

Utdrag fra SHDIR orientering om nye bestemmelser for søknadsvurdering i spesialisthelsetjenesten

5.1 Maksimal vurderingstid

Henvisningen skal være vurdert i løpet av maksimalt 10 virkedager[1] fra den er mottatt første gang i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato). Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsi at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part.

Det er utarbeidet en henvisningsveileder som kommer 1. november 2015.

5.2 Ny elektiv kategori «haster»

Henvisningsveilederen innfører en ny elektiv kategori «haster». Når henviser har merket henvisningen med «haster», er det gjort som informasjon til spesialisthelsetjenesten om at det gjelder en svært alvorlig tilstand som må vurderes tidlig (umiddelbart) i vurderingsperioden[5].

5.3 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Alle henviste pasienter skal vurderes i samsvar med prioriteringsforskriften. Prioriteringsforskriften krever at to vilkår må være oppfylt for at det skal gis rett til nødvendig helsehjelp: a) Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen og b) Vilkåret om et rimelig forhold mellom kostnader og effekt (kostnadseffektivitet).

Prioriteringsforskriften (vedtatt 10.4.2015, i kraft 01.11.2015)

[§ 2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten](#)

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd](#), når:

- Pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.

[§ 2a Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten](#)

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes

5.4 Helsehjelp, utredning og behandling

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.

5.7 Individuelle forhold

I prioriteringsveilederne gis det anbefalinger om rettigheter på gruppenivå. For en konkret henvisning skal spesialisten vurdere om noen av de individuelle forholdene som er nevnt i prioriteringsveilederne er

tilstede. Det skal også vurderes om det er andre forhold ved den aktuelle pasienten som skulle tilsi en annen rettighetsvurdering og eventuell frist enn det som er anbefalingen for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

5.8 Samlet vurdering av vilkårene

Når vilkårene om forventet nytte og kostnadseffektivitet er vurdert hver for seg, skal de vurderes samlet. Begge vilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Den samlede vurderingen kan gi ett av følgende utfall:

- Pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og får rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.
- Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og følgelig ikke rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

5.10 Rettighet knyttet til utredning (vurderinger ved uavklart tilstand)

Ved uavklart tilstand vil første konsultasjon på poliklinikken som hovedregel være utredning. Da er pasientens rettighet oppfylt.

Nye veiledende ventetider for prioritering fra 01.11 2015 (utdrag SHDir, TSand)

		Uker
Barn	anfall (epilepsi/synkope/uklare)	8
	nevromuskulær sykdom	8
	søvn sykdommer	26
	Kronisk utmattelse/smerte med funksjonssvikt	8
Neurologi	anfall (førstegangs)	4
	epilepsi (kjent diagnose)	12
	perifer nevropati	26
	-nevropati diabetes/etyl	ikke rett
	progressiv myelopati	4
	ms/parkinson/demens/vertigo	12
	Nakke/ryggsmerte med utstråling	4
Geriatrici	Kognitiv svikt	12
Nevkir	Degen spinal lidelse med utstråling og/eller myelopati	12
Plastikkkir	Nervekompresjon øks	12
Ortopedi	Nervekompresjon, lett	104
	Nervekompresjon uttalt	26
		*påvist tilstand kan endre rett
	Ryggsmerter med neurologisk utfall (prolaps)	26
	Degenerativ rygg med utfall	12
	Degenerativ rygg uten utfall eller instabilitet	26
Revma	Muskel og skjelettsmerter uten leddhevelse eller inflammasjonsmarkør	Ikke rett
	Muskelsmerter uten leddhevelse med inflammasjonsmarkør (polymyalgia revmatika etc)	2
	Muskelsmerter med leddhevelse	4
Smerte	Langvarig uten årsak	26
	Langvarig, avklart årsak	26
	Subakutt smerte, bekymring for kronifisering	4
Øye	Diabetes retinopati	12
Psyk	Psyk sekundært til somatisk	12
	ADHD	13
	ADHD voksne	26
ØNH	Snorking	ikke rett
	OSAS	26
Lunge	Søvnrelatert resp-forstyrrelse	24
	Søvnrelatert resp-forstyrrelse (NM/AHI30/BMI35/alvorlig desat)	12
Fys med	Skuldersmerter akutt	12
	Skuldersmerter kron >3mdr	26
	Utbredt muskelsmerter og sammensatt uavklart akutt	12
	Utbredt muskelsmerter og sammensatt uavklart kron > 3 mdr	ikke rett
	Ryggsmerter med nevr utfall	12
	Ryggsmerter uten nevr utfall	26

Tabell for veiledende maksimale ventetider basert på søknadsvurdering og nye veiledere for kliniske fag 2015

	uker		uker
Epilepsi og anfall		Perifere nervesykdommer	
Feberkramper	12	Karpaltunnelsyndrom (med smerter/-søvn)	12
Epilepsi (mistanke om)/anfall	4	Karpaltunnelsyndrom (med parese/atrofi)	4
Synkope	8	Karpaltunnelsyndrom (kun parestesier og kort sykehistorie)	26
Epilepsi (etablert) – kontroll	16	Ulnarisentrapment	12
Epilepsi (langtidsregistrering/24 timer EEG)	12	Radialisparese (akutt)	12
Epilepsi (LTM/preoperativ vurdering)	26	Peroneusparese (akutt)	12
Mentale symptomer		Andre entrapments uten paseser	26
Forsinket utvikling, regresjon, og epilepsimistanke	12	Traumatisk nerve- eller plexus-skade	10
Adferdsproblem eller lærevansker uten sterk mistanke om somatisk årsak	26	Traumatisk nerve- eller plexus-skade (kontroll)	26
Psykiatrisk sykdom (mistanke om somatisk årsak)	12	Polynevropati	12
Mistanke om demens/kognitiv svikt	12	Polynevropati uten objektive funn	26
Andre sykdommer i CNS		Polynevropati kontroll	52
Forbigående CNS-utfall (TGA/TIA/usikre anfall)	12	Nevralgisk amyotrofi (pleksusnevritt - akutt)	10
Multipel sklerose	12	Nevralgisk amyotrofi (pleksusnevritt - kronisk/kontroll)	26
Annen CNS-sykdom uten rask progresjon eller sikre nevrologiske tegn	26	Radikulopati	12
Søvn sykdommer		ALS eller annen MND	4
Lett/middels søvnapné	26	Muskelsykdommer	
Alvorlig søvnapné/med kjent hjertekarsykdom	10	Muskelsvakhet (parese) (raskt progredierende)	4
Narkolepsi	12	Inflammatorisk muskelsykdom	4
Annen hypersomni	26	Muskeldystrofi	12
Sekundær insomni/parasomni/RLS	26	Myastenia gravis/myastent syndrom	4
Annen søvn sykdom	26	Muskelsmerter uten svakhet	26
Primær insomni	ikke rett		

		Symptomer	
		Hodepine/smerter uten funn eller vesentlig mistanke om somatisk sykdom	52
Øre øyesykdommer			
Nedsatt syn/hørsel uten diagnose (barn og voksne)	12		
Optikusnevritt (akutt)	4		
Optikusnevritt (kronisk)	12		
Kjent retinitis pigmentosa/retinasykdom	52		
Andre øyesykdommer	26		

Noter:

De angitte ventetider er ment å være veiledende maksimale ventetider for den typiske pasient med angitt lidelse. Kortere ventetider kan benyttes ved sterke eller hyppige symptomer, sikre kliniske utfall og/eller rask progresjon av symptomer og funn. Lengre ventetid kan benyttes ved lette symptomer uten funn eller progresjon.

Medisinsk faglig skjønn er avgjørende. Det må utføres en individuell vurdering av "forventet nytte".