Helsedirektoratet

Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten

Rapport

IS-2742

Innhold

Innhold 1
Forord 3

Sammendrag 6

1. Bakgrunn, mandat og prosess 10

1.1. Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet 11
1.2. Helsedirektoratets forståelse og avgrensning av oppdraget 13
1.3. Prosess 14
1.4. Oppbygning av rapporten / leseveiledning 16

2. Dagens modell 17

2.1. Gjeldende regelverk 17
2.2. Avtalespesialistenes rolle og oppgaver 22
2.3. Måling og rapportering 24
2.4. Kvalitet i rapporterte data 40
2.5. Utfordringer i dagens modell 44

3. Reguleringsmodeller i andre land 46

3.1. Innledning 46
3.2. Sverige 46
3.3. Danmark 49
3.4. England 52
3.5. Finland 53
3.6. Canada (Ontario) 55
3.7. Øvrige land 57

4. Hva mener pasient, pårørende og helsepersonell er viktig 59

4.1. Pasient- og pårørendeperspektivet 59
4.2. Helsepersonellperspektivet 67

5. Tiltak og virkemidler 74

5.1. Innledning 74
5.2. Hovedtiltak i alternative modeller 75
5.3. Modelluavhengige tiltak 94
5.4. Målepunkter og indikatorer 111

6. Alternative modeller 116

6.1. Modell A: Individuell frist til start helsehjelp 117
6.2. Modell B: Generell rettighet med frist og forløpskontroll 126
6.3. Modell C: Uten fristbruddrettigheter 138
6.4. Vurdering av avtalespesialistenes rolle i de ulike modellene 153

7. Oppsummering 154

Vedlegg 1: Skisser til lov- og forskriftsregulering 156

A. Skisse til lov- og forskriftsregulering for modell A 156
B. Skisse til lov- og forskriftsregulering for modell B 158
C. Skisse til lov- og forskriftsregulering for modell C 162

Forord

Pasient- og brukerrettighetsloven ble vedtatt i 1999. Siden 2004 har Helsedirektoratet utarbeidet og revidert prioriteringsveiledere som skal bidra til lik behandling av pasienter som vurderes for å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Regelverket har blitt endret flere ganger. Pasientens rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvor lenge pasienten må vente, er blant de mest diskuterte helserettslige temaer i det offentlige rom.

Helsedirektoratet leverte i mai 2017 en rapport om ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (IS-2626). I rapporten foreslo direktoratet tiltak for forenkling av regelverket og forbedring av det pasientadministrative systemet. Helse- og omsorgsdepartementet ba i oppdrag august 2017 direktoratet om å utrede alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten.

Norge har et av de beste helsesystemer i verden, hvor tilgangen og behandlingen som tilbys i stor grad er likeverdig for alle innbyggere uavhengig av sosial bakgrunn, og hvor i landet man bor. En godt utbygget primærhelsetjeneste og faglig dyktige og engasjerte ansatte som hver dag gjør en stor innsats med å utrede og behandle pasienter er grunnstammen i vår helsetjeneste.

En av styrkene ved vårt helsesystem er at befolkningen har tillit til at helsesystemet gir pasienter med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten den helsehjelp de trenger til riktig tid. Det er en grunnleggende aksept for at pasienter med de alvorligste tilstander prioriteres først.

Dagens ordning for regulering av pasientforløp har vist seg å ha noen utilsiktede vridningseffekter. Det er risiko for at helsetjenesten lar andre hensyn enn pasientens behov styre tilgangen og forløpet videre i spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet har i samtaler med helsepersonell, pasienter og pårørende fått verdifull innsikt som belyser hva som er viktig sett fra deres ståsted når gode og forutsigbare pasientforløp skal utvikles. Det har også vært grundige diskusjoner i referansegruppen. Jeg ønsker å takke alle som har bidratt i arbeidet.

Mye tyder på at vårt nåværende system for regulering av pasientforløp er blitt for komplisert. Det er pekt på at systemet må være mer i tråd med hva pasienter og helsepersonell oppfatter som viktig og relevant.

I denne rapporten presenteres modeller for regulering av pasientforløp som på ulik måte er mer tilpasset et overordnet mål om likeverdige helsetjenester der pasientens behov ivaretas på en bedre og mer helhetlig måte.

Oslo, 2. juli 2018

Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Sammendrag

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet og diskusjon rundt registreringen og praktiseringen av regelverket knyttet til pasientenes forløp i spesialisthelsetjenesten. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet leverte Helsedirektoratet 3. mai 2017 en utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten[1]. I rapporten uttalte direktoratet at det er behov for tiltak 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 helsehjelp 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» har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede ulike modeller for hvordan regelverket for pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tilknyttede registreringer av ventetid bør innrettes og reguleres. I arbeidet er det vektlagt at forslag til modeller skal ivareta pasientenes rettigheter i møte med helsetjenesten, enkel administrasjon, og bidra til å minske fare for uønsket variasjon.

Brukerne av helsetjenesten må ha tillit til at de mest alvorlig syke prioriteres først. De må være trygge på at tjenesten har systemer for god registrering og oppfølging både på overordnet nivå og for den enkelte pasient. Nye modeller må ha som mål å legge til rette for gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, minske uønsket variasjon og forbedre kvaliteten på registeringer. I sitt arbeid har Helsedirektoratet lagt til grunn direktoratets rapport «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» fra mai 2017, samt innspill fra mange eksterne aktører gjennom møter, besøk i helsetjenesten med intervjuer, og en åpen nettside for publikum for kommentarer. Her pekes det blant annet på følgende mulige utfordringer i dagens modell:

- Risiko for at pasienter som står på venteliste prioriteres på bekostning av pasienter med mer alvorlig tilstand i et forløp
- Risiko for at skillet mellom helsehjelp som rett til utredning eller rett til behandling ikke brukes slik det var forutsatt da ordningen ble laget

[1] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

- Risiko for at den samme henvisningen vurderes ulikt og at det gis ulike rettigheter av ulikt vurderende helsepersonell
- Risiko for at eksisterende pasientadministrative systemer ikke sikrer at pasientenes rettigheter registreres riktig, slik at kunnskapsgrunnlaget for utarbeiding av statistikk og styringsinformasjon blir feil
- Utilstrekkelige mekanismer for oppfølging av forløp etter innfridd frist kan medføre mindre forutsigbare forløp

Som del av arbeidet med å identifisere aktuelle tiltak og virkemidler som grunnlag for forslag til alternative modeller har Helsedirektoratet sett nærmere på regulering og publisering av ventetider i ulike land. I rapporten er Sverige, Danmark, Finland, England og Canada trukket frem. Regulering av ventetider har tett sammenheng med hvordan det enkelte land organiserer og finansierer sine helsetjenester. Det kan derfor vanskelig konkluderes med at reguleringsmodeller og innretning av ventetidsregistrering er direkte overførbare til det norske helsesystemet. Prinsipper og enkeltstående virkemidler er likevel benyttet som inspirasjon i arbeidet med å skissere alternative innretninger og modeller.

Innretning av rettigheter til frister i pasientforløpet og tilhørende fristbruddmekanismer peker seg ut som sentrale reguleringsmekanismer. I rapporten presenteres 5 prinsipielle hovedtiltak som retningsgivende for ulike forslag til modeller. De bygger på ulike tilnærminger til innretning av frist:

- Beholde vurderingsperioden med frist på 10 virkedager for vurdering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og frist til behandling
- Videreføring av individuelle rettigheter med frist
- Endring fra individuelle til generelle rettigheter med frist
- Andre tiltak for å regulere pasientforløpet enn bindende frister

Mens de prinsipielle hovedtiltakene gir ulike retninger for alternative modeller, er det også drøftet tiltak som vil kunne understøtte gode, sikre og forutsigbare pasientforløp uavhengig av hvilken prinsipiell innretning man skulle velge i modellene:

- Styrking av henvisningsprosess og -dialog
- Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasient og pårørende
- Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak
- Styrking av utskrivningsprosessen
- Økonomiske virkemidler som kan styrke fokus på helhetlige pasientforløp

Basert på drøftingen rundt prinsipielle hovedtiltak og supplerende støttetiltak foreslås det 3 modeller for regulering av pasientforløp og ventetider, med ulik tilnærming til innretning av frist og understøttende virkemidler:

Modell A: «Individuell frist til start helsehjelp» tar utgangspunkt i drøftingen rundt opprettholdelse av individuell rettighet til frist, og legger til grunn at frist innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Modellen tilsvarer i hovedsak dagens modell, men med bortfall av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. Alle pasienter som gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal få en frist for seneste oppstart av helsehjelpen. Modellen har fokus på å redusere unødig venting på oppstart av helsehjelp i starten av forløpet. Dette er en forenkling av dagens modell, gjennom at en fjerner rom for skjønn ved vurdering av om pasienten har en avklart eller en uavklart tilstand. Modellen tilrettelegger for noe enklere kommunikasjon med pasienten om den fristen som er gitt, og gir mer sammenliknbar 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: «Generell rettighet med frist og forløpskontroll» drøfter en overgang fra individuell til generell rettighet med frist. Denne modellen legger opp til at alle pasienter får en rett til første oppmøte innen et bestemt antall måneder, eksempelvis 3 eller 4 måneder. Dersom fristen overskrides, kontaktes Helfo for formidling av helsehjelp annet sted, helseforetaket betaler. Dersom det er behov for mer enn ett oppmøte, skal det avtales dato for neste oppmøte før pasienten forlater sykehuset. Tilsvarende vil gjelde for ytterligere oppmøter. Ved overskridelse av avtalt tid for neste oppmøte registreres avvik som f.eks. 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: «Uten fristbruddrettigheter» tar konsekvensen av at samfunnet, helsetjenestene og pasientene i dag har andre verktøy 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 ansvaret for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten arbeider kontinuerlig med å forbedre kvalitet 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 å sikre at pasientene samlet sett ikke skal komme dårligere ut enn de gjør med dagens rett til en individuelt fastsatt frist. 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.

Gjennom modellene som presenteres i denne rapporten har Helsedirektoratet skissert 3 alternativer som i varierende grad er ulike sammenliknet med dagens regulering av pasientforløp og registrering av ventetider. Modellene er ulike både i sine prinsipielle veivalg, i oppbygning og i implementeringsomfang. Samtidig er det vår oppfatning at de alle kan bidra til gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, minsket uønsket variasjon og forbedret kvalitet på registeringer.

Modellene som beskrives i denne rapporten viser tre måter å kombinere de ulike tiltakene på. Det er mulig å kombinere tiltakene på andre måter enn det som er gjort i denne rapporten.

Det må avslutningsvis presiseres at de ulike modellene kan ha både implementeringsrisiko og økonomiske og administrative konsekvenser det ikke har vært mulig å belyse og detaljere tilstrekkelig innenfor rammene for oppdraget, og at det i en eventuell videre oppfølging av modellene vil være behov for en mer grundig utredning for å belyse dette for hver enkelt modell.

1. Bakgrunn, mandat og prosess

I «Tillegg til tildelingsbrev nr. 42/2017» har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede ulike modeller for hvordan regelverket for pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tilknyttede registreringer av ventetid bør innrettes og reguleres.

Det er i oppdragsbrevet vektlagt at modellene skal ivareta gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, enkel administrasjon og lav grad av variasjon mellom sykehus og regioner. Forslag til alternative modeller skal 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 skal det innhentes erfaringer og kunnskap fra berørte aktører, herunder profesjonsforeninger, pasientforeninger, sykehus og andre.

Gjennom oppdraget ønsker oppdragsgiver å få frem et godt grunnlag for å fatte beslutninger om eventuelle endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider.

1.1. Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Tillegg til tildelingsbrev nr. 42 – Oppdrag – regulering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider

1. Formål
Formålet med dette oppdraget er å få frem et godt grunnlag for å fatte beslutninger om eventuelle endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å få utredet ulike modeller for hvordan regelverket for pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tilknyttede registreringer bør innrettes og reguleres. Målet er å få et kunnskapsgrunnlag til å kunne foreslå en modell som sendes på ekstern høring.

Den overordnede målsettingen er å få plass et system som gir pasientene gode, sikre og forutsigbare pasientforløp. Formålet er også å forbedre kvaliteten på registreringen, og minske variasjon mellom sykehus og regioner.

2. Bakgrunn
De siste årene har det vært mye oppmerksomhet og diskusjon rundt registreringen og praktiseringen av regelverket knyttet til pasientenes forløp i spesialisthelsetjenesten. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet leverte Helsedirektoratet 3. mai 2017 en utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten. I rapporten uttalte direktoratet at det er et behov for tiltak 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 helsehjelp uten at det skilles mellom frist til henholdsvis utredning og behandling, og at pasientrettigheten vurderes som innfridd ved første kontakt.

Når det gjelder forbedret registrering, sikre offentlighet rundt ventelistetall og innføre flere målepunkter, viser vi til igangsatt arbeid i Helsedirektoratet og i de regionale helseforetakene. Det er innført pakkeforløp for kreft, og det arbeides med å innføre pakkeforløp for hjerneslag, samt psykisk helsevern og rus. Helseregionene har bl.a. fått i oppdrag å bruke indikatoren "Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid" i den styringsmessige oppfølgingen. Helsedirektoratet publiserer også tall for indikatoren Tid til tjenestestart.

3. Oppdrag
Helsedirektoratet skal utrede og skissere alternative modeller for hvordan pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan reguleres og registrering av denne aktiviteten. Det innebærer at det skal utredes registreringspunkter i pasientenes forløp, og regler for pasientenes rett til et forsvarlig pasientforløp (både prosessuelle og materielle regler).

Det er viktig å se forslag til tiltak i sammenheng. Departementet ber derfor om at utredningen fremstiller alle tiltakene samlet (både regelverk og registreringspunkter) i en modell. Alle de ulike modellene må vurderes opp mot dagens situasjon, og det skal gis en vurdering av fordeler og ulemper ved hver av de foreslåtte modellene. Det skal særlig legges vekt på i hvilken grad modellen er enkel å administrere og minsker faren for uønsket variasjon. Det er en forutsetning at pasientenes rettigheter i møte med helsetjenesten ikke skal svekkes.

For alle modeller må utredningen omfatte:

- *Skisse til hvordan pasientforløpet skal lov- og forskriftsreguleres*
- *Beskrivelse av registreringsmålepunkter i forløp til NPR*
- *Drøfte og vurdere konsekvenser for pasientenes rettsstilling*
- *Vurdere behovet for endringer i de pasientadministrative systemene som følge av nye lovbestemmelser og/eller registreringsmålepunkter, og tidsaspektet for slike eventuelle endringer*
- *Drøfte og gi en vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av modellen for helsepersonell, sykehus, helseforvaltningen og andre berørte*

Helsedirektoratet skal gi en beskrivelse og vurdering av hvordan andre sammenlignbare land har regulert pasienters rett til spesialisthelsetjeneste og deres registreringspraksis av pasientenes forløp. Direktoratet står fritt til å vurdere hvilke land som er best egnet for en slik sammenligning, men bør se hen til andre nordiske land.

4. Gjennomføring og tidsramme
Departementet ønsker å bli holdt informert underveis i prosessen, og Helsedirektoratet skal derfor innkalle til møter ca. hver sjette uke underveis i prosessen for å redegjøre for arbeidet og diskutere relevante problemstillinger.

Helsedirektoratet skal i arbeidet innhente erfaringer og kunnskap fra berørte aktører. Det innebærer at profesjonsforeninger, pasientforeninger, sykehus og andre skal få gi innspill underveis i prosessen. Deres innspill vil være viktige for departementet i valg av løsning som senere skal sendes på ekstern høring. Det bør derfor vurderes å opprette en referansegruppe. Det forutsettes at de regionale helseforetakene involveres i arbeidet, og at oppdraget ses i sammenheng med bl.a. variasjonsprosjektet og utviklingen av pakkeforløp for nye områder.

Helse- og omsorgsdepartementet ber om at Helsedirektoratet oversender rapport innen mandag 2. juli 2018

1.2. Helsedirektoratets forståelse og avgrensning av oppdraget

Helsedirektoratet skal beskrive alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten, som legger til rette for gode, sikre og forutsigbare pasientforløp. Modellene skal bidra til forbedret kvalitet på registrering og redusert variasjon mellom sykehus og regioner.

Med modeller forstår vi i denne sammenheng kombinasjoner av tiltak og reguleringsmekanismer samt målepunkter, indikatorer og regelverk knyttet til disse. Det legges til grunn at det i rapporten skal foreslås mer enn én modell, og det gjøres ingen rangering eller scoring av modellene opp mot hverandre.

Modellene avgrenses til den del av pasientforløpet som ligger innenfor spesialisthelsetjenesten. Overgangene mellom tjenestenivåene er også omtalt.

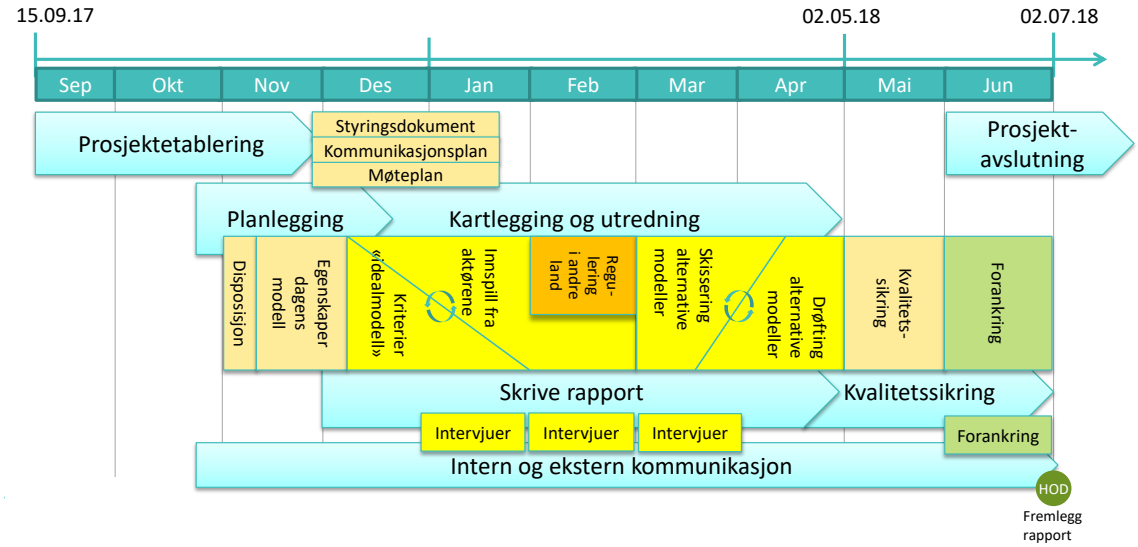
De positive og negative virkningene av modellene, hvor varige de er, og hvem som blir berørt svares ut overordnet og kvalitativt gjennom drøfting av fordeler og ulemper ved de enkelte modeller. Det gjøres ingen kvantitativ økonomisk analyse.

For den enkelte modell gjøres det en overordnet vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser og behov for endringer i pasientadministrative systemer. Det må likevel presiseres at de ulike modellene kan ha både implementeringsrisiko og økonomiske og administrative konsekvenser det ikke har vært mulig å belyse og detaljere tilstrekkelig innenfor rammene for oppdraget, og at det i en eventuell videre oppfølging av modellene vil være behov for en mer grundig utredning for å belyse dette for hver enkelt modell.

1.3. Prosess

1.3.1. Gjennomføring

Helsedirektoratet har lagt en stegvis plan til grunn for sitt arbeid, med følgende hoved-elementer:



Figur 1: Plan for gjennomføring

November - desember 2017:

Etablering av plan for gjennomføring. Identifikasjon av egenskaper i dagens modell som utgangspunkt for drøfting av alternative modeller.

Desember 2017 - februar 2018:

Innsamling av innspill til hva som bør vektlegges i alternative modellforslag. Intervjuer og møter med aktørene. Identifikasjon av modeller i sammenlignbare land.

Mars - april 2018:

Skissering og drøfting av forslag til alternative modeller. Innhenting av supplerende innspill fra aktørene som del av konsekvensvurdering av modellforslag.

Mai - juni 2018:

Ferdigstilling, kvalitetssikring og forankring av rapport før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

1.3.2. Prosjektorganisering

Rapportarbeidet har vært organisert som et prosjekt under divisjon Kvalitet og forløp, med divisjonsdirektør som prosjekteier. Prosjektet har vært tverrfaglig bemannet med ressurser fra avdelingene Helserett og bioteknologi, Spesialisthelsetjenester, Utvikling og digitale kanaler, Helseregistre samt Finansiering. Prosjektet har også hatt representasjon fra Direktoratet for e-helse, i tillegg til ekstern prosjektleder.

1.3.3. Involvering

Helsedirektoratet har lagt stor vekt på involvering av berørte aktører i arbeidet. Det ble opprettet en egen referansegruppe for arbeidet, med bred representasjon og jevnlige møtepunkter underveis. Referansegruppen har hatt representasjon fra samtlige helse-regioner, 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.

Som del av informasjonsinnsamlingen har Helsedirektoratet gjennomført en rekke møter og dybdeintervjuer med personer og organisasjoner som representerer pasient-/ pårørende-perspektivet og helsepersonell/helseledelsesperspektivet, herunder pasient-/bruker-organisasjoner, representanter fra helseforetak og helseregioner samt profesjons-foreningene Legeforeningen og Psykologforeningen.

I tillegg til informasjonsinnsamlingen gjennom møter og intervjuer har direktoratet også invitert publikum til å gi sine innspill gjennom nyhetssak og tilhørende Questback-undersøkelse publisert på Helsedirektoratets nettsider. Direktoratet har gjennom møter, intervjuer og Questback-undersøkelse fått en rekke gode innspill som grunnlag for det videre arbeidet.

I perioden januar-mai 2018 har Helsedirektoratet gjennomført møter/intervjuer med en rekke aktører, herunder representanter for ulike kliniske fagområder i Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst, Kreftforeningen, Unge Funksjonshemmede, Brukerutvalget ved OUS, Ungdomsrådet ved OUS, Psykologforeningen, Legeforeningen samt personer som har markert seg i debatten rundt ventetider. Direktoratet har også orientert og innhentet supplerende innspill i møte med Helsedirektoratets Brukerråd, samt BrukerROP. Gjennom Questback-undersøkelsen er det innkommet 257 besvarelser med innspill som er tatt med i det videre prosjektarbeidet.

1.3.4. Styring og rapportering

Det har vært etablert en egen styringsgruppe for prosjektet, ledet av direktør for Divisjon kvalitet og forløp. I styringsgruppen har også direktør for Divisjon helseøkonomi og kompetanse og direktør for Divisjon digitalisering og helseregistre møtt. I samsvar med

oppdragsbrevet har det vært gjennomført jevnlige møter med oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet for avrapportering av status i arbeidet.

1.4. Oppbygning av rapporten / leseveiledning

I denne rapporten gis det først en kort oppsummering av hovedelementene i dagens reguleringsmodell, og det gis en oppsummering av hva som oppfattes som utfordringer i denne. Dette fremgår av rapportens kapittel 2. Utfordringsbildet som presenteres her legges til grunn som rapportens problembeskrivelse, og kapittel 2 danner et bakteppe for rapportens videre drøfting.

I arbeidet med å identifisere mulige alternative modeller for regulering av pasientforløp er det naturlig å se hen til andre sammenlignbare land og deres innretning av regulering av pasientforløp og ventetider. I rapportens kapittel 3 presenteres en kort oppsummering av hovedelementer i modell for regulering av pasientforløp og ventetider i utvalgte land.

Hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell opplever dagens modell for regulering av pasientforløp og ventetider er et viktig tema i arbeidet med å identifisere alternative tilnærminger. I rapportens kapittel 4 gis en oppsummering av innsamlede innspill fra henholdsvis pasienter og pårørende, og helsepersonell, som grunnlag for videre drøfting av potensielle tiltak og innretning av alternative modeller.

Med bakgrunn i forståelsen av dagens modell og utfordringsbildet i dagens regulering som beskrevet i kapittel 2, sammenlignbare tilnærminger i andre land som beskrevet i kapittel 3, og innspill fra informasjonsinnsamlingen oppsummert i kapittel 4, drøftes alternative retninger og tiltak som kan legges til grunn for alternative modeller i rapportens kapittel 5. I rapportens kapittel 6 settes hovedretninger og tiltak sammen med målepunkter og indikatorer til konkrete forslag til alternative modeller, som drøftes og konsekvensvurderes på overordnet nivå. For hver modell presenteres avslutningsvis en skisse til innretning av regelverk.

2. Dagens modell

2.1. Gjeldende regelverk

2.1.1. Innledning

Reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten har ulike formål og innretninger:

- Helsetjenesten har en generell plikt til å organisere virksomheten slik at innbyggerne får forsvarlige helsetjenester, og forsvarlighetskravet gjelder for hvert enkelt pasientforløp
- Pasientene har i tillegg rettigheter som skal sikre tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester innen forsvarlig tid
- Spesialisthelsetjenesten skal dessuten registrere og rapportere inn opplysninger om alle pasientforløp. Opplysningene gjør det mulig å følge med på om helsetjenesten oppfyller pasientenes rettigheter og gir dessuten informasjon som kan brukes i styringen av tjenestene

Noen regler er overordnede, som for eksempel forsvarlighetskravet, og gjelder alle deler av pasientforløpet, mens andre regler er spesifikt knyttet til enkelte deler av pasientforløpet. I dette kapitlet redegjør vi for regelverket som er knyttet til enkelthandlinger eller overganger i pasientforløpet. De fleste reglene som er relevante for dette rapportarbeidet og som er knyttet til enkelttrinn i pasientforløpet står i pasient- og brukerrettighetsloven.

2.1.2. Pasient- og brukerrettighetslovens faser i pasientforløpet

Når henvisning blir mottatt – rett til vurdering

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har *rett til vurdering*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt vurdere om pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og dermed rett til nødvendig helsehjelp.

Retten til vurdering har to hovedformål: For det første skal spesialisthelsetjenesten raskt vurdere og prioritere henvisningene slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp. For det andre skal det gis rask tilbakemelding til pasient og henviser om, og i så fall om hvordan, pasientens helseproblemer vil bli fulgt opp av spesialisthelsetjenesten.

Vurderingen av pasientens behov for spesialisthelsetjeneste skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til

raskere vurdering enn 10 virkedager. Dersom henvisningen er feilsendt skal spesialisthelsetjenesten videresende den til riktig sted i spesialisthelsetjenesten. Slik videresending forlenger ikke vurderingsfristen, for fristen skal måles fra første mottaksdato i spesialisthelsetjenesten. Alle henvisninger skal vurderes. Det er bare unntaksvis, hvis pasienten er henvist til en annen region enn sin bostedsregion og regionen som mottar henvisningen ikke har kapasitet til å gi tilbud til pasienter fra andre regioner, at en henvisning kan avvises.

Dersom henvisning ikke blir vurdert eller ikke vurderes innen fristen har det ikke rettslige konsekvenser, men pasienten kan klage til fylkesmannen på at retten til vurdering ikke er oppfylt.

Vurdere behov for spesialisthelsetjeneste og sette frist

Når pasienter blir henvist til spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten vurdere om pasienten har behov for, og dermed rett til, spesialisthelsetjenester. Denne vurderingen kalles for rettighetsvurdering. Vurderingen er en spesialistvurdering som gjøres på grunnlag av henvisningen[2]. Det skal vurderes om pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelp og om de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt, jf. prioriteringsforskriften § 2.

Hvis pasienten ikke oppfyller vilkårene har pasienten ikke rett til helsehjelp, og pasient og henviser får informasjon om dette. Pasienten kan klage til fylkesmannen på avgjørelsen.

Hvis pasienten oppfyller vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp skal den som vurderer henvisningen også sette en individuell frist for når den enkelte pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b og prioriteringsforskriften § 4. Fristfastsettelsen er en prioriteringsvurdering der man må gjøre en konkret vurdering av alvorlighets- og hastegrad for den enkelte pasient.

For barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal fristen ikke overstige 65 virkedager fra vurderingsdato, jf. prioriteringsforskriften § 4a.

For å bidra til bedre forståelse av prioriteringsregelverket og til likere praksis i helsetjenesten har Helsedirektoratet utarbeidet prioriteringsveiledere for 33 ulike fagområder. Veilederne skal være en beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

[2] Innenfor TSB er det opprettet vurderingsteam som har ansvar for å vurdere pasienter med hensyn til all behandling som tilbys innenfor TSB. Teamene skal være tverrfaglig sammensatt slik at sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig kompetanse er ivaretatt.

For hver enkelt pasient skal det gjøres en individuell vurdering på bakgrunn av de generelle anbefalingene. Veilederne lister opp individuelle forhold som kan tillegges vekt ved vurderingen av den enkelte pasient.

Dersom den eller de som vurderer henvisningen mener at pasientens tilstand er avklart i løpet av vurderingstiden, skal fristen som blir satt indikere seneste faglig forsvarlige start på den behandlingen som planlegges.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen indikere hva som er seneste faglig forsvarlige start på en utredning i spesialisthelse-tjenesten. 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. I prioriteringsveilederne gis det også veiledning med hensyn til hva pasientene skal få rett til.

Informasjon til pasient og til den som har henvist

Helselovgivningen inneholder mange bestemmelser om informasjon til pasient og til andre. Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) kapittel 2 har en generell informasjonsbestemmelse i § 2-1b tredje ledd: «*Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett*».

Innholdet i informasjonsplikten om rettighetsvurderingen er konkretisert i pbrl § 2-2 og i prioriteringsforskriften § 5. Informasjonen skal være skriftlig, og pasienten skal få informasjon om:

- Utfall av vurdering,
- tidspunkt for oppstart,
- klageadgang, og
- rettigheter i forbindelse med fristbrudd.

Henviser skal få samme informasjon som pasienten.

Rettigheter i forbindelse med fristbrudd

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den fristen som er fastsatt, jf. prioriteringsforskriften § 6. Hvis spesialisthelsetjenesten ikke har sørget for dette, foreligger et fristbrudd. Da har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket, jf. pbrl § 2-1b fjerde ledd.

Spesialisthelsetjenesten skal holde oversikt over frister som er satt og om pasienter starter helsehjelp før fristen. 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, pålegger loven spesialisthelsetjenesten å umiddelbart kontakte Helfo. Dette for at Helfo kan skaffe pasienten nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, jf. pbrl § 2-2 andre og fjerde ledd. Pasienten kan også selv kontakte Helfo dersom fristen er oversittet, jf. prioriteringsforskriften § 6.

I følge prioriteringsveilederne er rettigheten «*oppfylt og fristen er innfridd når helsehjelpen er påbegynt innen den oppgitte fristdatoen*». Ventetiden slutter den dato helsehjelpen påbegynnes, jf. ventelisteforskriften § 4.

Det videre forløpet i spesialisthelsetjenesten

Helsehjelpen vil som regel ikke være fullført selv om fristen er innfridd og pasienten ikke lenger regnes som ventende. Pasienten kan være i et forløp og motta helsehjelp enten fra samme enhet eller fra en annen enhet eller et annet helseforetak. Et pasientforløp kan inneholde både utredning, behandling og kontroller før det avsluttes, eller det avsluttes etter kun ett oppmøte i spesialisthelsetjenesten. For ca. 50 prosent av pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten vil det kun være ett oppmøte.

Det grunnleggende forsvarlighetskravet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4, skal styre prioriteringen av pasienter som er i et behandlings- eller utredningsforløp. Forsvarlighet innebærer at både ledelsen og helsepersonellet i virksomhetene skal påse at pasienter får et forsvarlig og omsorgsfullt behandlingsforløp. I praksis planlegger behandlingssteder ofte et forløp for pasienten med tidspunkter for når pasienten skal få videre helsehjelp. Disse tidspunktene gir ikke pasienten rettigheter slik som den juridiske fristen gjør. Hvis disse tidspunktene ikke blir overholdt, kan det utgjøre et brudd på det generelle forsvarlighetskravet. Det er ikke særlige pasientrettigheter knyttet til registrering eller oppfølging av ventetider utover pasientforløpet.

Pasienter som mener ventetiden er for lang kan bruke retten til å velge behandlingssted etter pbrl § 2-4, og få behandling et annet sted i spesialisthelsetjenesten.

2.1.3. Rett til å velge behandlingssted

Rett til å velge behandlingssted

Pasienter har rett til å velge behandlingssted jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Retten til fritt behandlingsvalg er en av flere rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenester. Formålet er også å sikre medbestemmelse for pasienten. Rettigheten skal dessuten bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede helse- og omsorgssektoren, også den private delen. Pasienter kan velge mellom offentlige behandlingssteder, private behandlingssteder som har avtale med det offentlige, og private behandlingssteder som har fått godkjenning fra Helfo til å yte bestemte spesialisthelsetjenester.

Retten til å velge behandlingssted 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 én virksomhet, og behandlingen ved en annen, for eksempel operasjon i ett sykehus og rehabilitering i et annet. Pasienten kan også velge å bytte behandlingssted mens pasienten er i behandling.

Det er opprettet en nettside hvor ventetider ved ulike behandlingssteder blir presentert[3]. Behandlingsstedene rapporterer inn forventede ventetider til «Velg behandlingssted» etter nærmere retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Spesialisthelsetjenester i utlandet

Pasienter kan også søke om å få refundert utgifter til spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Det følger av forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land at en pasient som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, jf. § 2-2, også kan søke forhåndstilsagn fra Helfo. Helfo treffer i så fall et vedtak som avgjør om pasienten har krav på stønad til utgifter for slik helsehjelp som pasienten vurderer å motta i et annet EØS-land, og hva som vil være den høyeste stønad som vil ytes for denne helsehjelpen[4].

[3] https://helsenorge.no/velg-behandlingssted
[4] Nærmere informasjon om ordningen finnes her: https://helsenorge.no/behandling-i-utlandet/sykehusbehandling-og-andre-spesialisthelsetjenester-i-eos-land

2.2. Avtalespesialistenes rolle og oppgaver

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven har de regionale helseforetakene et samlet ansvar for at befolkningen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Avtalespesialistene er viktige bidragsytere. Ut fra rapportert aktivitet utgjorde avtalespesialistene i 2017 omtrent 25 % av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og omtrent 25 % innen psykisk helsevern for voksne. Bruk av avtalespesialister (og fordelingen av spesialistene) er geografisk skjevfordelt, med størst volum i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord. Dette oppveies til dels av større bruk av poliklinikk.

Avtalespesialistene rapporterer aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). Det gjelder både psykologspesialister, psykiatere og leger innen somatiske fagområder med godkjent spesialistutdanning som etter avtale mottar driftstilskudd fra det regionale helseforetaket. Det utarbeides årlige rapporter fra NPR over aktivitetsdata.

Pasienter som henvises direkte til avtalespesialist har i dag ikke rett til vurdering av om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, har ikke rett til å få fastsatt rettslig bindende frist for når helsehjelpen senest skal gis, og har heller ikke rettigheter knyttet til fristbrudd. Dette medfører at disse pasientene ikke har de samme juridiske rettighetene som pasienter som henvises til øvrige deler av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet ga derfor direktoratet i 2014 i oppdrag å utrede faglige, juridiske og økonomiske konsekvenser av at avtalespesialister gis anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter, og i tillegg beskrive hvordan ordningen fungerer i dag. I rapporten «Utredning av spørsmål knyttet til avtalespesialister og pasient- og brukerrettigheter» fra 2. juli 2014 anbefalte Helsedirektoratet at avtalespesialister under visse forutsetninger kunne gis rett og plikt til å rettighetsvurdere, men anbefalte at dette burde piloteres først. Senere utredninger avdekket betydelige utfordringer med utvikling av nødvendige IKT-løsninger blant annet for kommunikasjon mellom avtalespesialist og fastlege (blant annet når avtalespesialisten er fraværende), med helseforetak og fristbruddordningen, inkludert ansvar for betaling ved fristbrudd. Muligheter for løsninger ble også vurdert i Direktoratet for e-helse som i notat januar 2017 konkluderte slik, en konklusjon Helsedirektoratet var enig i:

> *«Forholdene som er beskrevet over medfører at det ikke er realistisk å innføre IKT-støtte for rettighetsvurdering for avtalespesialister på kort sikt i en avgrenset pilot. Det vil være forbundet med både store kostnader og utfordringer å få etablert en tilfredsstillende IKT-støtte. Det har også vært vanskelig å skaffe pilotbrukere, og det er usikkert om en pilot med svært få brukere vil kunne gi et tilfredsstillende grunnlag for videre beslutninger. Det anbefales at man etablerer et prosjekt hvor de sentrale aktørene involveres så snart man har bestemt at rettighetsvurdering skal innføres og de juridiske forholdene er avklart.»*

De regionale helseforetakene ble i tilleggsdokument til oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2017 pålagt å utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter for å

prøve ut rettighetsvurdering i avtalepraksis, både innenfor psykisk helsevern og somatiske fagområder.

I notat av 17.10.2017 med beskrivelse av modeller for pilotering, konkluderte de regionale helseforetakene med å anbefale å prøve ut en modell i psykisk helsevern først. Eksisterende vurderingsenheter i helseforetak/DPS ble foreslått brukt for vurdering av henvisninger fra fastlegene.

2.3. Måling og rapportering

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt helseregister med opplysninger om alle pasienter som henvises til og behandles i spesialisthelsetjenesten. Registeret inneholder informasjon fra somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, private rehabiliteringsinstitusjoner og avtalespesialister. Registeret har også data knyttet til skade og ulykke, og er landets største helseregister. NPR skal blant annet danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester[5], og registeret leverer månedlig ventelistestatistikk som grunnlag for styring til regionale helseforetak (RHF) og sentrale helsemyndigheter. Indikatorer fra registeret brukes som Nasjonale kvalitetsindikatorer og inngår i Kvalitetsbasert finansiering.

Ventelistestatistikken lages med utgangspunkt i data som trekkes ut fra sykehusenes pasientadministrative system (PAS), og rapporteres til NPR.

I henhold til Ventelisteforskriften[6] skal ventelistene fungere som et arbeidsredskap til bruk i pasientlogistikken i den enkelte institusjon, og i tillegg bidra til å danne grunnlag for å avgjøre om retten til vurdering, og retten til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen oppfylles ovenfor den enkelte pasienten. Videre skal ventelistene bidra til vurderingene av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helsetjenesten.

2.3.1. Hvilke målepunkter registreres og rapporteres i dag

Nasjonal ventelistestatistikk

Ventelisteforskriften regulerer hvilken informasjon som skal rapporteres, og fra hvilke enheter. 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 den fristen som er fastsatt i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Henvisninger registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen. Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon i spesialisthelsetjenesten, registreres også en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen. Ventetiden slutter den dato helsehjelpen påbegynnes. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte undersøkelsen eller behandlingen, skal heller ikke regnes som ventende lenger.

Det er i hovedsak informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjenesten som brukes som grunnlag for ventelistestatistikken. Rundskriv om Ventelisterapportering til Norsk

[5] Norsk pasientregisterforskriften: http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-07-1233
[6] Forskrift om ventelisteregistrering: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-07-1233

pasientregister[7] gir mer detaljert informasjon om riktig praksis for registrering av venteliste-informasjon.

Aktivitet og ventelister til spesialisthelsetjeneste rapporteres som automatiserte uttrekk fra tjenestens datasystemer. Datafiler med spesifisert innhold og struktur rapporteres rutine-messig til NPR på NPR-melding. Komplett dokumentasjon av innhold i NPR-melding finnes på Helsedirektoratets nettsider[8]. Listen under inneholder informasjon som vurderes som spesielt relevant for ventelister, pasientrettigheter og forløpsmålinger.

- Ansiennitetsdato
- Henvisning mottatt dato
- Vurdering gjennomført dato
- Frist start helsehjelp dato
- Planlagt kontakt dato
- Ventetid slutt dato (frist innfridd)
- Episode inndato, tid og utdato, tid (poliklinikk, dagbehandling og innleggelser)
- Tjenestedato (prosedyre dato)
- Utsettelse av oppstart helsehjelp dato
- Slutt dato
- Dato epikrise sendt

Tabell 1: Definisjon av målepunkter i NPR-melding

Målepunkt	Definisjon
Ansiennitetsdato	Den første mottaksdato for en henvisning i kjeden av mottaksdatoer i offentlig spesialisthelsetjeneste, inkludert private som har avtale med det offentlige og som omfattes av rett til fritt sykehusvalg. Se også Mottaksdato.
Mottaksdato	Dato for mottak av henvisning/søknad ved helseforetaket. Mottaksdato benyttes for å beregne institusjonens/sykehusets interne ventetid. Dersom henvisningen kommer fra et annet helseforetak skal også henvisningsperiodens ansiennitetsdato registreres.

[7] Rundskriv Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (IS-2331): https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1016/Ventelisterapportering%20til%20Norsk%20pasientregister.pdf
[8] https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#npr-melding

Målepunkt	Definisjon
Vurderingsdato	Faktisk dato for ferdig vurdert henvisning.
Utfall av vurdering av henvisningen	Resultatet av vurderingen av henvisningen med hensyn til hvilken type pasientforløp dette ser ut som ved vurderingen av henvisningen.
Rett til helsehjelp	Utfallet av vurderingen av henvisning/søknad eller vurdering av pasienten ved Ø-hjelp. Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven 2-1 annet ledd.
Frist for nødvendig helsehjelp	Frist som spesialisthelsetjenesten skal fastsette for når medisinsk forsvarlighet krever at en rettighetspasient senest skal få nødvendig helsehjelp.
Ventetid sluttdato (Avviklet dato)	Dato for ventetid slutt. Den dato helsehjelpen starter ut fra en medisinskfaglig vurdering. Start helsehjelp kan være enten oppstart av utredning eller behandling. Dette avgjøres ut fra pasientens tilstand ved vurdering.
Utsattdato	Den dato en beslutning om utsettelse av pasientmottaket er foretatt.
Episode	Tidsperiode hvor pasienten får helsehjelp ved én og samme helseinstitusjon for ett og samme helseproblem. En episode kan være en poliklinisk konsultasjon, et dagopphold eller et døgnopphold. Inneholder tidspunkt, tilstand, tvang, tjeneste, spesialistvedtak, deltaker, måling, oppfølging.
Planlagt episode	Episoder med helsehjelp som er planlagt gjennomført (både polikliniske kontakter, dagbehandling og døgninnleggelser). Alle episoder som har behov for å planlegges (tid og ressurser må settes av) skal innrapporteres med minst en planlagt episode.
Tjeneste, tiltak, prosedyre	En eller flere behandlingsrettede tiltak som utføres for en pasient under en og samme tjeneste (seanse). Tiltak representerer et tiltak i en tjeneste. Et tiltak kan inneholde en eller flere prosedyrer. En prosedyre er et pasientrettet tiltak kategorisert etter

Målepunkt	Definisjon
	en normgivende beskrivelse eller et kodeverk. (NCSP/NCMP/NCRP)
sluttDato	Sluttdato for henvisningsperioden.
Epikrise sendt dato (epikriseDato)	Den dato epikrisen ble postlagt og sendt (eller sendt elektronisk) fra institusjonen til henvisende instans eller beslutning om at den ikke skal sendes er fattet.

Grupperettede målinger

Pakkeforløp
Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, dialog med pasient og pårørende, samt ansvarsplassering og konkrete forløpstider. Formålet med pakkeforløp er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig, ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

I Norge er det utarbeidet pakkeforløp innen disse områdene:

- Kreft
- Hjerneslag
- Psykisk helse og rus (under arbeid)

Et viktig mål med etablering av pakkeforløp for kreftpasienter var å unngå ikke-medisinsk begrunnet ventetid. For å kunne måle dette, ble det definert målepunkter som skal registreres og rapporteres til NPR. For monitorering er det i kreftpakkeforløpene definert faser med hver sin forløpstid. For hvert pakkeforløp angis standard forløpstider for henvisnings- og utredningsfasen frem til oppstart behandling. Forløpstidene i et pakkeforløp beskriver den maksimale tid de ulike faser i forløpet bør ta.

Det er etablert seks registreringspunkter som grunnlag for måling i pakkeforløp for kreft:

- Dato for start pakkeforløp/mottatt henvisning
- Dato for start utredning
- Dato for klinisk beslutning om eventuell behandling
- Dato for start initial behandling
- Dato overføring til annet helseforetak/sykehus
- Dato for avslutning av pakkeforløp

Forløpstidene er ikke en ny pasientrettighet, men skal være normgivende.

Også for pakkeforløp hjerneslag er et mål blant annet knyttet til å unngå unødige ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

For pakkeforløp hjerneslag (fase 1) er det knyttet målepunkter til alle fasene fra debut symptomer hjerneslag til 1-3 måneders kontroll i spesialisthelsetjenesten.

For utvikling av pakkeforløp for psykisk helse og rus er sentrale mål også her knyttet til blant annet å redusere ubegrunnet ventetid og sikre riktig oppstart av helsehjelpen. I tillegg er det ønskelig å få redusert uønsket variasjon i henvisningspraksis og avslagsprosenten. Registreringspunktene som grunnlag for måling i pakkeforløpene er under arbeid. I hovedsak vil målepunkter og forløpstider knyttes til mottak av henvisninger, første fremmøte i spesialisthelsetjenesten, utredninger, evalueringspunkter, utarbeidelse av behandlingsplan og samarbeidsmøter.

2.3.2. Hvilke indikatorer har vi i dag?

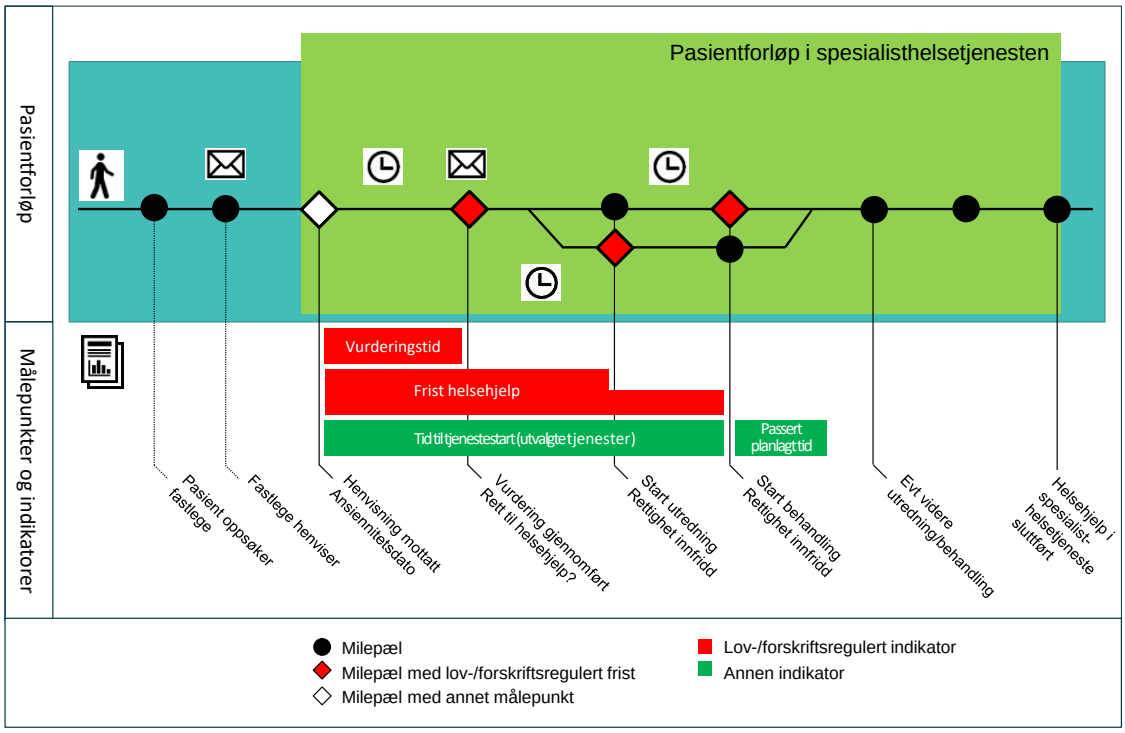
Nasjonal ventelistestatistikk

Helsedirektoratet publiserer månedlige og tertialvise indikatorer om ventelister, ventetider og innfrielse av pasientrettighetene. Statistikken viser ventetid til oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, om ventetiden har endret seg over tid, og utvikling i antall som blir henvist og satt på venteliste, og tatt av ventelisten. Andre sentrale forhold som belyses er i hvilken grad vurderingsgarantien og frister for oppstart av helsehjelp brytes, og hvorvidt spesialisthelsetjenesten oppfyller ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år.

Ventelistene skal bidra til å danne grunnlag for å avgjøre om retten til vurdering, og retten til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen, oppfylles overfor den enkelte pasient. Videre skal ventelistene bidra til vurderingene av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helsetjenesten.

Statistikken skal vise ventetid til oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, altså ventetid i starten på et forløp. Norsk pasientregister har i sin rapportering fokus på nyhenviste pasienter som venter på helsehjelp i form av utredning eller behandling. Dette til forskjell fra sykehusene som teller alle som står på en venteliste, også til oppfølgende behandling og kontroll. I den nasjonale rapporteringen til NPR er det definert at når helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for er påbegynt, slutter ventetiden, se figur 2.

For pasienter som ved vurdering har en *uavklart* tilstand, skal ventetid slutt settes ved oppstart av *utredning*. For pasienter med en *avklart* tilstand, skal ventetid slutt settes ved oppstart av *behandling*.



Figur 2: Ventelisteforløpet

Statistikken inneholder disse indikatorene:

- Antall nyhenviste til venteliste
- Antall ordinært avviklet fra venteliste
- Antall ventende
- Antall og andel fristbrudd for ordinært avviklede
- Antall og andel fristbrudd for ventende
- Antall og andel brudd på vurderingsgarantien
- Antall henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Vurderingstid
- Fristtid
- Ventetid for ordinært avviklede

Tabell 2: Beskrivelse av indikatorer for venteliste, ventetider og innfrielse av pasientrettighetene

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Nyhenviste	Antall henvisninger som er vurdert og satt på venteliste i løpet av rapporteringsperioden (for eksempel et tertial). Vurderingsdato er da større eller lik periodestart og mindre eller lik periodeslutt. Dersom henvisningen er vurdert et annet sted (mottaksdato kommer etter vurderingsdato) telles henvisningen ikke som nyhenvist.
Ventende	Antallet som venter på helsehjelp på ett gitt tidspunkt. Antallet som *ikke* har en ventetid-sluttdato/ kode ved periodeslutt. Henvisninger med utsattkode 21, 22, 3 og 5 (pasient- og medisinsk bestemte utsettelser) holdes utenfor. Dato for utsettelsen må komme før periodeslutt (fra og med 2012). Antall ventende telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode, som for eksempel sluttdato for tertialene: 30.04., 31.08. og 31.12., og det er antall henvisninger som telles.
Ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	Antallet som venter på helsehjelp på ett gitt tidspunkt og som har en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (utsattkode 21, 22, 3 og 5). Dato for utsettelsen må komme før periodeslutt (fra og med 2012). Antallet som *ikke* har en ventetid-sluttdato/ kode i rapporteringsperioden. Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode, som for eksempel sluttdato for tertialene: 30.04., 31.08. og 31.12., og det er antall henvisninger som telles.

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Ordinært avviklede	Antall henvisninger som er ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden. Antall henvisninger med ventetid sluttdato og ventetid sluttkode lik 1 - helsehjelp er påbegynt, i rapporteringsperioden. Henvisninger med utsattkode 21, 22, 3 og 5 (pasient- og medisinsk bestemte utsettelser) holdes utenfor. Dato for utsettelsen må komme før ventetid sluttdato (fra og med 2012).
Ordinært avviklede med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	Antall henvisninger som er ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden og som har en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (utsattkode 21, 22, 3 og 5). Dato for utsettelsen må komme før ventetid sluttdato (fra og med 2012).
Ikke-ordinære avviklinger	Antall henvisninger som er ikke-ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden. Henvisninger med ventetid sluttdato i rapporteringsperioden og ventetid sluttkode forskjellig fra 1 (Helsehjelp er påbegynt).
Avviste henvisninger	Henvisninger kodet med Rett til helsehjelp kode 5. Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, i rapporteringsperioden. Disse henvisningene inngår ikke i det offisielle ventelistegrunnlaget.
Ventetid for avviklede	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til ventetid-sluttdato er satt. Ventetid for avviklede beregnes som differansen mellom ansiennitetsdato og dato for når ventetiden avsluttes. Beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet.
Ventetid for ventende	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til periodeslutt. Ventetid for ventende beregnes som differansen mellom ansiennitetsdato og dato for periodeslutt. Beregnes for alle pasienter som er

Indikator	Definisjon, beskrivelse
	ventende ved utgangen av den enkelte rapporteringsperiode.
Vurderingstid	Tidsrom, målt i antall virkedager, fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til vurderingsdato er satt. Vurderingstid beregnes ut fra differansen mellom ansiennitetsdato og vurderingsdato.
Fristtid	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er vurdert i spesialisthelsetjenesten til fristdato. Fristtid beregnes ut fra differansen mellom vurderingsdato og frist for nødvendig helsehjelp.
Antall fristbrudd for avviklede	Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ordinært avviklede telles fristbrudd for henvisninger med ventetid sluttdato etter fristdato. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelser med utsettelsesdato før ventetid-sluttdato, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.
Andel fristbrudd for avviklede	Antall ordinært avviklede pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp og som har fristbrudd dividert med antall ordinært avviklede i rapporteringsperioden. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelser med utsettelsesdato før ventetid-sluttdato, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.
Antall fristbrudd for ventende	Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt.

Indikator	Definisjon, beskrivelse
	Pasient- og medisinsk bestemte utsettelser med utsettelsesdato før periodeslutt, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.
Andel fristbrudd for ventende	Antall ventende pasienter som har fristbrudd, dividert med alle som er ventende.
Antall brudd på vurderingsgarantien	Et brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisningen ikke er vurdert innen det antall virkedager som vurderingsgarantien setter. I følge vurderingsgarantien skal henvisninger vurderes innen 10 virkedager. Brudd på vurderingsgarantien beregnes for nyhenviste med vurderingsdato som kommer mer enn 10 virkedager etter ansiennitetsdato.
Andel brudd på vurderingsgarantien	Antall brudd på vurderingsgarantien i rapporteringsperioden dividert med antall nyhenviste i rapporteringsperioden.

Grupperettede målinger

Barne- og ungdomsgarantien

Barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser har rett til å få sin henvisning vurdert innen 10 virkedager og til oppstart av helsehjelp innen 65 dager fra vurderings-tidspunkt. Statistikken viser andel brudd på behandlingsgarantien.

Tabell 3: Indikatorer Barne- og ungdomsgarantien

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Ventetidsgarantien for barn og unge (Ventetid mindre enn 65 dager)	Andelen barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som ikke er ordinært avviklet innen 65 virkedager. Ventetiden beregnes fra vurderingsdato til dato da pasienten ble avviklet fra venteliste. Grunnlaget er alle pasienter under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser med rett til nødvendig helsehjelp og som er ordinært avviklet i den enkelte periode.

Pakkeforløp for kreftpasienter

Aktivitetsindikatorer for organspesifikke pakkeforløp angir i hvilken grad pakkeforløpene tas i bruk og kvaliteten i tjenesten for kreftpasienter. Det er definert aktivitetsindikatorer kun for de organspesifikke pakkeforløpene.

Tabell 4: Aktivitetsindikatorer pakkeforløp kreft

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp (OA1)	Måler andel av nye kreftpasienter innen definerte organspesifikke kreftformer, som er registrert i pakkeforløp. Indikatoren er etablert for å følge utvikling på hvorvidt pakkeforløpene tas i bruk, både organisatorisk i helsetjenesten og ved registrering av koder etablert for rapportering av forløpstider i pakkeforløp for kreft. Det er et mål at 70 % av pasientene som får en diagnose for kreft skal utredes i et pakkeforløp.
Andel av pasienter som får sin diagnose avkreftet (OA2)	Måler i hvilken grad pasienter i pakkeforløp viser seg ikke å ha kreft. Indikatoren beregnes på bakgrunn av pasienter i pakkeforløp som har fått en klinisk beslutning og andelen av disse som ikke har kreft.

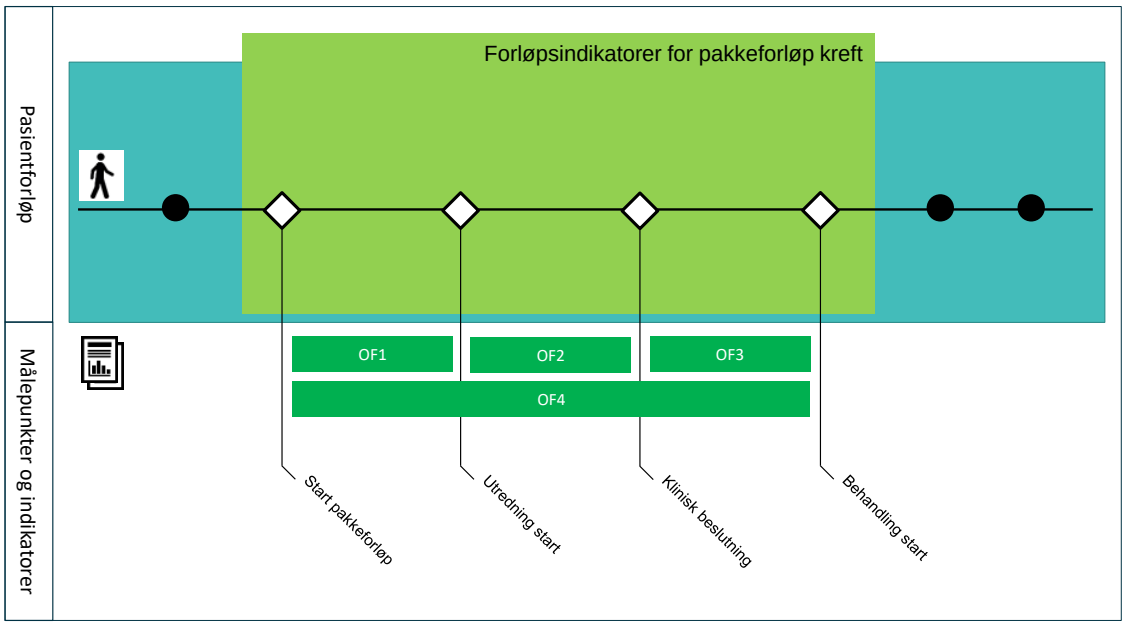
Aktivitetsindikatorer er angitt med prefiks «OA» (Organspesifikk kreft og Aktivitetsindikator).

Forløpstidsindikatorer for organspesifikke pakkeforløp angir andelen pakkeforløp som blir utført innenfor standard forløpstider for hver av definerte fasene i et pakkeforløp og samlet for hele pakkeforløp. Standard forløpstider i et pakkeforløp beskriver den maksimale tid de ulike faser i forløpet bør ta. I hvert pakkeforløp angis standard forløpstider for henvisnings- og utredningsfasen frem til oppstart behandling. Forløpstidene er utarbeidet ut fra standard pasientforløp og tar ikke hensyn til eksisterende kapasitets- og ressursbegrensninger. Det er fire hovedtyper av forløpstidsindikatorer for de organspesifikke pakkeforløpene.

Tabell 5: Forløpsindikatorer pakkeforløp kreft

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Tid fra henvisning er mottatt til utredning starter (OF1)	Måler i hvilken grad utredningen av pasienter i pakkeforløp har startet innen standard forløpstid.
Tid fra utredning er startet til beslutning tas (OF2)	Måler i hvilken grad pasienter i pakkeforløp har blitt ferdig utredet innen standard forløpstid.
Tid fra utredning er avsluttet til behandling starter (OF3)	Måler i hvilken grad pasienter i pakkeforløp har startet behandling innen standard forløpstid. Her måles tiden fra pasienten har fått påvist organspesifikk kreft, og behandling er besluttet, til behandlingen starter.
Tid fra henvisning er mottatt til behandling starter (OF4)	Måler i hvilken grad pasienter i pakkeforløp har startet behandling innen standard forløpstid. Her måles tiden fra henvisningen er mottatt til behandlingen starter.

Forløpsindikatorer er angitt med prefiks «OF» (Organspesifikk Forløpstidsindikator).



Figur 3: Forløpsindikatorer for pakkeforløp kreft

I pakkeforløp hjerneslag fase 1 vil all innregistrering fra 2018 i hovedsak skje via Norsk hjerneslagsregister, men i samarbeid med NPR. Denne innregistreringen er obligatorisk. Egne rapporter på resultater på tider og måloppnåelse vil alle sykehus fortløpende kunne ta ut fra Norsk hjerneslagsregister.

I pakkeforløp for psykisk helse og rus jobbes det med utvikling av indikatorer som klinikkene vil få tilbakemelding om 1 gang pr. måned og nasjonale indikatorer som vil publiseres på helsenorge.no. For øvrig vil det bli benyttet datakilder fra NPR, KPR, Kvalitetsregistre for TSB og spiseforstyrrelser, i tillegg til egne erfaringsundersøkelser.

Tid til tjenestestart

Det er mulig å måle tid fra mottak av henvisning til dato for gjennomført prosedyre eller tjeneste der det er registrert aktivitet i form av bestemte utrednings- eller behandlings-prosedyrer. Disse målingene omtales som tid til tjenestestart, og publiseres tertialvis på Helsedirektoratets nettsider[9]. Tid til tjenestestart gir mer informasjon om forløpstid for utvalgte pasientgrupper, og kan bidra til å belyse om endring i ventetid gjenspeiler seg i det videre pasientforløpet. Pasientgruppene i disse målingene er definert ved hjelp av diagnose- og prosedyrekoder.

Det er viktig å være klar over at tiden fra henvisning frem til en bestemt prosedyre kan omfatte nødvendig utredningstid, konservativ behandling slik som medisinering og fysioterapi, og at man avventer sykdommens utvikling før behandling i form av prosedyre, f.eks. en operasjon, blir iverksatt. I enkelte tilfeller kan også den definerte prosedyren eller tjenesten som det telles tid til tjenestestart for, ikke være ansett som foretrukket behandlingsform.

Et eksempel kan være tid til proteseoperasjon for pasienter med hofteleddsartrose. For en del av pasientene som henvises med hofteleddsartrose kan det være andre tiltak som er forsøkt før operasjon, eller man har villet avvente sykdommens utvikling før en eventuell operasjon.

Gruppen man måler tid til tjenestestart for, kan derfor være noe heterogen med hensyn til om prosedyre er det første behandlingstiltak man forsøker.

I målingene inngår både utredningstjenester og behandlingstjenester. 19 av i alt 125 tjenester er utredningstjenester, mens 106 er behandlingstjenester. Målingene omfatter årlig om lag 140 000 pasienter som er tatt av venteliste. Øyeblikkelig hjelp og pasienter med pasientbestemt utsettelse av oppstart helsehjelp er ekskludert.

Det er påpekt fra regionale helseforetak, ved nasjonal arbeidsgruppe for indikator og metodeutvikling (AIM), at tid til tjenestestart slik den er definert nå, ikke er egnet som styring med mål om å forkorte tiden fra henvisning til utført tjeneste. Hovedbegrunnelsen for dette er at for enkelte av prosedyrene kan den medisinske anbefalingen være å avvente operasjon, og forsøke konservativ behandling først.

Variasjonsprosjektet (Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling, AIM)

Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM) ble opprettet i 2015 for å jobbe med reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelse-tjenesten. Representanter fra de fire regionale helseforetakene (RHF-ene), Helsedirektoratet, Helseatlasmiljøet og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ble bedt om å bidra i arbeidet. Oppdraget som ble gitt i 2015 var å utvikle indikatorer som kunne bidra til å

[9] Tid til tjenestestart for utvalgte sykdomsgrupper: https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/tid-til-tjenestestart-for-utvalgte-sykdomsgrupper

identifisere variasjon og å opprette en interregional arena for utveksling av erfaring og metoder for endringsarbeid i et forbedringsperspektiv. Oppdraget er videreført frem til 2018, og ledelsen av arbeidet har gått på omgang mellom regionene.

AIM har så langt utviklet sju indikatorer for identifisering og oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus. Disse publiseres på Helsedirektoratets nettsider [10].

Tabell 6: Indikatorer AIM

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Andel og antall pasientkontakter hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet*	Antall pasientkontakter som har passert planlagt tidspunkt, og hvor stor andel dette er av alle planlagte kontakter som ikke er avsluttet.
Andel pasienter vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*	Antall henvisninger kodet med at pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, i forhold til summen av nyhenviste til venteliste og henvisninger kodet med kodet med at pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
Andel nyhenviste	Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
Andel kontroller	Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
Andel ambulerende virksomhet	Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted – eksempelvis ambulerende virksomhet.
Andel dagbehandling	Andel dagbehandling er hvor stor andel av alle episoder (døgn- og dagbehandlinger) for en definert pasientgruppe som utføres som dagbehandling.
Gjennomsnittlig liggetid	Gjennomsnittlig liggetid er den gjennomsnittlige tiden pasienter er innlagt på sengepost. Tiden pasienter er innlagt på sengepost måles fra tidspunktet pasient skrives inn til pasient skrives ut.
Indikatorer som utredes i variasjonsprosjektet	

[10] https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten

Indikator	Definisjon, beskrivelse
Andel ikke-møtt	Andel av planlagte episoder (pasientkontakter) hvor pasienten ikke møtte eller ga beskjed innen 24 timer før avtalt oppmøtetidspunkt.
Planleggingshorisont	Planleggingshorisont er planlagte episoder (pasientkontakter) med tildelt time de neste 26 uker (6 måneder).
Re-planlegging	Antall planlagte episoder (pasientkontakter) som er utsatt og planlagt på nytt.

*Indikatorer som vurderes som spesielt relevante for forløp fra arbeidet i AIM er:

- Andel pasienter som ikke får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Antall og andel kontakter med passert planlagt tid. Aggregert rapportering fra tjenesten.

For begge disse indikatorene er det utfordringer knyttet til kvalitet i rapporterte data, som krever kvalitetsforbedring gjennom dialog med tjenesten og systemleverandører. Målinger på passert planlagt tid baseres i dag på regionale data (lokale uttrekk fra DIPS og HIS-90), og det er ønskelig å etablere en nasjonal løsning basert på rapportering til NPR.

Indikatorer vurdert som relevant bakteppe, «profil»:

- Andel nyhenviste
- Andel kontroller
- Liggetid

Indikatorer vurdert som er mindre relevante for forløp:

- Andel ambulant virksomhet
- Andel dagkirurgi

Indikatorer som utredes i variasjonsprosjektet og vurderes relevant som bakteppe, «profil»:

- Ikke møtt
- Planleggingshorisont
- Re-planlegging

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får. De brukes også til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem benytter en sammensatt operasjonalisering av begrepet «kvalitet». Kvalitet defineres her som tjenester som:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som sier noe om både strukturer, prosesser og resultater innen tjenesten, og til sammen skal de si noe om den samlede kvaliteten innen utvalgte områder av helse- og omsorgstjenesten. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem omfatter både strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Mål på ventetid, fristbrudd, brudd på barne- og ungdomsgarantien, pakkeforløpsindikatorer og epikrisetid beskrevet over, inngår alle som nasjonale kvalitetsindikatorer. Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres på helsenorge.no[11].

[11] https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer

2.4. Kvalitet i rapporterte data

Det er ønskelig at målepunkter som legges til grunn for forløpsmålinger har god kvalitet, det vil si at de er komplette, korrekte, aktuelle, sammenlignbare, relevante og tilgjengelige. Kvaliteten på statistikk over pasienter som venter på behandling avhenger av hvor nøyaktig helseforetakene fører ventelister og registrerer riktige data.

Oversikten under gir en kort vurdering av kvaliteten i målepunkter i dagens rapportering til NPR.

Tabell 7: Datakvalitet for eksisterende målepunkter

Målepunkt	Vurdering av kvalitet
Ansiennitetsdato	Rapporteres komplett, kjent utfordring med korrekt rapportering ved overføring av pasienter mellom enheter/ helseforetak. Rapporteres og gjøres tilgjengelig månedlig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Inngår i ventelistemålinger som publiseres på helsedirektoratets nettsider månedlig, og på helsenorge.no tertialvis.
Mottaksdato	Rapporteres komplett, vurderes som valide data. Rapporteres og gjøres tilgjengelig månedlig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt.
Vurderingsdato	Rapporteres komplett. Kan være utfordring med korrekt rapportering ved overføring av pasienter mellom enheter/ helseforetak. Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst anvender DIPS som pasientadministrativt system. Helse Midt- Norge anvender HIS90. For enheter som anvender DIPS er det utfordringer med hensyn til at opprinnelig vurderingsdato ikke følger henvisningen ved overføring til annet helseforetak. Konsekvensen av dette er at henvisningen får en ny vurderingsdato ved en slik overføring. Det er risiko for at det telles for mange nyhenviste i enheter som benytter DIPS. Rapporteres og gjøres tilgjengelig månedlig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Inngår i ventelistemålinger som publiseres på

Målepunkt	Vurdering av kvalitet
	helsedirektoratets nettsider månedlig, og på helsenorge.no tertialvis.
Utfall av vurdering av henvisningen	Rapporteres komplett, men det er avdekket ulik praksis mht. om pasienten skal ha rett til utredning (uavklart tilstand) eller behandling (avklart tilstand)
Rett til helsehjelp	Rapporteres komplett. Utfordringer med henvisninger rapportert med kode *5 Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*: Begrenset anvendelighet pga. manglende angivelse av fagområde knyttet til disse henvisninger rapportert fra DIPS.
Frist for nødvendig helsehjelp	Rapporteres komplett. Skal settes basert på individuell vurdering. Data viser at fristene gjerne settes et bestemt antall uker (1, 2, 3, 6) eller måneder (1, 2, 4 og 6) etter vurdering. Kan være utfordring med korrekt rapportering ved overføring av pasienter mellom enheter/helseforetak. Rapporteres og gjøres tilgjengelig månedlig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Inngår i ventelistemålinger som publiseres på helsedirektoratets nettsider månedlig, og på helsenorge.no tertialvis.
Ventetid sluttdato (Avviklet dato)	Rapporteres komplett. Skal settes fra en medisinskfaglig vurdering enten ved oppstart av utredning eller ved oppstart av behandling, og er således gjenstand for skjønn. Det er avdekket ulikheter i registreringspraksis som reduserer sammenliknbarhet i noen tilfeller. Settes ved første oppmøte for 98 prosent av pasientene. Rapporteres og gjøres tilgjengelig månedlig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Inngår i ventelistemålinger som publiseres på helsedirektoratets nettsider månedlig, og på helsenorge.no tertialvis.
Utsattdato	Rapporteres fra alle enheter, men i ulikt omfang. Rapporteres og gjøres tilgjengelig månedlig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Inngår i

Målepunkt	Vurdering av kvalitet
	ventelistemålinger som publiseres på helsedirektoratets nettsider månedlig, og på helsenorge.no tertialvis.
Episode	Antas komplett rapportering av valide data som følge av nærhet til klinisk virkelighet, samt at episodene også danner grunnlag for finansiering gjennom (ISF). Rapporteres månedlig og gjøres tilgjengelig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt.
Planlagt episode	Rapporteres månedlig, men inngår ikke i ordinære tilbakemeldinger eller leveranser. Det er avdekket ulikheter i rapporteringen, og kvaliteten i rapporteringen vurderes foreløpig ikke å være tilfredsstillende som grunnlag for indikatoren «*passert planlagt tid*».
Tjeneste, tiltak, prosedyre	Påvist ulikheter i kodepraksis som kan påvirke sammenliknbarhet på enkelte tjenester. Antas bedre kompletthet i prosedyrer som danner grunnlag for finansiering gjennom (ISF), dvs. somatiske tjenester. Rapporteres i mindre grad fra psykisk helsevern. Prosedyrekoder rapporteres månedlig og gjøres tilgjengelig for regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Inngår i målinger av tid til tjenestestart som publiseres på helsedirektoratets nettsider tertialvis.
sluttDato	Rapporteres komplett, men kan være gjenstand for ulikheter i praksis for lukking av henvisningsperioder. Inngår i beregning av epikrisetid, som er en nasjonal kvalitetsindikator. Rapporteres månedlig, og gjøres tilgjengelig for rapporterende enheter og regionale helseforetak tertialvis. Inngår i målinger av epikrisetid som publiseres på helsenorge.no tertialvis.
Epikrise sendt dato (epikriseDato)	Rapporteres komplett. Inngår i beregning av epikrisetid, som er en nasjonal kvalitetsindikator. Rapporteres månedlig, og gjøres tilgjengelig for rapporterende enheter og regionale helseforetak

Målepunkt	Vurdering av kvalitet
	tertialvis. Inngår i målinger av epikrisetid som publiseres på helsenorge.no tertialvis.

Kvalitet i pakkeforløpsmålingene

Monitorering og koding i pakkeforløp for kreft kommer i tillegg til den vanlige registreringen av pasientopplysninger og behandlingsforløp i de pasientadministrative systemene, og erstatter ikke den vanlige registreringen av pasientopplysninger og behandlingsforløp i de pasientadministrative systemene. Ved innføring av pakkeforløp hadde helseforetakene utfordringer knyttet til å få tilrettelagt PAS/EPJ, slik at systemene ivaretok enkle registreringer og kvalitetssikring av data før rapportering. Det er imidlertid utviklet bedre systemstøtte for lokal oppfølging i alle helseregioner. Data rapporteres til NPR månedlig, kontrolleres og gjøres tilgjengelig for rapporterende enheter og regionale helseforetak ca. ti dager etter månedens slutt. Pakkeforløpsindikatorer publiseres månedlig på Helsedirektoratets nettsider[12], og på helsenorge.no tertialvis.

[12] https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/aktivitets-og-forlopstidsindikatorer-for-pakkeforlop-for-kreft

2.5. Utfordringer i dagens modell

I arbeidet legger direktoratet til grunn problemstillinger beskrevet i Helsedirektoratets rapport «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» fra mai 2017[13], samt innspill fra mange eksterne aktører gjennom møter, besøk i helsetjenesten med intervjuer og en åpen nettside for publikum for kommentarer. Her pekes det blant annet på følgende mulige utfordringer i dagens modell:

- Risiko for at pasienter som står på venteliste prioriteres på bekostning av pasienter med mer alvorlig tilstand i et forløp
- Risiko for at skillet mellom helsehjelp som rett til utredning eller rett til behandling ikke brukes slik det var forutsatt da ordningen ble laget
- Risiko for at den samme henvisningen vurderes ulikt og at det gis ulike rettigheter av ulikt vurderende helsepersonell
- Risiko for at eksisterende pasientadministrative systemer ikke sikrer at pasientenes rettigheter registreres riktig, slik at kunnskapsgrunnlaget for utarbeiding av statistikk og styringsinformasjon blir feil
- Utilstrekkelige mekanismer for oppfølging av forløp etter innfridd frist kan medføre mindre forutsigbare forløp

Pasienter med alvorlige tilstander som har fått innfridd sin rettighet vil kunne bli nedprioritert til fordel for pasienter med mindre alvorlige tilstander når disse nærmer seg tiden for den fastsatte fristen. I Stortingsmelding 34 (2015 – 2016) «Verdier i pasientens helsetjeneste» gis det en tydelig retning for hvordan det skal prioriteres. Kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er ment å gjelde på alle nivå og til enhver tid i hele spesialisthelsetjenesten. Når det er begrensninger i kapasitet er det en risiko for at spesialisthelsetjenesten i større grad vil prioritere pasienter som nærmer seg fristen fremfor pasienter i forløp fordi et fristbrudd vil kunne utløse en økonomisk sanksjon for helseforetaket. Helsetjenestens mål om å unngå fristbrudd kan derfor medføre at pasienter med mindre alvorlige tilstander prioriteres først.

Begrepet *utredning* er godt innarbeidet i helsetjenesten. Begrepet benyttes ofte som uttrykk for prosessen med å finne nærmere ut av hva som er årsak til en pasients symptomer eller tilstand. Begrepet brukes også hyppig i betydningen av å kartlegge hvilke tiltak som er aktuelle for å behandle en pasient etter at tilstanden er kjent. Utredning og behandling vil være overlappende begrep med glidende overganger. Dette gjør det vanskelig å praktisere et klart skille slik regelverket i dag forutsetter.

Helsedirektoratets rapport fra mai 2017 og andre undersøkelser har vist at samme henvisning kan vurderes ulikt av ulikt helsepersonell. Det kan medføre uønsket variasjon mellom tildelte rettigheter til ulike pasienter.

[13] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

Det er en risiko for at registreringen i de pasientadministrative systemene ikke er intuitivt tilrettelagt. Registreringen bør følge arbeidsflyten i tjenesten, og gi relevante og riktige registreringsalternativ.

Det er flere personellgrupper i spesialisthelsetjenesten som registrerer og behandler data av betydning for pasientenes rettigheter. Det er en risiko for at det kan være uklart hva som skal registreres, av hvem og på hvilket tidspunkt.

Brukerne av helsetjenesten må ha tillit til at de mest alvorlig syke prioriteres først. De må være trygge på at tjenesten har systemer for god registrering og oppfølging både på overordnet nivå og for den enkelte pasient. Risikopunktene ovenfor er dels begrunnet i konkrete observasjoner og vist i rapporten «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» fra mai 2017, og har dels fremkommet i debatter og fra innspill fra helsetjenesten. Samlet utgjør de en problembeskrivelse Helsedirektoratet vil vurdere nye modellforslag opp imot.

Nye modeller må ha som mål å legge til rette for gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, minske uønsket variasjon og forbedre kvaliteten på registeringer. Modellene vil bli drøftet både i forhold til disse målene, og utfordringene som er beskrevet i dette kapitlet.

3. Reguleringsmodeller i andre land

3.1. Innledning

Reduksjon av ventetider i spesialisthelsetjenesten har stor oppmerksomhet i mange land. Dette er også et område ulike internasjonale organisasjoner følger med på og sammenligner situasjonen i ulike land. OECD-rapporten «Waiting Time Policies in the Health Sector – What Works?» (2013) gjennomgår 13 forskjellige lands tiltak for å redusere ventetider. Forfatterne viser til at ulike former for ventetidsgarantier er den vanligste måten å forsøke å få ned lange ventetider på, men at gjennomgangen viser at slike garantier er mest effektive hvis de blir håndhevet. De to hovedtilnærmingene er å sette mål for ventetider og å holde helsetjenesten ansvarlig for å nå målene, eller å la pasientene få velge andre tjenesteytere hvis de må vente lenger enn en nærmere angitt tidsperiode. Videre er det en forutsetning for å oppfylle ventetidsgarantier at ventetider blir målt systematisk, men det er ikke en felles definisjon for måling av ventetider i OECD.

Direktoratet har sett nærmere på regulering og publisering av ventetider i ulike land. Innholdet i dette kapitlet er i hovedsak basert på nasjonale myndigheters informasjon til pasienter om regelverket og eventuelle garantier som gjelder. Informasjonen fra disse nettsidene er i noen grad supplert med informasjon fra OECD-rapporten nevnt innledningsvis, og fra enkelte andre rapporter.

Regulering av ventetider har tett sammenheng med hvordan det enkelte land organiserer og finansierer sine helsetjenester. Det er derfor vanskelig å gi et komplett bilde av systemet i enkeltland.

3.2. Sverige

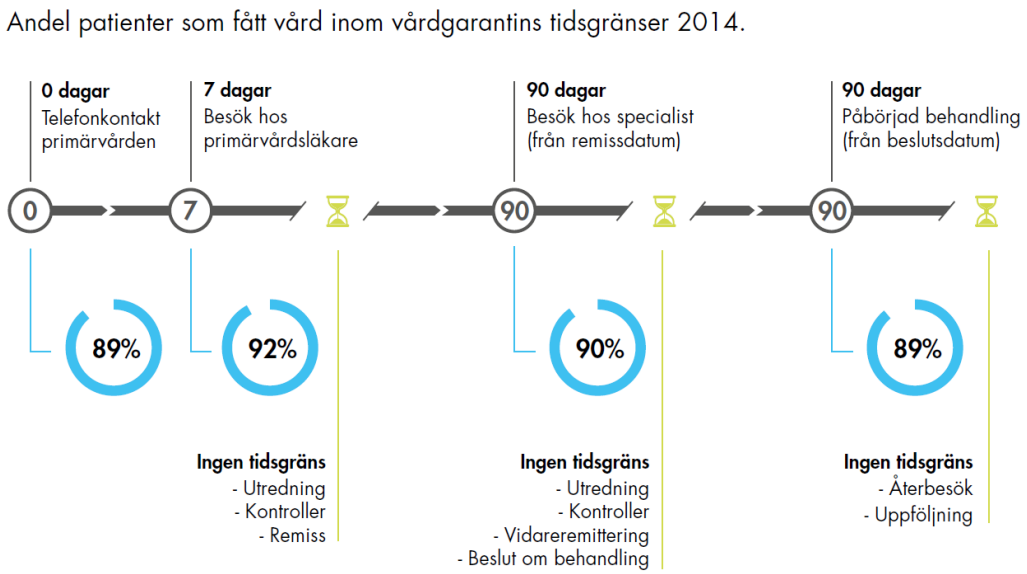
3.2.1. Regulering av ventetider – «Vårdgaranti»

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 i Kapittel 9 i hälso- och sjukvårdslag m. forskrift[14].

Garantien omfatter både primær og spesialisthelsetjeneste og angir maksimale ventetider. Pasienten skal ved behov treffe en allmennlege i primærhelsetjenesten innen 7 dager. Pasienter 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 helsetjeneste pasienten får og hvor lenge pasienten må vente, og garantien gjelder ikke hvis det er medisinske grunner til at pasienten må vente lenger.

Garantien regulerer ikke i forløpet, f.eks. der det er behov for gjentatte besøk, tid til utredning og undersøkelser.



Figur 4: Illustrasjon fra rapporten «Väntan på Vård», Vårdanalys 2015

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. Da er det medisinsk behov som avgjør hvor raskt pasienten får helse-hjelp.

[14] Hälso- och sjukvårdslagen finnes her: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30 , og hälso- og sjukvårdsförordning med utfyllende bestemmelser finnes her https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80

3.2.2. 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 en 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 pasient «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.

3.2.3. Målepunkter og statistikk

Besøksgarantien:

Ventetid 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:

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

Planlagt tid («Återbesøk»)

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 en ny konsultasjon innen den medisinske måldatoen som ble satt.

Ventetidsstatistikk

Ventetidsstatistikk presenteres på den nasjonale nettsiden for oppfølging av «vårdgaranti» og ventetider[15]. På nettsiden vises blant annet ventetidssituasjonen i alle landsting og regioner i Sverige:

Figur 5: Nasjonal nettside for oppfølging av «vårdgaranti» og ventetider

Socialstyrelsen gjør i tillegg årlige målinger av ventetider som ledd i den nasjonale oppfølgingen av helse- og omsorgstjenestenes tilgjengelighet[16].

3.3. Danmark

3.3.1. 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.

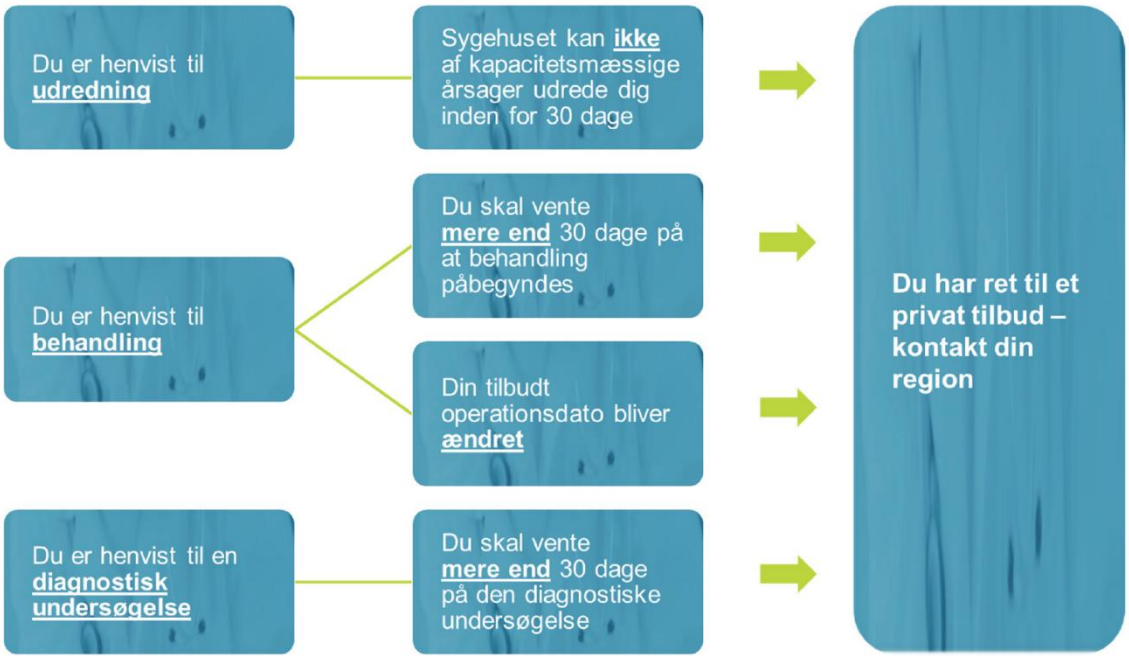
[15] http://www.vantetider.se/
[16] Socialstyrelsen (2018): «Tillgänglighet i hälso- och sjukvården»: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20872/2018-2-16.pdf

Pasienter kan velge hvilket sykehus henvisningen skal sendes til. Hvis en pasient velger et sykehus som kan vise til at det har 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 (samarbeids-sykehus). 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. Modellen er presentert slik på det danske Sundhedsministeriets brosjyre «Når du er henvist til sygehus»[17]:



Figur 6: Modell fra Sundhedsministeriets brosjyre «Når du er henvist til sygehus»

[17] http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Sygehusvalg/Sygehusvalg-02-11-2017.pdf

I tillegg er det innført maksimale ventetider for pasienter med kreft og hjertesykdom, som er regulert i en forskrift[18]. De maksimale ventetidene følges opp svært tett, med månedlig rapportering til Sundhedsstyrelsen[19].

3.3.2. 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[20].

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.

3.3.3. 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[21].

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

[18] Bekendtgørelse til Sundhedsloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=169865
[19] https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/om-maksimale-ventetider
[20] Bekendtgørelse til Sundhedsloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=188398 kap 3 og 4) Pasientinfo: https://www.sundhed.dk/content/cms/49/55649_naar_du_er_henvist_til_sygehus_011016.pdf
[21] http://www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Sider/sundhedskvalitet.aspx

3.4. England

3.4.1. Regulering av ventetider

Pasienter må ha henvisning fra en allmennlege (GP) for å få tilgang til spesialist-helsetjenester. Det er utviklet et elektronisk henvisningssystem som også gjør det mulig for pasienter å bestille time og sammenligne ventetider ved ulike behandlingssteder[22]. Pasienter har som hovedregel rett til å velge sykehus eller tjenesteyter innenfor den offentlige helsetjenesten.

I henhold til «The NHS Constitution» har pasienter har 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.

Figur 7: Elektronisk henvisningssystem NHS

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

[22] https://www.nhs.uk/NHSEngland/appointment-booking/Pages/about-the-referral-system.aspx

operasjonsdato innen 28 dager. Dessuten er det knyttet flere maksimumsfrister til kreftbehandlingsforløp[23].

3.4.2. 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.

3.4.3. Målepunkter og statistikk

Målepunkter:

- Dato for mottak av henvisning
- Dato for første behandling
- Eventuell dato for beslutning om «ikke behandling»

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[24]. Det publiseres også ventetider for 15 diagnostiske tester[25].

3.5. Finland

3.5.1. Regulering av ventetider

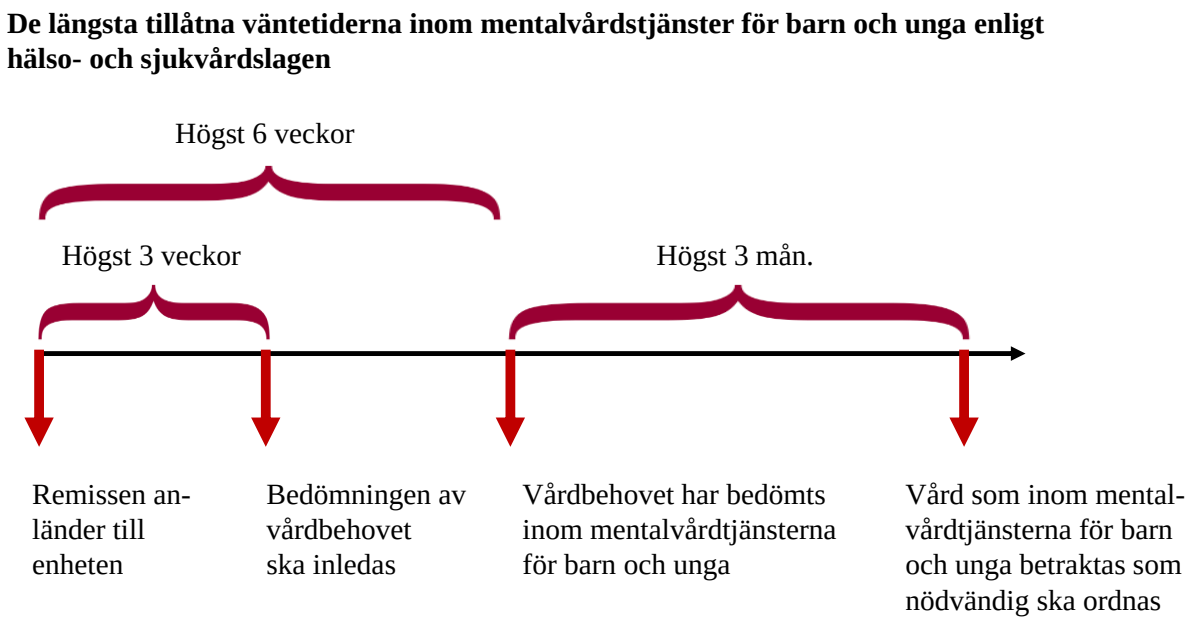
Maksimale ventetider er fastsatt i Finlands Hälso- och sjukvårdslag 6 kap[26].

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.

[23] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/474450/NHS_Constitution_Handbook_v2.pdf. Se sidetall 32.
[24] https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/ og sidemeny
[25] https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/diagnostics-waiting-times-and-activity/monthly-diagnostics-waiting-times-and-activity/
[26] http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L6

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. Reguleringen av ventetidene er illustrert slik i publikasjonen «Uppföljning av tillgången til vård inom den specialiserande sjukvården» fra Institut för hälsa och välfärd (THL):



Figur 8: «Uppföljning av tilgången til vård inom den specialiserande sjukvården»

3.5.2. 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.

3.5.3. 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 sluttført.

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.

3.6. Canada (Ontario)

I Canada er ansvaret for helsetjenester plassert hos provinsene. Det har vært arbeidet for å få ned/få likere ventetider siden 2004, både på nasjonalt- og provinsnivå. Det er fastsatt noen mål som det gis ut statistikk på nasjonalt. The Fraser Institute publiserer også årlig en rapport om ventetider[27].

Ontario er en provins med 13,5 millioner innbyggere (ca 40 % av Canadas befolkning). Ontario har ifølge rapporten fra Fraser Institute blant de laveste ventetidene i Canada. Provinsen har utviklet et helsesystem der kvalitetsaspektet er overordnet. I «Excellent Care for All Act»[28] stilles det en rekke krav til offentlige sykehus[29]. De skal:

- «establish quality committees that report on quality-related issues
- put annual quality improvement plans in place and make these available to the public
- link executive compensation to the achievement of targets set out in the quality improvement plan
- put patient / care provider satisfaction surveys in place
- conduct staff surveys
- develop a declaration of values following public consultation, if such a document is not currently in place
- establish a patient relations process to address and improve the patient experience.»

3.6.1. Regulering av ventetider

Pasienter henvises fra lege i primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, og henvisningen vurderes.

Det er fastsatt mål for hvor lenge pasienter skal vente på det første møtet i spesialisthelsetjenesten. Fagmiljøene setter mål for hvor lenge pasienter med ulike tilstander

[27] https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2017
[28] https://www.ontario.ca/laws/statute/10e14
[29] http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/act.aspx

skal vente. Hver tilstandsgruppe er delt inn i fire prioritetsklasser. Prioritet 1 skal ha øyeblikkelig hjelp og ikke settes på venteliste. Ventetidsmål er satt for hver prioritetsklasse.

3.6.2. Konsekvenser for pasientene hvis fristene ikke overholdes

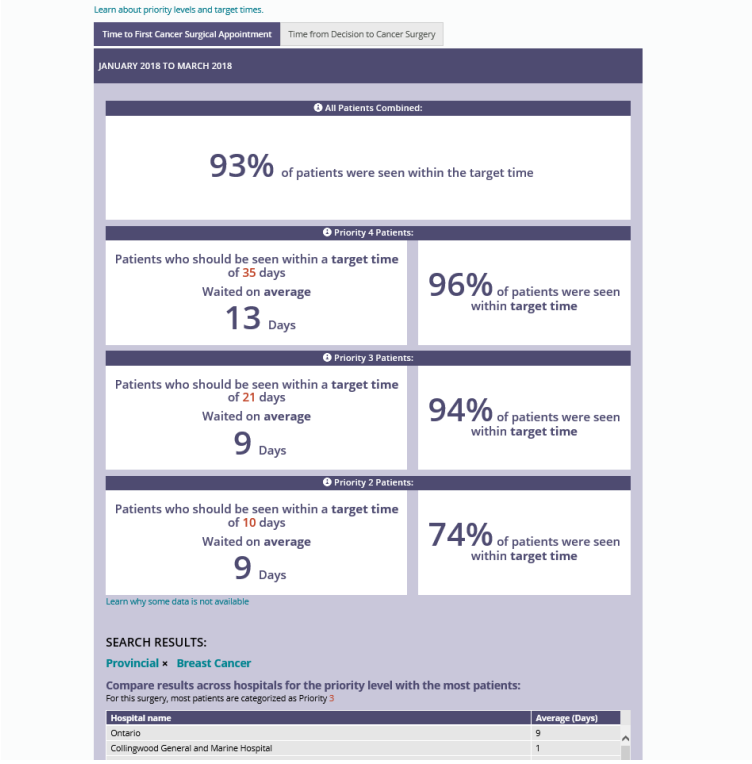
Hvis pasientene opplever lange ventetider kan de kontakte primærlegen sin for å undersøke mulighetene for å bli henvist til et behandlingssted med kortere ventetider.

3.6.3. Målepunkter og statistikk

Det måles ventetid fra henvisningen ble mottatt og frem til første møte i spesialisthelsetjenesten. Det måles ventetid fra beslutning om operasjon eller prosedyre og frem til operasjon eller prosedyre er gjennomført.

Ventetider for ulike tilstandsgrupper publiseres på hjemmesidene til helsetjenesten i Ontario[30]. Der fremgår både hva som er målet (target time) for hver gruppe, hvor lenge pasienter har ventet i gjennomsnitt og hvor stor andel av pasientene som fikk helsehjelp innen målet.

Eksempelet nedenfor viser ventetid på provinsnivå frem til første møte i spesialist-helsetjenesten for pasienter med brystkreft:



Figur 9: Publisering av ventetider for ulike tilstandsgrupper hos helsetjenesten i Ontario

[30] http://www.hqontario.ca/System-Performance/Wait-Times-for-Surgeries-and-Procedures

3.7. Øvrige land

3.7.1. Nederland

Nederland innførte i 2006 en universell helseforsikringsordning der alle innbyggere er pålagt å ha, og har krav på, en helseforsikring som gir rett til grunnleggende helsetjenester. I tillegg kan den enkelte velge å betale for tilleggsdekning.

Tilgang til spesialisthelsetjenester forutsetter en henvisning fra primærhelsetjenesten. Pasientene kan velge sykehus, men det vil være avhengig av forsikringen om de får full dekning av utgiftene sine ved det aktuelle sykehuset.

Pasienter kan sammenligne sykehus på bakgrunn av kvalitetsindikatorer på Zorginstituut Nederlands nettsider[31].

Sykehus skal publisere ventetider på sine nettsider. Hvor lange ventetidene kan være er ikke regulert, men tjenesteytere og pasientorganisasjonene har utarbeidet en ventetidsnorm med maksimale ventetider: 4 uker fra pasienten tar kontakt til første møte på poliklinikk (80 % innen 3 uker), ytterligere 4 uker for eventuell utredning og diagnose (80 % innen 3 uker), 6 uker for poliklinisk behandling (80 % innen 4 uker), 7 uker til innleggelse (80 % innen 5 uker).

3.7.2. New Zealand

Pasienter som trenger spesialistvurdering må henvises fra en allmennlege. Innen 15 kalenderdager fra henvisningen ble mottatt, skal pasient og lege få svar på om det skal gjøres en spesialistvurdering («first specialist assessment»). Hvis det skal gjøres en slik vurdering, skal den gjøres innen 4 måneder. Pasienten møter ikke nødvendigvis spesialisten, som kan gjøre vurderingen basert på henvisningen og eventuelle ytterligere tester.

Spesialisten lager en behandlingsplan for videre forløp, som skal følges opp av enten allmennlegen eller av spesialisthelsetjenesten hvis pasienten vurderes å ha behov for spesialisthelsetjeneste.

Pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste får en prioritetsscore basert på en vurdering av behov og nytte. Nasjonale og lokale prioriteringsverktøy utvikles. Hvis pasientens score kommer over en nedre grense skal pasienten få behandling innen 4 måneder. Hvis pasienten har litt for lav score, men den forventes å stige, kan pasienten bli revurdert etter 6 måneder (inntil 18 måneder)[32]. Pasientene har også rett til en ny vurdering/«second opinion».

[31] https://www.kiesbeter.nl/
[32] Prosessen er forklart med figur her: https://www.health.govt.nz/our-work/hospitals-and-specialist-care/elective-services/how-electives-process-works

Det er utviklet pasientflyt-indikatorer basert på ulike tidspunkter hvor det tas beslutninger: henvisning, beslutning om spesialistvurdering og beslutning om behandling og utskriving[33]. Det er også satt måltall som regionene skal oppfylle. Måltallene justeres jevnlig.

[33] Mer informasjon om indikatorene finnes her: https://www.health.govt.nz/our-work/hospitals-and-specialist-care/elective-services/elective-services-and-how-dhbs-are-performing

4. Hva mener pasient, pårørende og helsepersonell er viktig

4.1. Pasient- og pårørendeperspektivet

For å forstå hva pasient og pårørende opplever som viktig ved behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientforløpene bør innrettes for å ivareta dette, har Helsedirektoratet stilt følgende spørsmål:

Til pasient/pårørende:

- Hva er viktig for deg dersom du har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?
- Hva kan gjøres for at du skal føle deg godt ivaretatt og trygg på at du vil motta den helsehjelpen du har behov for til riktig tid?
- Hvilke krav bør helsemyndighetene stille til spesialisthelsetjenesten* for å sikre at du får den hjelpen du trenger til riktig tid?

*) Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet sykehus, distriktspsykiatriske sentre (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Ut fra tilbakemeldinger gitt gjennom Questback-undersøkelse og møter/intervjuer med representanter for pasient- og pårørendeperspektivet er følgende hovedtemaer identifisert som viktige:

- God helsehjelp fra rett kompetanse til rett tid, uten unødvendig venting
- Forståelig og tilpasset informasjon som gir forutsigbarhet og trygghet i pasientforløpet
- Pasientens og pårørendes opplevelse av å bli sett, lyttet til og tatt på alvor
- Ivaretakelse av individuelle pasienthensyn, med reell mulighet til medbestemmelse og samvalg
- Effektive henvisningsprosesser som sikrer god informasjonsflyt mellom henviser, pasient og vurderende spesialist, og som sikrer riktige beslutninger om helsehjelp
- God samhandling og effektiv informasjonsflyt mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i overgangene mellom tjenestenivåene
- Kontinuitet i behandlingsforløp og behandlerrolle
- Godt samarbeid og tverrfaglighet internt i spesialisthelsetjenesten
- Tilstrekkelig kapasitet og ressurser til å gi god behandling

- Helsetjenestens tilgjengelighet der pasienten har behov for den
- Effektiv bruk av elektroniske verktøy, også med pasienten som aktiv part
- Rapportering og måling som ikke fjerner fokus fra god pasientbehandling
- Ikke glem kronikerne

I det påfølgende er de enkelte temaer omtalt nærmere og illustrert med utvalgte sitater fra informasjonsinnhentingen.

God helsehjelp fra rett kompetanse til rett tid, uten unødvendig venting

At helsehjelpen gis til rett tid, og med god kvalitet fra rett kompetanse trekkes frem som en grunnleggende faktor i hva pasient og pårørende opplever som viktig ved helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I dette ligger også en grunnleggende forventning om at hjelpen skal gis uten unødvendig venting, og på en slik måte at pasientens situasjon ikke forverres og at man får den behandling som skal til for å kunne fungere i samfunnet:

> *«At jeg får hjelp med god kvalitet, til rett tid.»*
>
> *«At jeg får hjelp hurtig slik at jeg slipper å vente og bli så dårlig.»*
>
> *«Raskest mulig oppstart av behandling slik at jeg på ett tidlig tidspunkt kan få den behandling som behøves for at jeg skal kunne fungere i samfunnet.»*

Flere tilbakemeldinger peker på at det bør settes frister for å sikre at helsehjelpen gis til rett tid. Det er også påpekt at man bør være varsomme med å fjerne fristen som en pasientrettighet.

> *«Frist for vurdering av henvisning, frist for utredning og frist for behandling. Kun da hadde vi som pasient vært sikret og kunne stilt krav.»*
>
> *«Dei bør stille krav til at dei ikkje berre skal kontakte meg innen ei viss tid, men også behandle meg innen ei viss tid.»*
>
> *«På lik linje som første episode på henvisning er satt til 10 dager, må de påfølgende konsultasjonene også få tidsfrist og synliggjort med fristbrudd.»*
>
> *«Men vil pasientene stå på bar bakke uten fristene? Hva vil du ha som pasient å slå i bordet med? Man bør tenke seg godt om ved å ta bort slike rettigheter.»*

Forståelig og tilpasset informasjon som gir forutsigbarhet og trygghet i pasientforløpet

Pasient og pårørende kan oppleve usikkerhet og utrygghet i ventetiden, og mangel på god og forutsigbar informasjon om videre forløp trekkes i flere tilbakemeldinger frem som utfordrende:

> *«Vente og ikke vite hva som skjer er verst.»*
>
> *«Det vanskeligste er å vente på dato og ikke vite hva som skjer/skal skje.»*

Informasjon som forklarer både hvorfor og hva man venter på, og som gir en forutsigbarhet i hvor lenge man må vente trekkes frem som viktig. Tilbakemeldingene peker også på at det er av stor betydning at informasjonen gir trygghet for at eventuell ventetid skjer på et medisinsk forsvarlig grunnlag:

> *«Jeg vil helst slippe å vente, og hvis jeg må vente, vil jeg ha informasjon om hvorfor jeg må vente, og nøyaktig hvor lenge jeg må vente, og jeg vil bli forsikret om at det er helt forsvarlig å la meg vente.»*
>
> *«I dag har jeg fått brev fra spesialisthelsetjenesten om at jeg kan forvente å bli innkalt til time i mai måned. Dette er lang tid, men jeg føler allikevel at det er greit. Forutsetningen for at jeg skal føle at dette er greit er at jeg føler meg trygg på at en spesialist har vurdert mitt tilfelle og funnet ut at jeg trygt kan vente denne lange tiden.»*

Tilbakemeldingene peker også på viktigheten av at informasjonen som gis er tydelig og forståelig for pasienten:

> *«Det meste av informasjonen som gjelder ventetider, rettigheter, fristbrudd og andre formaliteter er skrevet på en måte som er nesten uforståelig.»*
>
> *«God kommunikasjon basert på et ordvalg tilpasset pasienten og ikke legen.»*

Pasientens og pårørendes opplevelse av å bli sett, lyttet til og tatt på alvor

I tilbakemeldingene fra pasienter og pårørende understrekes viktigheten av å bli sett og lyttet til, og tatt på alvor i kommunikasjonen, også når man er som mest sårbar:

> *«Hjelp meg og lytt og forklar skikkelig til meg.»*
>
> *«At jeg blir tatt på alvor og at legene hører på det jeg har å si.»*
>
> *«Å bli tatt på alvor og lyttet til selv om man føler seg liten, redd og ikke er like veltalende som ellers.»*

Tilbakemeldingene peker også på viktigheten av å bli sett på og respektert som et helt menneske, og ikke bare en enkeltstående diagnose eller oppgave:

> *«Viktig at man behandler meg som pasient og ikke bare en diagnose.»*
>
> *«Bli respektert som eit menneske, ikkje berre ei oppgåve som dei må handtere.»*

God pasientkommunikasjon gjennom dialog tilpasset pasientens situasjon trekkes frem som viktig. Det poengteres at helsetjenesten må ta ansvar for at kommunikasjonen oppleves som forståelig for pasient, og at det kommuniseres på et grunnlag som er tilpasset den enkelte pasients situasjon.

> *«At legene faktisk hører på hva jeg sier og at de forstår at det er deres ansvar at pasienten forstår hva de prøver å kommunisere.»*
>
> *«Ta utgangspunkt i hvordan den syke opplever egen situasjon.»*

Ivaretakelse av individuelle pasienthensyn, med reell mulighet til medbestemmelse og samvalg

Tilbakemeldingene fra pasient og pårørende peker på viktigheten av at helsetjenesten tar individuelle pasienthensyn, og gir pasienten en reell mulighet til å fatte beslutninger og valg på egne vegne og som likeverdig part. I dette ligger også muligheten til å kunne få hjelp på det tidspunkt en har behov for og er motivert og mottakelig for hjelp.

> *«Få hjelp over den tid en ønsker selv og har behov.»*
>
> *«Å få delta i prosessen som likeverdig part.»*
>
> *«Pasienter er helt vanlige mennesker, med noen uvanlige utfordringer som de trenger hjelp med. Se oss. Gi oss tid, anerkjennelse og vær heiagjengen vår.»*

Samtidig oppleves god og forståelig informasjon som en viktig forutsetning for faktisk å være i stand til å ivareta egne valg:

> *«Informasjon som gjør meg i stand til å ta valg på egne vegne.»*

Effektive henvisningsprosesser som sikrer god informasjonsflyt mellom henviser, pasient og vurderende spesialist, og som sikrer riktige beslutninger om helsehjelp

I tilbakemeldingene fra pasient- og pårørende pekes det på viktigheten av gode henvisningsprosesser som ivaretar god informasjonsflyt og gode henvisninger, og som legger grunnlag for riktige og raske vurderinger og rask oppstart av nødvendig behandling.

> *«At henvisningen fra fastlege er tilstrekkelig utfyllende og poengtert til at spesialisthelsetjenesten får den informasjonen de trenger når de vurderer om pasienten skal få videre undersøkelser/oppfølging der.»*
>
> *«Det viktigste er at min henvisning blir vurdert raskt. Raskest mulig oppstart av behandling slik at jeg på ett tidlig tidspunkt kan få den behandling som behøves for at jeg skal kunne fungere i samfunnet.»*

Kopi av henvisning til pasient trekkes frem som virkemiddel for å sikre presisjon og kvalitet i henvisningen.

> *«Kopi av henvisningen hadde vært noe, for å sjekke at fastlegen har forstått situasjonen.»*

I tilbakemeldingene fremkommer det også forventning om at henvisninger ikke avvises av spesialisthelsetjenesten uten at pasient tas inn til vurdering.

> *«Jeg forventer at spesialisthelsetjenesten tar meg til vurdering når min fastlege har vurdert at jeg trenger helsehjelp der, og ikke avviser med beskjed om at fastlegen må ordne opp selv.»*

God samhandling og effektiv informasjonsflyt mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i overgangene mellom tjenestenivåene

I tilbakemeldingene fra pasienter og pårørende fremkommer det også en opplevelse av mangelfull kommunikasjon og samhandling i overganger mellom tjenestenivåene. At pårørende ofte har en viktig rolle bør ikke undervurderes i kommunikasjonen.

> *«Det må bli mye bedre kommunikasjon mellom de forskjellige nivåene i helsetjenestene. Ikke bare rot som man kan oppleve nå. (…) Man opplever seg ofte som «kasteballer» i systemet.»*
>
> *«Det må også sikres at det blir sømløse overganger mellom ulike instanser og forvaltningsnivå. "Mind the gap". Ofte glipper det her. Da både i forhold til medisiner og videre oppfølging etter utskriving. Ofte blir det også pårørende som må fungere som koordinatorer, limet mellom de ulike instanser og nivåer.»*

Spesielt trekkes informasjonsflyt og samhandling i utskrivningsfasen frem som utfordrende. Viktigheten av en god utskrivningssamtale og god overlevering til neste tjenestenivå poengteres, og som del av dette også god informasjonsutveksling til fastlege og samme-dag epikrise.

> *«Som pårørende har jeg opplevde mange ganger at informasjonen er svært dårlig spesielt ved utskrivelse - som kanskje er da behovet er størst.»*
>
> *«Forventer en god utskrivningssamtale med ansvarlig lege der jeg får svar på det jeg lurer på og at epikrise sendes samme dag til min fastlege.»*
>
> *«At jeg ved innleggelse ikke skrives ut før jeg kan klare meg.»*

Kontinuitet i behandlingsforløp og behandlerrolle

Tilbakemeldingene peker på viktigheten av å ha ett kontaktpunkt å forholde seg til under pasientforløpet, som både kan veilede, sikre informasjonsflyt og kontinuitet under forløpet.

> *«At det er en fast lege som har ansvaret for kontakt med meg gjennom hele behandlingsforløpet.»*
>
> *«At jeg trenger noen som kan veilede meg gjennom prosessen, og kunne tale min sak, dersom jeg ikke klarer å få satt ord på hva jeg sliter med og/eller hva jeg trenger hjelp med og på hvilken måte.»*
>
> *«En person som holder fast i trådene, som følger opp jevnlig og som kan ta ubehagelige samtaler dersom det er nødvendig.»*

I tilbakemeldingene pekes det på opplevelsen av å måtte gjenfortelle sin historie og utryggheten for at informasjon går tapt i møte med stadig nye behandlere under pasientforløpet, og viktigheten av ett kontaktpunkt som kan bidra til kontinuitet i informasjonsutvekslingen.

> *«Fast behandler slik at det ikke er så mye informasjon som blir tapt, og stadig må gjentas.»*

Godt samarbeid og tverrfaglighet internt i spesialisthelsetjenesten

Flere tilbakemeldinger peker på en opplevelse av en fragmentert spesialisthelsetjeneste, og viktigheten av at tjenesten evner å se helhet og behandle individer som hele mennesker og ikke enkeltstående diagnoser:

> *«Det er en mur å komme gjennom for å få hjelp, og hvert sted tar bare for seg enten somatikk, eller psykiatri, eller rus.»*
>
> *«Å bli behandlet som et helt menneske, ikke stykkevis og delt, når en er innlagt. Nå så arbeider hver avdeling med sitt spesifikke fagfelt, og mangler evnen til å se å utføre oppgaver som går på hele pasienten.»*
>
> *«Leger som forstår et sammensatt sykdomsbilde, ser helheten.»*

Samarbeid på tvers påpekes som viktig, herunder evne til å samarbeide med de aktører som har kompetanse som man selv ikke innehar.

> *«Det er viktig for meg at spesialisthelsetjenesten samarbeider med de aktørene som har kompetanse på funksjonshemmingene og at de erkjenner hvor de ikke har kompetanse.»*

Tilstrekkelig kapasitet og ressurser til å gi god behandling

I tilbakemeldingene pekes det på viktigheten av at helsetjenesten har tilstrekkelig, kompetent bemanning på plass, og nødvendige ressurser for å gi god og riktig behandling.

> *«Det bør ansettes flere leger, sykepleiere slik at ventelistene går ned og ikke minst senker stresset på de som jobber der.»*
>
> *«Sykehusene må ha nok plass og nok folk (…)»*
>
> *«Spesialisthelsetjenesten forventer jeg har bemanning av spesialister på plass slik at jeg kan føle meg trygg på at helsehjelpen som jeg får er den riktige for mitt tilfelle.»*

At helsepersonellet har nok tid til å lytte, vurdere og følge opp fremheves som vesentlig.

> *«At menneska eg møter i alle ledd, inkludert fastlege, har betre tid, tid til å lytte, sjå på journal, vurdere grundig, følge opp.»*

Helsetjenestens tilgjengelighet der pasienten har behov for den

Tilgang til helsetjenesten fremheves som viktig. I dette legges dels at det skal være enkelt å kunne komme i kontakt med spesialistkompetanse i helsetjenesten uten å gå via fastlege eller andre, og at det bør være lavere terskel for tilgang til den faktiske helsehjelpen.

> *«At det er enkelt å kontakte tjenesten.»*
>
> *«At jeg kan ringe direkte til de på det sykehuset jeg vet at de har kompetansen på det som er problemet og ikke må gå via eit lite lokalsykehus.»*
>
> *«Lavere terskel for å komme inn, før tilstanden blir for alvorlig.»*

Videre fremheves viktigheten av at spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig der pasientene bor, slik at reising og fravær knyttet til reising kan reduseres. Det pekes også på viktigheten av at hele landets befolkning får like muligheter til helsehjelp.

> *«Ønsker spesialister fordelt utover landet og at man ikke får mange fraværsdager hvert år pga reising.»*
>
> *«At spesialisthelsetjenestene finnes i noenlunde nærheten slik at man ikke må reise lange veier for å få hjelp.»*
>
> *«Se til at hele landets befolkning får de samme muligheter til behandling innen rimelig tid.»*

Effektiv bruk av elektroniske verktøy, også med pasienten som aktiv part

Pasientens tilgang til egen journal og egen forløpsinformasjon trekkes frem både som virkemidler for å sette pasient i stand til å følge utviklingen i eget forløp, og for at pasienten skal kunne bidra til presis informasjon og gode vurderingsgrunnlag.

> *«Ha tilgang til egen journal, slik at man aktivt kan følge med utviklingen i behandlingsforløpet.»*
>
> *«Mer transparente systemer f.eks. et ventelistenummer og vurdering av hastegrad. Dette bør være mulig å følge på nettet, hvilket nummer er man i køen. Når ble de som er foran registrert.»*

Det pekes på potensiale for bedre utnyttelse av elektroniske løsninger for effektiv kommunikasjon og informasjonsutveksling.

> *«Få det elektroniske systemet til å fungere bedre, slik at de ulike helseinstanser seg i mellom og pasient kan kommunisere på en rask, sikker og effektiv måte.»*
>
> *«Hvorfor kan ikke jeg som pasient få spørreskjema, informasjon og annet som skal fylles ut elektronisk? Det er da muligheter i dagens samfunn å få digitalisert skjemautsendelser.»*
>
> *«Helsemyndighetene må utvikle mulighet for kontakt med pasienter på SMS/mail. Chat med behandler osv. Dagens system er svært konservativt. Jeg vil også kunne gå inn på nett og bestille ledig time.»*

Rapportering og måling som ikke fjerner fokus fra god pasientbehandling

I tilbakemeldingene fra pasienter og pårørende pekes det også på viktigheten av at helsetjenesten sentreres om pasienten, og at administrasjon og måltall ikke fjerner fokus fra god pasientbehandling:

> *«At de passer seg for å fokusere for mye på måltall og glemmer at det er et menneske de skal behandle som setter din lit til å bli tatt alvorlig.»*
>
> *«Mindre tid til administrasjon, mer til pasienter.»*

Det pekes også på viktigheten av at rapporteringskrav understøtter pasientrettigheter, og at rapporteringskrav ikke gir vridningseffekter som trekker fokus vekk fra god pasient-behandling.

> *«Grunnen til at ventelister ikke fungerer er at det måles på ventelister. Kan man heller måle på tilfredshet?»*
>
> *«Ikke ha rapporteringskrav som ikke understøtter pasientenes rettigheter, eller har vridningseffekter.»*

Ikke glem kronikerne

Tilbakemeldingene fra pasient- og pårørendeperspektivet reflekterer også en opplevelse av at kronikere i dagens system risikerer å bli prioritert ned til fordel andre diagnosegrupper, og en klar forventning om at helsetjenesten bør balansere flere hensyn.

> *«Enkelte diagnoser blir ikke tatt nok på alvor i prioritering («sykdomshierarkiet»). Som kroniker risikerer man å bli prioritert bort. Her må det en holdningsendring til. (…) Diagnosehierarkiet oppleves som utfordrende, oppleves å sette livskvalitet opp mot dødelighet. Helsevesenet bør kunne ivareta begge deler. Det må være balanse i prioriteringer. Går noen diagnoser foran andre alltid?»*
>
> *«Ikke vente i flere måneder for behandling og bli tatt på alvor for plagene mine.»*

4.2. Helsepersonellperspektivet

For å forstå hva helsepersonell og ledelse i helsetjenesten vurderer som viktig når helsehjelpen skal gis, og hvordan helsetjenesten kan tilrettelegges for dette, har Helsedirektoratet stilt følgende spørsmål:

Til helsepersonell og/eller leder i helsetjenesten:

- Hva er viktig for deg for at du skal få gitt pasientene nødvendig helsehjelp til riktig tid?
- Hvordan kan spesialisthelsetjenesten* legge pasientforløpet best mulig til rette for at pasienten får god helsehjelp til riktig tid?
- Hvilke krav bør helsemyndighetene stille til spesialisthelsetjenesten* for å sikre at pasientene får den hjelpen de trenger til riktig tid?

*) Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet sykehus, distriktspsykiatriske sentre (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Ut fra tilbakemeldinger gitt gjennom Questback-undersøkelse og møter/intervjuer med helsepersonell og helseledelse er følgende hovedtemaer identifisert som viktige:

- Korte frister for avklaring av behov helsehjelp
- Skillet mellom utredning og behandling bør oppheves
- Kvalitet i henvisninger og god dialog i henvisningsprosessen, med vurderingsgrunnlag som muliggjør gode beslutninger
- En helhetlig og pasientsentrert helsetjeneste, som vektlegger god koordinering og gode overganger mellom tjenestenivåene
- Styringsmekanismene i forløpet må gi rom for å utvise faglig skjønn, forsvarlig prioritering og mulighet til å kunne tilpasse til den enkelte pasient
- Viktig at fokus på fristbrudd ikke medfører at nyhenvisninger tar prioritet foran andre pasientgrupper
- Pakkeforløp gir strukturerte prosesser, men kan også gi vridningseffekter på bekostning av pasienter utenfor pakkeforløp
- Indikatorer og målepunkter som er relevante og nødvendige for forsvarlig helsehjelp, og bidrar til målkonsistens mellom nivåene i helsetjenesten
- Gode verktøy som ikke tar fokus vekk fra pasienten
- God informasjonsflyt som gir forutsigbarhet i klinikk og mulighet til å planlegge

I det påfølgende er de enkelte temaer omtalt nærmere og illustrert med utvalgte sitater fra informasjonsinnhentingen.

Korte frister for avklaring av behov helsehjelp

I tilbakemeldingene fra helsepersonell og helseledelse fremkommer det at mange vurderer dagens korte frist for avklaring av behov for helsehjelp som hensiktsmessig. I tilbakemeldingene understrekes viktigheten av at henvisninger vurderes raskt, som grunnlag for

riktig prioritering og fastsettelse av hastegrad. I situasjoner med lang ventetid for behandling oppleves det som spesielt viktig med en rask førstevurdering. Fristen oppleves som en sterk mekanisme for å sikre at spesialisthelsetjenesten tar inn pasienten til en rask førstevurdering.

> *«At spesialisthelsetjenesten tar inn pasienten til en rask førstevurdering.»*
>
> *«At regelverket legger til rette for å prioritere de sykeste først.»*
>
> *«Fristen for å ta imot og vurdere henvisningen er viktig. Da får sykehus avklart hastegrad raskt.»*
>
> *«Ved lange ventetider bør pasientene vurderes raskt for å sikre at lang ventetid er ok.»*

Samtidig pekes det på at den korte tidsfristen gir begrenset mulighetsrom for innhenting av supplerende informasjon og avklaringer med fastlege eller henviser.

> *«Tidspress når alle skal vurderes innen 10 dager. Fristen på 10 dager gjør det utfordrende å gjøre gode vurderinger/forberedelser.»*
>
> *«Tidligere var det sykehusets ansvar å innhente flere opplysninger, nå er det kortere vurderingstid og ikke mulig å innhente det som mangler.»*

Skillet mellom utredning og behandling bør oppheves

Dagens skille mellom rett til utredning og rett til behandling fremheves i flere tilbakemeldinger som lite hensiktsmessig og vanskelig å forstå både for pasient og helsepersonell. Det pekes på at man i innledende fase i pasientforløpet gjerne må gjøre utredning før behandling uansett, og at pasienten i realiteten bør få rett til helsehjelp.

> *«Myndighetene må gi alle pasienter rett til behandling og ikke utredning/behandling.»*
>
> *«Ikke logisk at vi har skille mellom utredning og behandling. Stort problem for oss.»*
>
> *«Start behandling og avklaring skjer gjerne samtidig hos oss.»*
>
> *«[Skillet mellom] Rett til utredning/behandling fremstår som meningsløst. Må uansett gjøre utredning. Vanskelig å skille.»*

Kvalitet i henvisninger og god dialog i henvisningsprosessen, med vurderingsgrunnlag som muliggjør gode beslutninger

I tilbakemeldingene poengteres viktigheten av gode henvisninger, med tilstrekkelig og korrekt informasjon til å gjøre gode vurderinger slik at man unngår å måtte hente inn manglende informasjon eller kalle pasient inn til avklaring.

> *«At det i henvisningen fra fastlegen fremkommer tydelig hva hva/hvorfor pasienten er henvist. At det med henvisningen er sendt ved nødvendige rapporter fra tidligere utredninger/undersøkelser/vurderinger, slik at henvisningen kan bli vurdert riktig ifht aktuell problemstilling. Kommer det inn tilstrekkelig med informasjon i henvisningen, slipper pasienten at habiliteringstjenesten (for mitt vedkommende) trenger å*

etterspørre ytterligere informasjon for å kunne tilby pasienten nødvendig helsehjelp til riktig tid.»

«Som ansatt i hjemmesykepleien ser eg ofte at fastlegen som henviser i mange tilfeller ikkje har rett eller i stor grad mangelfull info om pasienten.»

«Det å måtte følge opp uklare og mangelfulle henvisninger, tar mye tid, som igjen går utover tiden som er igjen til å følge opp andre henvisninger.»

«Hva med at man ikke kan kreve gode henvisninger fra fastlegene? Det er veldig mange dårlige henvisninger, når informasjon blir etterspurt får vi det ikke innenfor den tid vi har til å vurdere søknaden. Det betyr at pasienten må taes inn på et dårlig grunnlag. Jeg mener det må være lov å avvise dårlige henvisninger.»

Det poengteres også at henvisningene bør være standardiserte og eventuelt elektroniske.

«Godt utfylte, standardiserte (så langt mulig) elektroniske henvisninger.»

«At henvisningene fra fastleger (øvrige henvisere) er standardisert og inneholder nødvendige opplysninger i forhold til helsetilstand og tentativ diagnose, som vil gjøre det mulig for ansvarlig lege på sykehus å kunne vurdere henvisningen på et så godt grunnlag som mulig.»

God dialog med mellom henviser og spesialist, med mulighet til å drøfte ved behov trekkes frem som viktig både for å sikre kvalitet i henvisningsprosessen og for å unngå unødige innleggelser. Det pekes også på viktigheten av god veiledning og henvisningsveiledere, eventuelt integrert i EPJ.

«Mulighet til raskt å kunne drøfte saken med relevant spesialist ved behov. Nå henvises vi til å snakke med en sykepleier, og i beste fall får vi spesialist på tråden i løpet av dagen. Også ved innleggelser får vi ikke snakket med spesialist. I somatikken, derimot, får vi vakthavende spesialist direkte via sentralbord.»

«Gode veiledere når det gjelder vurdering av henvisninger. Og muligheter for førstelinja og få råd og veiledning.»

«Vi ønsker oss også bedre tilgjengelig mulighet for å konferere med overlege for å unngå innleggelser.»

«God kommunikasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten med mulighet for å drøfte en pasient dersom man er usikker.»

Elektroniske dialogverktøy og elektronisk meldingsutveksling nevnes som virkemiddel.

«Mulighet for elektronisk meldingsutveksling rundt pasienter.»

«Mulighet for å sende elektronisk melding/forespørsel til spesialister for fastleger utenom å måtte sende som elektronisk henvisning.»

«Mulighet for e-dialog mellom spes helsetjeneste og fastlegene kunne spart henvisninger.»

«Mulighet for rask og sikker elektronisk kommunikasjon med henvisere og andre involverte enheter utover i pasientforløpet.»

Det pekes også på viktigheten av god forventningsavklaring mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i henvisningsprosessen.

> *«Spesialisthelsetjenesten må kontinuerlig ha et samarbeid med aktuelle henvisere, for å avklare for å avklare forventninger til ansvarsdeling ifht hvem som skal gjøre hva.»*

Informasjon og veiledning ved avslag på henvisning trekkes frem som viktig.

> *«Ved avslag på henvisning, ønskes en tilbakemelding ikke bare av typen "følges av fastlegen", men også hvorfor ønsket behandling ikke har noe for seg. (…) Vi er vant til å få avslag på henvisning f.eks. om vi henviser pasient med hofteproblemer hvor operasjon ikke er dem beste løsningen for pasienten. Vi forstår på samme måte at ikke samtaleterapi eller innleggelse i psykiatrien alltid er den rette løsningen for en pasient med psykisk sykdom. Men vi ønsker da veiledning på hva annet som eventuelt kan gjøres, evt. informasjon om dette er en problemstilling som det ikke finnes gode behandlingsmuligheter for. En slik tilbakemelding gjør det enklere for oss å hjelpe pasienten videre.»*

I hvilken grad alle henviste pasienter bør inn til vurdering i spesialisthelsetjenesten løftes som et tema i tilbakemeldingene. Samtidig pekes det også på ressursutfordringer ved unødvendige henvisninger.

> *«Slitsomt å måtte "krangle" for å få pasientene undersøkt. Som spes. allmennmedisin har vi høy kompetanse og når vi mener 2. linje må overta så er det gode grunner til det.»*
>
> *«Det bør være et krav, spesielt i psykiatrien at pasienter som henvises fra primærlege, får en vurdering. Avslag på henvisning uten å ha møtt pasient, må ikke godtas.»*
>
> *«At spesialisthelsetjenesten stoler på min vurdering.»*
>
> *«Viktig å ikke ta alle inn for det er ressurssløsing.»*

En helhetlig og pasientsentrert helsetjeneste, som vektlegger god koordinering og gode overganger mellom tjenestenivåene

Tilbakemeldingene poengterer viktigheten av en pasientsentrert helsetjeneste som evner å tenke helhetlig.

> *«Pasienter trenger en helhetlig helsetjeneste og da er det viktig at alle instanser som jobber med pasienten vet det samme og jobber sammen med pasienten med hans/hennes fremtidige mål.»*
>
> *«Være mer pasientsentrert og ikke like organfokusert. Opplever at 2. linjetjenesten har blitt mer fragmentert, mer skylapper og ser i mindre grad det som er utenfor eget spesialfelt.»*
>
> *«Evne til å tenke helhetlig utenom avdelinger og gjerne samarbeide med andre avdelinger. 'Ber om at fastlegen henviser til min kollega på avdelingen over gangen' - det er unødvendig og vi taper tid.»*
>
> *«Integrert behandling, i dag avslutter vi behandlingen når neste instans overtar.»*

God samhandling og informasjonsflyt mellom tjenestenivåene trekkes frem som viktig.

> *«At spesialisthelsetjenestene opptrer ryddig og forutsigbart i forhold til sine oppgaver og sitt ansvar i samhandling med kommunale helse og omsorgstjenester. Faktisk overholder de avklaringer som er nedfelt i samarbeidsavtaler/tjenesteavtaler.»*
>
> *«Det er viktig at spesialisthelsetjenesten har gode rutiner for overføring av informasjon mellom helsenivåene.»*
>
> *«Bygge ned skillet mellom primær og spesialist gjennom god kommunikasjon, møter underveis.»*

Styringsmekanismene i forløpet må gi rom for å utvise faglig skjønn, forsvarlig prioritering og mulighet til å kunne tilpasse til den enkelte pasient

I tilbakemeldingene pekes det på at rettighetsregimet ikke må stå i veien for god pasientbehandling og muligheten for å utvise faglig skjønn til beste for den enkelte pasient.

> *«Rettighetsregimet er strukket langt nok. Ønsker mer faglig og skjønnsmessig tilnærming.»*
>
> *«Fokus på god behandling fremfor fokus på fristbrudd og rettigheter. Gi mulighet til å gjøre en god jobb.»*
>
> *«Min vurdering er at krav og rettigheter er ødeleggende for god helse hjelp. Jeg mener at fokuset må være på systematisk kontinuerlig forbedring. Rettighetssystem medfører feil fokus.»*
>
> *«Ikke papirer og formelle rettigheter som er viktigst, men faktisk helsehjelp. Pasienten forholder seg ikke til rett og plikt, men til behov for helsehjelp.»*

Viktig at fokus på fristbrudd ikke medfører at nyhenvisninger tar prioritet foran andre pasientgrupper

Flere tilbakemeldinger peker på at ensidig fokus på fristbrudd kan medføre at andre pasient-grupper settes til side.

> *«Dagens regelverk setter til side kontroller av pasienter med kjent alvorlig sykdom, og prioriterer nyhenviste. Sykehuset blir målt kun knyttet til nyhenviste, og vi må derfor prioritere disse.»*
>
> *«Stadig krav fra ledelsen om å ta imot nyhenviste for å unngå fristbrudd resulterer i en totalt sett uhensiktsmessig og ineffektiv behandling.»*
>
> *«Eks er når alle skal ha kommet til utredning innen så og så mye tid, hva med alle kontrollene? Som kanskje medisinsk sett bør inn før en ny pasient? Nå bruker helseledelsen i sykehusene ekstreme ressurser på denne gruppen som går utover den andre. Det er ikke hensiktsmessig.»*
>
> *«Det er prioritert å ta inn mange pasienter før den første fristen for å unngå formelle fristbrudd, noe som fører til at vi sitter igjen med for mange å drive videre utredning/oppfølging med.»*
>
> *«Krav for kontroller burde være like strenge som til nyhenviste.»*

«Vårt største problem er å gi skikkelig omsorg til kronikerne som ikke kommer inn til kontroll. De blir salderingspost fordi det handler om å unngå fristbrudd.»

Pakkeforløp gir strukturerte prosesser, men kan også gi vridningseffekter på bekostning av pasienter utenfor pakkeforløp

Pakkeforløpene oppleves å gi strukturerte prosesser og god oppfølging av pasienter som er i pakkeforløp, men det påpekes at det samtidig er risiko for at god oppfølging av disse pasientene fører til at andre pasientgrupper prioriteres ned.

«Pakkeforløpene medfører at kreftformer som det er pakkeforløp på prioritert, og det gir lang ventetid på MR for de andre kreftformene.»

«Har brukt så mye tid på pakkeforløp at vi har satt de andre på siden. Her går tiden. Helt forferdelig. Har brukt så mye tid på pakkeforløp at vi ikke klarer å få de inn i et strømlinjeformet system til utredning eller behandling.»

Indikatorer og målepunkter som er relevante og nødvendige for forsvarlig helsehjelp, og bidrar til målkonsistens mellom nivåene i helsetjenesten

I tilbakemeldingene pekes det på hva man opplever som ubegrunnet rapportering og unødvendig tidsbruk knyttet til dokumentasjon og registrering, og at dette kan trekke fokus vekk fra pasientbehandlingen.

«Helsepersonell bruker altfor mye tid og ressurser på utfylling av skjemaer og registreringer. La fagpersonell bruke sin fagkompetanse.»

«All denne ubegrunnede rapporteringen er bidragende til redusert helsehjelp. Helsemyndighetene bør sørge for økt antall sekretærer og hjelpepersonell igjen, slik at behandlerne kan fokusere på riktig pasientoppfølging.»

«Jeg er redd at mer krav som stilles, vil føre til en større logistikkjobb og dette vil stjele ressurser i stedet for at pasienten får noe nytte.»

«Må oppleves som nyttig for klinikerne å rapportere. Må trekkes ut fra den kliniske registreringen i EPJ. EPJ må gjøre veldig mye lettere, skrelle vekk mye. La rapportene komme som naturlig del av det vi gjør.»

Viktigheten av at målinger reflekterer hva som er viktig i pasientbehandlingen, herunder kvalitet og pasientopplevelse, trekkes frem.

«Måle på riktige ting. For eksempel om pasientene blir frisk (!), og ikke bare om de får første konsultasjon til riktig tid. Å måle bedring eller om pasientene blir friske gjøres i en viss grad, men det rapporteres ikke i dag. Det er ikke tall helsemyndighetene etterspør. Dette er informasjon helsemyndighetene bør etterspørre. Er ikke det hele poenget med helsenorge? Å få folk tilbake til hverdagen, altså bedre/friskere?»

«Helsemyndigheten må måle mer på kvalitet og pasient-opplevelse, og mindre på tall som kan manipuleres ved å endre registreringspraksis.»

«Forløpets fokus må endres fra aktivitet (inntekt) til kvalitet på pasientbehandlingen. Fra dokumentasjon av prosess til dokumentasjon av resultat. Eksempelvis om smerter

er redusert, symptomer er redusert, livskvalitet bedre, funksjonsnivå bedre, bivirkninger fra terapi og medisiner, tilbakefall.»

Flere tilbakemeldinger peker på viktigheten av målkonsistens mellom nivåene i helsetjenesten.

«Samsvar målepunkt myndigheter og ledere.»

«Er så mange nivåer at vanskelig at målene til direktøren virker relevant for de på gulvet. Hvordan få alle til å jobbe mot felles mål. Lederne må delta i den løpende samtalen hele tiden. Kan ikke styre med direktiver ovenfra og ned.»

«Bør ha målepunkter som gjør at direktøren bekymrer seg, ikke bare jeg som bekymrer meg (…).»

Gode verktøy som ikke tar fokus vekk fra pasienten

Tilgang til velfungerende IT-løsninger som understøtter pasientbehandlingen, og frigjøring av tid fra unødvendig dokumentasjon til pasientnært arbeid påpekes som viktig.

«Må ha tilgang til velfungerende og adekvat verktøy, herunder IKT og røntgenmodalitet.»

«En datateknologi som gjør det mulig å droppe papirer /eller omvendt - dropp data, og hvor all informasjon og dokumentasjon kan gjøres i en operasjon - frigjør tid for de som står i det pasientnære arbeidet.»

«Samtidig går atskillig tid med hver dag til helt unødvendig dokumentasjon, for dokumentasjonens skyld, og for at sykehuset skal ha ryggen fri.»

God informasjonsflyt som gir forutsigbarhet i klinikk og mulighet til å planlegge

Viktigheten av både tid til god planlegging, og gode verktøy og systemer som understøtter oversikt og forutsigbarhet i klinikk fremheves.

«Tid til god planlegging og gode verktøy som bidrar til oversikt og forutsigbarhet.»

«Gode systemer som ser sammenhengen mellom akt, ressurser og kapasitet.»

«Mulighet for bedre langtidsplanlegging og styring av legetjenesten.»

«Gode digitale løsninger i forhold til booking.»

«Mulighet til å gjøre prioriteringer basert på god oversikt over pasientene.»

5. Tiltak og virkemidler

5.1. Innledning

Basert på problembeskrivelsen som fremgår i kapittel 2.5, tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og helsepersonell oppsummert i kapittel 4, og vurderinger gjort i løpet av prosjekt-perioden, foreslås et antall hovedtiltak som vil kunne bidra til gode, sikre og forutsigbare pasientforløp.

I dette kapitlets første del beskrives 5 prinsipielle hovedtiltak som bygger på ulike tilnærminger til innretning av frist:

- Beholde vurderingsperioden med frist på 10 virkedager for vurdering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og frist til behandling
- Videreføring av individuelle rettigheter med frist
- Endring fra individuelle til generelle rettigheter med frist
- Andre tiltak for å regulere pasientforløpet enn bindende frister

Mens de prinsipielle hovedtiltakene gir ulike retninger for alternative modeller, er det også drøftet tiltak som vil kunne understøtte gode, sikre og forutsigbare pasientforløp uavhengig av hvilken prinsipiell innretning man skulle velge i modellene. Disse presenteres i kapitlets andre del:

- Styrking av henvisningsprosess og -dialog
- Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasient og pårørende
- Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak
- Styrking av utskrivningsprosessen
- Økonomiske virkemidler som kan styrke fokus på helhetlige pasientforløp

Avslutningsvis i dette kapitlet drøftes målepunkter og indikatorer som kan inngå som del av reguleringsmekanismene i alternative modeller.

5.2. Hovedtiltak i alternative modeller

I dette kapitlet beskrives 5 prinsipielle hovedtiltak. Tre av de ulike prinsipielle hovedretningene som er nevnt er knyttet til bruk av frister. Disse utdypes og drøftes i punkt 5.2.3 - 5.2.5, og er utgangspunkt for hver sin av tre ulike modeller. De to tiltakene som beskrives først, i punkt 5.2.1 og 5.2.2, er innarbeidet i alle de tre modellene.

5.2.1. Beholde vurderingsperioden på 10 virkedager

En pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal i dag innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Vurderingen av pasientens behov for spesialisthelsetjeneste skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering enn 10 virkedager. Formålet med denne bestemmelsen er for det første at spesialisthelsetjenesten raskt skal vurdere og prioritere henvisningene slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp. For det andre skal det sikres at det gis rask tilbakemelding til pasient og henviser om pasienten har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Fra 1. november 2015 ble vurderingsperioden forkortet fra maksimalt 30 til 10 virkedager. Frem til da var vurderingsfristen 10 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser, og 30 virkedager for øvrige henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldingen fra flertallet av dem Helsedirektoratet har mottatt innspill fra, er at å korte ned vurderingsfristen til 10 virkedager for alle var en god endring som bør opprettholdes. Ordningen legger press på tjenesten og sikrer at pasientene raskt får tilbakemelding på om de har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke.

Tall fra NPR[34] 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 2017 varierte andelen brudd på vurderingsgarantien fra 1,5 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til 2,5 prosent innen somatikk.

En kort vurderingsperiode kan være utfordrende hvis henvisningene er mangelfulle og ikke inneholder de opplysningene som spesialisthelsetjenesten trenger for å foreta en god vurdering av pasienten. Innhentet informasjon fra helsetjenesten viser at det fremdeles er en del mangelfulle henvisninger. Dette påpeker også Riksrevisjonen i sin rapport fra 2017[35] om henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen beskriver også manglende enighet om hva som var nødvendig informasjon, og for dårlige kommunikasjonsmuligheter.

[34] Helsedirektoratet (2017): «Ventetider og pasientrettigheter 2017» (IS-2706)
[35] Riksrevisjonen (2018): «Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten». Dokument 3:4 (2017-2018)

Helsedirektoratet laget i 2015 en henvisningsveileder som skal være en støtte for dem som henviser til spesialisthelsetjenesten. Den skal bidra til at henvisningen inneholder nødvendig og relevant informasjon slik at pasienten får best mulig vurdering og helsehjelp. Henvisningsveilederen er fortsatt ikke integrert i alle journalsystemer som brukes i primærhelsetjenesten. Når henvisningsveilederen blir lettere tilgjengelig for henviser, vil det kunne bidra til å øke kvaliteten på henvisningene.

Et viktig tiltak for å styrke henvisningsprosessen vil være å legge til rette for dialogmeldinger mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Dette er omtalt nærmere under punkt 5.3.1.

I dag er det ikke et krav om begrunnelse når spesialisthelsetjenesten kommer frem til at en pasient ikke har rett til nødvendig helsehjelp. Et krav om begrunnelse med veiledning til henviser og pasient kan være et nyttig grep. Dette er omtalt under punkt 5.3.1.

Selv om det er skissert noen ulemper med en kort vurderingsperiode mener Helsedirektoratet at fordelene overstiger ulempene. Vurderingsperioden på 10 virkedager bør derfor opprettholdes.

Plikten til å gi informasjon om tidspunkt for første oppmøte i spesialisthelsetjenesten

Fra 1. november 2015 fikk pasienten også rett til å få informasjon om oppmøtetidspunkt i første tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten. 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. I brevet anmodet departementet de regionale helseforetakene om å følge opp at helseforetakene følger hovedregelen om at alle pasienter som gis en frist for oppstart av helsehjelpen innen fire måneder skal få en konkret dato og klokkeslett (time) i første svarbrev. Helsedirektoratet erfarer at noen helseforetak ikke konkretiserer i hvilken uke pasienten skal få time, men opplyser at pasienten skal få time innen en viss uke. Hvordan regelverket er å forstå kan med fordel tydeliggjøres enten i pasient- og brukerrettighetsloven eller prioriteringsforskriften.

Selv om oppmøtetidspunktet som gis pasienten ikke er juridisk bindende gir det økt forutsigbarhet for alle involverte. Det sentrale er at pasienten alltid skal ha et tidspunkt for oppmøte å forholde seg til. Etter Helsedirektoratets vurdering er dette en endring som har styrket pasientrettighetene, ved at det gis viktig informasjon til og forutsigbarhet for pasientene på et tidlig tidspunkt i forløpet. Dette er en bestemmelse som bør opprettholdes.

Oppsummering

Dagens vurderingsperiode på 10 virkedager og plikten til å gi pasienten et oppmøtetidspunkt bør opprettholdes. Dette tiltaket inngår som et element i samtlige modellforslag som drøftes videre i kapittel 6.

5.2.2. Oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og behandling

Helsedirektoratets utredning av ventetidsregistrering[36] 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.

Skillet mellom rett og frist til utredning eller behandling var opprinnelig et forsøk på å ivareta både medisinske og juridiske behov. Målet var å gi pasientene både forsvarlige helsetjenester og de rettighetene de har krav på. Utviklingen har vist at løsningen ikke var hensiktsmessig.

Om fristen skal settes til utredning eller behandling er nærmere utdypet i prioriteringsveilederne: «Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan gis enten til utredning eller til behandling. Ved rettighetsvurderingen må en ta stilling til om det med stor grad av sannsynlighet kan fastslås hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha. Hvis dette er mulig, anses tilstanden å være avklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av behandling. Dersom henvisningen ikke gir grunnlag for å ta stilling til hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, anses tilstanden å være uavklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av utredning.»

Hva som skal til for å innfri fristen er også utdypet i prioriteringsveilederne.

«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. For noen pasienter kan imidlertid et oppmøte på poliklinikken være ledd i en behandling. Dette kan gjelde for eksempel indremedisinske tilstander som høyt blodtrykk eller lungesykdommer hvor det startes med medikamentell behandling i forbindelse med den polikliniske konsultasjonen. Spesialisthelsetjenesten må ved fristfastsettelsen være bevisst om hva et eventuelt oppmøte på poliklinikk representerer i rettighetssammenheng. 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».

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

[36] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

tilstand). Det vil alltid være en skjønnsmessig vurdering. Det er gjennomført en rekke opplæringstiltak, men praksis varierer fortsatt[37].

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. Dagens regelverk, og praktiseringen av dette, er også til dels vanskelig å forstå. 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.

Helsedirektoratet foreslår at man fjerner skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. Alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil få en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte. Det foreslås også at fristen innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Det innebærer en forenkling av regelverket, redusert rapporteringsbyrde i helsetjenesten og data av bedre kvalitet på grunn av reduserte muligheter for ulike fortolkninger.

Forutsatt at man beholder fristbruddordningen kan det argumenteres for at pasientene samlet sett vil komme like godt ut dersom man forenkler systemet slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp, uten at det skilles mellom utredning og behandling. Spesialistene som vurderer henvisningen skal uansett sette fristen til det tidspunkt det senest er faglig forsvarlig å starte helsehjelpen, og den må settes slik at det er mulig å gi pasienten et faglig forsvarlig pasientforløp ut fra den helsehjelpen han eller hun er vurdert å ha behov for.

Tiltaket forutsetter en revisjon av dagens regelverk og prioriteringsveiledere. Tiltaket bør kombineres med forløpsmålinger og indikatorer som strekker seg lenger inn i pasient-forløpet.

Oppsummering

Tiltaket innebærer en videreføring av individuell vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, og frist for seneste oppstart av helsehjelp, men med oppheving av skillet mellom utredning og behandling. Frist for oppstart av helsehjelp innfris ved første oppmøte i spesialist-helsetjenesten, og ventetid måles frem til samme tidspunkt. Tiltaket inngår som et element i samtlige modellforslag som drøftes videre i kapittel 6, ved at ingen av modellene opprettholder et skille mellom rett til utredning og rett til behandling.

[37] Denne utfordringen er illustrert i en evaluering fra 2015 som ble gjennomført for å belyse resultatene av innføring av rask utredning i somatikken i Danmark. I rapporten påpekes blant annet følgende:
«Selv om retten til hurtig utredning lovgivningsmessigt forekommer relativt klar og entydig, har der i praksis vist sig en rekke fortolkningsmessige usikkerheter i klinikken. Oppdelingen mellem utredning og behandling passer ikke altid inn i den kliniske virkeligheten. Det gør det vanskelig å skape en virkelighetstro monitorering på området.»
Rapporten kan leses her: http://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Evaluering-af-udredningsretten-dec-2015/Evaluering-af-udredningsretten-dec-2015.pdf

5.2.3. Videreføring av individuelle rettigheter med frist i pasientforløpet

Dagens individuelle rettighet er knyttet til at pasienten får en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte. Fristen settes enten til oppstart utredning eller oppstart behandling.

Fristen til start av nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gir pasientene en konkret rettighet som de kan håndheve overfor tjenesten. Helfo bidrar til å skaffe pasienter et tilbud dersom fristen brytes. Etter at spesialisthelsetjenesten fikk plikt til å melde fristbrudd til Helfo i 2015 har antall meldte fristbrudd økt.

Helsedirektoratet har vurdert om det bør gjøres endringer med hensyn til hvilken del av forløpet en frist bør knyttes til, og eventuelt på hvilket tidspunkt. Nedenfor vurderes ulike alternativer for på hvilke tidspunkter i pasientforløpet individuelle frister med rettigheter kan innføres.

Alternativ A: Fastsettelse av individuell frist til tidspunkt for start helsehjelp

Pasienten gis rett til frist for når helsehjelpen senest skal være startet. Dette gjelder også i dag. Fastsettelse av individuell frist til tidspunkt for start helsehjelp bidrar til at oppmerksomheten rettes mot starten av helsehjelpen, og unødig venting tidlig i forløpet unngås. Det er et alternativ som er enkelt å administrere, særlig dersom skillet mellom utredning og behandling blir opphevet - se punkt 5.2.1.

Alternativ B: Fastsettelse av individuell frist til tidspunkt for start behandling

Pasienten gis en rett til frist for når behandlingen senest skal være startet. Fristen kan settes i forbindelse med vurderingen av henvisningen, i løpet av utredningen, ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten, eller senere i forløpet. Fristen for start helsehjelp i spesialist-helsetjenesten er i dag innfridd når helsehjelpen er startet. Det skjer som oftest ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om fristen var satt til utredning eller behandling.

Forutsigbarhet for hva som skal skje, og når, er viktig for pasientene. En rett til frist for når behandlingen senest skal starte kan være et godt tiltak for å styrke forutsigbarheten. Start behandling vil imidlertid for de fleste pasienter være lenger ut i forløpet.

En uheldig vridningseffekt vil derfor kunne være at oppmerksomheten rettes mot start behandling og ikke starten av forløpet.

Det kan også være vanskelig å vurdere når det er avklart om og eventuelt hva slags behandling en pasient har behov for. Det kan anføres at problematikken rundt skillet mellom hva som er utredning og hva som er behandling, som foreslås fjernet i punkt 5.2.1, til dels vil bli opprettholdt.

Oppsummert er det vanskelig både å avgjøre når fristen skal settes og hvor lang fristen skal være. Det vil heller ikke nødvendigvis bidra til at pasienten kommer raskt inn i spesialist-helsetjenesten.

Etter Helsedirektoratets vurdering er derfor ikke dette tiltaket godt egnet som del av en modell der individuelle rettigheter og frister blir videreført.

Alternativ C: Fastsettelse av individuell frist til tidspunkt for avslutning av helsehjelpen

Dagens rettslige regulering vektlegger inngangen i forløpet og ikke om pasienten får/har fått den helsehjelpen pasienten har behov for. Vi har derfor vurdert om det bør innføres individuell frist til tidspunkt for avslutning av helsehjelpen.

For pasienten, og for andre som har et ansvar for videre oppfølging av pasienten, kan det være en fordel at det fremgår helt klart og tydelig når helsehjelpen er tenkt avsluttet. For tjenesten vil det imidlertid være vanskelig å fastsette riktig tidspunkt for når helsehjelpen skal være avsluttet, enten det skjer tidlig eller sent i forløpet. Det kan også føre til et press om å bli ferdig med helsehjelpen, og dette kan igjen føre til dårligere kvalitet på tjenesten pasienten får. Å knytte en individuell frist til tidspunktet for avslutning av helsehjelpen er etter vår vurdering ikke hensiktsmessig.

Oppsummering

Vi har drøftet alternative tidspunkt for fastsettelse av individuelle frister i pasientforløpet. Fastsettelse av individuell frist til tidspunkt for start helsehjelp er etter vår vurdering det beste alternativet. Det vil bidra til at oppmerksomheten rettes mot starten av helsehjelpen, og unødig venting tidlig i forløpet unngås. Dette alternativet er etter vår vurdering også det som er enklest å administrere i praksis. Tiltaket inngår som et hovedelement i modellforslag A, som drøftes videre i kapittel 6.1.

5.2.4. Endring fra individuelle til generelle rettigheter med frist

Når spesialisthelsetjenesten i dag mottar en henvisning, får pasienter som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten fastsatt en individuell juridisk bindende frist (dato) for når helsehjelpen senest skal starte. I dette systemet får dermed hver enkelt pasient en individuelt tilpasset rett til helsehjelp og en individuelt basert frist knyttet til denne. Fristen fastsettes på grunnlag av informasjon i henvisningen og bruk av prioriteringsveilederne. Prioriteringsveilederne gir veiledning på gruppenivå, men det presiseres at individuelle forhold skal hensyntas før fristdato settes. Flere tilstander i prioriteringsveilederne har lange maksimalfrister (et par år) for oppstart helsehjelp.

Som alternativ til individuell frist kan reguleringen av pasientforløpet innrettes etter generelle rettigheter med frist. Med generell frist menes i denne sammenheng at alle pasienter som etter vurdering gis rett til nødvendig helsehjelp, får samme frist, dvs. en generell rettighet. Fristen kan være til første oppmøte på sykehuset eller til at utredningen skal være ferdig. Ved

å sette fristen rimelig kort vil dette kunne fungere som et sikkerhetsnett for at alle blir ivaretatt innen rimelig tid.

I Danmark, Finland og Sverige praktiseres generelle rettigheter istedenfor individuell rett, både for regulering av inngangen til spesialisthelsetjenesten og for det eventuelle videre pasientforløpet. Generelle rettigheter innrettet på en forsvarlig måte kan tenkes å gi mindre uønsket variasjon.

Nedenfor presenteres to innretninger av tiltak som begge har generelle rettigheter og frister, men som har frist til ulike hendelser i pasientforløpet samt andre ulike reguleringsmekanismer.

Alternativ A: Generell rettighet med frist og forløpskontroll

Pasienter med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil med dette tiltaket få lovhjemlet rett til første oppmøte innen en gitt frist. Pakkeforløp har egne løp, men vil også ha en rett til første oppmøte innen samme frist som et sikkerhetsnett. Ved fristbrudd gir Helfo tilbud om helsehjelp annet sted, som belastes helseforetaket (tilsvarende fristbruddordningen i dagens system). Helseforetakene foreslås målt på andel fristbrudd for første oppmøte.

Forløpskontrollen består i at det på første oppmøte i spesialisthelsetjenesten avtales når neste oppmøte skal være – med dato og tid. Tilsvarende gjøres gjennom forløpet, enten det er videre på samme helseforetak eller overføring til annet behandlingssted. Forløpskontrollen foreslås ikke som en lovhjemlet rettighet. Overskridelser av avtalt oppmøtetidspunkt utover i forløpet måles som avvik. Forløpskontroll vil tilsvare «passert planlagt tid», som allerede registreres i dag og dermed ikke krever større endringer i rapporteringssystemene.

Målet med tiltaket er å gi enkle og forutsigbare rettigheter og registrering, og samtidig gi mulighet for kontroll og oppfølging i forløpet. Pasienten kommer raskt inn, det legges til rette for effektive utredning-/behandlingsforløp.

Uønsket variasjon kan oppstå ved individuell vurdering av en henvisning, både med hensyn til om pasienten får rett til utredning eller behandling og fristdato. Det forhindres ved at fristen er generell til første oppmøte. En relativt kort, men gjennomførbar, generell frist vil fungere som et sikkerhetsnett for alle.

Pasienter som har behov for mer enn én kontakt i spesialisthelsetjenesten, får et mer forutsigbart forløp gjennom forløpskontrollen. Tiltaket bidrar til at risikoen for å vente for lenge til neste kontakt reduseres. Forløpskontrollen gjør at muligheten reduseres for at pasienter tas raskt inn for så å måtte vente lenge på neste oppmøte/operasjon/videre utredning eller behandling. Forløpskontrollen i tiltaket ivaretar kronikere og pasienter som har behov for mer enn ett oppmøte (evt. også ø-hjelpsinnlagte). Pasienter som ville ventet

lenge vil få god nytte av tiltaket. De det haster med, vil komme raskt til (og utredes raskt) både i dagens modell og en modell med generelle frister.

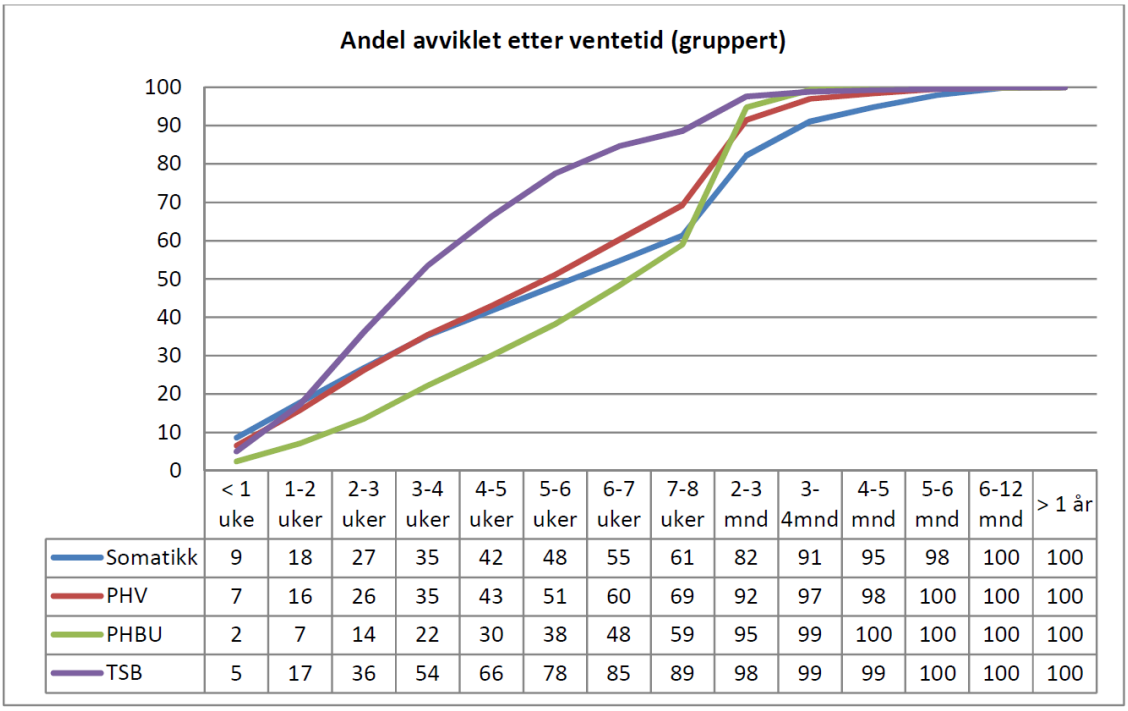
Tiltaket bidrar til at vurderingen av henvisningen forenkles. Det blir mindre administrativt arbeid for merkantilt personell med å følge opp om fristen er innfridd eller ikke. Enkel registrering legger til rette for færre feil og dermed bedre kvalitet på rapporteringen blant annet til NPR.

Med dette tiltaket bortfaller individuelle frister for inngangen til spesialisthelsetjenesten.

Flere hensyn må veies opp mot hverandre når lengden på den generelle fristen skal fastsettes. Det er et grunnleggende hensyn i vår helsetjeneste at de mest alvorlig syke skal prioriteres først. En kort generell frist vil gi alle pasienter en rask tilgang til spesialist-helsetjenesten. Jo kortere fristen settes desto større blir gruppen pasienter som skal ha helsehjelp tidligere enn i dag. Dette kan innebære at pasienter som er i et forløp, får neste time avtalt noe lenger frem i tid ved manglende kapasitet. Forløpskontroll vil kunne motvirke denne risikoen. En lang frist vil gjøre at rettigheten får mindre betydning for en større gruppe pasienter.

I dag har ca. 50 % av pasientene kun én kontakt/ett oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Figuren nedenfor viser at i 2017 ble 82 % av pasientene som var henvist til planlagt behandling innen somatiske fagområder tatt av ventelisten innen 3 måneder. Det betyr at de hadde sin første time i spesialisthelsetjenesten innen 3 måneder. Innen psykisk helsevern for voksne ble 92 % av pasientene tatt av ventelistene innen 3 måneder, mens tilsvarende tall for BUP var 95 % og TSB 98 %[38].

[38] Rapportene ligger her: https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ventetider-og-pasientrettigheter



	< 1 uke	1-2 uker	2-3 uker	3-4 uker	4-5 uker	5-6 uker	6-7 uker	7-8 uker	2-3 mnd	3-4mnd	4-5 mnd	5-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år
Somatikk	9	18	27	35	42	48	55	61	82	91	95	98	100	100
PHV	7	16	26	35	43	51	60	69	92	97	98	100	100	100
PHBU	2	7	14	22	30	38	48	59	95	99	100	100	100	100
TSB	5	17	36	54	66	78	85	89	98	99	99	100	100	100

Figur 10 : Andel avviklet fra venteliste etter angitt ventetid per sektor 2017. Kumulativ prosent.

Tar man utgangspunkt i tallene fra 2017 ville en frist på 3 måneder innebære at 18 % av pasientene i somatikken ville få sitt første oppmøte tidligere enn i dag. Dersom fristen settes til 4 måneder ville tilsvarende tall være 9 %. Konsekvensene for tjenesten må utredes nærmere før man tar stilling til hvilken frist som skal settes. Det må tas høyde for at tallene bygger på dagens reguleringsmodell, og at disse vil kunne påvirkes av modellvalg.

I det videre har direktoratet tatt utgangspunkt i en generell frist på 3 måneder. Fristen kan vurderes satt kortere for barn. I rapporten er det lagt til grunn 2 måneder.

Tiltaket kan medføre kapasitetsutfordringer da alle skal til første oppmøte innen 3 måneder.

I somatikken har ca. 50 % av pasientene kun én kontakt, og deres pasientforløp i spesialisthelsetjenesten avsluttes med dette ene oppmøtet. Den resterende halvpart vil enten trenge flere undersøkelser og kontakter i forbindelse med utredningen for å få stilt en diagnose, de får behandling som del av utredning og/eller deres pasientforløp avsluttes med et møte i forbindelse med behandling.

Tiltaket anses ikke problematisk for pakkeforløp innen somatikken eller psykisk helse og rus. Pasienter som skal inn i pakkeforløp følger sine egne løp, men vil også ha rett til oppmøte innen 3 måneder.

Tiltaket krever lov- og forskriftsendringer. Det krever også bedre køstyring fra regionale helseforetak. Det regionale helseforetaket bør i større grad (om-)fordele pasienter mellom sine helseforetak for å unngå fristbrudd (3 måneder). En grunnleggende forutsetning vil

likevel være at pasientene har fritt behandlingsvalg. Pasienten kan velge hvor henvisningen skal vurderes og hvor de skal motta helsehjelp.

Tiltaket legger til rette for nye kvalitetsindikatorer: Avvik fra avtalt tid til oppmøter utover i forløpet (etter første) kan brukes som kvalitetsindikatorer og gir grunnlag for sammenlikning mellom helseforetak/regionale helseforetak.

Økt bruk av kvalitetsbasert finansiering kan brukes til å stimulere til å overholde avtaler utover i forløpet.

Alternativ A: «Generell rettighet med frist og forløpskontroll» med en frist på 3 måneder legges til grunn for modellforslag B, som drøftes videre i kapittel 6.2.

Alternativ B: Utredning ferdig innen 30 virkedager

Et alternativ til å knytte den generelle rettigheten til et første oppmøte innen 3 måneder kan være å se hen til den danske modellen hvor pasienter får generell frist knyttet til når utredning skal være ferdig. Pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten og vurdert til å ha behov for nødvendig helsehjelp, får en frist for når utredningen skal være ferdig. Forutsetningen er at det er gjennomførbart basert på en faglig vurdering. Hvis det ikke er gjennomførbart, kan det kreves at det innen samme frist lages en utredningsplan som beskriver undersøkelsene sykehuset forventer at pasienten skal gjennomgå. Fristen kunne være 30 virkedager – I Danmark skal utredning i utgangspunktet være gjennomført innen 30 dager.

Overført til norske forhold ville fristen løpe fra den dato spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen til pasienten er ferdig utredet og informert om resultatet, alternativt har mottatt en utredningsplan. Hvis et helseforetak ikke selv kan utrede pasienten innen 30 virkedager, kan det gis mulighet for å prøve å få pasienten utredet innen 30 virkedager på andre offentlige eller private sykehus. Brytes 30-dagersfristen ville pasienten få rett til at Helfo finner et tilbud uten opphold. Hvis spesialisthelsetjenesten fant annet tilbud og pasienten takker nei, kunne 30-dagersfristen oversittes. Retten til faglig forsvarlig helsehjelp vil uansett gjelde.

Pasienter vil med dette tiltaket kunne komme raskt inn til en forutsigbar utredning, enten den skjer innen 30 virkedager eller det legges en utredningsplan. Pasienter som trenger utredning i spesialisthelsetjenesten vil i tillegg beholde sin rettighet til utredningen er ferdig. Med en generell frist vil også prioriteringspraksis kunne bli likere. Skjønnsmessige vurderinger omkring utredningen kan likevel bli krevende.

Selv om det ligger en forenkling i at fristen er den samme for alle pasienter, vil en slik ordning innføre en rekke skjønnsmessige vurderinger med muligheter for uønsket variasjon, i tillegg til uhensiktsmessige konsekvenser.

Skillet mellom rett til utredning og behandling vil ved innføring av dette tiltaket bli opprettholdt. Begrunnelsen for dette er at kun pasienter som skal utredes, skal ha rett til frist til ferdig utredning (alternativt en utredningsplan). De øvrige må settes opp til behandling innen forsvarlig tid, uten annen regulerende tidsramme. Evaluering fra Danmark har vist at selv om loven er klar, er det en rekke usikkerheter i klinikken når det gjelder fortolkning. De påpeker også at skillet mellom utredning og behandling ikke alltid passer i den kliniske virkeligheten.

En slik ordning medfører at det må vurderes hva som skal til for at fristen blir innfridd for den enkelte pasient. Det må først vurderes om det er faglig mulig å utrede pasientens helsetilstand i løpet av 30 virkedager, eller om pasienten skal få en utredningsplan. Det må utarbeides nærmere retningslinjer for hva som skal til for at pasienten anses som ferdig utredet, og for hva en utredningsplan skal inneholde. Et regelverk for en slik ordning må også skille mellom om det er faglige grunner eller kapasitetsmessige grunner til at frist ikke innfris, fordi det bare vil være manglende utredning på grunn av for dårlig kapasitet som vil medføre fristbrudd.

Dersom 10 dagers vurderingsfrist skal opprettholdes, kan det oppstå situasjoner hvor det må lages en utredningsplan kun på bakgrunn av henvisningen. Det vil være krevende.

En 30 dagers frist til utredning kan medføre en økning i uønsket variasjon.

En 30 dagers utredningsfrist vil sette stort press på utredningskapasiteten, og det kan være fare for at det vil forskyve både videreutredninger av ikke alvorlige tilstander og behandlingstiltak. Om helsetjenesten i det hele tatt vil være i stand til å innfri en slik rettighet for en akseptabel andel av pasientene, er tvilsomt vurdert ut fra dagens kapasitet.

Helsedirektoratet vil ikke anbefale at dette tiltaket tas med i utviklingen modeller.

Oppsummering

Som alternativ til individuelle frister har vi drøftet ulike måter å regulere pasientforløpet gjennom generelle rettigheter med frist. Alternativ A: «Generell rettighet med frist og forløpskontroll» med en frist på 3 måneder legges til grunn for modellforslag B, som drøftes videre i kapittel 6.2.

5.2.5. Andre tiltak for å regulere pasientforløpet enn bindende frister

Helsedirektoratet har i dette arbeidet fått mange innspill om utfordringer knyttet til ulike aspekter ved den individuelle fristen. Fristen er et sentralt element i dagens modell. Den gir pasientene en konkret rettighet, inngår i ventetidsstatistikken og andel fristbrudd inngår i kvalitetsindikatorer. I tillegg setter Helse- og omsorgsdepartementet som mål i oppdragsbrev til de regionale helseforetakene at det ikke skal være noen fristbrudd.

I kapittel 2.5 peker Helsedirektoratet blant annet på disse mulige utfordringene i dagens modell:

- Risiko for at pasienter som står på venteliste prioriteres på bekostning av pasienter med mer alvorlig tilstand i et forløp.
- Utilstrekkelige mekanismer for oppfølging av forløp etter innfridd frist kan medføre mindre forutsigbare forløp

Pasientenes rett til å starte helsehjelp innen fristen som er fastsatt, og retten til å få et annet tilbud via Helfo hvis fristen blir brutt, styrker pasientenes rettigheter ved innledningen av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Men Pasient- og brukerombudene har i årsmeldingene for 2016 og 2017 uttrykt bekymring for at spesialisthelsetjenestens fokus på å unngå fristbrudd for oppstart behandling går ut over kvaliteten på det totale pasientforløpet[39].

Risikoen for at spesialisthelsetjenesten prioriterer nyhenviste pasienter som nærmer seg dato for den fastsatte fristen fremfor pasienter med mer alvorlige tilstander som allerede er i et forløp og har fått innfridd fristen, er påpekt av flere.

Selv om den individuelle fristen vil være et gode for enkelte pasienter, er det spørsmål om den har fått en for stor betydning i dagens modell. Vurderinger av alvorlighet, nytte og ressursbruk vil være relevant i prioriteringsvurderinger gjennom et pasientforløp. Vurderingen av disse kriteriene er i dag formalisert ved vurderingen av henvisningen og fastsettelsen av frist. Når prioriteringsvurderingen ikke er formalisert med frist for pasienter som er i et forløp, øker det risikoen for at denne gruppen i praksis prioriteres lavere. Både individuelle og generelle frister kan ha denne effekten. Dersom fristene fjernes vil både nyhenviste og pasienter som er i forløp, prioriteres ut fra faglige kriterier i større grad enn det som til dels gjøres i dag.

Pasientrettigheter har vært et helt sentralt virkemiddel for å sikre pasientene tilgang til spesialisthelsetjenesten. Dagens teknologiske muligheter åpner for bedre monitorering og styring av virksomheten. Informasjon om helsetjenesten vil bli stadig mer tilgjengelig for alle. Gjennom å ta disse mulighetene i bruk på en god måte, kan helsetjenesten legge til rette for at pasienter i større grad kan medvirke i pasientforløpet og få informasjon om ventetider

[39] Årsmeldinger for pasient- og brukerombudene: https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/arsrapporter

og fremdrift. I et slikt perspektiv kan det argumenteres for at lovregulering av frister ikke er et fremtidsrettet virkemiddel.

Det er nødvendig å kunne følge med på ventetider i spesialisthelsetjenesten, og rapportering og måling vil være nødvendig på lokalt og nasjonalt nivå. I dagens modell er fristen utgangspunkt for nasjonal statistikk og måling av ventetider. Dersom man går bort fra bruk av frister må det drøftes hvilke mål som skal settes for ventetider og utvikles systemer for rapportering og måling av ventetider og måloppnåelse.

Tiltakene som beskrives nedenfor er knyttet til en situasjon uten juridisk frist for start helsehjelp.

Sørge-for-ansvaret

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Mer konkret har de ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. De skal sørge for at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp oppfylles. Dette omtales ofte som et sørge-for-ansvar. Tilbudet av spesialisthelsetjenester skal innrettes i tråd med overordnede helsepolitiske mål og beslutninger, behovet i helseregionen og en effektiv forvaltning av tildelte ressurser.

De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak og tilknyttede virksomheter. Sørge-for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og praktiserende spesialister, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd. Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester. I praksis har de regionale helseforetakene innrettet styringen slik at helseforetakene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde.

De regionale helseforetakene planlegger og styrer funksjonsfordeling, lokalisering, dimensjonering og investeringer for å ivareta et helhetlig regionalt tilbud. De kan delegere oppgaver til helseforetakene, men ikke delegere sørge-for-ansvaret.

De regionale helseforetakene har ansvaret for at det er tilstrekkelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at alle pasienter starter helsehjelp innen forsvarlig tid. Dersom retten til individuell frist blir opphevet vil spesialisthelsetjenesten fremdeles ha ansvar for dette. Helfo vil imidlertid ikke lenger ha ansvar for å fremskaffe et annet tilbud «uten opphold» for å sikre at pasienter ikke må vente uforsvarlig lenge. Bortfall av denne ordningen ville innebære bortfall av en tilgjengelig reservekapasitet som i dag supplerer kapasiteten de regionale helseforetakene har planlagt med, jf. at det i 2017 ble meldt ca. 8 000 fristbrudd til Helfo. Det innebærer at risikoen for at pasienter må vente for lenge på oppstart av helsehjelp ville øke.

Dersom retten til individuell frist oppheves vil spesialisthelsetjenesten ikke lenger ha lovpålagt plikt til å fastsette en individuell frist basert på forsvarlighetsvurderinger. Den vil fremdeles ha plikt til å fastsette tidspunkt for oppstart av helsehjelp for alle pasienter (første oppmøte i spesialisthelsetjenesten), og det må gjøres forsvarlighetsvurderinger i den forbindelse. Det medfører at spesialisthelsetjenesten vil måtte følge med på oppstart til planlagt tid for nyhenviste pasienter for å kunne sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp til forsvarlig tid. Men pasientene vil ikke ha rettigheter knyttet til fristbrudd som i dag.

Det bør vurderes å tydeliggjøre sørge for-ansvaret gjennom å pålegge de regionale helseforetakene plikt til å følge med på hvor lenge pasientene venter på start helsehjelp og om noen venter for lenge. Slike bestemmelser kan gis i forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-4, som hjemler dagens ventelisteregistreringsforskrift. Det må i så fall vurderes hvordan man skal definere hva det vil si å vente for lenge og eksempelvis om det skal registreres og rapporteres ventetider lenger inn i forløpene.

Det er et alternativ å lov-/forskriftsfeste en plikt til aktivt å følge med på om pasienter venter for lenge og til eventuelt følge dem opp. Det ville forutsette endringer i spesialist-helsetjenesteloven. Før man kan pålegge de regionale helseforetakene eller spesialist-helsetjenesten en slik aktivitetsplikt må det utredes nærmere hva som eventuelt skal utløse plikten (når har en pasient ventet for lenge) og hva slags oppfølging pasientene skal få. Eksempelvis kan spesialisthelsetjenesten pålegges å skaffe pasienter helsehjelp uten opphold dersom pasientene venter for lenge eller dersom helsehjelpen blir utsatt én eller flere ganger.

En slik ordning ville ha mange likhetstrekk med dagens ordning. Spørsmålet er derfor om den ville videreføre ulempene, samtidig som pasientene ville miste fordelene med at det er en annen instans enn spesialisthelsetjenesten selv som skal ivareta pasientenes behov for helsehjelp uten opphold.

Det kan også vurderes om de regionale helseforetakene skal få plikt til å etablere enheter som skal informere, veilede og rådgi pasienter om rettigheter, herunder retten til å velge behandlingssted og om ventetider, og veilede henvisende personell om fritt behandlingsvalg og om pasientenes valgmuligheter. Plikten til å informere pasienter er i dag lagt på den enkelte helseinstitusjon jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. Regionale enheter med oversikt over behandlingstilbud og kapasitet i regionen ville også kunne bistå helsepersonell med å finne ledig kapasitet andre steder dersom ventetidene blir for lange.

For pasientene vil det være en fordel å få veiledning og bistand i alle stadier av forløpet, og det antas at det vil være en fordel om det er en enhet organisert utenfor det aktuelle helseforetaket/virksomheten som skal følge opp for lange ventetider. For helseforetakene ville en slik formalisert ordning bidra til å holde oppmerksomhet på at pasientene får oppstart av helsehjelp til riktig tid, og de regionale helseforetakene ville få informasjon om kapasitet og måloppnåelse. Ordningen kunne også ses i sammenheng med en køstyrings-/ logistikkfunksjon i de regionale helseforetakene.

Å lovfeste en plikt til å etablere slike pasientrådgivningsenheter ville tydeliggjøre de regionale helseforetakenes ansvar, og gi pasientene ett sted å henvende seg. Dette ville imidlertid være et omfattende grep fordi det i så fall måtte gjøres avgrensninger opp mot blant annet Helfos og pasient- og brukerombudenes ansvar og roller. Helsedirektoratet har derfor ikke gått nærmere inn på dette her. Gjennom Pasientrådgiverne har de regionale helseforetakene allerede etablert en slik funksjon som vil kunne videreutvikles også uten lovfesting.

Forbedringsarbeid – forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. De regionale helseforetakene har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring fra 2016 skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften er ment å være både et verktøy for systematisk styring og ledelse av virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, og for kontinuerlig forbedring.

Forskriften slår fast at virksomhetens ledelse har ansvar for at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det skal fremgå av styringssystemet hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedrings-områder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Pasientsikkerhetsprogrammet i Helsedirektoratet har utviklet en rekke tiltakspakker for ulike områder i helse- og omsorgstjenesten for å redusere risiko for pasientskader.

Å sette mål for virksomheten er en del av plikten til å planlegge. Regelverket pålegger ikke helsetjenesten konkret å sette mål for virksomheten som understøtter gode pasientforløp og arbeide med kvalitetsforbedring på dette området. Det er ikke til hinder for at spesialist-helsetjenesten starter slikt systematisk arbeid. For eksempel står det i Strategi for 2015-2018 for St. Olavs hospital: *«Summen av faglig kvalitet på behandlingen, pasientenes tilfredshet og hvordan sykehuset bruker ressursene på beste måte, gir fremragende behandling. Standardiserte pasientforløp er en av bærebjelkene i sykehusets forbedringsprogram, og redskapet for å utvikle, implementere, lede og måle kvaliteten i behandlingen. Moderne IKT-verktøy skal følge pasientforløpene og gi nødvendig informasjon om faglig kvalitet og ressursbruk.»*

Spesialisthelsetjenesten arbeider kontinuerlig med å gi pasientene gode og forsvarlige helsetjenester og å følge opp pasienter som står på venteliste. Det vil de fortsette med uavhengig av om den individuelle fristen fjernes. I en situasjon der pasientenes individuelle frist og rettigheter ved fristbrudd ikke lenger inngår i kvalitetsindikatorer for spesialist-helsetjenesten, samtidig som Helfo ikke ivaretar pasienter som venter for lenge, vil likevel risikoen for at pasienter venter for lenge på oppstart av helsehjelp øke. Gjennom eksempelvis å sette mål for maksimal ventetid, å følge med på måloppnåelse og eventuelt sette i verk korrigerende tiltak vil spesialisthelsetjenesten ha et verktøy som sikrer at pasienter ikke venter uforsvarlig lenge på start av helsehjelp.

Kvalitet i forløp innebærer videre at sykehusene organiserer helsehjelpen med utgangpunkt i pasientens behov og preferanser slik at de opplever en godt koordinert og sammenhengende helsetjeneste som er innrettet slik at kontakter og planlagte tiltak er godt tilpasset den enkelte pasient. Når det samtidig også legges til rette for at pasientens kontakter med helsetjenesten og andre tiltak i pasientforløpene organiseres slik at helsepersonell lettere er i stand til å yte helsehjelp av høy kvalitet til riktig tid, vil antakelig både pasientene og helsepersonell / ledere i helsetjenesten oppleve en kvalitetsforbedring.

I arbeidet med kontinuerlig forbedring av pasientforløpene kan det utarbeides forløpsmål innen enkelte nøkkelområder som er nasjonale og som er av stor betydning for store grupper av pasienter, slik det er gjort i pakkeforløpene. Lokale forløpsmål kan utarbeides ved den enkelte enhet i spesialisthelsetjenesten, slik at ledere og helsepersonell involveres i utvikling av gode pasientforløp innen sitt område. Mål for gode pasientforløp bør utvikles i samarbeid med pasienter og brukere slik at opplevd kvalitet i et brukerperspektiv sikres.

Når det settes mål for å understøtte de gode forløpene, stimuleres sykehusene og helsepersonell til å finne løsninger som gir pasientene godt tilpassede og koordinerte tjenester og god ressursbruk. Gjennom å sette mål knyttet til godt koordinerte og forutsigbare pasientforløp, og å jobbe systematisk med kontinuerlig forbedring av virksomheten på dette området, vil pasienttilfredshet få større oppmerksomhet. Bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i evaluering av virksomheten er også en viktig del av kvalitetsforbedringsarbeid, og vil også være det i denne sammenhengen.

God informasjon om målene gir pasienter og andre en forutsigbarhet om hva de kan forvente seg i et pasientforløp. Det kan informeres om forventede ventetider og hva pasienter og pårørende kan forvente av tilbud og tjenester innen ulike områder. Slik informasjon kan gis i form av serviceerklæringer og bør ha et format som er enkelt og gjør informasjonen lett tilgjengelig for pasienter og brukerne av helsetjenesten.

Direktoratet mener det bør vurderes å forskriftsfeste spesialisthelsetjenestens plikt til å arbeide med pasientforløp i et kvalitetsforbedringsperspektiv. Helsedirektoratet har vurdert endringer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, men en slik regulering passer ikke i en helt generell forskrift som gjelder for hele helse- og omsorgstjenesten. En eventuell forskriftsregulering kan hjemles i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd.

Pasientenes rett til fornyet vurdering

Styrking av prosessuelle rettigheter i forløpet

Styrken ved dagens ordning med en individuell frist tilknyttet en rettighet er at den gir pasientene som opplever fristbrudd et krav overfor helsetjenesten. Hvis rettigheten oppheves blir pasientenes stilling i starten av forløpet svekket fordi spesialisthelsetjenesten ikke lenger er forpliktet til å yte helsehjelp innen et konkret tidspunkt. Det er spørsmål om pasientenes øvrige prosessuelle rettigheter kan utvides eller om det kan innføres nye slik at regelverket understøtter gode, forutsigbare pasientforløp på andre måter enn med dagens individuelle frist.

Rett til fornyet vurdering gjennom pasientforløpet

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand i spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3. Pasientene kan kontakte en allmennlege (fastlegen sin) og få en henvisning til et annet sted i spesialisthelsetjenesten som foretar en fornyet vurdering. Pasientens krav om ny vurdering må være relatert til ønsket om en fornyet vurdering ut fra den medisinske indikasjon som ligger til grunn i den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at pasienten er uenig i diagnosen eller vurderingen av sykdommens alvorlighet, eller det kan være uenighet med hensyn til behandlingsopplegg. Pasienten kan da velge hvilken av vurderingene som skal gjelde, og få helsehjelp på det aktuelle stedet. Rettigheten gjelder bare én gang for samme tilstand.

Innholdet i en fornyet vurdering vil svare til innholdet i en vurdering etter § 2-2. Det må altså vurderes om pasienten har behov for helsehjelp i form av utredning og/eller behandling. Legen som foretar den nye vurderingen skal avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og eventuelt fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest må ytes pasienten, jf. § 2-1b andre ledd. Kravet til forsvarlighet avgjør om pasienten må undersøkes klinisk av den nye spesialisten eller om en ny vurdering basert på henvisningen med sakens dokumenter er tilstrekkelig. Bestemmelsen gir ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, så lenge det ikke er nødvendig for å foreta en forsvarlig vurdering.

En ny vurdering skal være et selvstendig alternativ til den opprinnelige. Fornyet vurdering er noe annet enn en klage til Fylkesmannen, og den nye vurderingen er ikke nødvendigvis bedre enn den opprinnelige. Den nye vurderingen har ikke forrang fremfor den første vurderingen når det gjelder hva som skal legges til grunn ved senere behandling. Pasienten kan i samråd med henvisende lege velge hvilken av vurderingene som legges til grunn for henvisning til behandling, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 om pasientens rett til medvirkning og § 3-2 om pasientens rett til informasjon.

Det vil være naturlig at pasienten velger det behandlingsstedet som har gitt den valgte vurderingen, da behandlingsforløpet som følger av vurderingen ikke vil være bindende for et annet sykehus.

Retten til fornyet vurdering er først og fremst knyttet til vurdering og oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som er under utredning eller behandling for sin tilstand kan også ha ønske om å få en vurdering, en «second opinion», fra en annen behandler i spesialisthelsetjenesten, jf. også retten til medvirkning etter § 3-1. Det er ikke noe i veien for at en lege i spesialisthelsetjenesten henviser en pasient til vurdering hos en annen spesialist. Etter helsepersonelloven § 4 andre ledd har legen plikt til å innhente bistand der dette er nødvendig og mulig, slik at behandlingen blir forsvarlig. På samme måte som ved fornyet vurdering etter § 2-3 vil legen som skal henvise pasienten videre måtte vurdere om pasienten har noe å vinne på en slik «second opinion». Pasienter som ønsker behandling et annet sted i spesialisthelsetjenesten, kan også benytte seg av retten til å velge behandlingssted, jf. § 2-4. I så fall må behandlende enhet eller helsepersonell bistå pasienten.

De regionale helseforetakene er i ferd med å etablere en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av hva som er mulig behandling. Alvorlig syke pasienter som har fått beskjed om at helbredelse ikke er mulig, kan be legen sin om å kontakte ekspertpanelet og få vurdert om det finnes studier, utprøvende behandling eller andre alternativer som pasienten kan ha nytte av. Danmark har hatt en slik ordning i flere år, og bakgrunnen for at den innføres i Norge var saker der svært syke kreftpasienter på egen hånd reiste til utlandet for å få behandling som ikke var tilgjengelig i Norge.

Retten til fornyet vurdering ble innført samtidig med retten til vurdering. Det har blitt gjort flere endringer i retten til vurdering i etterkant. Det er mulig at det også bør gjøres endringer i retten til fornyet vurdering for å tilpasse den bedre til dagens situasjon. Det er spørsmål om retten til fornyet vurdering bør utvides slik at pasientene får en tydeligere rettighet gjennom forløpet enn med dagens bestemmelse. Det kan vurderes en oppmyking av begrensningen i hvem som kan henvise til en fornyet vurdering og av presiseringen av at retten bare gjelder én gang for samme tilstand. Potensielle kapasitetsutfordringer og uheldige vridningseffekter i prioritering av pasienter som følge av slike endringer må utredes nærmere. Dette er et tiltak som kan vurderes uavhengig av en eventuell ny modell for regulering av pasientforløp.

Fornyet vurdering av oppstartstidspunkt:

Fornyet vurdering kan i en modell uten individuell juridisk bindende frist for start helsehjelp, utvides til å gi pasienter som mener de har ventet for lenge en rett til å anmode en instans om vurdering av ventetiden. Den aktuelle instansen må kunne pålegge spesialisthelsetjenesten å fremskynde oppstart av helsehjelpen eller finne et alternativt tilbud. Ordningen ville kunne fungere som et sikkerhetsnett.

For å kunne gi merverdi for pasientene måtte en slik ordning sikre at pasientene som får medhold, får et tilbud raskt. En instans som skal foreta en slik ny vurdering må ha nødvendig kompetanse for å gjøre vurderinger av behov for helsehjelp, og i tillegg mandat til å binde spesialisthelsetjenesten til å ta inn pasienter på et gitt tidspunkt, eventuelt mulighet til å fremskaffe et tilbud til pasienten på samme måte som Helfo gjør i dag. Aktuelle instanser utenfor spesialisthelsetjenesten kunne være Fylkesmannen, Helfo, Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten eller Pasient- og brukerombudene, men ingen av disse ville kunne ivareta en slik rolle i dag. Helsedirektoratets vurdering er at en slik ordning vanskelig vil la seg gjennomføre av flere grunner, og har ikke utredet den nærmere.

Oppsummering

Utdyping av spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring av pasientforløp er tiltak som kan bidra til å understøtte helsetjenestens arbeid med gode og sikre pasientforløp, samtidig som pasientenes stilling ivaretas på en god måte.

Modell C som drøftes nærmere i kapittel 6.3 bygger videre på at pasientene ikke får en frist knyttet til oppstart av pasientforløpet og setter disse tiltakene sammen med nye målepunkter og andre modelluavhengige tiltak.

5.3. Modelluavhengige tiltak

I dette delkapitlet er det beskrevet tiltak som vil kunne understøtte gode, sikre og forutsigbare pasientforløp uavhengig av modell. Tiltakene har utgangspunkt i innspill direktoratet har fått gjennom arbeidet med rapporten:

- Styrking av henvisningsprosess og -dialog
- Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasient og pårørende
- Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak
- Styrking av utskrivningsprosessen
- Økonomiske virkemidler som kan styrke fokus på helhetlige pasientforløp

5.3.1. Styrking av henvisningsprosess og -dialog

Det er behov for styrking av henvisningsprosessen og forbedret dialog mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. I det etterfølgende omtales tiltak som kan bidra til å gi et bedre grunnlag for å vurdere hva som er riktig behandlingsnivå og hastegrad for pasienter som vurderes henvist til spesialisthelsetjenesten, samt tiltak som kan bedre informasjons-utvekslingen mellom henviser og spesialisthelsetjeneste i henvisningsprosessen.

Tiltakene som omhandles er:

- 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

Styrket henvisningsdialog (gjennom elektroniske verktøy)

Dialog i forkant av og under henvisningsprosessen er viktig både med tanke på å unngå feilsendte henvisninger, unngå unødige henvisninger, bedre kvaliteten på henvisningene og sikre riktige beslutninger. Muligheter for en mer interaktiv dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til raskere avklaringer og beslutninger slik at pasientens behov for helsehjelp blir bedre ivaretatt.

Det pågående nasjonale initiativet *helsefaglig dialog* skal bidra til økt kvalitet på henvisningene og dekke noen av behovene som er påpekt i Riksrevisjonens rapport om henvisninger[40]. Helsefaglig dialog er en funksjonalitet i journalløsningene som muliggjør toveis kommunikasjon mellom helsepersonell. Det pågår aktivitet for innføring av en ny henvisningsmelding («Henvisning 2.0»), hvor rettighetsdata og andre viktige forløpsvariabler

[40] Riksrevisjonen (2018): «Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten». Dokument 3:4 (2017-2018)

skal kommuniseres på en strukturert form på tvers av behandlingssteder i spesialisthelsetjenesten. Innføring av «henvisning 2.0» hos fastlegene gjøres samtidig med innføring av henvisningsveilederen og kobling til diagnoseveilederne for pakkeforløp kreft. Disse initiativene vil kunne bidra til å styrke dialog i henvisningsprosessen.

Elektronisk involvering av spesialisthelsetjenesten i pasientkontakter

Muligheten for å gjennomføre elektroniske møter (tekst, video og bilde) mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten kan bedre henvisningsprosess og dialog. Pasienten kan delta enten gjennom oppmøte hos fastlegene eller gjennom egen oppkobling til i et egnet digitalt medium. Å gjennomføre pasientkonsultasjoner ved hjelp av digitale flater kan i noen tilfeller også være ressursbesparende.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å utrede muligheten for å realisere e-konsultasjoner hos fastlege. Økt bruk av e-konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten kan også vurderes som et tiltak. Elektronisk møte krever en tilstrekkelig infrastruktur med verktøy for effektiv kommunikasjon i sikre kanaler.

Møte/vurderingssamtale ved usikkerhet i vurdering av henvisning

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten gjør gode vurderinger av henvisningene. Samtidig viser det seg at de som vurderer henvisningene i en viss utstrekning gjør ulike vurderinger med ulike utfall for samme tilstand/diagnose[41]. Forskjellene er særlig store innenfor psykisk helsevern, men mindre innenfor somatikk og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Det er følgelig en risiko for at pasienter som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ikke får det.

Den totale andelen pasienter som ble vurdert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten var syv prosent i 2017. I Helsedirektoratets rapport fra 2017[42] fremgår det at pasienter avvist på grunn av manglende medisinsk indikasjon var under fire prosent i 2016. Det er en høyere andel avvisninger i psykisk helsevern enn i somatikk. Nasjonalt styringsmål for psykisk helsevern voksne i 2017 viser at andelen som ikke fikk rett til helsehjelp samlet sett for alle helseforetakene var omtrent 20%.

Et tiltak som kan styrke beslutningsgrunnlaget kan være å innføre et krav til spesialisthelsetjenesten om at den skal gi et tilbud om en vurderingssamtale ved usikkerhet om pasienten skal få rett til helsehjelp eller ikke. Pasienten vil da kunne møte spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig vurderingsteam før det tas beslutning om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke.

[41] Rapport om prioritering av henvisninger i psykisk helsevern 2017. Lovisenberg Diakonale Sykehus AS i samarbeid med konsernrevisjonen og Fagråd psykisk helsevern i Helse Sør-Øst RHF.
Grepperud & Bei (2012): «Mange tjenester til få – eller færre til flere?», Tidsskrift for norsk psykologforening 49/2012.
Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

[42] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

Resultatet av rettighetsvurderingen vil da være at pasienten enten har fått rett eller ikke rett til helsehjelp, eller tilbud om en vurderingssamtale.

Vurderingssamtalen kan enten skje innenfor vurderingsperioden på 10 virkedager eller den kan finne sted etter denne vurderingsperioden.

Vurderingssamtalen vil kunne bidra til at pasienten får formidlet sitt behov for helsehjelp på en god måte og samtidig gi spesialisthelsetjenesten et bedre og tryggere grunnlag for de vurderingene og beslutningene som skal tas. Pasienten vil kunne føle seg bedre ivaretatt i vurderingsprosessen og få en bedre en forståelse for hva som bør være den videre oppfølgingen.

Ved at pasientene gjennom vurderingssamtalen får anledning til å redegjøre for sin situasjon og på den måten i større grad får mulighet til å påvirke hvilken helsehjelp de eventuelt får, kan dette imidlertid bidra til en uønsket forskjellsbehandling av pasientene.

Personlig oppmøte vil kunne oppleves som mer tungvint for pasienten, særlig der pasienten har lang reisevei. Pasienten vil også kunne oppleve det som et press – en «testsituasjon» hvor pasienten må bevise at vedkommende er «syk nok» til å trenge hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Innføring av slike vurderingssamtaler vil være tid- og ressurskrevende. Det vil skape ekstraarbeid for klinikere og det kan være en risiko for tungvinte prosesser. I tillegg kan slike vurderingssamtaler fortrenge innsatsen rettet mot de som allerede har fått rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid gjort enkelte beregninger innenfor psykisk helsevern som viser at en relativt liten omfordeling av behandlingstid mellom polikliniske pasienter, en reduksjon på 2-5 prosent polikliniske konsultasjoner, i sum er tilstrekkelig til å unngå at pasienter på distriktspsykiatriske sentre (DPS) ikke får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten uten å bli vurdert nærmere (Grepperud og Bei 2012)[43]. Eksempelvis har man ved Halden DPS satt seg som mål å ta alle henviste inn i forbindelse med vurdering av henvisningen. Dette ble evaluert i juni 2018 og viser at andel avviste ble redusert fra 50 % til 9 %. Alle ble vurdert av spesialist og ingen klager ble mottatt etter at kontakten ble avsluttet.

Å ta alle eller de man er usikre på inn til samtale kan også øke henvisningsraten til spesialisthelsetjenesten, siden henviser vet at alle pasienter det knytter seg usikkerhet til skal innkalles til vurderingssamtale. På den annen side kan man ikke se bort fra at vurderingssamtaler som bidrar til bedre vurderinger, på sikt kan bidra til bedre henvisninger og kanskje også færre henvisninger. Det vil uansett ligge en viss grad av subjektivitet i hva «usikkerhet» innebærer, noe som i seg selv kan skape utilsiktede variasjoner.

[43] Grepperud & Bei (2012): «Mange tjenester til få – eller færre til flere?», Tidsskrift for norsk psykologforening 49/2012

Når det gjelder tidspunktet for når vurderingssamtalen skal finne sted, er det i hovedsak to muligheter; i løpet av vurderingsperioden på 10 virkedager, eller innen etter et nærmere angitt tidspunkt.

Det vurderes å være mest hensiktsmessig dersom samtalen finner sted i løpet av vurderingsperioden på 10 virkedager, men med en såpass kort vurderingsperiode vil det trolig være vanskelig å få gjennomført en slik samtale. Da vurderingsperioden ble kortet ned fra 30 til 10 virkedager la man opp til at vurderingen i hovedsak skulle skje på bakgrunn av henvisningen. Tidligere da vurderingsperioden var 30 virkedager var det lagt opp til at supplerende opplysninger skulle innhentes eller pasienten skulle innkalles til undersøkelse der det var nødvendig.

En annen mulighet er å utvide vurderingsperioden for de pasientene tjenesten er usikker på om har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Etter at vurderingssamtalen er gjennomført og det er tatt stilling til om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke, vil eventuelt fristen for oppstart helsehjelp settes.

Dersom man skulle gå inn for et slikt tiltak må en av forutsetningene for en vurderings-samtale være god presisering av hva som skal være hensikten med den, hvem som bør delta og at dette må formidles til pasienten på en god måte.

Det må også vurderes nærmere hvilken frist som bør settes for når en slik vurderingssamtale bør finnes sted.

En vurderingssamtale kan lovfestes ved at det tas inn som en plikt for tjenesten og eventuelt en rettighet for pasienten. Dette vil i tilfelle kreve endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Alternativt kan dato for gjennomføring av en vurderingssamtale legges inn som et prosesstrinn uten særskilt regulering.

Siden problemet er størst innenfor psykisk helsevern har Helsedirektoratet vurdert om vurderingssamtaler kun skulle gjelde for pasienter innenfor psykisk helsevern, men har kommet til at det er lite heldig å skille mellom pasienter i psykisk helsevern, TSB og somatikk på denne måten. Dessuten vil innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus kunne bidra til å redusere variasjonen knyttet til vurdering av henvisningene.

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.

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

I dag er det ikke et krav om begrunnelse når spesialisthelsetjenesten kommer til at en pasient ikke har rett til nødvendig helsehjelp, selv om det ofte gjøres. Det er også lagt opp til det i brevmalene som Helsedirektoratet har laget og som anbefales brukt.[44]

Det bør vurderes om det skal være et krav om at pasienten og henviser alltid skal få en forklaring på hvorfor pasienten ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og eventuelt veiledning om hvordan pasienten kan følges opp videre. Helsedirektoratets rapport fra 2017 viser at under 4 % av pasientene ble avvist på grunn av manglende medisinsk indikasjon.

Forvaltningslovens kapittel IV og V om saksforberedelse ved enkeltvedtak og om enkeltvedtak, herunder begrunnelsesplikten[45], gjelder ikke for avgjørelser av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I forarbeidene er det lagt vekt på at disse bestemmelsene ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. Det er en helsefaglig vurdering som foretas, som ikke skal begrunnes.

Dersom en pasient er uenig i den vurderingen som er foretatt av spesialisthelsetjenesten kan pasienten be om en fornyet vurdering, klage til fylkesmannen, eller godta vurderingen som er foretatt. Det kan være vanskelig for pasienten å foreta en selvstendig vurdering av om avgjørelsen som helsetjenesten tar er riktig eller ikke. Det kan også være vanskelig for pasienten å forstå avslaget. Når pasienten blir henvist fra fastlege eller annet helsepersonell til spesialisthelsetjenesten, har pasienten en forventning om at hun eller han har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Et mulig tiltak er å lovfeste at det alltid skal gis begrunnelse og veiledning når spesialisthelsetjenesten konkluderer med at pasienten ikke har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. En begrunnelse gjør det mulig for fastlege/henviser og pasient å vurdere avgjørelsen, og eventuelt be om fornyet vurdering.

En helsefaglig begrunnelse for avslaget legger til rette for bedre oppfølging av pasienten eventuelt også ved henvisning til andre deler av spesialisthelsetjenesten. Selv om det kan innebære en økt arbeidsbyrde for spesialisthelsetjenesten vil det på en bedre måte sikre at tjenesten foretar helsefaglige vurderinger som er godt dokumentert. En slik begrunnelse vil kunne være god læring både for spesialisthelsetjenesten og henviser, og derfor på sikt kunne være arbeidsbesparende for tjenesten.

Pasientpopulasjonen i primær- og spesialisthelsetjenesten er svært ulike, noe som krever gjensidig kunnskap om hverandres utfordringer for å sikre gode henvisninger – og

[44] Pasientene skal i dag motta informasjon om «Resultat av vurdering» og i Helsedirektoratet brevmal ligger det forslag til <Fritekst: Kortfattet faglig begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan klage, inkludert eventuelt forslag til behandling>.

[45] Jf. forvaltningsloven § 2-7 første ledd

velbegrunnede avslag. Når en pasient henvises til spesialisthelsetjenesten, er det fordi fastlegen har vurdert og konkludert med behov for vurdering/tiltak i spesialisthelsetjenesten. Dersom spesialisthelsetjenesten er uenig, må det forklares på en måte som viser innsikt i fastlegens vurdering – men med en annen konklusjon som må formidles faglig velbegrunnet.

Begrunnelsen trenger ikke være så omfattende som det som følger av forvaltningsloven § 25 som har krav til innhold og form på begrunnelser. Det er tilstrekkelig å gi en kortfattet helsefaglig forklaring/begrunnelse for hvorfor pasienten med en gitt tilstand ikke har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og eventuelt veiledning om videre oppfølgning av pasienten.

Dette kan gjøres ved at det tas inn en bestemmelse i informasjonsbestemmelsen i prioriteringsforskriften § 5.

«Pasienten som ikke har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få informasjon om begrunnelsen for dette. Henviser skal få samme informasjon. Pasient og henviser skal få veiledning om videre oppfølgning der det er behov for det, jf. Spesialist-helsetjenesten § 6-3.»

Kopi av henvisning til pasient

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten må gi tilstrekkelig informasjon, for å gi mottakeren muligheten til raskt å avklare pasientens behov for spesialisthelsetjenester. I Riksrevisjonens Dokument 3:4 (2017-2018): «Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten» er mangelfulle henvisninger omtalt. Det fremgår at:

> *«Fastleger og sykehusleger samarbeider ikke godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon. Undersøkelsen viser at fastlegene og sykehuslegene i mange tilfeller har ulik forståelse av hva som er nødvendig informasjon i en henvisning. Halvparten av sykehuslegene i utvalget opplever jevnlig at det ikke kommer klart fram av henvisningen hvorfor pasienten har behov for spesialistbehandling, og 9 av 10 sykehusleger opplever at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene.»*

I årsmeldingen fra pasient- og brukerombudene mener ombudene at ett av flere tiltak for å bedre dette vil være å gi pasientene en kopi av henvisningen. Det vil gjøre det enklere å oppklare eventuelle misforståelser og kan sikre økt kvalitet.

Men selv om pasienten i dag ikke har en lovfestet rett til å få kopi av henvisningen, har pasienten rett til å få kopi av henvisningen dersom pasienten ber om det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. 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 pasient digital tilgang til henvisningen gjennom helsenorge.no.

Et tiltak som kan styrke forutsigbarhet og opplevd kvalitet i henvisningsprosessen vil derfor være å innføre en rett for pasienten til å få kopi av henvisningen som henviser sender. Et slikt tiltak vil også kunne legge til rette for at pasienten får informasjon og bedre mulighet til å medvirke.

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 en 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.

Risikoen for at pasienter faller ut av systemet og blir glemt, er større i overgangene mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten der en ny enhet overtar ansvaret for pasienten.

I forbindelse med at ordningen med godkjenning av private virksomheter som kan tilby helsetjenester i ordningen «fritt behandlingsvalg» utarbeidet Helsedirektoratet retningslinjer for samhandling. Retningslinjene skal sikre at pasientenes rettigheter og behov for helsehjelp ivaretas i forløp som involverer private behandlere i «fritt behandlingsvalg»-ordningen. For å sikre riktig ansvars- og informasjonsoverføring i forløpene pålegger retningslinjene behandlingssted som mottar en henvisning raskt å vurdere henvisningen, og «*så snart som mulig, og innen en uke etter at henvisningen er mottatt»* å informere pasienten og den som har henvist pasienten om konklusjonen. En slik svarfrist skal bidra til at ansvaret blir overtatt raskt og at pasienten raskt får informasjon om hva som skal skje videre og hvem som kan kontaktes.

Direktoratet mener det er gode grunner for å innføre samme frist for tilbakemelding for alle henvisninger uavhengig av om henvisningen er sendt fra primær- eller spesialisthelse-tjenesten. Det har vært nevnt som en utfordring med gjeldende 10-dagers frist for vurdering at en kort frist kan gjøre det vanskelig å innhente nødvendig tilleggsinformasjon. Det er også en tilbakemelding at det kan være utfordrende å gi tilbakemelding om konkret tidspunkt langt frem i tid. Disse utfordringene vil være de samme dersom det innføres en generell 10-dagers frist for tilbakemelding.

Før en slik endring vedtas må det avklares tydelig hvilke typer henvisninger 10-dagers informasjonsfrist gjelder for. For å gjøre det enkelt, foreslås at det gjelder alle typer videre-henvisninger.

Vurderingstid er i dag en indikator i NPRs ventetidsstatistikk. Endring med hensyn til hvilke henvisninger som kommer inn under regelen om vurdering og informasjon innen 10

virkedager kan introdusere feilkilder i denne statistikken som viser vurderingstid for nyhenviste pasienter.

5.3.2. Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasient og pårørende

God og forståelig informasjon som bidrar til forutsigbarhet og trygghet er viktig før og under pasientforløpet både i og utenfor spesialisthelsetjenesten.

Informasjonen bør være oppdatert og relevant og være tilgjengelig for pasient på en enkel og lettfattelig måte.

Relevant og tidsriktig informasjon kan gi bedre forutsetninger for reell eller opplevd medvirkning – og mulighet for bedre flyt i pasientforløpet. Informasjonen må gjøre pasienten i stand til å ivareta sine rettigheter og gjøre riktige valg, og blant annet følge opp ved manglende innfrielse av frister og avtaler.

En mulig informasjonskanal er helsenorge.no, som kan vurderes brukt for pasienten til å kommunisere digitalt med spesialisthelsetjenesten i henvisningsprosessen. Andre typer informasjonskanaler kan også vurderes.

På helsenorge.no er det etablert tjenester for at pasienter skal kunne sjekke status på henvisninger og kunne få varsler og oversikt over timeavtaler. Det er også etablert mulighet for å få tilsendt innkallingsbrev digitalt. Tjenestene er foreløpig kun tilgjengelig fra noen av helseforetakene. Det vil eventuelt være behov for å skalere opp disse.

Likeledes er begrenset journalinnsyn via helsenorge.no realisert fra noen av helseforetakene. Gjennom journalinnsyn kan i prinsippet alle dokumenter i pasientens journal gjøres tilgjengelige for pasienten, herunder brev og dokumenter knyttet til saksbehandling av henvisninger.

Gjennom tjenesten *fritt behandlingsvalg* på helsenorge.no tilbys pasienten informasjons-støtte i valg av behandlingssted. Annen informasjonsstøtte kan også vurderes.

Riktig informasjon kan avhjelpe tjenesten ved at man unngår unødvendige henvendelser.

Tiltakene som omhandles er innføring av:

- Serviceerklæring
- Plan for det videre forløp (forløpsplan)

Innføring av serviceerklæring

Innføring av en serviceerklæring har som formål å forplikte spesialisthelsetjenesten overfor alle pasienter som har fått rett til helsehjelp/helsetjeneste å levere tjenester etter et nærmere spesifisert innhold. Innholdet i erklæringen kan utformes slik at den tydelig og konkret

definerer hva pasientene kan forvente. I tillegg kan erklæringen inneholde informasjon om tiltak som kan iverksettes overfor den enkelte pasient dersom innholdet i serviceerklæringen ikke oppfylles. Målet er blant annet å gi en forutsigbarhet om hva som kan forventes i det videre forløp.

Det kan blant annet informeres 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, o.l.

Innholdet må være i et format som gjør det enkelt og godt tilgjengelig for pasienter og brukerne av helsetjenesten. Gode forklaringer skal bidra til å øke pasientens forståelse, eksempelvis hva det innebærer å bli satt på en venteliste.

Serviceerklæringen vil 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.

Tiltaket vil styrke oppmerksomheten for pasientenes forløp ved at tjenestene kan måles på oppnåelse mot erklæringen. En tydelig dreining til et «serviceperspektiv» for pasientene vil potensielt gjøre helsetjenesten bedre i stand til å tilpasse seg pasienter og pårørende. Dette avspeiler også en samfunnsmessig utvikling med større grad av medinnflytelse fra pasienter og pårørende.

Dersom en slik erklæring følges opp av gode systemer for måling av kvalitet på ulike nivå i tjenesten har serviceerklæringen potensiale til å bli et godt system som gir pasientene forutsigbarhet og større grad av reelle rettigheter enn det mange opplever i dag.

Plan for det videre forløpet (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[46]. Av det kan man utlede at det også bør lages planer for pasientforløp. Pasientene har rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen[47]. Pasientenes rett til å medvirke innebærer at pasientene skal involveres i planleggingen av forløpet så langt det er mulig[48].

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til en individuell plan[49]. Formålet med planen er å bidra til et best mulig helhetlig tilbud for pasientene. Dersom pasienten har behov for tjenester både etter lov om spesialisthelsetjenester og etter

[46] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
[47] Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2
[48] Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1
[49] Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5

helse- og omsorgstjenesteloven, er det kommunene som skal sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordinere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten ved helseforetaket skal i tilfelle varsle kommunen og delta i arbeidet med planen. I dag er det mange med rett til individuell plan som ikke får det, noe som underbygges av både statistikk og rapporter fra ulike undersøkelser og tilsyn. Det er ulike årsaker til dette.

Pakkeforløpene er en form for overordnede behandlingsplaner, der ulike utrednings- eller behandlingstiltak er strukturert i egne planer for den aktuelle pasientgruppen. I pakkeforløpene for psykisk helse og rus som er under utvikling er det en egen anbefaling om at behandlingsplan skal utarbeides sammen med pasient og pårørende, og hva behandlingsplanen som et minimum skal inneholde. Det skal også sendes tilbakemelding til fastlege når kode for behandlingsplan er registrert. Tilbakemeldingen til fastlegen skal inneholde informasjon om konklusjon av utredningen og hele behandlingsplanen.

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. Den vil være nyttig for alle pasienter som skal ha mer enn ett møte med spesialisthelsetjenesten. En forløpsplan vil kunne skape større forutsigbarhet for pasientene, helsepersonell og tjenesten for øvrig. Pasienten vil kunne involveres i utarbeidelse av planen. En slik plan kan bidra til å løse flere utfordringer knyttet til manglende planlegging og koordinering i tjenestene, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra pasientene.

Rammene for, og innholdet i, en forløpsplan må avklares nærmere. Krav til, og detaljering av, angivelse av aktiviteter og datoer/tider er sentralt. Planen blir et særlig godt redskap for tjenesten og pasientene dersom det legges opp til at den skal kunne justeres fortløpende – og evalueres, dette er spesielt aktuelt for pasienter som har lange forløp.

For pasientene er forutsigbarhet viktig. Det kan være en mulighet å gi pasientene rett til å få en plan for det videre forløpet ved eller i forbindelse med første konsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Det vil variere hvor mye informasjon som er tilgjengelig helt innledningsvis i forløpet, og innholdet i en slik plan vil derfor variere fra pasient til pasient. Dersom det ikke er avklart hvilken tilstand pasienten har uten nærmere utredning, vil en eventuell rettighet være oppfylt ved at pasienten får informasjon om neste trinn i forløpet. Vanligvis avtales neste trinn i forløpet med pasientene i hver konsultasjon, og å rettighetsfeste dette kan gi begrenset nytte for pasientene sett i forhold til de administrative konsekvensene for spesialisthelsetjenesten.

Alternativt kan 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 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.

Helseforetakene kan måles på andel pasienter som har fått forløpsplan.

5.3.3. Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak

I det etterfølgende omtales tiltak som kan bidra til god og helhetlig koordinering i det enkelte pasientforløp, og tiltak som kan bidra til å fjerne flaskehalser i pasientlogistikken på tvers av helseforetak.

Tiltakene som omhandles er:

- 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.

Styrke den helhetlige koordinering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten

Det er flere ordninger og funksjoner, noen også lovpålagte, som skal ivareta oppgaver knyttet til koordinering av pasientforløp: 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 for å kunne styre hele pasientforløpet internt i spesialisthelsetjenesten på tvers av etablerte strukturer som fagavdelinger og serviceavdelinger.

I USA er det utviklet en egen medisinsk spesialitet for å ivareta slike funksjoner på sykehus. I tillegg til å diagnostisere og behandle enklere tilstander, vil legene ha tilstrekkelig myndighet til å kunne rekvirere undersøkelser og tilkalle leger med større kompetanse fra spesialiserte fagavdelinger. De er også i dialog med primærhelsetjenesten underveis og sikrer god avslutning av forløpet i spesialisthelsetjenesten.

Det er gode erfaringer med denne legespesialiteten ved mange sykehus i USA. Ulempen kan være at denne legerollen oppfattes som utydelig da det i dag ikke er noen opplagt karrierevei i sykehusene og at myndigheten til å ta beslutninger kan bli vanskelig fordi den ikke er godt forankret i de tradisjonelle spesialitetene.

Styrking av den helhetlige koordinering av pasientforløp er viktig for å øke kvalitet i forløpene og bidra til å redusere risiko for svikt i pasientbehandlingen. Det er allerede etablert flere funksjoner som ivaretar deler av den helhetlige koordinering av forløpene. I tillegg er det

viktig å merke seg at det i USA ikke er krav om henvisning til spesialisthelsetjenesten på samme måte som det er i Norge. Det medfører et økt behov for en lege som sorterer og behandler enklere tilstander i mottak.

Etter Helsedirektoratets vurdering vil det være en bedre løsning å tydeliggjøre og styrke de allerede eksisterende ordningene enn å erstatte noen av disse med en helt ny ordning.

Tilrettelegge «Åpen timebok» for enkelte pasientgrupper som er i forløp

For pasienter som er i forløp er det ofte slik at de har fått beskjed om at de skal tilbake igjen til spesialisthelsetjenesten et stykke frem i tid. 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. Noen pasientgrupper er i forløp som varer livet ut.

Det har vært pekt på av helsepersonell at det kan være utfordrende å gi pasientene en konkret timeavtale dersom den planlagte timen er langt frem i tid. Dette kan skape uforutsigbarhet både for pasienter og helsepersonell.

En mulig løsning for noen pasienter eller pasientgrupper kan være å inngå «forventningsavtaler», det vil si at det i en samtale med den enkelte pasient kartlegges om pasienten like gjerne selv kan ta kontakt med spesialisthelsetjenesten dersom de, eventuelt i samråd med fastlegen, vurderer at de har behov for å komme tilbake til en kontroll.

Dersom spesialisthelsetjenesten i en avtale forplikter seg til å tildele pasienten time innen en kort tidsperiode etter at pasienten tar kontakt, vil dette kunne styrke pasientens autonomi og rolle overfor spesialisthelsetjenesten, samtidig som pasienten opplever forutsigbarhet og trygghet. Om behov kan fastlegen bistå pasienten i vurderingen om det er god grunn til å ta kontakt.

Denne type tiltak kan også bidra til å redusere antall pasienter som venter på en kontrolltime. Det vises eksempelvis til erfaringer med en slik organisering ved Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital[50].

Pasienter som ikke egner seg eller ønsker å gå inn i en slik ordning må følges opp på annet egnet vis.

Styrking av de regionale helseforetakenes rolle i «køstyring» i egen region

De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å følge med på ventetider og køer som oppstår i egen region, og bør kunne ta en mer aktiv rolle for å tilby pasienter som har ventet lenge ved ett helseforetak mulighet til å motta samme helsetjeneste ved annet helseforetak.

[50] Pasientstyrt oppfølging ved revmatisk sykdom (PORS)

Det forutsetter at det regionale helseforetaket har oversikt over kapasitet og køer innenfor de ulike fagområdene og at det er god kontakt mellom en enhet på regionalt nivå som har denne funksjonen og helseforetakene.

Det kan etableres en funksjon der de regionale helseforetakene tilbyr pasienter helsehjelp ved annet definert behandlingssted. Formidling av slikt tilbud til pasient bør foregå på en slik måte at pasienten gis tilstrekkelig og nøytral informasjon og settes i stand til å foreta rasjonelle valg. Mange pasienter vil av ulike grunner velge å forbli ventende ved det helseforetaket de er henvist til, men det antas likevel at en del vil ønske seg til et annet behandlingssted om dette vurderes som likeverdig. Pasienten har uansett rett til fritt behandlingsvalg.

Det må utredes noe nærmere hvordan en slik funksjon i praksis skal fungere.

5.3.4. Styrking av utskrivningsprosessen

På samme måte som for styrking av henvisningsprosessen, er det viktig også å styrke prosessene knyttet til hele forløpet og frem til avslutningen av helsehjelpen i spesialist-helsetjenesten. Avslutningen av forløpet skal gjøres på en god måte uansett om pasientens forløp avsluttes i spesialisthelsetjenesten eller om pasienten skal følges opp av primærhelsetjenesten eller andre instanser.

Dagens rettslige regulering vektlegger kun inngangen i forløpet og ikke om pasienten har fått den helsehjelpen pasienten har behov for. Utover dagens krav til journalføring og at epikrise sendes til blant andre henviser (jf. helsepersonelloven § 45 a) etter at helsehjelpen er avsluttet, er det i dag ingen rettigheter knyttet til avslutningen av helsehjelpen utover det som følger av krav til faglig forsvarlighet.

En styrking av utskrivingsprosessen vil kunne styrke tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten og trygge pasienten også i denne viktige fasen av forløpet. Det vil også bidra til å sikre kontinuitet og forutsigbarhet for pasienten. Det forutsettes at det i forbindelse med utskrivingen er gjort en god vurdering av i hvilken grad utskrivingen skjer på det riktige tidspunktet i forløpet for pasienten. I Pasient- og brukerombudenes årsmelding 2017 pekes det spesielt på behovet for, og betydningen av, utskrivningssamtaler og at disse «bør være en selvfølgelig avslutning på ethvert sykehusopphold»[51].

Tilsyn med styring og internkontroll i helsetjenesten viser at det blant annet er utfordringer knyttet til iverksetting av korrigerende tiltak og manglende oppfølging av tiltakenes effekt. I tillegg har tjenesten svak evne til å gjennomføre planlagte tiltak. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring legges det økt vekt på krav til brukermedvirkning og forbedringsarbeid gjennom plikten til å evaluere og korrigere. Tiltak rettet mot å styrke utskrivningsfasen vil

[51] Pasient- og brukerombudet, Årsmelding 2017, s. 4.

være et viktig bidrag og kan inngå som del av en systematisk metodikk og tilnærming til utvikling av tjenesten.

I dag er utskrivningsprosessen særlig knyttet til epikrisen og de faglige normeringer som ligger i nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp kreft hvor det nå også lages pakkeforløp hjem, pakkeforløp slag fase 1, og pakkeforløp for psykisk helse og rus. I pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* er det utviklet en egen «Tiltakspakke for trygg utskrivning med pasienten som likeverdig part» i forbindelse med utskrivninger fra sykehjem og sykehus.

Kopi av epikrise til pasient

En epikrise er et sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte, jf. helsepersonelloven § 45 a. Den sendes blant andre til henviser i forbindelse med utskrivningen. Noen tjenester praktiserer at pasienten automatisk får kopi. I andre tilfeller er epikrise tilgjengelig elektronisk for den enkelte pasient. Dersom pasienten ber om å få tilsendt epikrise, har pasienten krav på det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1. Pasienten har også etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring på faguttrykk eller lignende (pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1).

Helsedirektoratet har vurdert om det bør lovfestes at pasienten alltid automatisk skal få kopi av epikrisen. Hvorvidt pasienten skal få kopi av epikrisen ble også vurdert i forarbeidene (Prop. 87 L (2012-2013)) til helsepersonelloven § 45a, men ikke foreslått. Departementet viste blant annet til at pasienten allerede har krav på informasjon om gjennomført undersøkelse og behandling. Dersom pasienten får den informasjonen vedkommende har krav på etter loven, mente departementet at behovet for å motta epikrise var mindre. Videre har pasienten krav på epikrise dersom pasienten ber om det. Departementets oppfatning var at en lovfesting av plikt til alltid å sende epikrise til pasientene derfor kunne fremstå som omstendelig og ressurskrevende.

Epikrisen er et verktøy i all hovedsak rettet mot helsepersonell og kan være vanskelig for pasienten å forstå. I en del tilfeller vil det heller ikke være til pasientens beste automatisk å motta epikrisen. Samlet sett vurderer Helsedirektoratet at det heller ikke nå er hensiktsmessig at det tas inn i loven at pasienten automatisk skal få kopi av epikrisen.

Helsedirektoratet har også vurdert om det er behov for å tydeliggjøre helsetjenestens ansvar for at pasientenes rett til medvirkning også gjelder ved avslutningen av helsehjelpen. En pasient har i dag krav på informasjon om gjennomført undersøking og behandling, og dessuten informasjon om videre oppfølging eller fremtidig ytelse av helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2. Helsedirektoratets vurdering er at dette er tilstrekkelig ivaretatt innenfor dagens lovverk.

Innføring av utskrivningsattest

Et tiltak som kan bidra til å styrke utskrivningsfasen og samarbeidet mellom pasient og helsetjenesten er innføring av en utskrivningsattest.

En utskrivningsattest vil kunne være et viktig tiltak for å styrke dialogen mellom pasient og helsetjenesten 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 helsehelsetjeneste.

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.

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 prosesstrinn 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. I dag måles helseforetakene på om epikrisen er sendt senest 7 dager etter at helsehjelpen er avsluttet, jf. egen kvalitetsindikator. Et lignende målepunkt og indikator kan innføres for en utskrivningsattest.

5.3.5. Økonomiske virkemidler som kan styrke fokus på helhetlige pasientforløp

Økonomiske virkemidler vil kunne være viktige elementer i regulering av pasientforløp. I det påfølgende omtales to økonomiske virkemidler som vil kunne understøtte gode og helhetlige pasientforløp; kvalitetsbasert finansiering og forløpsbasert finansiering.

Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er en finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten som kommer i tillegg til eksisterende finansieringsordninger, dvs. basisbevilgning og Innsatsstyrt finansiering (ISF). KBF utbetales årlig, og skal særskilt godtgjøre kvalitet i pasientbehandlingen. Formålet er å bruke økonomiske incentiver til å øke måloppnåelsen i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samlet sett. I KBF gjøres en andel av de regionale helseforetakenes inntekter avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål, for utvalgte kvalitetsindikatorer. KBF fordeler midler fra staten til de regionale helseforetakene mens de regionale helseforetakene står fritt til å omfordele inntektene fra KBF-ordningen i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

Ordningen benytter indikatorer inkludert i det Nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (NKI). Alle indikatorene inkludert i NKI vurderes for inklusjon opp mot de følgende tre kriteriene:

- Tilfredsstillende datakvalitet
- Indikatorene oppfattes som meningsfulle
- Risikoen for incentiver som virker mot sin hensikt eller uønskede vridningseffekter oppfattes som akseptabel når man knytter finansiering til dem

Nye målepunkter som foreslås i denne utredningen, 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.

Kvalitetsbasert finansiering kan gi uønskede vridningseffekter, samt incentiver som virker mot sin hensikt, dersom feil indikatorer inkluderes. Det kan for eksempel virke uhensiktsmessig å inkludere indikatorer med måltall, hvor man ikke ønsker måloppnåelse utover fastsatte mål. Dette skyldes at KBF, slik det er innrettet i dag, gir incentiver til høyest mulig måloppnåelse, også utover måltallene.

Forløpsbasert finansiering

Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag å utføre et forprosjekt med siktemål *å utrede hvordan gradvis utvidelse av mer forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten evt. kan gjennomføres*.

I 2017 leverte Helsedirektoratet en utredning[52] hvor mulige problemer i dagens ordning ble belyst:

1. Bortfall av aktivitetsbasert finansiering ved overgang til bruk av ny teknologi eller nye behandlingsformer gir mangelfulle incentiver til innovasjon
2. Kontaktbasert aktivitetsmål stimulerer til mange kontakter og gir dårligere incentiver til integrasjon av tjenestene eller til å forebygge reinnleggelser
3. Ulik finansiering ved behandling gitt i sykehus eller tilsvarende behandling gjennomført pasientadministrert kan påvirke behandlingsvalgene bort fra det mest kostnadseffektive alternativet

Det foreligger noen begrensinger i form av tilstrekkelig datagrunnlag med dagens løsning. Disse begrensningene ble hensyntatt i vurderingen av hva som kan og bør gjennomføres i 2019. Følgende områder ble anbefalt å følge opp i 2018:

a) Videreutvikling av STG[53]-systemet
b) Utredning og implementering av endringer i DRG[54]-systemet for utjevning av forskjeller mellom døgn- og dagbehandling for likeverdige tjenester
c) Lik finansiering for legemiddelbehandling gitt i sykehus og pasientadministrert
d) Lik finansiering for dialysebehandling i og utenfor sykehus
e) Pilotering av mekanismer for inklusjon av avtalespesialisters aktivitet i RHF-enes inntektssystem og ISF-ordningen
f) Overføring av tjenester fra laboratorietakstsystemet til ISF-ordningen

Prinsippet med aktivitetsbasert finansiering vil videreføres ved forløpsbasert finansiering, men det vil kreve en endring i hvordan aktivitetsmålet beregnes. En dreining av aktivitetsbasert finansiering i forløpsretning kan gi incentiver til mer effektiv drift, som igjen kan føre til redusert ventetid. Et økonomisk incentiv til å effektivisere driften kan øke risikoen for redusert kvalitet. Ettersom forløpsbasert finansiering vil kreve endringer i hvordan aktivitetsmålene beregnes, samt i hvordan aktiviteten finansieres, vil videre utredning være nødvendig før eventuelle endringer kan anbefales.

[52] Notat: «Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten –Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019»
[53] Forkortelse for «Særtjenestegrupper»
[54] Forkortelse for «Diagnoserelaterte grupper»

5.4. Målepunkter og indikatorer

5.4.1. Måling på pasientforløp

Pasientforløp er en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Måling på pasientforløp handler om å dokumentere forløp for å gi kunnskap. Målinger på pasientforløp kan ha ulike formål, og kan være bygd på ulike kilder.

Måling av pasientforløp brukes:

- Som metode for påvisning av kvalitetsbrudd i pasientbehandling for i praktisk kvalitetsforbedring og i helsetjenesteforskning
- Som grunnlag for kunnskap om tjenester som ytes og for styring av helsetjenester lokalt, regionalt og nasjonalt

Litt forenklet kan man si at måling brukt som et ledelsesverktøy handler om å få og gi innsikt i helsetjenestens ytelser. Måling brukes til å styre virksomheten i ønsket retning og for å ansvarliggjøre denne styringen[55]. Måleresultatene kan si noe om virksomheten har nådd egne mål, eller kan brukes til å sammenligne virksomheter for å avdekke uønsket variasjon.

Målinger og indikatorer som grunnlag for kvalitetsforbedring og styring kan gjerne være sammenfallende. Kvalitetsindikatorer inndeles gjerne i struktur-, prosess- og resultatindikatorer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr m.m.)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)[56]

Ofte kan det være meningsfullt å følge indikatorer på flere områder samtidig for å kontrollere at tiltakene på ett område ikke går ut over andre deler av tjenesten. Det som måles får oppmerksomhet, og dette kan gi uønskede vridningseffekter. «When a measure becomes a target, it ceases to be a good measure»[57].

Det er et mål å redusere rapporteringsbyrden for tjenesten. Nye modeller bør derfor fortrinnsvis høste data som allerede er registrert, benytte eller gjenbruke eksisterende målepunkter og indikatorer der det er mulig. Dette er hensiktsmessig med tanke på både å ivareta kontinuitet i målinger (kvalitet i data), og redusere kostnader knyttet til tekniske omlegginger og opplæringstiltak.

[55] Legeforeningen: «Kvalitetsforbedring - hva er det og hvordan gjøres det?» http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Kvalitet/Kvalitetsforbedring---hva-er-det-og-hvordan-gjores-det/
[56] Helsedirektoratet, Helsenorge.no: https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer
[57] «Goodhart's law» etter økonom Charles Goodhart, omformulert av Marilyn Strathern

Definisjon av målepunkter og indikatorer knyttet til forløp, som registreres og rapporteres og publiseres i dag, er presentert i kapittel 2.3. For hver alternativ modell som senere presenteres er det spesifisert målepunkter, informasjonselementer og indikatorer som vurderes som relevante. Flere av disse er videreføring av eksisterende målepunkter og indikatorer. Målepunktene i tabellen under inngår i én eller flere av de foreslåtte modellene. Tabellen viser hvilke som rapporteres i dag, og hvilke som er nye. Navn på eksisterende variabel beskrevet i kapittel 2.3 er angitt i kursiv. Noen av målepunktene er tilnærmet like, men beskrives noe ulikt i de ulike modellforslagene.

Tabell 8: Eksisterende og nye målepunkter som inngår i modellene

Målepunkt	Beskrivelse, *variabel*
Dato for mottak av henvisning	Rapporteres i dag, *mottaksdato* og *ansiennitetsdato*
Dato for ferdig vurdert henvisning	Rapporteres i dag, *vurderingsdato*
Frist for oppstart av helsehjelp	Rapporteres i dag, *frist for nødvendig helsehjelp*
Dato for første oppmøte i spesialisthelsetjenesten	Rapporteres i dag, første *episode*
Dato for neste gjennomførte oppmøte	Rapporteres i dag, påfølgende *episode*
Dato for mottatt forløpsplan	Nytt målepunkt for rapportering
Dato for klinisk beslutning	Nytt målepunkt for rapportering fra alle. *Klinisk beslutning* rapporteres for pasienter som er i pakkeforløp for kreft.
Tidspunkt for beslutning om nytt oppmøte	Nytt målepunkt for rapportering
Dato for neste planlagte oppmøte	Rapporteres i dag, *planlagt episode*. Utilfredsstillende datakvalitet.
Operasjonsdato	Rapporteres i dag, *tjeneste, tiltak, prosedyre*
Dato for «Utskrivningsattest ferdig»	Nytt målepunkt

Indikatorene i tabellen under inngår i én eller flere av de foreslåtte modellene. Tabellen viser hvilke indikatorer som beregnes og publiseres i dag, og hvilke som er nye. Noen av indikatorene er tilnærmet like, men beskrives noe ulikt i de ulike modellforslagene.

Tabell 9: Eksisterende og nye indikatorer som inngår i modellene

Indikator	Beskrivelse
Antall og andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Eksisterende indikatorer *antall og andel avviste*.
Vurderingstid	Eksisterende indikator *vurderingstid*. Tidsrom fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til vurderingsdato er satt.
Antall og andel brudd på vurderingsgarantien	Eksisterende indikatorer *antall og andel brudd på vurderingsgarantien*. Et brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisningen ikke er vurdert innen 10 virkedager.
Antall som møter første gang og andel som får ny time på første konsultasjon	Nye indikatorer
Antall som får ny time og andel av disse som har mottatt forløpsplan	Nye indikatorer
Fristtid	Eksisterende indikator *fristtid*. Tidsrom fra en henvisning er vurdert i spesialisthelsetjenesten til dato for individuell frist for oppstart av nødvendig helsehjelp.
Ventetid til oppstart av helsehjelp	Eksisterende indikator *ventetid*. Tidsrom, fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til ventetid-sluttdato er satt.
Ventetid til første oppmøte	Ny indikator. Tidsrom fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til første oppmøte.
Ventetid til operasjon	Ny indikator. Tidsrom fra beslutning om operasjon til operasjon er utført.
Ventetid til (nærmere definerte) prosedyrer	Ny indikator. Tid fra beslutning om/melding om behov for prosedyre til prosedyre gjennomført eller startet.
Tid til (nærmere definerte) prosedyrer	Eksisterende indikator *tid til tjenestestart.* Tid fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til prosedyre gjennomført.

Indikator	Beskrivelse
Antall og andel fristbrudd til oppstart av helsehjelp	Eksisterende indikatorer *fristbrudd for ordinært avviklede og ventende*. Et fristbrudd oppstår når individuell frist for nødvendig helsehjelp er passert, og ventetid sluttdato ikke er satt.
Antall og andel fristbrudd til oppstart av helsehjelp ved første oppmøte	Nye indikatorer. Et fristbrudd oppstår når individuell frist for nødvendig helsehjelp er passert, og første oppmøte ikke har funnet sted.
Antall og andel hvor 3 måneders frist er overskredet	Ny indikator. Et fristbrudd 3 måneders frist er passert, og første oppmøte ikke har funnet sted.
Antall og andel hvor 3 måneders frist + 10 virkedager er overskredet	Ny indikator. Et fristbrudd 3 måneders frist + 10 dager er passert, og første oppmøte ikke har funnet sted.
Antall og andel med overskredet tid til neste planlagte oppmøte	Ny indikator. Publiseres liknende indikator *Passert planlagt tid* (AIM)
Antall og andel med overskredet tid til neste planlagte oppmøte + 10 dager	Ny indikator. Publiseres liknende indikator *Passert planlagt tid* (AIM)
Antall pasienter som fått et nytt tidspunkt for oppmøte og andelen av disse som har fått oppmøtetidspunkt til avtalt tid	Ny indikator. Publiseres liknende indikator *Passert planlagt tid* (AIM)

**Nyhenviste inkluderer henvisninger hvor pasienten etter vurdering er gitt rett til nødvendig helsehjelp*

5.4.2. Datakvalitet

Gode målinger forutsetter at det er god kvalitet i data som legges til grunn for målingen. Datakvalitet kan måles langs ulike akser eller dimensjoner. Ulike formål vil ha ulike krav til kvalitet på de ulike dimensjonene.

Dimensjoner i datakvalitet:

- Kompletthet beskriver i hvilken grad tilfeller som skal måles er inkludert.
- Korrekthet, validitet[58] beskriver i hvilken grad data gjenspeiler virkeligheten.
- Aktualitet beskriver i hvilken grad data er oppdaterte, det vil si hvor lang tid det tar før en hendelse finner sted til data er rapportert inn og tilgjengelig for brukeren.
- Sammenlignbarhet beskriver i hvilken grad man kan sammenligne data over tid, geografi og organisasjon.

[58] Korrekthet omtales også som validitet eller nøyaktighet i andre kilder som beskriver datakvalitet.

- Relevans beskriver om data møter brukernes behov.
- Tilgjengelighet beskriver i hvilken grad brukere kan få tilgang til og forståelse av data.

For å oppnå valide målepunkter i et pasientforløp, er det ønskelig at registrering og koding av informasjon ligger tett på den kliniske virkeligheten, er en del av arbeidsprosessen, og registreres for formål utover rapportering alene.

Korrektheten i data som inngår i uttrekkene vil påvirkes av:

- Korrekt og enhetlig registreringspraksis
- Samsvar mellom det som registreres og det som rapporteres

Data som rapporteres til NPR sendes på en felles informasjonsmodell (NPR-melding) som er leverandøruavhengig. Det vil si at data som rapporteres skal ha lik struktur og innhold, uavhengig av hvilket datasystem de er registrert inn i. NPR er avhengig av at nasjonale kodeverk og lokalt kodeverk (kategorisering og klassifisering) til enhver tid er oppdatert, og brukes likt av alle rapporteringsenheter. Omkodinger, tilrettelegginger og sammenkoblinger i systemene utgjør en risiko for feil i innrapporterte data.

Det er videre en risiko for redusert kvalitet i data dersom registreringen ikke er relevant for pasientbehandlingen, eller vurderes nyttig for den som registrerer. For å sikre sammenliknbarhet i data, er det hensiktsmessig at fastsettelse av et målepunkt ikke er gjenstand for bruk av skjønn. Sammenliknbarhet i data kan også reduseres som følge av strukturelle ulikheter i organisering av tjenester. I kapittel 2.4 gjøres en vurdering av kvaliteten i målepunkter i dagens rapportering til NPR.

6. Alternative modeller

I dette kapitlet er hovedtiltakene som ble drøftet i kapittel 5.2, modelluavhengige tiltak som ble drøftet i kapittel 5.3 og målepunkter/indikatorer som ble drøftet i kapittel 5.4, satt sammen til 3 forslag til modeller.

- Modell A: Individuell frist til start helsehjelp
- Modell B: Generell rettighet med frist og forløpskontroll
- Modell C: Uten fristbruddrettigheter

De enkelte modellene detaljeres og drøftes nærmere i kapitlene 6.1 til 6.3.

		Modeller		
	Tiltak	A	B	C
Hovedtiltak	Beholde vurderingsperioden på 10 virkedager			
	Oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og behandling			
	Videreføring av individuelle rettigheter med frist			
	Endring fra individuelle til generelle rettigheter med frist			
	Andre tiltak for å regulere pasientforløpet enn bindende frister			
Modelluavhengige tiltak	Styrking av henvisningsprosess og -dialog			
	Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasient og pårørende			
	Forbedret koordinering av pasientlogistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak			
	Styrking av utskrivningsprosessen			
	Økonomiske virkemidler som kan styrke fokus på helhetlige pasientforløp			
	Målepunkter og indikatorer			

Figur 11: Gruppering av hovedtiltak og modelluavhengige tiltak i forslag til modeller.

6.1. Modell A: Individuell frist til start helsehjelp

6.1.1. Beskrivelse

Som vist til under 5.2.1 er det variasjoner i om en pasient tildeles rett til start helsehjelp i form av utredning eller behandling. Andelen som tildeles rett til utredning var økende frem til 2017, og de aller fleste får nå rett til utredning. Dette er nærmere omtalt i Helsedirektoratets rapport fra 2017[59].

Denne modellen tilsvarer i hovedsak dagens modell, men med bortfall av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. Alle pasienter som gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal få en frist for seneste oppstart av helsehjelp. Fristen foreslås i denne modellen innfridd ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Modellen har fokus på å redusere unødig venting på oppstart av helsehjelp i starten av forløpet.

Dette er en forenkling av dagens modell, ved at en fjerner rom for skjønn ved vurdering av om pasienten har en avklart eller en uavklart tilstand. 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.

6.1.2. Hovedelementer i modellen

Modellen består av følgende elementer:

1. *Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager (som i dag) («Henvisning mottatt – Vurdering ferdig»):*
   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. *Oppheve skille mellom utredning og 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 imidlertid ikke spesifiseres om fristen settes til start utredning eller behandling.

3. *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. Oppmøtetidspunkt 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.

[59] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

4. *Fristen innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten (nytt)*
   En slik endring vil være mer i tråd med slik situasjonen er i dag[60] 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.

5. *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, slik som:
   - Tid fra mottak av henvisning til oppstart av utvalgte tjenester (tid til tjenestestart)
   - Forløpsmålinger i pakkeforløp
   - Passert planlagt tid
   - Andel kontroller

Andre generelle tiltak som kan understøtte modellen

Modell A har hovedfokus på oppstart av helsehjelpen. For å styrke hele forløpet er det særlig to generelle tiltak som vil kunne bidra til å styrke modellen:

Innføring av forløpsplan

Med innføring av forløpsplan vil forutsigbarheten for pasienten styrkes ved at det tidlig gis en enkel oversikt over hva som forventes å skje videre, enten det er undersøkelser, videre utredning eller start av behandling, første gang de møter i spesialisthelsetjenesten, jf. drøfting pkt. 5.3.2.

Innføring av utskrivningsattest

Gjennom en utskrivningsattest vil pasientenes forløp også i sluttfasen styrkes. Den vil bidra til å sikre at det gjøres en god evaluering av helsehjelpen og bidra til gode overganger til annen helsehelsetjeneste, jf. drøfting pkt. 5.3.4.

I tillegg vil styrking av henvisningsprosessen, informasjonstiltak for å bedre forståelighet og forutsigbarhet for pasientene og forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasient-forløp og mellom foretak være tiltak som kan bidra til å understøtte modellen. For detaljert beskrivelse henvises det til pkt. 5.3.1 – 5.3.3.

[60] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

6.1.3. Målepunkter og indikatorer

I modellen legges det opp til følgende indikatorer og målepunkter:

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager:
(«Henvisning mottatt – Vurdering ferdig»)

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
1	Dato for mottak av henvisning	
2	Dato for ferdig vurdert henvisning	
3	Rett til helsehjelp	
4	Frist for oppstart av helsehjelp	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
1	Vurderingstid	
2	Antall og andel brudd på vurderingsgarantien	
3	Antall og andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	
4	Fristtid	

Det måles på medgått tid til vurdering og brudd på vurderingsfristen, tilsvarende de målinger som gjøres i dag. Utfall av rettighetsvurdering, dvs. hvorvidt pasienten er vurdert til å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten må rapporteres, men med endrede koder da det ikke lenger skal skilles mellom rett til utredning og rett til behandling. Fristtid viser hvilke individuelle frister som gis.

Informasjon om oppmøtetidspunkt:
(«Første oppmøte»)

Det er i dag ikke målinger på hvilken informasjon om oppmøtetidspunkt som sendes pasienten. Det ble i 2017 innført rapportering på planlagte kontakter til NPR, men det er foreløpig usikkerhet i kvaliteten i rapporteringen (kompletthet og sammenliknbarhet i data). Gitt gode data om planlagte episoder, kan det utvikles indikatorer som måler praksis for planlegging/oppsett av time for vurderte henvisninger.

Oppstart av helsehjelp, fristinnfrielse og ventetidens slutt

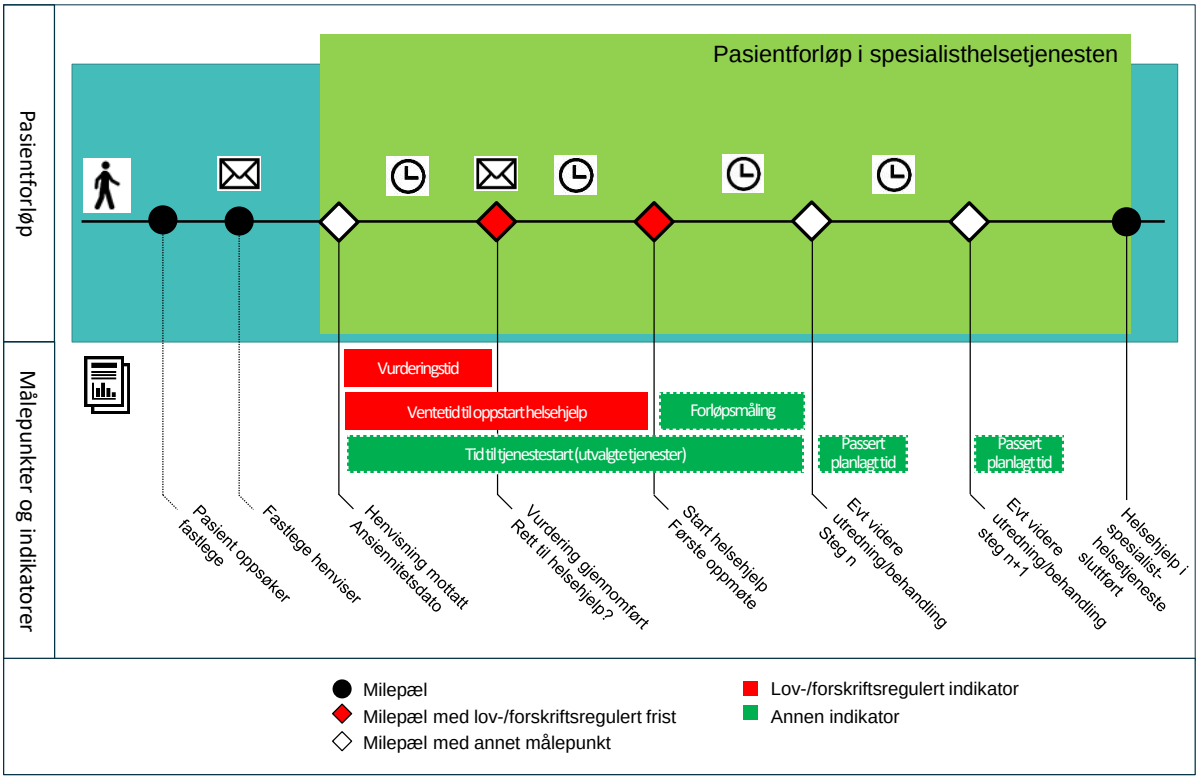
Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
5	Dato for første oppmøte i spesialisthelsetjenesten	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
5	Ventetid til oppstart av helsehjelp	
6	Antall og andel fristbrudd	

Aktuelle målepunkter og indikatorer i pasientforløpet kan i denne modellen fremstilles som følger:



Figur 12: Milepæler, målepunkter og indikatorer i pasientforløpet under modell A.

6.1.4. Drøfting

Modellen legger opp til at alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialist-helsetjenesten får rett til helsehjelp og en individuell juridisk bindende frist for når helse-hjelpen senest skal starte. Fristen innfris når pasienten møter til første konsultasjon i spesialisthelsetjenesten.

Fordeler med modellen

Konsekvenser for pasientenes rettigheter

En individuell rett og frist for alle pasienter utgjør et sikkerhetsnett for pasientene, og sikrer at pasientene kommer inn til spesialisthelsetjenesten innen en viss tid. Sett fra pasientenes side er forutsigbarhet og god informasjon om tjenesten som skal gis viktig. En oppheving av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse, kan bidra til å forenkle informasjonen som skal sendes om frist og tidspunkt for oppmøte, og gjøre den mer forståelig for pasienten.

Risiko for at skillet mellom rett til utredning eller rett til behandling ikke brukes slik det ble forutsatt da ordningen ble laget blir fjernet i og med at skillet fjernes i denne modellen.

I tillegg vil det kunne bli en likere vurdering ved at alle pasientene får frist til start helsehjelp.

En oppheving av skillet vil kunne gi tjenesten bedre anledning til å vurdere hvordan helsehjelpen skal innrettes best mulig ved at fokuset her ikke vil være på henholdsvis utredning/behandling. Det kan argumenteres med at skillet kan bidra til at tjenesten blir mer rettet mot pasientens faktiske behov, og gjennom dette bidrar til bedre behovsrettet/ målrettet helsehjelp tidlig i forløpet.

For øvrig bør modellen suppleres med andre tiltak for å få gode og helhetlige forløp, for eksempel ved at pasienten får en forløpsplan, og en utskrivningsattest i forbindelse med avslutningen av forløpet. Dette vil kunne bidra til at pasient sikres mer forutsigbare forløp.

Uønsket variasjon

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 spesifiseres om fristen knytter seg til behandling eller utredning.

Journalgjennomgangen i 2016[61] viste at legene/psykologene vurderte de samme henvisningene ulikt med hensyn til å gi rett 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.

Det skal imidlertid fremdeles settes individuelle frister for oppstart av helsehjelp. Fristen settes på grunnlag av en medisinsk vurdering og bruk av skjønn. Praksis for fristfastsettelse vil gjennom dette kunne variere innen og mellom helseforetak.

[61] Helsedirektoratet (2017): «Ventetider og pasientrettigheter 2017» (IS-2706)

Prioriteringsveilederne som i dag gir anbefalinger om frist enten til oppstart av utredning eller behandling, må gjennomgås og revideres dersom skillet mellom utredning og behandling fjernes. Prioriteringsveiledere som kun anbefaler frist til oppstart av utredning vil kunne være brukbare. I tillegg vil nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp være normerende.

Modellen 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 individuell frist til start helsehjelp suppleres med forløpsmålinger som strekker seg lenger inn i pasientforløpet.

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 kompliserte 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.

Enkel administrasjon

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. Registering og koding av informasjon om pasientens oppmøter vil da være mer i samsvar med den kliniske virkeligheten.

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 må ha et apparat for å følge opp den enkelte pasient ved fare for fristbrudd. Fristbruddordningen, som administrereres av Helfo, videreføres i denne modellen. I hovedsak vil administrasjon av ordningen være slik den er i dag.

Risikoen for at eksisterende pasientadministrative systemer ikke sikrer at pasientens rettigheter registreres riktig, 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.

Ulemper med modellen

Konsekvenser for pasientens rettigheter

Ifølge data rapportert til NPR for 2017, ble 84 prosent av nyhenviste til spesialist-helsetjenesten vurdert til å ha en uavklart tilstand, med rett og frist til oppstart av utredning, mens 14 prosent ble vurdert å ha en avklart tilstand, og rett til helsehjelp i form av behandling[62]. 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 rett til utredning eller behandling. I praksis betyr dette at pasientene ikke får svekket sine rettigheter i vesentlig grad.

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.

Uønsket variasjon

Uønsket variasjon vil reduseres. Se ovenfor.

Enkel administrasjon

Denne modellen vurderes å være enklere å administrere når endringene er implementert. Se ovenfor.

Risiko

Helsedirektoratet mener at det er liten risiko knyttet til implementering av modellen. Dersom modellen ikke suppleres med tiltak som beskrevet ovenfor, vil det imidlertid kunne være en risiko for uheldige vridningseffekter særlig med tanke på pasientenes behov for helhetlige, sammenhengende og koordinerte forløp.

[62] Helsedirektoratet (2017): «Ventetider og pasientrettigheter 2017» (IS-2706)

6.1.5. 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[63]. Modellen vil ikke påvirke det videre forløpet for pasienten eller helseutfallet.

For tjenesten kan forenklede regler for vurdering av henvisningen medføre at det brukes mindre tid til registrering og formidling av pasientens rettigheter, og til registrering av ventetider. 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.

6.1.6. 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.

[63] Helsedirektoratet (2017): «Ventetider og pasientrettigheter 2017» (IS-2706)

6.1.7. Lov og forskriftsregulering

I denne modellen skal det ikke lenger spesifiseres om fristen for start helsehjelp gjelder utredning eller behandling. Det innebærer at alle bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften som omhandler utredning eller behandling må endres.

Videre legger modellen opp til at fristen for start helsehjelp skal anses som innfridd ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten, noe som bør fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven. Det må vurderes nærmere om et slikt første oppmøte kan gjennomføres ved hjelp av elektroniske møter der pasienten ikke er fysisk til stede hos helsepersonellet. Kommunikasjonen skjer ved bruk av tekst, video og bilde.

Modellen endrer ikke vurderingstiden på 10 virkedager og at vurderingen skal gjøres på grunnlag av henvisningen. Pasientene skal fremdeles i første brev fra spesialisthelsetjenesten få beskjed om oppmøtetidspunkt. Pasientene skal også ha rett til at Helfo finner et tilbud uten opphold ved fristbrudd.

Skisse til regelverk finnes i vedlegg 1.

6.2. Modell B: Generell rettighet med frist og forløpskontroll

6.2.1. Beskrivelse

Hovedelementet i modellen er overgang fra individuell til generell frist. Målet med modellen er å gi enkle og forutsigbare rettigheter og registrering – og samtidig gi mulighet for kontroll og oppfølging i forløpet. Pasienten kommer raskt inn, det legges til rette for effektive utredning-/behandlingsforløp. Pasienter som har behov for mer enn en kontakt i spesialisthelsetjenesten, får et mer forutsigbart forløp. Modellen bidrar til at risikoen reduseres for at pasienter tas raskt inn for så å måtte vente lenge på neste oppmøte/operasjon/videre utredning eller behandling. Se pkt. 5.2.4 Alternativ A for nærmere beskrivelse.

Det må utredes nærmere hvor lang fristen skal være. Som beskrevet i kapittel 5 er det i denne modellen tatt utgangspunkt i en generell frist på 3 måneder.

6.2.2. 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. Pasienter som skal inn i pakkeforløp følger sine egne løp, men har også rett til oppmøte innen 3 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.

Resultat av vurdering av henvisning

Resultatet av vurdering av henvisningen vil være ett av følgende tre alternativer:

- Ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjennom pakkeforløp – setter oppmøtetidspunkt i henhold til pakkeforløpet
- Behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, ikke pakkeforløp - setter 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.

Mekanismer ved overskridelse av 3-måneders frist til første oppmøte

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.

Årsaker til overskredet 3 måneders frist kan være at henvisningen ikke ble vurdert, timen ble utsatt ut over 3 måneders fristen eller manglende kapasitet. Dersom pasienten selv utsetter time over fristen, registreres det som pasientutsatt time og medfører ikke varsler til Helfo.

Systemet kan fungere ved mindre justeringer i dagens fristbruddsordning.

Forløpskontroll

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, tilsvarer «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 (se nedenfor om målepunkter).

Andre generelle tiltak som kan understøtte modellen

Flere tiltak som er drøftet under kapittel 5.3 Modelluavhengige tiltak, kan understøtte modellen. Enkelte tiltak nevnes kort her. For detaljert beskrivelse henvises det til kapittel 5.3.

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.

Informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasient

Ved overgang fra en individuell til en generell rett til helsehjelp, vil god informasjon 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.

Forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak – styrking av de regionale helseforetakenes rolle i «køstyring» i egen region

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.

Økonomiske virkemidler

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

6.2.3. Målepunkter og indikatorer

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager
(«Henvisning mottatt – Vurdering ferdig»):

Dette er en viktig milepæl for alle forløp, likt som i dag, og indikerer starten på forløpet.

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
1	Dato for mottak av henvisning	
2	Dato for ferdig vurdert henvisning	
3	Rett til helsehjelp	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
1	Vurderingstid	Tid fra mottak av henvisning til henvisningen er vurdert
2	Antall og andel brudd på 10 virkedagers vurderingsgarantien	
3	Antall og andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	

Det måles på medgått tid fra mottatt henvisning til vurdering er gjort. Det samlede antall henvisninger som mottas registreres og antall og andel som er vurdert innen 10 virkedager registreres, tilsvarende de målinger som gjøres i dag.

Utfall av rettighetsvurdering, dvs. hvorvidt pasienten er vurdert til å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, må rapporteres.

Sykehusene må gi pasientene tid til første oppmøte innen 3 måneder.

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
4	Dato for første oppmøte i spesialisthelsetjenesten	
5	Dato for neste planlagte oppmøte	
6	Dato for neste gjennomførte oppmøte	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
4	Ventetid til første oppmøte	
5	Antall og andel hvor 3 måneders frist + 10 virkedager er overskredet	
6	Antall og andel hvor 3 måneders frist er overskredet	
7	Antall og andel med overskredet tid til neste planlagte oppmøte + 10 dager	
8	Antall og andel med overskredet tid til neste planlagte oppmøte	

Indikator 4: Ventetid til første oppmøte

Ventetid registreres fra mottatt henvisning til første oppmøte. Det vil i hovedsak være sammenliknbart med dagens system da 98 % tas av ventelisten ved første oppmøte (gjelder somatikken), uavhengig av om de i dag har fått frist til utredning eller behandling.

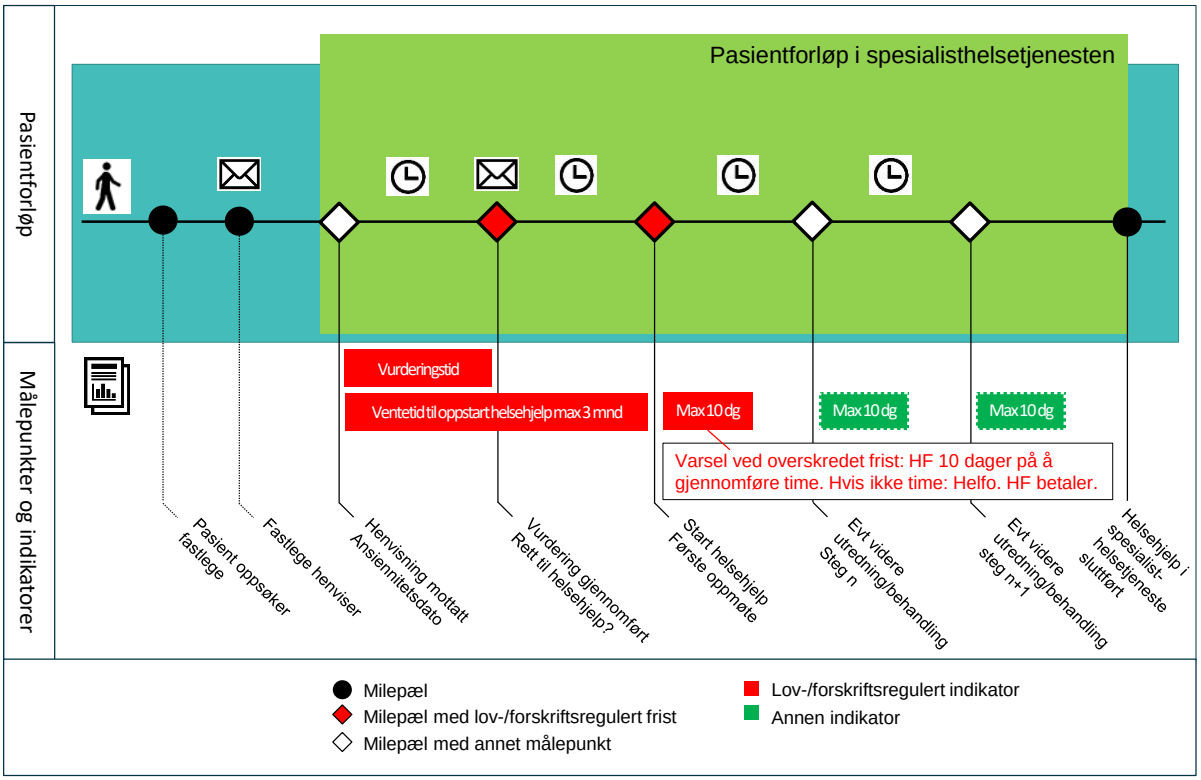
Indikator 5: Overskredet 3 måneders frist (lovfestet rettighet) + 10 virkedager

Antall og andel beregnes i NPR.

Indikator 7: Overskredet tid til neste oppmøte + 10 virkedager (ikke lovfestet rettighet - avviksregistrering)

Antall og andel registreres av NPR (tilsvarende «passert planlagt tid» i dagens modell).

Aktuelle målepunkter og indikatorer i pasientforløpet kan i denne modellen fremstilles som følger:



Figur 13: Milepæler, målepunkter og indikatorer i pasientforløpet under modell B.

6.2.4. Drøfting

Fordeler med modellen

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)**.** 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 – setter kun opp time etter faglig vurdering, ingen fristfastsettelse. Den gir mindre administrativt arbeid for merkantilt personell. Den har enkle målepunkter. I modellen bortfaller individuelle frister for inngangen til spesialisthelsetjenesten.

Skillet mellom rett til utredning og rett til behandling fjernes og dermed risikoen for at dette ikke benyttes 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. Om det også er uønsket variasjon med hensyn til når pasienten får første time, er ukjent. 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.

Konsekvenser for pasientenes rettigheter

Alle vil få en rett til time innen 3 måneder. De fleste har første oppmøte innen 3 måneder også i dag, men med denne modellen slipper de resterende å vente utover 3 måneder, barn eventuelt 2 måneder.

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 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.

Uønsket variasjon

I rapporten fra Helsedirektoratet fra mai 2017[64] 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 (se ovenfor). 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.

Enkel administrasjon

Sykehuslegen/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.

[64] Helsedirektoratet (2017): «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» (IS-2626)

Ulemper med modellen

Ved vurdering opp mot problembeskrivelsen i pkt. 2.5 vil denne modellen ikke nødvendigvis fjerne all uønsket variasjon i vurdering av henvisinger, 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.

Konsekvenser for pasientenes rettigheter

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, særlig i en overgangsfase inntil systemet er godt implementert.

Uønsket variasjon

Uønsket variasjon vil reduseres. Se ovenfor.

Enkel administrasjon

Overgang til nye modeller vil alltid kreve systemendringer. Denne modellen vurderes til å være enklere å administrere når endringene er implementert. Se ovenfor.

Risiko

Dersom helseforetakene ikke klarer å ta inn pasientene innen 3 måneder, vil flere kunne oppleve fristbrudd. Som beskrevet ovenfor vil dette 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.

Kapasitetsutfordringer kan bli et incentiv til å forlenge tid til neste oppmøte/kontroll for pasienter i lengre forløp. Utviklingen av tid til neste oppmøte/kontroll («passert planlagt tid») må derfor følges.

Overskridelser av avtalt oppmøtetid for andre oppmøte (og videre i forløpet) er ikke foreslått forskrift- eller lovregulert. Avvik vil bli registret 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.

6.2.5. 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. Fristbruddordningen 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.

Skal avvik i avtalte oppmøtetider utover i pasientforløpet brukes som grunnlag for kvalitetsindikatorer, krever det utviklingsarbeid. Selv om alle pasienter nå skal få første time innen 3 måneder, vil det ikke nødvendigvis medføre flere fristbrudd – og økte kostnader for sykehusene. Mellom 82 og 98 % av pasientene i de ulike sektorene får i dag første oppmøte innen 3 måneder. Dersom de regionale helseforetakene i større grad enn i dag bidrar til fordeling av pasienter mellom helseforetak, vil det kunne motvirke en eventuell mindre økning av fristbrudd.

Hvordan påvirker dette:

a) Pasientene
- Individuelle frister bortfaller, men de skal inn innen 3 måneder. Det vil være en faglig prioritering fortsatt basert på medisinsk skjønn og forsvarlighet, som i dag. Første time kan derfor antas å bli omtrent som i dag. De som vil profitere på modellen, er de som i dag venter mer enn 3 måneder. De vil komme raskere inn.
- Hvordan dette slår ut i forhold til prioriteringskriteriene bør evalueres. Det vil imidlertid ikke være relevant å sammenlikne med anbefalte frister satt i prioriteringsveilederne da disse gjelder frist til når helsehjelpen senest kan starte, og ikke til første time.
- En generell frist og forløpskontroll vil gi mer forutsigbarhet for pasientene.
- Utdeling av neste time, samt måling av overskridelse, skal ivareta kronikere som har behov for mer enn ett oppmøte. De får et mer forutsigbart forløp.

b) De regionale helseforetakene (RHF) / helseforetakene (HF)
- 82 % av pasientene i somatikken, 92 % PHV, 95 % BUP og 98 % i TSB er inne innen tre måneder. Om alle skal inn innen 3 måneder vil det kreve økt ressursbruk knyttet til oppstart helsehjelp. Dette antas å kunne håndteres innen dagens rammer, men kan gå utover andre pasientgrupper i en oppstartsfase. Alternativt vil det kreve en midlertidig ramme til RHF-ene. Pasientomfang og nødvendig ressursbruk bør utredes før man går videre med denne modellen.
- Enklere vurdering av henvisning. Trenger kun å registrere time, ingen fristfastsettelse. Redusert tidsbruk knyttet til vurdering av henvisning.
- Oppfølging av forløpskontroll vil trolig kreve noe økt rapportering.
- Kostnader til endringer i PAS må påregnes.
- Det vil bli behov for opplæring av merkantilt personale og helsepersonell.

c) Helfo
- Det vil føre til en endring av dagens ordning når man går over til generell frist. 18 % av pasientene i somatikken får i dag time etter 3 måneder. Det kan være krevende for RHF-ene å få inn disse innen fristen i en oppstartsfase. Dette kan føre til økt

arbeid hos Helfo. Endringer i forhold som har med frist og pasientrettigheter å gjøre vil ha konsekvenser både for måten Helfo jobber på og hvordan fristbruddsordningen er innrettet og kommer til uttrykk. Dette dreier seg både om administrative og forvaltningsmessige forhold, juridiske forhold, avtalemessige forhold med fristbrudd-leverandører, systemtekniske forhold, saksbehandlingsrutiner, tidsbruk og bemanning i Helfo etc. Dette må gjennomgås.

d) Norsk pasientregister (NPR)
- Flere målepunkter for NPR knyttet opp mot oppfølging av forløpskontroll

Hovedutfordringen ved denne modellen vil trolig være i en oppstartsfase hvor alle pasienter skal ha første time innen 3 måneder. Det vil i hovedsak føre til en endring av de 18 % av pasientene i somatikken som kommer inn etter 3 måneder i dag. Denne modellen vil kreve en endring i ressursbruk. Dette vil enten måtte ordnes innen dagens rammer og da vil det trolig i noen grad gi en vridning av ressursbruk fra videre behandling. Et alternativ er å tilføre de regionale helseforetakene en midlertidig ramme for å få gjort unna nødvendige endringer i tråd med modellen. 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.

6.2.6. 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.

6.2.7. Lov og forskriftsregulering

Modellen innebærer at det fastsettes en generell frist (3 måneder for voksne og 2 måneder for barn) for når alle pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp i spesialist-helsetjenesten, senest skal starte helsehjelpen. Det skal ikke lenger fastsettes noen individuell frist, vurderingen av henvisningen gjelder om pasienten har rett eller ikke rett til nødvendig helsehjelp og når pasienten skal møte opp i spesialisthelsetjenesten første gang.

Modellen endrer altså ikke det at det skal gjøres en vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, vurderingsperioden på 10 virkedager og at vurderingen skal gjøres på grunnlag av henvisningen. Også i denne modellen avvikles skillet mellom rett til utredning eller behandling slik at pasienten får rett til helsehjelp eller ikke. Pasientene skal også ha rett til at Helfo finner et tilbud uten opphold ved fristbrudd.

Den generelle fristen som alle pasienter skal få kan enten fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven eller prioriteringsforskriften. Det siste forutsetter at pasient- og

brukerrettighetsloven endres slik at forskriftshjemmelen[65] også omfatter det å gi en frist for når alle pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp senest skal starte nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Fordelen ved å fastsette det i forskrift er at den generelle fristen kan endres uten lovendring. På den annen side er fristen en så sentral bestemmelse at vi legger til grunn at dette bør fremgå direkte av loven og fastsettes av Stortinget. Det er det som er lagt til grunn i skissen til lov og forskriftsendringer.

Både pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften må endres. Det gjelder bestemmelser knyttet til fristfastsettelse, innfrielse av frist og brudd på fristen. I tillegg foreslås det å ta inn en bestemmelse om når fristen innfris. I prioriteringsforskriften er det også tatt inn en bestemmelse om at perioder hvor diagnostisk undersøkelse og utredning må utsettes på grunn av pasientens helsetilstand eller etter personens ønske ikke skal inngå i beregningen av tidsfristen.

Siden alle pasienter skal ha startet helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten innen 3 måneder må det legges til grunn at pasientene alltid får oppgitt tid og sted for første oppmøte i svar på henvisningen. Det vil være i tråd med de føringer som er gitt i forarbeidene og i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er derfor ikke lenger nødvendig å ta forbehold i prioriteringsforskriften om at pasientene «dersom det er mulig» skal få oppgitt en time for behandling eller utredning. Fristen på 3 måneder eller 2 måneder for barn er en maksimumsfrist, men endrer ikke på det forhold at spesialisthelsetjenesten må vurdere hva som er faglig forsvarlig når det skal vurderes hvor fort pasienten skal tas inn i spesialisthelsetjenesten, dvs. når første oppmøte i spesialisthelsetjenesten skal skje. Maksimumsfristen innebærer kun at ingen pasienter med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste skal vente lenger enn 3 måneder eventuelt 2 måneder dersom pasienten er barn. De pasientene som trenger helsehjelp raskere, vil fortsatt ha rett til det, noe som følger av prioriteringsforskriften § 2a hvor det blant annet fremgår at spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad.

Det foreslås at fristen på henholdsvis 3 og 2 måneder regnes om til virkedager i regelverket. Det er virkedager som i dag brukes bl.a. i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og prioriteringsforskriften § 4a, og som bør videreføres. Det regnes om slik at 3 måneder er 65 virkedager og 2 måneder er 45 virkedager.

[65] I dag lyder forskriftshjemmelen i § 2-1 b sjuende ledd slik:

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Modellen legger opp til at fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp regnes fra den dato henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Dette vil skille seg fra den nåværende barne- og ungdomsgarantien som er regulert i prioriteringsforskriften § 4a og som har startpunktet «den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp». Ved å legge dato for mottak av henvisning til grunn vil pasienten komme bedre ut og det vil samsvare med slik ventetid måles. Ventetid måles i dag fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten, jf. ventelisteforskriften § 3.

Det må også gjøres noen endringer i forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om venteliste-registrering. Denne bør for øvrig vurderes modernisert.

Forløpskontrollen som beskrives i modellen skal ikke lovreguleres og krever følgelig ingen lov og forskriftsendringer.

Skisse til regelverk finnes i vedlegg 1.

6.2.8. Mulige alternativer

Modellen kan justeres på flere måter. Alternativene beskrives ikke fullt ut her.

Individualisert modell: Eventuell fristoverskridelse registreres ved utsatt avtalt første oppmøte, som fortsatt må være innen 3 måneder.

Helseforetaket vil også her kunne få 10 virkedager til å gi pasienten ny time. Individualisert modell kan medføre at pasienter som bør få helsehjelp før 3 måneder (av medisinske årsaker), raskere vil kunne få hjelp fra Helfo til helsehjelp annet sted, dersom time til første oppmøte ikke overholdes. Registrering og oppfølging vil bli mer komplisert. Om dette medfører en reell forbedring av pasientrettighetene, er usikkert. Pasienten skal uansett gis en første time som sikrer forsvarlig helsehjelp i forløpet.

Ikke lovfestet rett til første oppmøte innen 3 måneder:

Fristen for første oppmøte innen 3 måneder, kan være en forpliktelse for spesialist-helsetjenesten hvor overskridelser registreres som avvik. Antall/andel avvik kan benyttes ved utarbeiding av kvalitetsindikatorer og/eller brukes i grunnlaget for fordeling av kvalitets-basert finansiering. Pasienten vil ikke få en rett til helsehjelp annet sted formidlet av Helfo.

Pasientene grupperes på bakgrunn av henvisningen, i f.eks. 3 grupper ut fra hastegrad.

De ulike gruppene tildeles ulik frist for første oppmøte. Et forslag kunne være innen 4, 8 eller 12 uker. En slik modell vil kreve en gjennomgang av alle tilstander beskrevet i prioriteringsveilederne og gruppering av disse i nevnte 3 grupper. I tillegg må legen som vurderer henvisningen alltid gjøre individuelle vurderinger – slik det også gjøres i dag.

Om dette medfører en reell forbedring av pasientrettighetene, kan diskuteres. Pasienten skal uansett gis en første time som sikrer forsvarlig helsehjelp i forløpet.

6.3. Modell C: Uten fristbruddrettigheter

6.3.1. Beskrivelse

Modellen tar konsekvensen av at samfunnet, helsetjenestene og pasientene i dag har andre verktøy 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 ansvaret for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten arbeider kontinuerlig med å forbedre kvalitet 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 innen en frist (dato). Modellen beskriver 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. Se pkt. 5.2.5 for nærmere redegjørelse og diskusjon av elementene som inngår i modellen.

6.3.2. Hovedelementer i modellen

Modellen består av følgende elementer / tiltak:

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 juridisk frist* (nytt)
   Dersom pasienten får rett til nødvendig helsehjelp 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 RHF-enes sørge for-ansvar for ventelisteregistrering og for å ha systemer for oppfølging av ventelister*
   Se punkt 5.2.5.

4. *Presisere at spesialisthelsetjenestens plikt til systematisk kvalitetsforbedring av virksomheten også gjelder kvalitetsforbedring av pasientforløp(nytt)*
   Se punkt 5.2.5

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 en kopi av denne, enten i konsultasjonen eller ettersendt. Helseforetakene måles på andel som har fått forløpsplan. Se punkt 5.3.2.

6. *Svar innen 10 virkedager på alle henvisninger (nytt)*
   Plikten til å vurdere henvisninger i løpet 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. Se punkt 5.3.1.

7. *Innføring av serviceerklæring(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. Se pkt. 5.3.2.

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 overvåkning 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.

6.3.3. Målepunkter og indikatorer

Modellen legger til grunn at alle oppmøter registreres, og viktige milepæler i forløpet registreres og måles:

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager
(«Henvisning mottatt – Vurdering ferdig»):

Dette er en viktig milepæl for alle forløp, likt som i dag, og indikerer starten på forløpet.

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
1	Dato for mottak av henvisning	
2	Dato for ferdig vurdert henvisning	
3	Rett til helsehjelp	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
1	Vurderingstid	Tid fra mottak av henvisning til henvisningen er vurdert
2	Antall og andel brudd på 10 virkedagers vurderingsgarantien	
3	Antall og andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	

Det måles på medgått tid fra mottatt henvisning til vurdering er gjort. Det samlede antall henvisninger som mottas registreres og antall og andel som er vurdert innen 10 virkedager registreres, tilsvarende de målinger som gjøres i dag.

Utfall av rettighetsvurdering, dvs. hvorvidt pasienten er vurdert til å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, må rapporteres.

Siden det ikke lenger er en frist må sykehusene gi pasientene tid til første oppmøte innen den tidshorisont sykehuset har som mål for første oppmøte. Dette vil i praksis fungere på samme måte som i dag. Dagens prioriteringsveiledere anbefaler frist på gruppenivå for når helsehjelpen senest skal starte. Første kontakt avtales før fristen, ofte lang tid før. Spesialisthelsetjenesten kan derfor se hen til dagens prioriteringsveiledere, men de må revideres dersom de skal benyttes fullt ut i denne modellen, f.eks. dersom det gis nasjonale mål for deler av forløpet, f.eks. for tid til første oppmøte.

Mottatt forløpsplan

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
4	Dato for mottatt forløpsplan	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
4	Andel som har mottatt forløpsplan	

Følge opp pasienter som venter på oppstart av helsehjelp

Målepunkter:

	Målepunkt	Beskrivelse
5	Mottatt henvisning	
6	Dato første oppmøte	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
5	Tid fra mottak av henvisning til første oppmøte på sykehuset	Indikatoren gir en indikasjon på tilgangen til spesialisthelsetjenesten.

Følge opp pasienter som skal opereres

En del pasienter som tas inn i spesialisthelsetjenesten kan ha behov for et kirurgisk inngrep. Det vil være av stor verdi for pasienter og befolkning å vite hvor lenge man må regne med å vente til inngrepet blir utført.

Når det på et tidspunkt i pasientforløpet blir besluttet at pasienten skal opereres og pasienten er informert om dette, vil pasienten oppleve å være ventende på operasjon. Typisk skjer beslutning om operasjon i forbindelse med at pasienten er til konsultasjon hos lege og det foreligger god indikasjon for inngrepet.

Legen noterer beslutning om operasjon i pasientens journal og det registreres at det planlagte inngrepet skal utføres – pasienten «settes på venteliste». «Ventetid» vil være tidsperioden fra pasienten er informert om at inngrepet skal utføres og er «satt på venteliste» til inngrepet er utført.

Det må utredes noe mer for å finne et entydig tidspunkt for når ventetiden starter. Det kan vurderes nærmere om denne indikator skal omfatte alle kirurgiske inngrep eller kun en andel

av operative prosedyrer, f.eks. inngrep hvor det er kapasitetsutfordringer eller hvor for lange ventetider er uheldig ut fra en medisinsk vurdering.

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
7	Dato for beslutning om operasjon	En beslutning finner sted når det foreligger god indikasjon for inngrepet og pasienten er informert og har gitt sitt samtykke. Sykehuset har et system for å registrere beslutningen og pasienten er «satt på venteliste» til det planlagte inngrepet.
8	Operasjonsdato	Den dato pasienten blir operert

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
6	Tid fra beslutning om operasjon til inngrepet er utført	Dette er det konkrete mål på hvor lenge pasienten venter på et inngrep – det må knyttes konkret til hvilket inngrep de venter på. Indikator gir pasientene bedre forutsigbarhet og muligheter til å sammenligne ventetider mellom helseforetak.

Følge opp pasienter som skal utredes eller behandles med andre prosedyrer

En del pasienter som tas inn i spesialisthelsetjenesten kan ha behov for enkelte veldefinerte prosedyrer annet enn det som er definert som operative inngrep. Det vil være av stor verdi for pasienter og befolkning å vite hvor lenge man må regne med å vente til prosedyren blir utført.

Når det på et tidspunkt i pasientforløpet blir besluttet at pasienten skal gjennomgå en bestemt prosedyre, enten som ledd i en utredning eller behandling og pasienten er informert om dette, vil pasienten oppleve å være ventende på prosedyren.

Det må defineres nærmere hvilke prosedyrer / behandlinger som skal inngå i denne målingen. Det er naturlig å knytte det opp mot der hvor det i dag er definerte prosedyrer med koder som er registrert i PAS, eksempelvis ulike terapeutiske/utredningsprosedyrer som gastroskopi, hjerteutredninger, strålebehandling etc. Det må utredes nærmere hvilke prosedyrer som skal inngå.

Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
9	Dato for beslutning om prosedyre	Dette kan benyttes for noen utvalgte prosedyrer – det må utredes hvilke som er aktuelle
10	Dato prosedyre er gjennomført eller startet	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
7	Tid fra beslutning om at en prosedyre skal utføres til denne er gjennomført eller startet	Dette er ventetiden til nærmere definerte prosedyrer er utført

Følge opp pasienter i forløp - Planlagt tid

Når det er besluttet at pasienten skal komme tilbake til spesialisthelsetjenesten, enten på det første møte eller senere i et forløp, og pasienten er informert om når dette skal finne sted kan det defineres som planlagt tid for neste møte.

Inkludert i dette målet er også de som i dag henvises internt til annen avdeling/enhet i samme forløp og de som henvises internt i nytt pasientforløp. Det inkluderes også pasienter som blir viderehenvist fra annet sykehus.

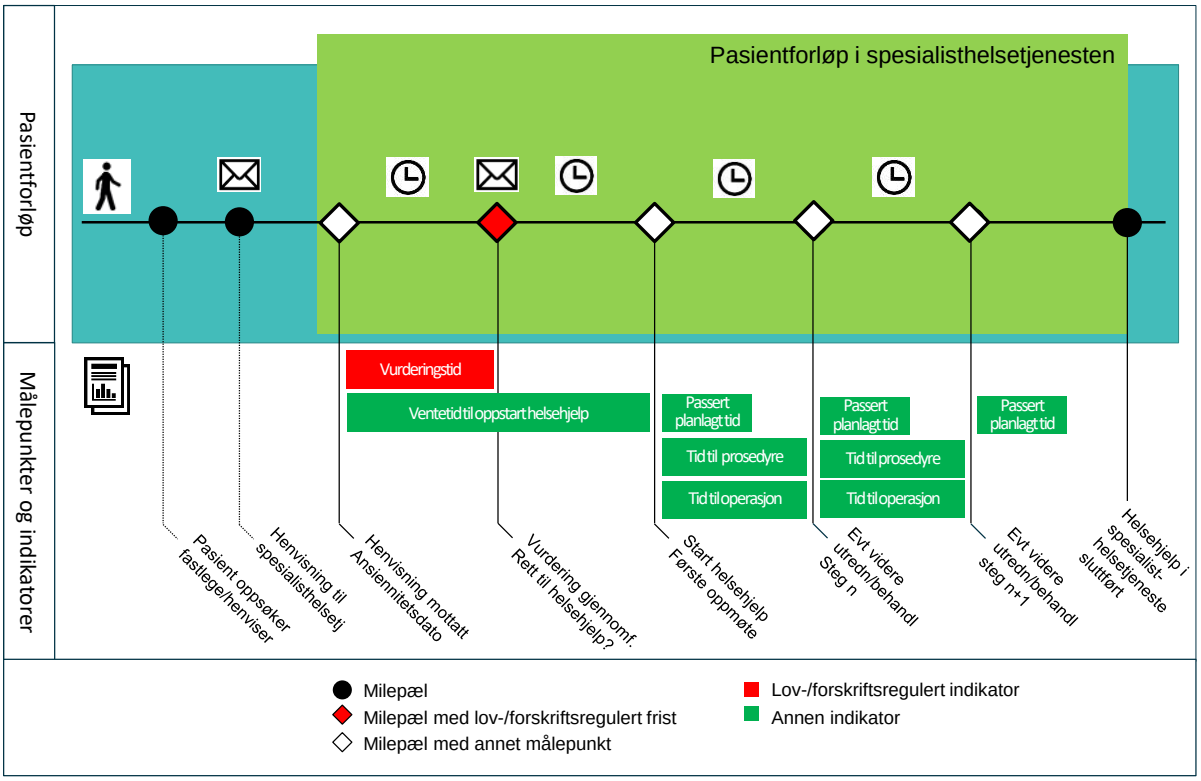
Målepunkter:

	Målepunkt	Kommentar
11	Tidspunkt for beslutning om nytt oppmøte	
12	Dato for neste oppmøte	

Indikatorer:

	Indikator	Kommentar
8	Antall pasienter som møter opp (pkt. 16) og som har blitt informert om et tidspunkt ved forrige kontakt (pkt. 15) og andelen av disse som har fått oppmøtetidspunkt til avtalt tid	Dette er en beskrivelse av om sykehuset «holder det de har lovet pasienten». Det er også et grep for å ivareta «kontroller» og pasienter i langvarige forløp.

Aktuelle målepunkter og indikatorer i pasientforløpet kan i denne modellen fremstilles som følger:



Figur 14: Milepæler, målepunkter og indikatorer i pasientforløpet under modell C.

6.3.4. Drøfting

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 pasient-forløp, 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.

Fordeler med modellen

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 frist, 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.

Mer systematisk planlegging med fokus på koordinering gir bedre forutsetninger for å gi pasientene gode forløp og forutsigbarhet. I Dokument 3:2 (2017–2018) «Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016» peker Riksrevisjonen på at sykehus som har lagt vekt på kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt, har lyktes med å effektivisere driften. Riksrevisjonen viser til at flere av disse sykehusene fremhever betydningen av å ha god styringsinformasjon, riktig kompetanse for å drive frem forbedringsarbeidet og god logistikk i pasientbehandlingen.

Modellen forutsetter at spesialisthelsetjenesten arbeider med kontinuerlig forbedring av pasientforløp. Systematisk arbeid med pasientforløp har flere fordeler. Gjennom å sette mål knyttet til godt koordinerte og forutsigbare pasientforløp, og å jobbe systematisk med kontinuerlig forbedring av virksomheten på dette området, stimuleres helsepersonell og ledelse til å ha et sterkere fokus på pasienttilfredshet, og gir pasienter og andre informasjon

om hva de kan forvente seg i et pasientforløp. Det må imidlertid sikres at alle pasienter blir ivaretatt, også pasienter som ikke tilhører pasientgrupper som det blir utviklet forløp for.

Innføring av nye målepunkter i forløpet vil legge til rette for måling av ventetider frem til oppstart av helsehjelp og fra beslutning om prosedyre eller operasjon frem til prosedyre/operasjon er startet. Pasientene får bedre informasjon om hvilke mål som gjelder for spesialisthelsetjenesten, og om ventetider lenger inn i forløpene. Slike målinger vil også gi viktig styringsinformasjon for de regionale helseforetakene og virksomhetene selv.

Modellen kan bidra til mindre variasjon og til riktigere prioritering mellom pasienter som er i forløp og nyhenviste pasienter. For helsetjenesten som skal vurdere henvisningene vil vurderingene forenkles fordi det ikke skal settes en frist for start helsehjelp.

Tydelige mål og indikatorer som er godt definerte og relevante for pasientbehandlingen eller som vurderes som nyttig for den som registrerer øker sannsynligheten for god kvalitet i data som rapporteres. Det reduserer også risikoen for uønsket variasjon. I modellen er det valgt målepunkter og indikatorer som anses å være relevante og konkrete og som viser hva pasienter faktisk venter på, for eksempel første oppmøte (tilgang til spesialist helse-tjenesten) eller en kirurgisk prosedyre (behandlingsprosedyre i form av en bestemt operasjon), men dette vil måtte defineres og utredes noe nærmere.

For at administrasjon skal være enklest mulig er det i stor grad lagt opp til å bruke registreringer som blir gjort i dag. Ventetid til vurdering og ventetid til start helsehjelp vil måles slik som det gjøres i dag. For å kunne følge med på større deler av forløpene er det i tillegg foreslått noen registreringer som ikke gjøres i dag. De knytter seg til punkter i forløpene som har relevans for måling av gode pasientforløp. Det må utvikles løsninger som automatisk henter forløpsdata fra pasientadministrative systemet (PAS) eller elektronisk pasientjournal (EPJ) slik at det blir et godt verktøy for kvalitetsbasert ledelse i virksomhetene.

Modellen bygger i stor grad på forpliktelser som helsetjenesten allerede har som følge av plikten til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Noen virksomheter er kommet langt i dette arbeidet og for dem vil ikke modellen nødvendigvis medføre store omlegginger. For andre vil modellen medføre at systemer og rutiner må legges om i større grad.

Ulemper med modellen

Modellen løser ikke utfordringer med variasjon i andelen som vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Innen somatisk helsetjeneste viste Helsedirektoratets rapport fra mai 2017 at det var liten variasjon, men større utfordringer i psykisk helsevern. Disse utfordringene må adresseres på annen måte.

Pasientene mister den individuelle fristen med tilknyttet rettighet, og muligheten til å få et alternativt tilbud gjennom Helfo. Modellen gir ikke den enkelte pasient noen rettighet dersom

målene ikke blir nådd, og pasienter som får forsinket oppstart vil derfor kunne komme dårligere ut enn i dag.

De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for at pasienter får forsvarlige helsetjenester endres ikke. Det innebærer at de vil måtte følge med på at pasienter ikke venter for lenge på start helsehjelp. Selv om de har kapasitetsproblemer har de ansvar for å skaffe pasientene et tilbud. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke lenger kan forholde seg til individuelle frister for start helsehjelp vil det være nødvendig å lage nye rutiner og systemer for å sikre forsvarlig oppstart. For å understreke at dette ansvaret ikke faller bort selv om pasientene ikke lenger har en individuell frist, foreslås å videreføre plikten til å føre ventelister og til å følge opp disse.

I dagens ordning gjelder den individuelle fristen for hele spesialisthelsetjenesten slik at pasienten har med seg fristen når pasienten blir henvist videre til et annet behandlingssted før fristen er innfridd. Dette sikrer at det neste behandlingsstedet har informasjon om hvor lenge det vil være forsvarlig at pasienten venter. Uten frist vil det heller ikke være noen frist som følger pasienten til neste behandlingssted, og det kan være en risiko for at pasientene venter for lenge på oppstart av helsehjelpen. Dette er noe av bakgrunnen for forslaget om at også viderehenvisninger skal vurderes og besvares innen 10 virkedager, nettopp for å sikre at pasienten får oppstart av helsehjelpen til forsvarlig tid og at det nye behandlingsstedet overtar ansvaret for pasienten.

Dersom de regionale helseforetakene ikke utvider kapasiteten eller utnytter kapasiteten bedre enn i dag, er det også risiko for at ventetid for oppstart av helsehjelp øker for de lavest prioriterte pasientene i en modell uten frister. Det vil derfor være nødvendig å følge opp utviklingen i ventetider nøye, også på nasjonalt nivå. Slik risiko kan reduseres noe ved å endre måten nyhenviste pasienter blir tildelt time på slik det er eksempel på fra Helse Vest og arbeidet med «Optimal timetildeling»[66]. Det er god indikasjon på at tildeling av time til første oppmøte ved å gi nyhenviste pasienter den første ledige timen som er tilgjengelig kan redusere ventetid til første oppmøte dersom forholdene er lagt til rette for dette.

Utarbeidelse av forløpsplaner kan medføre mer administrasjon og tidsbruk for helsepersonell med mindre de i fremtiden kan hentes ut av det pasientadministrative systemet eller EPJ uten tilleggsregistreringer.

Det antas at modellen på sikt vil være mindre komplisert å administrere enn dagens ordning for registrering og oppfølging av ventetider, men den forutsetter en omlegging av rutiner og systemer i spesialisthelsetjenesten.

Risiko

Det er en risiko for at noen pasienter må vente for lenge dersom fristen fjernes. Denne risikoen reduseres ved at modellen inkluderer utvikling av pasientforløp og systemer for

[66] «Årleg melding 2017 for Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet», side 10

oppfølging av ventetider. Det vil være nødvendig med overgangsordninger som gir mulighet for å utvikle god systemstøtte for rapportering og måling av ventetider og måloppnåelse.

Nye målepunkter og indikatorer som er foreslått må defineres tydelig slik at det er minst mulig rom for ulik tolkning og vridningseffekter. Det er blant annet viktig at startpunkt for ny indikator som markerer start ventetid til operasjon og til prosedyre er definert entydig. Noe prosess for å utvikle dette må påregnes, og man bør se på hvordan dette er løst i andre land som har tilsvarende målinger.

Det må drøftes hvilke mål som skal settes for ventetider og utvikles systemer før denne modellen kan iverksettes.

6.3.5. Økonomiske og administrative konsekvenser

Det bør vurderes tiltak som stimulerer kvalitet og gode pasientforløp. Dette bør utredes noe nærmere.

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 er imidlertid stabil og er godt forankret i prioriteringsmeldingen og operasjonalisert gjennom mange års arbeid med Helsedirektoratets prioriteringsveiledere.

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.

Systematisk arbeid med å utvikle og følge opp kvalitet i pasientforløp må implementeres i helsetjenesten. Det vil variere hvor ressurskrevende dette vil være fordi deler av helsetjenesten allerede har komme 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 Helfos 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.

6.3.6. Behov for endring i pasientadministrative systemer

For å kunne følge med på de viktigste måleparameterne bør man kunne hente dem ut av pasientjournalsystemet uten tilleggsregistreringer. Modellen benytter i all hovedsak eksisterende parametere, men innebærer at det introduseres noen nye målepunkter og indikatorer (ventetid til operasjon eller prosedyre) som beskrevet i punkt 6.3.3.

Det foreslås videre å innføre forløpsplaner jf. kapittel 5.3.2. Det bør utredes noe mer hvordan en slik løsning kan tilpasses.

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.

6.3.7. Lov- og forskriftsregulering

I en modell der pasientene ikke har rett til en individuell frist for oppstart av helsehjelpen vil forsvarlighetskravet styre hele forløpet, med unntak av at vurderingsfristen på 10 virkedager og plikten til å fastsette et tidspunkt for oppstart av helsehjelpen videreføres. Alle bestemmelser knyttet til frist for start helsehjelp og fristbrudd i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1b og 2-2 og i prioriteringsforskriften vil måtte oppheves.

Ventelisteregistrering og -oppfølging

De regionale helseforetakenes sørge for-ansvar følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og plikten til å føre ventelister følger av forskrift fastsatt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-4.

Det følger av ventelisteforskriften med merknader hvilke virksomheter den gjelder for, hvilke pasienter som skal være registrert på venteliste, og når pasientene ikke lenger skal stå på venteliste. Det følger også av forskriften at de regionale helseforetakene skal sørge for elektronisk rapportering av ventelistedata. Ventelisteforskriften er bygget opp rundt opplysninger som er nødvendige for å kunne følge med på om pasientenes rettigheter i forbindelse med vurdering av henvisning, rett til nødvendig helsehjelp, frist og oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling blir oppfylt.

Det følger ikke av ventelisteforskriften hva som er formålet med ventelisteregistrering eller hva de regionale helseforetakene eller de enkelte virksomhetene skal bruke opplysningene til. NPR har i sin rapportering fokus på nyhenviste pasienter som venter på helsehjelp i form av utredning eller behandling. Dette til forskjell fra sykehusene som teller alle som står på en venteliste, også til oppfølgende behandling og kontroll.

Dersom rett til frist for oppstart av helsehjelp oppheves må spesialisthelsetjenesten ha systemer som sikrer på annen måte at pasienter ikke venter for lenge på start av helsehjelp. Ventelister vil være et viktig verktøy for dette. Det bør derfor vurderes om en forskrift som viderefører plikt til å føre ventelister slår fast at ventetider skal registreres både for rapporteringsformål og for at spesialisthelsetjenesten kan sikre at pasienter får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp og forsvarlige tjenester. Registreringsplikten er i dag lagt på virksomhetene, mens rapporteringsplikten er lagt på de regionale helseforetakene.

I modellen måles flere ventetider i pasientforløpene. Det må vurderes nærmere om det vil være hensiktsmessig å presisere nærmere i forskrift hvilke tider som skal rapporteres og registreres.

Kvalitetsforbedring

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a at enhver som yter spesialisthelsetjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring, og av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at spesialisthelsetjenester skal være forsvarlige og tilrettelagt slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger virksomhetene å ha styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Forskriften er generelt utformet og gjelder for hele helse- og omsorgstjenesten. Den forplikter ikke virksomheter til konkret å ha systemer for kvalitetsforbedring av pasientforløp. En eventuell plikt kan pålegges i en ny forskrift som kan hjemles i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a. (Dersom det er aktuelt å forplikte de regionale helseforetakene vil spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd være en aktuell hjemmel.)

En ny forskrift vil ha som formål å bidra til at pasienter får forsvarlige, helhetlige og koordinerte spesialisthelsetjenester gjennom at virksomheter driver systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Forskriften kan pålegge virksomhetene plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring av pasientforløp gjennom planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering. For å unngå gjentakelser bør den antakelig henvise til nærmere regler i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Systematisk oppfølging av ventelister vil være et verktøy i virksomhetens kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid. Det kan derfor vurderes om det bør utarbeides en

felles forskrift for kvalitetsforbedring av pasientforløp og ventelisteregistrering, jf. over. Forskriften kan i så fall måtte hjemles i både spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-4 og 3-4a. Det kan eksempelvis også vurderes om en slik forskrift skal inneholde nærmere regler for informasjon til pasienter. Det er hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 til å gi forskrift om det nærmere innholdet i plikten til å gi informasjon som pasientene trenger for å ivareta sine rettigheter. Informasjon om ventetider er for eksempel viktig dersom pasienter vurderer å benytte retten til å velge behandlingssted. Om det er behov for særregulering av informasjonsplikten vil imidlertid avhenge av samlet virkemiddelbruk knyttet til ventetider.

Prosessuelle rettigheter

Dersom retten til å få en frist for start helsehjelp faller bort vil pasientens rett til nødvendig helsehjelp (materiell rettighet) fremgå av § 2-1b, mens de prosessuelle rettighetene vil fremgå av § 2-2. Dersom de prosessuelle rettighetene skal utvides er det naturlig å gjøre dette gjennom endringer i § 2-2.

Vurderingsfrist

§ 2-2 gir rettigheter til nyhenviste pasienter. Disse pasientene har rett til en vurdering av om de har rett til nødvendig helsehjelp. Hvis de vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp skal de få informasjon om tidspunkt for oppstart av helsehjelp. Pasienter som blir viderehenvist innad i spesialisthelsetjenesten har (som hovedregel) allerede rett til nødvendig helsehjelp, men ansvaret for å yte helsehjelpen, eller deler av den, skal overføres fra en enhet til en annen. Enheten som mottar viderehenvisningen skal dermed ikke gjøre en vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, men en vurdering av hvilken helsehjelp pasienten skal få. Hvor raskt denne vurderingen skal skje og hvor raskt pasienten skal få tilbakemelding er ikke regulert.

Dersom det innføres en 10-dagersfrist knyttet til viderehenvisninger er det nødvendig å skille mellom nyhenviste og viderehenviste fordi det skal gjøres en rettighetsvurdering av den første gruppen. Fristen og informasjonen pasienten skal få om når helsehjelp skal starte vil imidlertid være den samme. Det kan vurderes om bestemmelsen eventuelt bør bygges opp på en annen måte, men i skissen til regelverk er det foreslått å ta inn vurdering av viderehenvisning i nytt andre ledd. Også ved viderehenvisninger vil det være relevant for henvisende enhet å få informasjon fra mottakende enhet, jf. gjeldende fjerde ledd. Det må eventuelt vurderes om det er nødvendig å endre ordlyden.

Annet

Det kan fremgå tydeligere av loven enn i dag at det kan gis, og er gitt, forskrifter om rett til nødvendig helsehjelp. Hjemmelsbestemmelsen for prioriteringsforskriften kan flyttes til samme ledd som rettighetsbestemmelsen, og eventuelt omformuleres, for å tydeliggjøre dette.

Pasientenes klageadgang gjelder flere av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Slik som loven har utviklet seg er det spørsmål om det er hensiktsmessig at det er presisert i § 2-2 at pasienter skal få opplysninger om sin klageadgang. Det kan vurderes om det er tilstrekkelig at det fremgår av prioriteringsforskriften at de skal få slik informasjon.

Dersom fristbestemmelsene oppheves kan bestemmelsen om fristbrudd i prioriterings-forskriften endres til en bestemmelse om dekning av utgifter til behandling i annet EØS-land.

Retten til å få fastsatt en individuell frist for start helsehjelp gjelder i dag også for pasienter som har rett til et tilbud i utlandet fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i Norge, jf. gjeldende § 2-1b femte ledd. Ved endring av fristreglene må det vurderes hvilken ordning som eventuelt skal gjelde for disse pasientene.

Skisse til regelverk finnes i vedlegg 1.

6.4. Vurdering av avtalespesialistenes rolle i de ulike modellene

I kapittel 2.2 er avtalespesialistenes rolle i forbindelse med vurdering av rett til helsehjelp beskrevet.

I denne rapporten foreslås for alle modeller at skillet mellom rett til utredning og rett til behandling erstattes av rett til helsehjelp. Dette vil ikke ha betydning for inkludering av avtalespesialister.

Vurderingsfristen foreslås opprettholdt til 10 virkedager for alle modeller. Utfordringene med manglende gode muligheter for tilbakemelding til henviser f.eks. om fravær vil bestå. En slik tilbakemelding må skje raskt for at vurderingsfristen på 10 virkedager skal innfris. Ved utvikling av digitale løsninger, kan dette løses, som beskrevet i tidligere rapporter. I tillegg må digital kommunikasjon mellom avtalespesialistene, helseforetak og fristbruddordningen etableres, som beskrevet tidligere (se kapittel 2.2).

I modell A foreslås individuell rettighet og frist opprettholdt. Tidligere beskrevne utfordringer med inkludering av avtalespesialister vil dermed bestå.

I modell B erstattes individuell rettighet med en generell rettighet for første oppmøte i spesialisthelsetjenesten innen 3 måneder. Lengre tidshorisonter og generelle rettigheter kan lette muligheten for å inkludere avtalespesialister i modellene.

I modell C foreslås individuell rettighet fjernet. Modellen presiserer blant annet de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, plikt til rutiner for ventelisteføring og bruk av kvalitetsforbedring for å understøtte gode pasientforløp. Dersom avtalespesialister skulle inkluderes i en slik modell, må de beskrevne tiltak tilpasses avtalepraksis, noe som vurderes som mulig.

Oppsummering

Pasienter som henvises til avtalespesialist, bør få de samme rettigheter som pasienter henvist til andre deler av den offentlige helsetjenesten. Utfordringer for å få dette på plass, er tidligere beskrevet av Helsedirektoratet med bistand fra Direktoratet for e-helse.

Ingen av modellene foreslått i denne rapporten vil umiddelbart løse disse utfordringene. Enkelte av modellene vil likevel kunne gjøre inkludering av avtalespesialister noe enklere, gitt tilfredsstillende IKT-utvikling. Dersom avtalespesialister skal inkluderes, vil alle modellene kreve en egen utredning hvor også IKT-behov adresseres.

7. Oppsummering

I denne rapporten er det presentert 3 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 reguleringsmekanismer samt målepunkter, indikatorer og regelverk knyttet til disse. Helsedirektoratets oppdrag har ikke vært å anbefale en ny modell for regulering og registrering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, men å utrede flere alternative modeller.

I oppdraget har Helse- og omsorgsdepartementet satt som forutsetning at pasientenes rettigheter i møte med helsetjenesten ikke skal svekkes. Modellene A og B, som begge gir pasientene en frist for start helsehjelp og rettigheter dersom fristen brytes, medfører at pasientenes rettsstilling ved inngangen til spesialisthelsetjenesten endres noe. Rettighetene ved fristbrudd kombinert med andre foreslåtte tiltak i modellene medfører at pasientrettighetene etter direktoratets oppfatning ikke svekkes sammenlignet med dagens situasjon. Modell C har et annet utgangspunkt og tar konsekvensen av at samfunnet, helsetjenestene og pasientene i dag har andre verktøy tilgjengelige for å følge med på og samarbeide om gode og forsvarlige helsetjenester. Den gir ikke pasientene en frist for start helsehjelp, noe som innebærer at pasientene vil miste en rettighet som de har i dag. Selv om den individuelle fristen vil kunne være et gode for enkelte pasienter er det spørsmål om den kan ha fått en for stor betydning og ikke på en hensiktsmessig måte har klart å forene juridisk krav med medisinsk skjønn. Det har også vært løftet frem som en risiko at pasienter som nærmer seg fristbrudd, prioriteres foran pasienter i et forløp. Selv om pasientene mister en innledende rettighet kan det derfor argumenteres for at pasientenes rettsstilling samlet sett ikke svekkes. For øvrig videreføres pasientrettighetene, og i modellen foreslås også tiltak som er ment å bedre forutsigbarheten for pasientene videre i pasientforløpet.

I oppdraget er det videre lagt vekt på at modellene bør være enkle å administrere og redusere faren for uønsket variasjon. Hvor enkle modellene vil være å administrere har sammenheng med ulike forhold, blant annet hvordan de pasientadministrative systemene og pasient-journalsystemene er innrettet. Ingen av de foreslåtte modellene viderefører den skjønns-messige vurderingen av om pasientens frist gjelder oppstart av utredning eller behandling, og alle modellene baserer seg på at pasienten tas av venteliste ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Alle modellene introduserer imidlertid nye målepunkter og målinger som vil måtte utredes videre nettopp med tanke på enkel administrasjon og fare for uønsket variasjon.

Modell A ligger tett opp til dagens modell og vil være den modellen som vil kreve minst omlegginger sammenlignet med i dag. Modell B introduserer en generell rettighet som kan sees som et sikkerhetsnett dersom individuelle frister fjernes. Både modell B og C bygger på andre prinsipper enn dagens modell, og vil kreve større endringer både i systemer og rutiner sammenlignet med i dag. Det innebærer at både planlegging og gjennomføring av endringene vil være mer ressurs- og tidkrevende enn for modell A.

Alle modellene vil kunne dra nytte av de supplerende tiltakene som er beskrevet i delkapittel 5.3. Modellene som beskrives i denne rapporten viser tre måter å kombinere de ulike tiltakene i kapittel 5 på. Det er mulig å kombinere tiltakene på andre måter enn det som er gjort i denne rapportens kapittel 6.

Det må avslutningsvis presiseres at de ulike modellene kan ha både implementeringsrisiko og økonomiske og administrative konsekvenser det ikke har vært mulig å belyse og detaljere tilstrekkelig innenfor rammene for oppdraget, og at det i en eventuell videre oppfølging av modellene vil være behov for en mer grundig utredning for å belyse dette for hver enkelt modell.

Vedlegg 1: Skisser til lov- og forskriftsregulering

A. Skisse til lov- og forskriftsregulering for modell A

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

§ 2-1 b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten nytt tredje ledd skal lyde:

Fristen fastsatt i andre ledd innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.

Nåværende tredje til niende ledd blir fjerde til tiende ledd.

§ 2-2 første og andre ledd skal lyde (nytt i kursiv):

Pasient 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, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for *første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.*

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.

2. I forskrift 12. januar 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) foreslås følgende endringer:

§ 5 andre ledd oppheves.

§ 5 tredje ledd skal lyde:

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal pasienten også få informasjon om sted og tidspunkt for oppmøte. Dersom det er mulig skal pasienten få oppgitt *en time*.

§ 6 andre ledd skal lyde:

Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart *av helsehjelpen* før fristen for nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke kan overholdes, eller dersom fristen er oversittet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte *Helfo*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fjerde ledd. Dersom fristen er oversittet kan også pasienten kontakte *Helfo*.

3. I forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering foreslås følgende endringer:

§ 3. Ventelisteregistrering skal lyde:

Institusjon som faller inn under § 1, skal føre venteliste over pasienter som er registrert for *helsehjelp*.

§ 4. første ledd skal lyde:

Institusjonen skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert. Ventetiden slutter den dato helsehjelpen påbegynnes. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte *helsehjelpen*, skal heller ikke regnes som ventende lenger.

B. Skisse til lov- og forskriftsregulering for modell B

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

§ 2-1 b. skal lyde:

§ 2-1 b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. *Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om vilkårene for nødvendig helsehjelp*.

Pasienten som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal ha startet med helsehjelpen innen 65 virkedager. Dersom pasienten er under 18 år skal helsehjelpen ha startet innen 45 virkedager. Helsehjelpen anses som startet ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i *tredje ledd*, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i *tredje ledd*. *Departementet* kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

De regionale helseforetakene kan bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2. *Rett til vurdering*

Pasient 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, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for *første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.*

Tidspunktet for oppstart skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b *tredje 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 *varsle Helfo*, jf. § 2-1 b *femte* ledd. *Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hvordan spesialisthelsetjenesten skal varsle Helfo ved brudd på fristen som fremgår av § 2-1 b tredje ledd.*

Pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Henvisende instans skal gis samme informasjon som pasienten får etter første og andre ledd.

Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til *Helfo* dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp *innen fristen som fremgår av § 2-1 b tredje ledd.*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tidspunktet etter første ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager.

2. I forskrift 12. januar 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) foreslås følgende endringer:

§ 4 skal lyde:

§ 4. Vurdering av *om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp*

Den som er forpliktet til å foreta en vurdering av en pasient etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, skal vurdere om pasienter som henvises oppfyller vilkårene i § 2 og eventuelt i § 3 *denne forskriften.*

§ 4 a skal lyde:

§ 4a. *Fristen for når helsehjelpen skal være startet*

Fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp som nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b tredje ledd regnes fra den dato *henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. I beregningen av tidsfristen inngår ikke perioder hvor diagnostisk undersøkelse og utredning må utsettes på grunn av pasientens helsetilstand eller etter pasientens ønske.*

Fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten.

§ 5 skal lyde:

§ 5. *Informasjonsplikten*

Den som har foretatt vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, eventuelt om pasienten har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, skal skriftlig informere pasienten om resultatet av vurderingene. Det skal også gis informasjon om retten til en ny vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 og klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, herunder om klagefrist og klageinstans.

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal pasienten også få informasjon om sted og tidspunkt for *oppmøte*.

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp skal pasienten også få informasjon om at spesialisthelsetjenesten skal kontakte Helfo ved fristbrudd eller forventet fristbrudd, jf. § 6, og at *Helfo* i så fall vil kontakte pasienten.

§ 6 skal lyde:

§ 6. *Fristbrudd*

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2, eller har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den fristen som er fastsatt i *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b tredje ledd.*

Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart av *helsehjelpen* før fristen for nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke kan overholdes, eller dersom fristen er oversittet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart *varsle Helfo*, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b femte ledd*. Dersom fristen er oversittet kan også pasienten kontakte *Helfo*.

Spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager ha startet opp helsehjelpen. Dersom spesialisthelsetjenesten har startet helsehjelpen innen 10 virkedager slettes varslet til Helfo, hvis ikke sendes et bekreftende varsel til Helfo.

Helfo skal *dersom de mottar et bekreftende varsel fra spesialisthelsetjenesten* uten opphold skaffe pasienten et tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket eller om nødvendig i utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter.

Uavhengig av om det foreligger fristbrudd kan pasienten søke om å få refundert utgifter til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land i samsvar med forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Pasienten kan også ha rett til å få dekket utgifter til helsetjenester i andre EØS-land etter vilkårene i rådsforordning (EF) nr. 883/2004. Søknad om refusjon etter forskrift om stønad mottatt i et annet EØS-land eller forhåndsgodkjenning etter rådsforordning (EF) nr. 883/2004 behandles av Helfo.

3. I forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering foreslås følgende endringer:

§ 3 skal lyde:

3. *Ventelisteregistrering*

Institusjon som faller inn under § 1, skal føre venteliste 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 om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Dersom pasienten har en slik rett, skal den fristen som er fastsatt i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b *tredje ledd,* fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b første ledd, skal ikke registreres på venteliste.

Henvisninger registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen. Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen

C. Skisse til lov- og forskriftsregulering for modell C

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

§ 2-1 b. *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. *Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om ~~hva som skal anses som~~vilkår for at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp~~ som pasienten kan ha rett til~~.*

~~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.~~

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

~~Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.~~

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket. ~~innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.~~

~~Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.~~

De regionale helseforetakene kan bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ~~og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd~~.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig

helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ~~og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd~~.

§ 2-2. Rett til vurdering

Pasient 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, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når ~~utredning eller behandling~~ *helsehjelpen* skal settes i gang.

Pasient som henvises i spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt informeres om tidspunkt for når helsehjelpen skal settes i gang.

~~Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling 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.~~

(Pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved klage.)

Henvisende instans skal gis samme informasjon som pasienten får etter første og andre ledd.

~~Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til HELFO dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, jf. andre ledd.~~ Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tidspunktet etter første *og andre* ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering *etter første ledd* raskere enn innen 10 virkedager.

2. **Forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering oppheves og erstattes av en ny forskrift**:

Skisse til ny forskrift om pasientforløp og ventelisteregistrering:

§ 1. Formål

En formålsbestemmelse som sier at forskriften skal bidra til at pasienter får forsvarlige, helhetlige og koordinerte spesialisthelsetjenester gjennom at virksomheter arbeider systematisk med pasientforløp og registrerer ventetider - både for rapporteringsformål og slik at spesialisthelsetjenesten kan sikre at pasienter får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp og forsvarlige tjenester.

§ 2. *Virkeområde*

En bestemmelse som gir forskriften samme virkeområde som ventelisteregistreringsforskriften:

Denne forskrift gjelder *(for regionale helseforetak og) for*

1 Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktspsykiatriske sentra som et regionalt helseforetak har inngått avtale om tjenesteyting med i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd.

2 Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktspsykiatriske sentra som eies av et regionalt helseforetak.

3 Institusjoner 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.

4 Virksomheter som er godkjent for fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Virksomheter som faller inn under § 1 skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i pasientforløp, og som viser til nærmere bestemmelser i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

§§ 4 flg *Ventelisteregistrering*

Bestemmelser om plikten til å føre ventelister, eventuelt basert på flere målepunkter, til å holde listene oppdatert, og om rapporteringsplikt

3. I forskrift 12. januar 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) foreslås følgende endringer:

(§§ 2, 2a og 3 videreføres uendret)

§ 4. *Vurdering av ~~og fastsettelse av frist for~~ rett til nødvendig helsehjelp*

Den som er forpliktet til å foreta en vurdering av en pasient etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, skal vurdere om pasienter som henvises oppfyller vilkårene i § 2 og eventuelt i § 3. ~~Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist, for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet. Ved fristfastsettelsen skal prioritering gjøres etter § 2 a.~~

~~§ 4a.*Særskilt fristregel for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet*~~

~~Fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp som nevnt i § 4 første ledd annet punktum, skal ikke overstige 65 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Fristen regnes fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.~~

§ 5. *Informasjonsplikten*

Den som har foretatt vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, eventuelt om pasienten har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, skal skriftlig informere pasienten om resultatet av vurderingene. Det skal også gis informasjon om retten til en ny vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 og klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, herunder om klagefrist og klageinstans.

~~Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp skal det presiseres om fristen etter § 4 eller § 4a gjelder oppstart av utredning eller behandling.~~

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal pasienten også få informasjon om sted og tidspunkt for oppmøte. Dersom det er mulig skal pasienten få oppgitt en time for behandling eller utredning.

~~Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp skal pasienten også få informasjon om at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO ved fristbrudd eller forventet fristbrudd, jf. § 6, og at HELFO i så fall vil kontakte pasienten.~~

Henvisende instans skal få samme informasjon som pasienten.

§ 6. ~~*Fristbrudd*~~ *Utgifter til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land*

~~Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2, eller har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3, får tilbud om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen den fristen som er fastsatt i medhold av § 4 eller § 4a.~~

~~Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling før fristen for nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke kan overholdes, eller dersom fristen er oversittet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fjerde ledd. Dersom fristen er oversittet kan også pasienten kontakte HELFO.~~

~~HELFO skal uten opphold skaffe pasienten et tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket eller om nødvendig i utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter.~~

~~Uavhengig av om det foreligger fristbrudd kan *p*~~ *Pasienten kan* søke om å få refundert utgifter til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land i samsvar med forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Pasienten kan også ha rett til å få dekket utgifter til helsetjenester i andre EØS-land etter vilkårene i rådsforordning (EF) nr. 883/2004. Søknad om refusjon etter forskrift om stønad mottatt i et annet EØS-land eller forhåndsgodkjenning etter rådsforordning (EF) nr. 883/2004 behandles av HELFO.

§ 7. *Klagerett*

En pasient som er uenig i den vurdering som er foretatt etter § 2, § 2a, § 3 *eller* § 4 ~~eller § 4a~~, eller som mener at det ikke er foretatt slike vurderinger, kan klage til Fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Dersom den vurderingen spesialisthelsetjenesten foretar gjelder om pasienten har rett til behandling i utlandet, jf. § 3, kan han klage til den klagenemnda som er omtalt i § 9.

Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten

Utgitt
2. juli 2018
Bestillingsnummer
IS-2742

Utgitt av
Helsedirektoratet
Postadresse
Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse
Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050
E-post postmottak@helsedir.no

Forsidefoto
Mostphotos
Design
Itera as

www.helsedirektoratet.no