helsehjelpen, enten i form av utredning og/eller i form av behandling. Det videre behandlingsforløpet må være forsvarlig.

Det innebærer at man forenkler dagens modell for regulering av pasientenes rettigheter av forløp i spesialisthelsetjenesten. Departementet er opptatt å forenkle og forbedre dagens modell uten at pasientens rettigheter svekkes i møte med spesialisthelsetjenesten. Det er avgjørende at pasienter får god og forsvarlig helsehjelp fra rett kompetanse til rett tid, og uten unødvendig venting. Departementet mener at dette best ivaretas gjennom å oppheve skillet mellom juridisk frist til utredning eller behandling.

Det vil kunne stilles spørsmål ved om denne endringen innebærer en svekkelse av dagens pasient- og brukerrettigheter. For noen pasienter som i dag gis rett og frist knyttet til oppstart av behandling senere i forløpet, vil denne endringen kunne medføre at retten innfris på et tidligere tidspunkt enn i dag. Dette vil gjelde for om lag to prosent av pasientene som gis frist til behandling. Endringen vil ikke påvirke det videre forløpet for pasientene. Videre vil departementet fremheve at dagens fristbruddsordning beholdes, og at selv med denne endringen skal fristen settes til det tidspunkt det senest er faglig forsvarlig å igangsette helsehjelpen. Fristen må settes slik at det er mulig å gi pasienten et faglig forsvarlig pasientforløp ut fra den helsehjelpen han eller hun er vurdert til å ha behov for.

Modell B innfører en generell juridisk frist for alle pasienter. Denne fristen er, i motsetning til fristen i modell A, ikke knyttet direkte til hva som er forsvarlig ventetid for den enkelte pasient, men kan heller oppfattes som et sikkerhetsnett som skal sikre at pasienter ikke må vente unødig lenge eller falle ut av systemet. Modellen innebærer at alle pasienter skal få oppstart helsehjelp innen 3 måneder uavhengig av hvilket utslag det gir for prioritering mellom pasientene. God prioritering innebærer at pasienter med de alvorligste tilstandene som haster mest, skal prioriteres først. Pasienter som i dag får frist utover 3 måneder, vil i denne modellen kunne få kortere ventetid. Hvis helseforetaket har kapasitetsutfordringer, vil det, i hvert fall i en overgangsfase, kunne føre til lengre ventetid for pasienter med tilstander som haster mer.

Selv om det i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene er satt mål om at gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021, og følgelig er kortere enn 3 måneder, mener departementet at det er uhensiktsmessig med en generell frist. En viktig årsak er at det nå er godt innarbeidet å knytte fristen til det individuelle pasientforløpet.

En annen utfordring med generell frist er at det er grunn til å tro at ulike grupper av pasienter vil ønske en egen frist for sin "gruppe" som er kortere. For eksempel er det grunn til å tro at kreftpasienter ikke vil være fornøyd med en generell frist på 3 måneder. Departementet mener at en generell frist på 3 måneder vil være av liten verdi for pasientene som skal utredes for eller har en alvorlig tilstand.

Modellen innebærer en svekkelse av pasientrettighetene for de pasienter som etter en modell med individuell frist ville fått tildelt en frist som er kortere enn 3 måneder. I 2018 fikk 24 prosent av pasientene innenfor somatikk frist innenfor 50 dager. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling fikk 69 prosent av pasientene frist innenfor 50 dager. For disse pasientene vil modellen innebære en svekkelse av pasientrettighetene ved at de får en juridisk frist som er senere i forløpet enn i dag. Ingen pasienter vil med denne modellen kunne få et alternativt tilbud gjennom HELFO før etter 3 måneder.

Hovedfordelen med modell B er at den er relativt enkel å kommunisere og praktisere. Modellen gir en enklere vurdering av henvisning – det settes kun opp time etter faglig vurdering, ingen fristfastsettelse etter juridiske vilkår. Den gir mindre administrativt arbeid for merkantilt personell, og den har relativt enkle målepunkter.

Departementet vil likevel ikke foreslå modell B. Hovedbegrunnelsen er at modellen vil innebære at noen pasienter får svekket sine rettigheter og at den kan gi uheldige prioriteringsvridninger.

Modell C bygger videre på dagens regulering av pasientforløp og dagens regulering av spesialisthelsetjenesten. Den tydeliggjør de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar og spesialisthelsetjenestens forpliktelser til å arbeide med kvalitetsforbedring også i forbindelse med pasientforløp. Med unntak av retten til individuell frist for oppstart av helsehjelp, viderefører modellen de gjeldende pasientrettighetene. Som i dag vil pasientene ha krav på forsvarlige helsetjenester gjennom at spesialisthelsetjenesten legger til rette for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Fordelen med modellen er en tydeligere styring av pasientforløp ut fra et kvalitetsperspektiv der det settes relevante mål for elementer i forløpene, og ikke regelstyrte frister. Videre endres fokuset fra oppstart av helsehjelpen til å se hele pasientforløpet. Modellen kan også bidra til mindre variasjon og til riktigere prioritering mellom pasienter som er i forløp og nyhenviste pasienter. Dette vil være en fordel spesielt for de som har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten, særlig kronikere. Videre vil virkemidlene i modellen som er knyttet til gode indikatorer kunne redusere risikoen for at pasienter med mindre alvorlige tilstander gis forrang tidlig i forløpet.

Hovedutfordringen med modell C er etter departementets vurdering at den svekker pasientrettighetene. Ved å fjerne fristbruddsordningen, uten at den erstattes med en alternativ regulering som gir pasientene materielle rettigheter i pasientforløpet, vil pasientene rettslig sett komme dårligere ut. En grunnleggende føring for departementet er at en alternativ modell ikke svekker pasientenes individuelle rettigheter og sikrer at helsehjelpen er av god kvalitet og gis til rett tid. Modell C ivaretar ikke denne grunnleggende forutsetningen og departementet mener at modellen er uaktuell å innføre.

Modell A tilsvarer i all hovedsak dagens modell, men hvor skillet mellom frist til utredning og behandling oppheves. Den individuelle fristen beholdes, i motsetning til modell B hvor det innføres en generell frist som er lik for alle pasienter. Fristen innfris også i denne modellen ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Departementet mener at en slik endring vil være mer i tråd med slik situasjonen er i dag og enklere å forholde seg til for både helsepersonellet og pasientene. I dag tas pasientene som hovedregel av ventelisten ved første oppmøte uansett om pasienten får rett til helsehjelp i form av utredning eller behandling.

I følge data rapportert til NPR for 2018, ble 80 prosent av nyhenviste til spesialisthelsetjenesten vurdert til å ha en uavklart tilstand, med rett og frist til oppstart av utredning, mens 19 prosent ble vurdert å ha en avklart tilstand, og rett til helsehjelp i form av behandling.

For pasienter med en avklart tilstand, kan en oppheving av skillet mellom utredning og behandling innebære at retten innfris på et tidligere tidspunkt enn med dagens ordning. Rapporten fra Helsedirektoratet 2017 viste derimot at retten som oftest innfris på det første oppmøtet uavhengig av om det er gitt frist til utredning eller behandling. I praksis betyr dette at pasientene i liten grad får svekket sine rettigheter.

Helsedirektoratet har i 2019 beregnet effekten av å oppheve skillet mellom utredning og behandling på gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp, dvs. at de har beregnet hva gjennomsnittlig ventetid ville ha vært dersom alle pasienter ble tatt av venteliste ved første kontakt. De anslår at gjennomsnittlig ventetid for 2018 ville ha blitt redusert med under en halv dag dersom man hadde fjernet skillet mellom utredning og behandling. Dette tilsvarer en reduksjon i ventetiden på 0,6 prosent.

Høringen av Helsedirektoratets rapport viste at et stort flertall av høringsinstansene mente at skillet mellom frist til utredning og behandling bør oppheves. Departementet er også av

den oppfatning at dette skillet har utspilt sin rolle, og at regelverket bør endres slik at det samsvarer med dagens praksis.

Hovedskillet mellom modell A og B er at den ene beholder *individuell* frist som relaterer seg til forsvarlighet, mens den andre innfører en *generell* frist som ikke relaterer seg til forsvarlighet. Som nevnt ovenfor vil ikke departementet foreslå en generell frist.

Departementet vil dermed i dette høringsnotatet foreslå å innføre modell A. Det innebærer at skillet mellom frist til utredning og behandling oppheves, og den individuelle fristen beholdes.

En del av høringsinstansene gir imidlertid uttrykk for at "første oppmøte" må presiseres nærmere. For eksempel uttaler Helse Sør-Øst RHF at begrepet kan leses slik at det innebærer at pasienten må fysisk møte opp på en gitt lokalisasjon. De foreslår istedenfor at begrepet "kontakt" brukes i lovteksten for å åpne for ny teknologi og innovative løsninger.

Det er særskilt spørsmål som hva skal ligge i "første oppmøte" som foreslås som ny frist for alle pasienter. Helsedirektoratet uttaler at de mener at endringen innebærer en forenkling av regelverket, redusert rapporteringsbyrde i helsetjenesten og data av bedre kvalitet på grunn av reduserte muligheter for ulike fortolkninger.

Helsedirektoratet gir ikke nærmere forklaring i rapporten på hvilket materielt krav som skal ligge i kravet til "første oppmøte". Ordlyden tilsier at fristen oppfylles i det pasienten møter for første gang etter henvisning i spesialisthelsetjenesten. Ordlyden stiller ikke krav til at det skal være noen kvalitativ utredning eller behandling som må gjennomføres for at fristen skal være oppfylt. Fristen kan følgelig oppfylles ved innkalling til en samtale.

Departementet mener at "første oppmøte" skal forstås slik at utredning eller behandling påbegynnes. Det skal ikke være anledning til å sette opp en time kun med en intensjon om å oppfylle fristen, for deretter å la pasienten vente uforsvarlig lenge på det videre pasientforløp. For at fristen skal være oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Det innebærer at for at fristen skal være oppfylt må timen eller kontakten med spesialisthelsetjenesten innebære aktiviteter som medfører at pasientforløpet startes på det tidspunktet.

Når det gjelder spørsmålet om "første oppmøte" krever fysisk oppmøte på en bestemt lokasjon, mener departementet at det er viktig at ny lovgivning er teknologinøytral og åpner for å ta i bruk løsninger som er kostnadseffektive og brukervennlige. Selv om ordlyden kan tolkes dithen at det kreves fysisk oppmøte på et sykehus eller poliklinikk, så vil departementet presisere i de spesielle merknadene til bestemmelsen at også for eksempel e-konsultasjon kan oppfylle fristen til første oppmøte.

Modell A har fokus på oppstarten av forløpet, og vil ikke påvirke eventuell uønsket variasjon senere i et pasientforløp. For å støtte opp under gode pasientforløp kan modellen suppleres med forløpsmålinger som strekker seg lenger inn i pasientforløpet. Dette drøftes i kapittel 10. I kapittel 10 drøftes andre tiltak, både rettslige og ikke-rettslige, for å understøtte og forbedre pasientforløpene.

Selv om den juridiske fristen kun gjelder starten på pasientforløpet, ønsker departementet likevel å understreke at ventetiden underveis i pasientforløpet skal være forsvarlig og i tråd med normal medisinsk praksis for det aktuelle pasientforløpet. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet. Selv om det ikke er satt spesifikke krav til juridiske frister for hele forløpet, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid.

Videre følger det av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må også sees i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet, jf.

spesialisthelsetjenesten § 2-2. Forsvarlig virksomhet innebærer at det tilbudet pasienten får må være forsvarlig, og at eiere og ledere har et ansvar for å legge til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Bestemmelsene innebærer således at både ledelsen og helsepersonellet ved sykehuset skal påse at pasienter får et forsvarlig og omsorgsfullt pasientforløp.

8.3 Oppsummering

Departementet foreslår å innføre modell A. Det innebærer bortfall av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. Alle pasienter som gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal som i dag få en individuell frist for når helsehjelpen senest skal starte. Fristen foreslås innfridd ved "første oppmøte" i spesialisthelsetjenesten, og det presiseres at kravet ikke innebærer at pasienten nødvendigvis må møte opp fysisk, men at fristen kan oppfylles gjennom for eksempel e-konsultasjon.

På lengre sikt ønsker departementet å vurdere modeller som er mer fremtidsrettet og i større grad fokuserer på hele pasientforløpet og ikke kun oppstart av helsehjelp, og som ikke svekker pasientenes individuelle rettigheter. En fremtidig modell bør også minimere unødig byråkrati og administrasjon som ikke er knyttet til ytelse av helsehjelp.

9 Forslag til endringer i regelverket om ventelisteregistrering

9.1 Innledning

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 at departementet blant annet kan gi forskrifter om føring av ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp, og plikt for regionale helseforetak til å rapportere aktivitetstall for de virksomhetene de eier og de private helsetjenestene de har avtaler med. Med hjemmel i denne bestemmelsen har departementet gitt forskrift om ventelisteregistrering. I dette kapittelet redegjør departementet for behovet for å gjøre endringer i denne forskriften.

9.2 Departementets vurderinger og forslag

Det er behov for å gjøre endringer i dagens forskrift om ventelisteregistrering. Disse endringene handler i all hovedsak om tekniske endringer for å oppdatere språket og begrepsbruken i forskriften. For eksempel bruker forskriften en del begreper som er utdatert. Et eksempel på utdatert begrepsbruk fremgår av forskriften § 2 hvor det heter at "med venteliste menes i denne forskriften EDB-register med ordnede opplysninger om pasienter som venter på undersøkelse eller behandling ved institusjon".

Videre bruker forskriften begrepet "venteliste" gjennomgående. Departementet mener at dette begrepet ikke er særlig presist. Norsk pasientregister presenterer ventelistestatistikk fra spesialisthelsetjenesten med informasjon om ventetider, frister og henvisninger. Helsedirektoratet har utarbeidet definisjoner i ventelistestatistikken fra Norsk pasientregister. Departementet mener det er naturlig å gjøre endringer i forskriften i lys av disse definisjonene, og bruke betegnelsen "ventetid" istedenfor "venteliste".

Videre er det et behov for å se på bestemmelsene i forskriften i lys av valg av modell. I kapittel 8 foreslås modell A som innebærer at skillet mellom frist til utredning eller behandling oppheves. Det innebærer blant annet behov for å endre forskriften § 4 om oppdatering av ventelister for å tydeliggjøre at ventetid slutt skal registreres ved første oppmøte eller kontakt.

I dette høringsnotatet foreslås det ikke konkrete endringer i forskrift om ventelisteregistrering. Departementet tar sikte på å sende et eget høringsnotat om endringer i denne forskriften i etterkant av at lovendringene er behandlet av Stortinget.

10 Modelluavhengige tiltak for å forbedre pasientforløpene

10.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør departementet for modelluavhengige tiltak som kan forbedre pasientforløpene. Det er de seneste årene iverksatt flere tiltak som har som formål å bidra til gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, som ikke er av rettslig karakter. I avsnitt 10.2 gis det en beskrivelse av disse tiltakene.

I Helsedirektoratets rapport "*Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten*" fra 2018 er det foreslått en rekke utenomrettslige og modelluavhengige tiltak. I avsnitt 10.3 gis en beskrivelse og vurdering av disse tiltakene, sammen med en samlet vurdering av modelluavhengige tiltak for å forbedre pasientforløpene.

Regjeringen la fram Meld. St. 7 (2019-2020) "Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023" for Stortinget den 22. november 2019. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Hovedtemaene er samhandling mellom kommuner og sykehus, psykisk helsevern, teknologi, digitalisering og kompetanse. Denne stortingsmeldingen skal være det overordnede strategidokumentet for videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten i perioden 2020-2023.

Enkelte av de modelluavhengige tiltakene som Helsedirektoratet har vurdert og foreslått i utredningen fra 2018 berører tema som er omtalt og behandlet gjennom helse- og sykehusplanen. Det vil framgå av den videre beskrivelsen hvilke tiltak dette gjelder.

10.2 Beskrivelse av igangsatte tiltak

10.2.1 Pakkeforløp

I løpet av 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft innført i helsetjenesten. Pakkeforløp skal sikre helhetlig, kunnskapsbaserte og standardiserte pasientforløp. Det bidrar til at pasientene får utredning og start av behandling til rett tid. Det er for hvert forløp lagt inn normerte forløpstider for tiden fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten til pasientens første frammøte i spesialisthelsetjenesten, til klinisk beslutning og til start av behandling.

Forløpstidene er ulike fra pakkeforløp til pakkeforløp. Måloppnåelsen for hvert pakkeforløp og hvert helseforetak er innarbeidet i de nasjonale kvalitetsindikatorerne som publiseres av Helsedirektoratet tertialvis.

Nasjonale målsetninger har vært at minimum 70 % av alle kreftpasienter skal være inkludert i pakkeforløp og minimum 70 % av alle pasientene skal starte behandling innen normert forløpstid, beregnet fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten. Tall for 3. tertial 2018 viser at målsettingen er nådd eller nesten nådd i alle de regionale helseforetakene, selv om det har vært en viss nedgang de siste par årene. Det er også stor variasjon i måloppnåelse mellom kreftformer og mellom helseforetak, noe som er bekymringsfullt.

Helsedirektoratet skal nå etablere «Pakkeforløp hjem» for kreftpasienter. Pakkeforløpet vil omfatte oppfølging av pasienten etter gjennomgått behandling i spesialisthelsetjenesten.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i 2019. Disse pakkeforløpene beskriver hele forløpet i spesialisthelsetjenesten fra henvisning til utskriving til kommunale helse- og omsorgstjenester. På samme måte som i pakkeforløpene for kreft, innføres noen forløpstider som skal publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer. Brukermedvirkning er helt sentralt i disse pakkeforløpene. Pasienten skal involveres i å lage behandlingsplan og skal kunne gi tilbakemelding underveis, slik at behandlingen kan justeres om nødvendig. Pakkeforløpene stiller også krav til samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet har også utarbeidet pakkeforløp for hjerneslag. Det skal også lages pakkeforløp for smertebehandling og for pasienter med utmattelse, muskel- og skjelettlidelser.

10.2.2 Læringsnettverk - gode pasientforløp for eldre og kronisk syke

Læringsnettverk er ett av svarene på brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og KS viderefører arbeidet som ble gjort i to læringsnettverk i perioden 2014-2015. KS samarbeider med Folkehelseinstituttet om denne satsingen som startet i januar 2016 og skal avsluttes i desember 2019.

I perioden 2016 til 2019 gjennomføres åtte læringsnettverk over hele landet. Over 160 kommuner deltar sammen med sykehusene i regionen. Målet er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. Læringsnettverkene skal forbedre overgangene i pasientforløpet. Både internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune.

En viktig del av forbedringsarbeidet er å måle og evaluere, og dette er derfor et viktig element i læringsnettverkene. Deltakerne vil få opplæring i evaluering og måling. Arbeidet skal resultere i at brukeren opplever å være likeverdig i utarbeidelse av sitt pasientforløp, at kommuner og helseforetak arbeider systematisk med pasientforløp og dokumenterer effekten for brukerne og at kulturen i kommuner og helseforetak er preget av helsefremmende mestring. Viktige erfaringer fra det første arbeidet med læringsnettverk er blant annet at de kommunene som hadde med seg sykehusene i sitt forbedringsarbeid oppnådde de beste resultatene, og at lederforankring er helt avgjørende for å lykkes.

Det er vedtatt å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden fra om med 2020 til og med 2022. Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet og sikre brukernes behov helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Se omtale i Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre i meldingens kapittel 8.5. I tillegg vises det til avtalen mellom regjeringen og KS om gjennomføring av Leve hele livet 2019 – 2023.

10.2.3 E-helse

E-helse er en forutsetning for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgssektor som leverer tjenester av høy kvalitet. Helse- og omsorgssektoren har jobbet med e-helse og digitalisering i mange år. Den nåværende strategien *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022* tar utgangspunkt i målbildet om Én innbygger – én journal. Målet er at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet, og at helsepersonell har sikker tilgang til opplysningene. Innbyggerne skal videre ha tilgang på brukervennlige og sikre digitale tjenester, og i større grad bidra med egne ressurser i planlegging og gjennomføring av behandling og oppfølging. Data skal være tilgjengelig for forskning, kvalitetsforbedring og administrasjon.

Innbyggerne i Norge er i stor grad aktive brukere av digitale verktøy på mange områder, og har forventninger om at også helsesektoren skal fremstå sammenhengende og tilby ulike typer digitale tjenester i sin kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Selv om dagens IKT-løsninger i kommuner og på sykehus ennå ikke godt nok støtter opp under samhandling og informasjonsdeling, er det de senere årene tatt mange grep som bidrar i positiv retning.

Et viktig tiltak er bedre nasjonal styring og koordinering av e-helseområdet. Direktoratet for e-helse spiller en sentral rolle når det gjelder innføring av infrastruktur, standardisering, felleskomponenter og nye nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet har opprettet Nasjonalt e-helsestyre og underliggende utvalg som samordner og prioriterer digitaliseringstiltakene i sektoren. På denne måten kan ressursene og kompetanse utnyttes på best mulig måte.

IKT-systemene skal være tilpasset helsepersonellens mange arbeidsmåter. Løsningene skal tilby funksjoner for planlegging, prosess- og beslutningsstøtte der oppdatert medisinsk og helsefaglig kunnskap anvendes direkte for å støtte pasientbehandling. Det langsiktige målet er Én innbygger – én journal. Arbeidet er delt opp i tre strategiske og parallelle tiltak: 1) etablering av Helseplattformen i Midt-Norge, 2) videreutvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalsystemer og 3) etablering av løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

Moderniseringen av sektorens IKT-systemer vil gi innbygger én journal med tilgang til egne helseopplysninger og en tjeneste som er mer forberedt og koordinert. Dette skal gi innbygger mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse og omsorg og ivareta sine personvernrettigheter. Videre vil moderniseringen bidra til at samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten blir vesentlig forbedret, og samhandling med andre statlige og kommunale tjenester bedre tilrettelagt.

På kort sikt jobbes det med å sørge for at de eksisterende løsningene for utveksling av pasientinformasjon benyttes etter intensjonen, slik som kjernejournal og elektronisk meldingsutveksling mellom journalløsningene over helsenettet.

10.2.4 Videreutvikling av statistikk og annen styringsinformasjon

Det eksisterer en omfattende mengde statistikk og styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten. I kapittel 6 er det gjort en gjennomgang av nasjonal ventelistestatistikk fra Norsk pasientregister og annen relevant nasjonal statistikk om pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. I tillegg publiserer Helsedirektoratet blant annet tall for de nasjonale kvalitetsindikatorerne tertialvis og årlig. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for å forvalte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Indikatorer og annen statistikk er sentrale styringsverktøy på alle nivåer i helsetjenesten. Enkelte nasjonale indikatorer (f.eks. gjennomsnittlig ventetid og passert planlagt tid) er det knyttet måltall til og de inngår i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Andre indikatorer (f.eks. mange av de nasjonale kvalitetsindikatorerne) har nasjonale definisjoner og publiseres for hele landet, men det er ikke knyttet nasjonale mål eller styring til dem.

Formålet med indikatorene er først og fremst at tjenesten bruker resultatene til å sammenlikne sin egen virksomhet med andre, som grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. Videre er dette viktig informasjon til pasienter og offentligheten for øvrig. I tillegg til indikatorer som publiseres nasjonalt, har mange av helseforetakene også lokale løsninger for styringsinformasjon som er tilpasset og rettet mot deres lokale virksomhetsstyring.

Departementet vil understøtte videreutvikling av den allerede omfattende mengden statistikk og styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten. Dette kan omfatte både utvikling av nye indikatorer og videreutvikling av eksisterende indikatorer. Det er et grunnleggende mål å ikke øke rapporterings- og registreringsbyrden i tjenesten. Bruk av eksisterende målepunkter og registreringer vil derfor vektlegges i arbeidet med å forbedre pasientforløpene.

10.2.5 Videreutvikling av finansieringsordningene

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del (innsatsstyrt finansiering). Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte ansvaret til de regionale helseforetakene og stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Innsatsstyrt finansiering skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten.

Det pågår et utviklingsarbeid i regi av Helsedirektoratet for at finansieringsordningen bedre skal understøtte sammenhengende pasientforløp, bruk av ny teknologi, innovasjon i tjenesteutforming og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. Utviklingsarbeidet skal bidra til at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler og understøtter medisinsk praksis.

10.3 Departementets vurderinger og forslag

10.3.1 Helsedirektoratets forslag til modelluavhengige tiltak

10.3.1.1 Styrket henvisningsdialog (gjennom elektroniske verktøy)

Styrking av henvisningsdialogen mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten er en sentral del av arbeidet for bedre elektronisk samhandling.

Elektronisk meldingsutveksling er den vanligste formen for å dele informasjon mellom kommuner, fastleger og sykehus i dag. Elektronisk meldingsutveksling innebærer at en melding sendes fra et journalsystem til et annet ved bruk av et standardisert format, og at meldingen er kryptert slik at kun riktig mottaker kan lese den. Elektroniske meldinger har vært og er viktig for å bedre samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er en jevn økning i antall elektroniske meldinger, og i 2018 ble det utvekslet totalt 211 millioner meldinger over helsenettet. Det er utarbeidet standarder for flere typer meldinger, for eksempel henvisning, epikriser, rekvisisjoner og svar, pleie- og omsorgsmeldinger (innleggelsesrapport, utskrivningsrapport, helseopplysninger mv.).

Flere av disse standardene reguleres av forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft høsten 2015. Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten er et verktøy for å begrense uønsket variasjon og sikre enhetlig elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Departementet vil høsten 2019 sende på høring forslag til å utvide forskriften med flere obligatoriske standarder, herunder nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog.

Arbeidet med å innføre nye standarder for henvisning pågår. Disse standardene er utarbeidet for å understøtte krav i lov, forskrift og veiledere, og skal bidra til bedre ivaretagelse av pasientens rettigheter i forbindelse med henvisningsprosessen. De nye standardene for henvisning er *Henvisning ny tilstand*, *Viderehenvisning* og *Status på henvisning*. *Henvisning ny tilstand* skal benyttes i forbindelse med henvisning ved en ny tilstand hos en pasient, for eksempel ved henvisning fra fastlege til spesialisthelsetjenesten eller andre aktører som yter helsehjelp (psykolog, fysioterapeut, tannlege mv.). *Viderehenvisning* skal benyttes når helsepersonell henviser en pasient videre til annet behandlende helsepersonell innad i spesialisthelsetjenesten. Dette kan skje både før og etter rettighetsvurdering. *Status på henvisning* skal benyttes for å gi henvisende helsepersonell informasjon om resultatet av en vurdering etter en mottatt henvisning. Norsk Helsenett SF har i samarbeid med Direktoratet for e-helse og aktørene i helse- og omsorgssektoren utarbeidet plan for koordinert innføring av de nye standardene for henvisning. Målet er at standardene skal være innført i løpet av 2020.

Det pågår også nå et arbeid med å innføre standardisert melding for "helsefaglig dialog". Dette er en ny standard som skal benyttes i elektronisk dialog om pasienter mellom helsepersonell, ved behov for avklaring av helsefaglige spørsmål mellom helsepersonell i ulike virksomheter angående pasienter som mottar helsehjelp. Standarden understøtter blant annet kommunikasjon mellom henvisende instans og spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan en fastlege benytte meldingen for å spørre om råd før man eventuelt sender en henvisning. Et annet eksempel kan være et sykehus som benytter meldingen for å be

om tilleggsinformasjon om en mottatt henvisning for å kunne gi riktig vurdering og prioritet. Denne meldingsstandarden er etterspurt i sektoren, og vil kunne erstatte telefon og brev, redusere antall unødvendige henvisninger til sykehus og bedre kvaliteten på kommunikasjonen mellom helsepersonell. Meldingsstandarden er under innføring i sektoren, og det er et mål at alle relevante aktører har tatt i bruk standarden innen 2022.

Kjernejournal gir helsepersonell tilgang til viktige pasientopplysninger uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakt. Dette er opplysninger som helsepersonell må kjenne til ved behandling av en pasient, for eksempel alvorlige allergier, spesielle tilstander og bruk av legemidler. Det pågår også et arbeid med å tilby visning av utvalgte journaldokumenter fra sykehus i kjernejournal (dokumentdeling). Dette vil gjøre det enklere å dele og få tilgang til viktig informasjon for helsepersonell i både kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlege og sykehus. Tilgang til nødvendig informasjon vil også kunne bidra til å forbedre henvisningsprosessen.

10.3.1.2 Elektronisk involvering av spesialisthelsetjenesten i pasientkontakter

Et sentralt aspekt i målet om pasientens helsetjeneste er at innbyggerne skal ha mulighet til å få informasjon om og medvirke i valg som angår deres egen helse. Regjeringen har som mål å digitalisere flere helsetjenester og å etablere pasientens netthelsetjeneste. I denne sammenheng har etableringen av helsenorge.no vært viktig. Dette er innbyggernes inngangsport til den offentlige helsetjenesten på nett, og er en nasjonal innholds- og tjenesteportal rettet mot alle norske innbyggere. Formålet er å bidra til at den enkelte innbygger og pårørendes møte med helseomsorgstjenesten oppleves enklere og bidrar til økt mestring, en styrket pasientrolle og bedre helse.

Helsenorge.no består av en plattform (grunnleggende infrastruktur) og ulike innbyggerrettede digitale tjenester. I løpet av 2019 vil tre av fire helseregioner ha åpnet for innbyggernes innsyn i egen journal, gjennom sikker innlogging på portalen. Innbyggerne i Midt-Norge vil få denne tilgangen når Helseplattformen innføres. Innsyn i egen journal er et viktig tiltak for å få bedre oversikt over egen helsesituasjon og behandlingsforløp. En undersøkelse gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning og prosjektet «Digitale pasienttjenester i nord» høsten 2016 viser at et stort flertall av pasientene er fornøyd med tjenesten. De vanligste grunnene til at folk ønsker innsyn er at de skal slå opp informasjon om hvilken behandling de har fått (88,3 %), følge med på egen behandling (87,9 %) eller brukes som forberedelse til time eller innleggelse (64 %). Over 80 prosent svarer at de forstår det meste av det de leser i journalen.

I 2018 var det omtrent 850 av drøyt 4700 fastleger som hadde tatt i bruk digital dialog med innbyggerne. Det er et mål at andelen skal øke, og ikke minst at flere fastleger skal ta i bruk e-konsultasjon i dialogen med pasienten. Det er nylig innført honorering av e-konsultasjon på samme måte som for fysisk oppmøte, som ett av virkemidlene for å stimulere til økt bruk. E-konsultasjon gjør at pasienter og pårørende unngår belastende reiser der det er mulig, og gjør at ressursene som går til pasientreiser kan brukes på en bedre måte. Det er også et nyttig verktøy for å tilgjengeliggjøre spesialistkompetanse, og for tverrfaglige konsultasjoner i team, sammen med pasienten.

Også kommunene er også i gang med å innføre digitale tjenester for dialog mellom tjenestene og innbyggerne. Dette kan for eksempel skje gjennom DigiHelse-løsningen på helsenorge.no, der det foreløpig kun er åpent for kommunikasjon med de kommunale hjemmetjenestene. Meldingene som utveksles sendes direkte inn i den elektroniske pasientjournalen. Dette kan være administrasjon av timer eller hjemmebesøk, varsler til pårørende om utførte besøk, eller annen relevant informasjon.

Digital dialog mellom helsetjenesten og innbyggere kan i noen tilfeller utgjøre selve behandlingen. Nettbasert behandling blir stadig mer utbredt og kan dreie seg om et behandlingsprogram som pasienten gjennomfører på egenhånd, eller behandling over nett som følges opp av helsepersonell. Ett eksempel er E-meistring, som er veiledet internettbehandling til pasienter som lider av panikkklidelse, sosial angst eller depresjon. Økt bruk av nettbasert behandling vil kunne øke behandlingsskapiteten i helsetjenesten og også bidra til at ressursene rettes mot dem som trenger det mest.

Digital samhandling med pasienten legger også til rette for at helsepersonell kan monitorere pasienten der vedkommende er, og unngå unødvendige undersøkelser eller innleggelse. Hjemmemonitorering innebærer at pasienten får oppfølging av helsepersonell i eget hjem ved bruk av teknologi. Pasientene kan utføre målinger selv og svare på spørsmål knyttet til egen helse eller ha utstyr som utfører målinger som sendes til helsetjenesten. Dette kan gi økt trygghet for pasient og pårørende, bidra til å fange opp symptomer tidlig og avverge unødvendig oppmøte på sykehus. Noen konkrete eksempler er kreftpasienter og kronikere som følges opp hjemme ved hjelp av nettbrett og enkelt medisinsk utstyr, og pasienter som har fått operert inn pacemaker og hjertestarter. Gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet har det de senere årene blitt satset tungt på utredning og implementering av medisinsk avstandsoppfølging. Det er imidlertid avgjørende å samle kunnskap og dokumentasjon om hva som fungerer, og hva som skal til for å lykkes med implementering på nasjonalt nivå.

De regionale helseforetakene ble i revidert oppdragsdokument for 2019 bedt om å iverksette tiltak for å gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasientene. Tiltakene skal redusere omfanget av oppklarende henvendelser, manglende oppmøte og avlyste konsultasjoner pga. utilstrekkelige forberedelser som er knyttet til kommunikasjonssvikt. Arbeidet er godt i gang, og flere av landets helseforetak har åpnet for administrasjon og oversikt over timebestillinger på helsenorge.no. De regionale helseforetakene skal identifisere andre områder i kommunikasjonen med pasienter som kan forbedres med klart språk. Det skal etableres rutiner og systemer som sikrer at all slik kommunikasjon skrives i et klart språk. Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet, og det skal gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Det skal orienteres om status for arbeidet i Årlig melding 2019.

10.3.1.3 Møte/vurderingssamtale ved usikkerhet i vurdering av henvisning

Etter Helsedirektoratets vurdering kan en vurderingssamtale ved usikkerhet om pasienten skal få rett til helsehjelp eller ikke bidra til at utfallet av henvisningsvurderinger blir likere. Særlig innen psykisk helsevern at avvsningsratene er høye og varierende mellom ulike institusjoner. Gjennom vurderingssamtaler kan pasienten møte

spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig vurderingsteam før det tas beslutning om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke.

Helsedirektoratet foreslår imidlertid ikke at det lovfestes en rettighet til pasientene eller en plikt for tjenesten til å gjennomføre vurderingssamtaler. Samlet sett vurderer Helsedirektoratet at det å stille krav til spesialisthelsetjenesten om å gjennomføre slike vurderingssamtaler ikke er nødvendig forutsatt at innholdet i henvisningene bedres og at pasienten får god informasjon og gode begrunnelser når vedkommende ikke får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dessuten følger det av kravet til faglig forsvarlighet at pasienten bør kontaktes for tilleggsopplysninger ved behov.

Departementet støtter Helsedirektoratets vurdering av at det ikke er hensiktsmessig å lovfeste en rettighet eller plikt til å gjennomføre vurderingssamtaler. Det vises til at dette er en samarbeidsmodell som allerede praktiseres ved enkelte institusjoner.

I Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) er det varslet at regjeringen vil iverksette en utredning og evaluering av samarbeidsløsninger som muliggjør dialog mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om og med barn og unge før og etter henvisning til BUP. Utredningen skal vurdere hvordan dagens styringssignaler og virkemidler best kan innrettes slik at de stimulerer til mer dialog og understøtter målene for tjenestene.

10.3.1.4 Begrunnelse for og veiledning til behandler/henviser og pasient når en pasient ikke har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

I brevmalene som Helsedirektoratet har laget og som anbefales brukt, er det lagt opp at det skal gis en kortfattet faglig begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan klage, inkludert eventuelt forslag til behandling. Dette er også en anbefaling i pakkeforløp psykisk helse og rus.

Helsedirektoratet foreslår å regulere dette ved å lage en tilføyelse til prioriteringsforskriften som sier at pasienter som vurderes til ikke å ha rett skal få informasjon om begrunnelsen for dette. Henviser skal få samme informasjon. Pasient og henviser skal få veiledning om videre oppfølging der det er behov for det.

Departementet er enig med Helsedirektoratet i at spesialisthelsetjenestens informasjon til pasient og henviser bør inneholde forståelig informasjon om begrunnelsen for vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp. God informasjon vil også gi pasienten bedre grunnlag for en eventuell klage. Departementet stiller seg tvilende til om en forskriftsendring vil føre til den ønskede endring i praksis.

Departementets vurdering er derfor at dette tiltaket bør sees i sammenheng med andre tiltak for bedre informasjon og kommunikasjon med pasienter på ulike stadier i pasientforløpet. Departementet viser blant annet til at de regionale helseforetakene i revidert oppdragsdokument for 2019 er bedt om å iverksette tiltak for å gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasientene, jf. omtale under 10.3.1.1.

Departementet vil også vise til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b tredje ledd som sier at tjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og

behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Opplysningsplikten innebærer at pasienten skal ha den konkrete informasjon vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette følger også av den generelle informasjonsplikten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. I dette ligger et krav om å gi tilstrekkelig opplysninger til pasienter som vurderes til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten slik at vedkommende kan vurdere klage til Fylkesmannen.

10.3.1.5 Kopi av henvisning til pasient

Helsedirektoratet anbefaler at det innføres en rett for pasienten til å få kopi av henvisningen som henviser sender. Dette kan etter Helsedirektoratets vurdering styrke forutsigbarhet og opplevd kvalitet i henvisningsprosessen. Et slikt tiltak vil også etter direktoratets vurdering kunne legge til rette for at pasienten får informasjon og bedre mulighet til å medvirke.

Departementet vil fremheve viktigheten av at pasienten får muligheten til å medvirke i gjennomføringen av helsehjelpen. For at pasienten skal kunne medvirke, kreves det at pasienten har fått nødvendig informasjon. Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter. Pasienten har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 rett til å få kopi blant annet av henvisningen dersom pasienten ber om det. Av samme bestemmelse følger det at pasienten etter forespørsel har rett til en enkel og kortfattet forklaring på faguttrykk eller lignende. Noen tjenester praktiserer at pasienten automatisk får kopi av henvisningen og noen ganger har pasienten digital tilgang til henvisningen gjennom helsenorge.no.

Departementet vurderer at det ikke er behov for en ytterligere lovregulering på dette området. Departementet vil vurdere om det er behov for å ta inn en anbefaling i henvisningsveilederen om kopi av henvisning til pasient for å bidra til likere praksis.

10.3.1.6 Tilbakemelding til pasient innen 10 virkedager etter mottak av henvisning

Dagens plikt til å informere om oppmøtetidspunkt innen 10 virkedager gjelder bare for pasienter som henvises fra primærhelsetjenesten. Fristen gjelder som hovedregel ikke dersom pasienter henvises av spesialisthelsetjenesten, for eksempel innen/mellom helseforetak eller til annen institusjon.

Pasientenes behov for informasjon er det samme gjennom hele forløpet. Det taler for likebehandling av henvisninger, med samme frist for informasjon til pasientene om neste tidspunkt for oppmøte i hele forløpet.

Det er viktig fra pasientens ståsted å få mulighet til å følge eget pasientforløp når pasientjournalen gjøres tilgjengelig på nett. Journaldokumentene som legges ut på nett bør etter departementets vurdering også omfatte internhenvisninger i spesialisthelsetjenesten og tilbakemeldinger til henviser og pasient.

Det er imidlertid ikke ønskelig å skape administrativt merarbeid uten at det er godt dokumentert at merarbeidet vil forbedre pasientforløpet. Departementet er av den oppfatning at en ny fristbestemmelse i rettighetslovgivningen vil ta ressurser fra arbeidet

med å yte helsehjelp, og uten at det nødvendigvis vil forbedre pasientforløpene. Departementet vil derfor ikke følge opp forslaget om en ny lovbestemmelse om tilbakemelding til pasient innen 10 virkedager ved internhenvisning.

10.3.1.7 Serviceerklæring

Helsedirektoratet har trukket fram innføring av en serviceerklæring som et virkemiddel for å forplikte spesialisthelsetjenesten overfor alle pasienter som har fått rett til helsehjelp til å levere tjenester etter et nærmere spesifisert innhold. Formålet med en slik erklæring vil være å tydelig og konkret definere hva pasientene kan forvente av spesialisthelsetjenesten, herunder informasjon om forventede ventetider, når og hvordan pasientene vil motta informasjon om neste kontakt, hva de kan forvente av tilbud og tjenester innen ulike områder, andre planer, og evt. kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten og annen relevant informasjon, eksempelvis navn og kontaktinformasjon på koordinator, kontaktlege, mv.

Serviceerklæringen som er foreslått av Helsedirektoratet skal bestå av informasjon som er basert på ulike mål; nasjonale, regionale og lokale. De enkelte foretakene kan i erklæringen informere om hva som er deres ambisjonsnivå for de ulike områder og hvilke resultater de har. Serviceerklæringer kan utarbeides på mange nivå i sykehuset og bidra til at helsepersonell og ledere i helsetjenesten utvikler en kultur for å levere tjenester av høy kvalitet.

Departementet er opptatt av at pasientene som skal motta spesialisthelsetjenester får god og forståelig informasjon fra sykehusene. Videre er det viktig at informasjon om nasjonale mål og indikatorer, for eksempel resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer, er lett tilgjengelig. Etter departementets vurdering vil det imidlertid ikke være hensiktsmessig å stille krav om at det formidles informasjon til pasientene utover det som allerede følger av lov og forskrift og av eierstyringen av de regionale helseforetakene.

Pasientene skal informeres om sine rettigheter og om relevante opplysninger for den enkeltes forløp. Etter departementets vurdering kan en serviceerklæring som også omfatter generelle mål og ambisjonsnivåer mv. skape et uklart skille for pasientene mellom hva som er deres lovfestede rettigheter og sykehusets plikter og hva som er behandlingsstedets lokalt besluttede intensjoner. Departementet mener at det vil være uheldig og vil derfor ikke foreslå å innføre slike serviceerklæringer.

10.3.1.8 Plan for det videre forløp (forløpsplan)

Det er allerede et krav at helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlig og at pasienter og brukere skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Av det kan man utlede at det også bør lages planer for pasientforløp. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven innebærer pasientenes rett til å medvirke at pasientene skal involveres i planleggingen av forløpet så langt det er mulig.

I pakkeforløpene for psykisk helse og rus er det en egen anbefaling om at behandlingsplan skal utarbeides sammen med pasient og pårørende, og hva behandlingsplanen som minimum bør inneholde.

Helsedirektoratet har foreslått at det lages en forløpsplan for pasienter med mer enn ett møte med spesialisthelsetjenesten. En plan for eller oversikt over det videre forløpet vil kunne være et godt tiltak for alle pasienter, også pasienter som ikke er i et pakkeforløp.

Departementet støtter intensjonen om at det bør utarbeides en forløpsplan for pasienter som skal ha flere møter med spesialisthelsetjenesten, og at denne planen bør utarbeides sammen med pasient og eventuelt pårørende. Men det er avgjørende at en slik plan ikke medfører økt arbeidsbelastning for tjenesten eller oppleves som en unødvendig byråkratisering. Det bør derfor ikke stilles krav om at dette skal innføres som et nytt dokument i pasientjournalen.

Kravene til planens innhold bør utarbeides i samarbeid med tjenesten og pasient- og brukerorganisasjonene, og bør ikke være for omfattende. Det sentrale vil være å gi pasient og tjenesteytere en oversikt over hva som planlegges av utredning og behandling med tentative tidspunkter.

Etter departementets vurdering bør det å utforme eller justere en slik plan være en naturlig del av pasientkonsultasjonen, og planen bør nedtegnes på egnet måte i pasientens journal. Pasientene kan få skriftlig kopi av planen og når elektronisk pasientjournal kan legges til rette for dette, vil pasienten få tilgang til planen når journalen legges ut på nett.

10.3.1.9 Styrke den helhetlige koordinering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet viser til at det er flere ordninger og funksjoner, noen også lovpålagte, som skal ivareta oppgaver knyttet til koordinering av pasientforløp. Eksempler er kontaktlege, koordinator, journalansvarlig lege og informasjonsansvarlig lege, i tillegg til ulike roller i de etablerte pakkeforløp, som for eksempel forløpskoordinater for kreft. Det er også etablerte roller og strukturer som ligger i profesjonene selv og i helseforetakene.

Direktoratet har vurdert om det bør opprettes en legerolle eller funksjon som i enda større grad knyttes til pasienten gjennom hele forløpet i spesialisthelsetjenesten. Etter Helsedirektoratets vurdering vil det imidlertid være en bedre løsning å tydeliggjøre og styrke de allerede eksisterende ordningene enn å erstatte noen av disse med en helt ny ordning.

I Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 vises det til at ulike plikter og ordninger som skal bidra til mer sammenhengende tjenester ikke alltid fungerer godt nok. Dette omfatter plikter og ordninger som kontaktlege, koordinator, individuell plan og koordinerende enheter i både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tilbakemeldinger viser at det er potensiale for å bruke disse ordningene bedre og i større utstrekning. Departementet vil jobbe videre med disse problemstillingene.

10.3.1.10 Brukerstyrte tjenester mv.

Helsedirektoratet trekker fram modeller der pasienter som befinner seg i et langvarig forløp kan gis muligheter til å ta komme raskt i kontakt med spesialisthelsetjenesten når et behov for det oppstår, i stedet for at det settes opp timer lang fram i tid, som det kanskje ikke er behov for. Ofte kan det dreie seg om pasienter som har en kronisk tilstand, eller en

tilstand som krever tiltak over lang tid før kontakten i spesialisthelsetjenesten kan avsluttes.

Denne måten å tilby tjenester på kan både gi pasientene økt grad av autonomi og trygghet, samtidig som det kan redusere omfanget av unødige kontroller mv. Det frigjør tid både for helsepersonell og for pasientene.

Helsedirektoratet har omtalt denne typen modeller som «åpen timebok». Departementet mener at begrepene brukerstyrte tjenester og/eller medisinsk avstandsoppfølging i bedre grad beskriver disse tjenestemodellene. I Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er denne typen tjenester, der de omfatter målinger fra medisinsk utstyr som sendes til spesialisthelsetjenesten, også omtalt som digital hjemmeoppfølging.

Departementet mener at innføring av ulike former for brukerstyrte tjenester, som muliggjøres av digitalisering og teknologi, er en ønsket utvikling. Departementet er opptatt av å understøtte denne utviklingen gjennom f.eks. endringer i finansieringsordningene. Dette temaet, herunder hvordan nasjonale virkemidler kan understøtte denne utviklingen bedre, er et tema i Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 i kapittel 7.

10.3.1.11 Gode informasjonstjenester og vektlegging av fritt behandlingsvalg

Helsedirektoratet trekker fram at det kan være et potensial for at de regionale helseforetakene tar en mer aktiv rolle for å tilby pasienter som har ventet lenge ved ett helseforetak mulighet til å motta samme helsetjeneste ved annet helseforetak, og på den måten utjevne kapasitets- og ventetidsforskjeller innad i regionen.

Helsedirektoratet har i rapporten omtalt dette som «køstyring» i egen region.

Departementet mener at dette begrepet kan være noe misvisende, da alle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten har rett til fritt behandlingsvalg. Departementet mener at det bør vektlegges gode informasjonstjenester og at alle pasienter blir informert om retten til fritt behandlingsvalg.

Det er i dag pasientrådgivere i alle regioner som er tilgjengelige per telefon og som kan gi pasienter råd om valg av behandlingssted. På helsenorge.no publiseres forventede ventetider ved alle behandlingssteder som tilbyr gitte utredninger og behandlinger, sammen med informasjon om hvordan en går fram for å velge behandlingssted. Som direktoratet påpeker, ligger det til de regionale helseforetakenes ansvar å følge med på ventetider og kapasitetsutfordringer som oppstår i egen region. Ev. flaskehals og lange ventetider ved enkelte sykehus må løses enten gjennom bedret logistikk og effektivisering ved det enkelte sykehus, ved å øke kapasiteten, eller gjennom å mer aktivt informere pasientene om deres valgmuligheter og ev. tilby behandling ved alternative behandlingssteder. Det er imidlertid viktig at pasientens rett til å velge behandlingssted respekteres. Mange vil f.eks. foretrekke å få behandling ved sitt lokale sykehus, selv om det kan bety noe lenger ventetid.

Departementet vil også påpeke at retten til fritt behandlingsvalg også gjelder rett til å velge behandling hos private aktører med avtale med de regionale helseforetakene og private med godkjenning etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Departementet ga i 2017 de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere konkrete tiltak for å bedre samhandlingen med private avtaleparter og private med godkjenning, særlig der det er vesentlige forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom ulike institusjoner, og tilgjengeligheten derfor kan forbedres gjennom å utnytte disse forskjellene.

Alle de regionale helseforetakene har rapportert at de jobber aktivt med å utnytte kapasiteten best mulig på tvers av egeneide virksomheter og private avtaleparter. Samme år ble det også gitt i oppdrag til de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, å gjennomføre en informasjonskampanje for å øke pasienters og helsepersonells kjennskap til pasientrådgivere og nettsiden "Velg behandlingssted".

Departementet viser også til at i revidert oppdragsdokument for 2019 er de regionale helseforetakene bedt om å starte et arbeid som skal sikre at alle pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling på en klar og tydelig måte blir orientert om deres rett til fritt behandlingsvalg og derved mulighet for også å kunne velge en institusjon innen ordningen med fritt behandlingsvalg.

10.3.1.12 Kopi av epikrise til pasient og/eller innføring av utskrivningsattest. Informasjon om forløpet i spesialisthelsetjenesten og om behovet for oppfølging må formidles til oppfølgende instanser og til pasienten selv. I dag reguleres kravene til informasjon gjennom bestemmelsene om epikrise i helsepersonelloven § 45 og bestemmelsene om pleie- og omsorgsmelding (PLO melding) til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er i dag ikke krav om at pasient eller pårørende skal få skriftlig informasjon om resultatet av utredning og/eller behandling og hvordan dette etter helsepersonellens vurdering skal følges opp. Det er heller ikke noe krav om skriftlig dokumentasjon av pasientens egne mål, pasient/pårørendes vurdering av forløpet i spesialisthelsetjenesten og behovet for oppfølging i lys av disse.

Helsedirektoratet har vurdert om det bør lovfestes at pasienten alltid skal få kopi av epikrisen. I dag praktiserer noen tjenester at pasienten automatisk får kopi. I Helse Vest, Helse Nord og Helse Sør-Øst er epikrise tilgjengelig elektronisk.

Videre har pasienten krav på epikrise dersom han/hun ber om det. På denne bakgrunn vurderer Helsedirektoratet samlet sett at de ikke er hensiktsmessig å lovfeste at pasienten skal få kopi av epikrisen. Departementet støtter denne vurderingen. Å gi pasienten tilgang til epikrisen er en praksis som stadig bli utbredt, og som vil omfatte alle pasienter etter hvert som alle helseregioner legger pasientjournalen ut på nett. Det er derfor etter departementets vurdering ikke behov for lovfesting.

Helsedirektoratet foreslår å innføre en utskrivningsattest. Denne vil etter direktoratets vurdering kunne være et viktig tiltak for å styrke dialogen mellom pasient og helsetjenesten i forbindelse med avslutningen av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten. En utskrivningsattest vil være et viktig verktøy for å sikre at tjenesten og pasienten gjør en vurdering/evaluering av forløpet sammen.

Departementets vurdering er at det er lite hensiktsmessig å opprette et nytt dokument i pasientjournalen. Men det er behov for å sikre at informasjonen til oppfølgende instanser omfatter dokumentasjon av pasientens egne mål og pasient/pårørendes vurdering av

forløpet i lys av disse. PLO meldingen bør, som forløpsplanen og epikrisen, gjøres tilgjengelig for pasienten på nett.

10.3.1.13 Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering ble innført i 2014. Ordningen innebærer at en andel av budsjettet til de regionale helseforetakene (om lag 550 mill. kroner i 2019) gjøres avhengig av måloppnåelse basert på utvalgte kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet har ansvar for å forvalte og videreutvikle ordningen. Helsedirektoratet foreslår at ev. nye målepunkter og indikatorer som etableres, og som inkluderes i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, kan vurderes for inklusjon i kvalitetsbasert finansiering. Om indikatorene inkluderes vil ordningen trolig bidra til et økt fokus på måloppnåelse.

Departementet er enig i at kvalitetsbasert finansiering kan brukes til å gi økonomiske insentiver til bedre pasientforløp, dersom det etableres kvalitetsindikatorer som på en god måte beskriver kvalitet i pasientforløpene. Departementet viser til at ordningen med kvalitetsbasert finansiering oppdateres årlig i lys av endringer i kvalitetsindikatorsystemet.

10.3.1.14 Forløpsbasert finansiering

Helsedirektoratet har trukket fram at det jobbes med å gradvis trekke den finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten i mer forløpsbasert retning.

Departementet vises til omtale av utviklingsarbeid med finansieringsordningen under 10.2.5.

11 Forslag til andre endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

11.1 Innledning

I de senere årene har det i ulike sammenhenger blitt tatt opp sammenhengen mellom prioriteringsforskriften og retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste som er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Blant annet har Justis- og beredskapsdepartementet påpekt at de mener at prioriteringsforskriften § 2 første ledd ut fra sitt innhold er en så viktig bestemmelse at den burde fremgå av lovbestemmelsen. Det samme ble tatt opp av Magnussen-utvalget i rapporten "På ramme alvor".

I dette kapittelet vil departementet drøfte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften med tanke på å tydeliggjøre vilkårene for rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste i lovs form.

11.2 Departementets vurderinger og forslag

Fra ikrafttredelse av pasient- og brukerrettighetsloven og frem til 1. november 2015 hadde pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd følgende ordlyd:

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever."

Og prioriteringsforskriften § 2 første ledd hadde følgende ordlyd før 1. november 2015:

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede konsekvenser står i et rimelig forhold til tiltakets effekt."

Denne ordlyden, kombinert med prioriteringsforskriften, innebar at pasienter som ble utredet og behandlet i spesialisthelsetjenesten ble delt i to grupper, en med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en uten rettigheter. I Prop. 118 L (2012-2013) foreslo departementet å oppheve dette skillet. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd fikk da følgende ordlyd:

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk"

I de spesielle merknadene til bestemmelsen ble det uttalt at det ligger i kravet til «nødvendig helsehjelp» at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedring av pasientens helsetilstand den eventuelle helsehjelpen forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv, og det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandling forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kost/nytte-vurdering i vurderingen av hva som er å anse som «nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten». Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

I forbindelse med den juridiske oppfølgingen av forslag i prioriteringsmeldingen og presiseringer av regelverket om helsehjelp i utlandet ble det foreslått endringer i prioriteringsforskriften. Departementet foreslo at prioriteringsforskriften § 2 ble endret i tråd med beskrivelsene av nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet i prioriteringsmeldingen.

Det ble presisert at dette ikke innebar en endring av rettstilstanden, men var en presisering av prinsipper for prioritering i kliniske situasjoner. Endringene ble satt i kraft 1. februar 2019, og prioriteringsforskriften § 2 fikk da følgende ordlyd:

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, når:

- a) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Forventet nytte av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- a) overlevelse eller redusert funksjonstap
- b) fysisk eller psykisk funksjonstap
- c) reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag."

I merknaden til prioriteringsforskriften § 2 uttales det blant annet at bestemmelsen angir hvem som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. Bestemmelsenes første ledd gir to vilkår som begge må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det grunnleggende vilkåret følger imidlertid av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, og det er at pasienten etter en medisinsk vurdering har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten vurderes til å ha et medisinsk behov for helsehjelp skal deretter vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 vurderes.

I høringen av forslaget til endringer i prioriteringsforskriften uttalte Justis- og beredskapsdepartementet at innholdet i prioriteringsforskriften § 2 første ledd var ut fra sitt innhold så viktig at det burde fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Det ble videre uttalt at de skisserte endringene i prioriteringsforskriften § 2 andre ledd hører

bedre hjemme på forskrifts nivå, idet de klarere fremstår som presiseringer av det som etter opplegget ellers vil fremgå av loven.

Departementet er enig i at prioriteringsforskriften § 2 første ledd med fordel bør fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Det er uheldig at det kan skapes tvil om presiseringene i prioriteringsforskriften av hvilke pasienter som skal ha rett til nødvendig helsehjelp ikke har tilstrekkelig lovhjemmel. Av den grunn vil departementet foreslå at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd endres. Forslaget innebærer at det vil fremgå av lovs form at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er avhengig av forventet nytte av helsehjelpen, og at den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Departementet vil understreke at forslaget ikke vil endre på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Forslaget til endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b er av lovteknisk karakter, og handler om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd i lovs form.

12 Administrative- og økonomiske konsekvenser

Modell A innebærer i hovedsak en videreføring av dagens modell, og vil ikke medføre større endringer i ressursbruk. For pasienten kan denne modellen gjøre at informasjonen hun/han mottar om rett til helsehjelp, frist og tidspunkt for første oppmøte er lettere å forstå. For noen pasienter som i dag gis rett og frist knyttet til oppstart av behandling senere i forløpet, vil denne modellen medføre at retten innfris på et tidligere tidspunkt enn i dag. Dette vil gjelde for om lag to prosent av pasientene. Endringen vil innebære at den registrerte ventetiden anslagsvis går ned med om lag 0,5 dag. Dette vil ikke være en reell nedgang i ventetid, men en konsekvens av endret regelverk. Det skal tas høyde for dette i fremtidige presentasjoner av utviklingen i ventetid.

Modellen vil ikke påvirke det videre forløpet for pasienten eller helseutfallet.

For tjenesten kan forenklete regler for vurdering av henvisningen medføre at det brukes mindre tid til registrering og formidling av pasientens rettigheter. Modellen innebærer ingen endringer i antall pasienter som kommer inn i eller som avvises i spesialisthelsetjenesten. Den vil trolig heller ikke påvirke antall fristbrudd, fordi disse også i dag i hovedsak er knyttet til oppstart av helsehjelp.

Det må påregnes ressursbruk til å implementere bortfall av skillet mellom utredning og behandling i tjenesten gjennom opplæringstiltak overfor personell, og tilpasning av tekniske løsninger. Modellen kan også implementeres uten vesentlige endringer i systemene, men kun med endret registreringspraksis. Da vil forventet gevinst i redusert tidsbruk reduseres. For styringsformål vil modellen styrke sammenliknbarhet i måling av ventetider og fristbrudd.

Pasientadministrative system bør tilpasses for å understøtte forenklet vurdering med bortfall av skillet mellom utredning og behandling, samt registrering av ventetidens slutt ved første oppmøte. Først da kan en forvente å ta ut gevinst i form av redusert tidsbruk ved endt vurdering og ved oppstart av helsehjelp. Modellen kan også implementeres uten vesentlige endringer i systemene, men kun med endret registreringspraksis. Da vil forventet gevinst i redusert tidsbruk reduseres.

Endringen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b er av lovteknisk karakter og vil ikke ha administrative og økonomiske konsekvenser. Forslaget handlet om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd i lovs form. Forslaget vil ikke endre på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

13 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 2-1 b andre ledd og nytt tredje ledd

Endringen i *første ledd* innebærer at det fremgår av lovs form at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er avhengig av forventet nytte av helsehjelpen, og at den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Det understrekes at endringen ikke endrer på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Endringen er av lovteknisk karakter, og handler om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd i lovs form.

Av *andre ledd* fremgår det at den individuelle fristen skal settes til når helsehjelpen senest skal starte. Det skal ikke lenger skilles mellom frist til utredning eller frist til behandling. Fristen oppfylles ved første oppmøte. Med første oppmøte menes at utredning eller behandling påbegynnes. Det er ikke anledning til å sette opp en time kun med en intensjon om å oppfylle fristen, for deretter å la pasienten vente lenge på det videre pasientforløp. For at fristen skal være oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Det innebærer at for at fristen skal være oppfylt må timen eller kontakten med spesialisthelsetjenesten innebære aktiviteter som medfører at pasientforløpet startes på det tidspunktet.

Første oppmøte krever ikke fysisk oppmøte på en bestemt lokasjon. Lovbestemmelsen er teknologinøytral og åpner for å ta i bruk løsninger som er kostnadseffektive og brukervennlige. Selv om ordlyden kan tolkes dithen at det kreves fysisk oppmøte på et sykehus eller poliklinikk, så åpner bestemmelsen også for eksempel e-konsultasjon kan oppfylle fristen til første oppmøte. Det avgjørende er at helsehjelpen påbegynnes.

Til § 2-2 andre ledd

Endringen i *andre ledd* er en følge av at skille mellom frist til utredning og behandling oppheves. Den individuelle fristen skal settes til når helsehjelpen senest skal starte. Det vises til merknadene i § 2-1 b andre ledd.

14 Forslag til lov- og forskriftsendringer

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

Ny § 2-1 b andre ledd og nytt tredje ledd skal lyde:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

Ny § 2-2 andre ledd skal lyde:

Tidspunktet for oppstart av helsehjelpen skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. § 2-1 b fjerde ledd