



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Deres ref.: 18/2945

Vår ref.: 18/3840

Dato: 22.09.2018

Høringsuttalelse - Rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid

Legeforeningen viser til oversendt rapport om alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten. Vi vil innledningsvis berømme Helse – og omsorgsdepartementet for et godt initiativ, og direktoratet for en grundig og bred prosess med en god og grundig rapport.

Det vesentligste for befolkningen må antas er antakelig å få utredning og behandling innen rimelig tid, at det er en viss forutsigbarhet i når behandling oppnås, samt lav grad av variasjon mellom sykehus og regioner. For tjenesten er det sentralt med enkel administrasjon, hensiktsmessig ressursbruk og gode verktøy som understøtter prosessene. Tjenesten må være organisert slik at pasientene opplever en godt koordinert og sammenhengende helsetjeneste som er tilpasset den enkelte, og tilrettelagt for at det enkelte helsepersonell kan yte helsehjelp av høy kvalitet til riktig tid. Det er helt sentralt med riktige prioriteringer og at behandlingsskapasitet benyttes målrettet. De mest alvorlige syke som må ha behandling, må ha trygghet for at de har størst prioritet. Dagens ordning har ikke en insentivkraft som underbygger dette, og det er positivt at det nå foreslås alternative modeller.

Som utgangspunkt mener vi samtlige modeller og foreslåtte tiltak vil kunne bidra til en forbedring fra slik dagens regelverk praktiseres. Vi vil i det følgende kommentere på enkelte av momentene som drøftes i forslaget.

Krav til henvisningen og samhandling

Fra 1. november 2015 ble vurderingsperioden forkortet fra 30 til 10 dager. Helsedirektoratet anbefaler at vurderingsperioden på 10 dager opprettholdes, sammen med plikten til å gi pasienten et oppmøtetidspunkt i første tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten.

Vi støtter videreføringen av dette, men vil understreke viktigheten av å få på plass en reell styrking av henvisningsprosess og forbedret dialog mellom henviser og spesialisthelsetjenesten, som beskrevet i rapportens punkt 5.3.1.

Vurderingsfrist 10 virkedager

Legeforeningen mener dette i all hovedsak har fungert godt, og er hensiktsmessig å videreføre. Imidlertid kan ansvarsforholdene i de ulike fasene av pasientforløpet med fordel tydeliggjøres. Pasientforløpet er sårbart i "henvisningsperioden", altså fra den er henvist fra en

instans til mottaker overtar ansvaret. Det bør til en hver tid være klart for alle involverte hvem som er ansvarlig for pasienten.

Kort frist innebærer at pasientene får rett til utredning basert på henvisning, noe som stiller store krav til innholdet i henvisningen og dialog mellom henviser og mottaker. Det blir derfor helt sentralt at fokus rettes mot styrking av henvisningsprosess og forbedret dialog mellom henviser og spesialisthelsetjenesten, som beskrevet i rapportens punkt 5.3.1.

En forsvarlig vurdering av henvisningen vil avhenge av kvaliteten på henvisningen, en klar ansvarsfordeling og en god, interaktiv samhandling mellom henvisende lege og spesialisthelsetjenesten.

Informasjon om tidspunkt for første oppmøte

Det viktigste for pasientene er at prioriteringene er «riktige» utfra tilstanden og behov – og at det er forutsigbart om de får et tilbud eller ikke, og når. Forutsatt at tidspunktet kan fastsettes med rimelig sikkerhet, er det en fordel med så detaljert informasjon som mulig, på et så tidlig tidspunkt som mulig. Det er imidlertid viktig å unngå at pasientene får fastsettelse av datoer og tidspunkter som er usikre, og som må følges opp med ny informasjon om endret tidspunkt, i verste fall flere ganger. Det vil bli forvirrende og frustrerende både for pasient og henvisende lege, og det vil kreve betydelige, unødvendige administrative ressurser i helsetjenesten.

Oppheve skillet mellom rett til utredning og behandling

Legeforeningen støtter å oppheve skillet mellom rett til utredning og behandling. Vi advarte mot dette da det ble innført, og påpekte at det ikke ville understøtte riktige prioriteringer og at de som har behov for rask oppfølging prioriteres først. Selv om det tilsynelatende innebar en forsterket rett til utredning, ble retten til behandling for rettighetspasienter svekket. Bestemmelsen har ikke fungert, og har ikke vært av reell betydning for pasientene.

Oppheving av skillet vil gjøre vurderingene enklere og likere, og det vil være tydeligere for henviser og pasient hva som faktisk kan forventes ved en første kontakt med tjenesten. Endringen kan også bidra til at henviser og behandler vil rette fokus mot det videre forløp. For de fleste pasienter vil det viktigste være når de faktisk får behandling. For at pasienter skal kunne treffe kvalifiserte valg, må de gis tilgang til informasjon om reelle ventetider frem til helsehjelpen faktisk kan gis. Det fremstår hensiktsmessig å tydeliggjøre at den første kontakt med spesialisthelsetjenesten ikke gir noen garanti for annet enn oppstart av et utrednings – eller behandlingsforløp. Tiltaket bør kombineres med en tydelig forventning til tjenesten om at det videre pasientforløpet må være forsvarlig.

Andre tiltak for å regulere pasientforløpet enn bindende frister

Pasientens lovfestede rett til oppstart av helsehjelp innen fastsatt frist, og rett til få et annet tilbud, var ment å styrke pasientens rettigheter, men som det vises til i rapporten, er det grunn til å stille spørsmål ved om ikke tjenesten har hatt mer fokus på å unngå fristbrudd enn kvaliteten på det totale pasientforløpet.

På bakgrunn av at fristene ikke har hatt ønsket effekt, støtter vi forslaget om å se på alternativer til en juridisk frist. Herunder en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens sørgefor-ansvar og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring av pasientforløp, og de regionale helseforetakenes 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.

Vi støtter vurderingen av at å fjerne fokus på juridisk frist vil kunne føre til at både nyhenviste pasienter og pasienter som er i forløp, i større grad prioriteres ut fra faglige kriterier i tråd med prioriteringskriteriene. Det må imidlertid sikres at det ikke medfører en svekking av pasientens rettigheter, og at indikatorer, mål og løsninger i sykehusenes systemer er på plass før dette iverksettes. Her vil vi særlig vise til tiltak presentert i punkt 5.2.5 og 5.3. Det vil også forutsette en evaluering og revidering av prioriteringsveilederne.

Valg av modell

Ut fra foreliggende informasjon og vurderinger, fremstår modell C som et godt utgangspunkt for videre arbeid med ny modell. Vi støtter tydeliggjøringen av de regionale helseforetakenes ansvar for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp, og tjenestens ansvar for å arbeide kontinuerlig med forbedring av pasientforløp i tjenesten.

Ved å innføre krav til tydeligere styring av pasientforløp ut fra et kvalitetsperspektiv med relevante mål for elementene i forløpet, utarbeidet og forankret av fagmiljøene, kombinert med tiltak for å bedre kontinuitet, forutsigbarhet og informasjon, mener vi modellen kan gi rom for gode løsninger.

Dette forutsetter imidlertid en grundigere utredning, herunder av hvordan ulempene med modellen skal avhjelpes slik at pasientenes juridiske rett til helsetjeneste i realiteten ikke svekkes. Det er i realiteten tale om en deregulering av pasientenes rett til helsetjeneste, der Norges handlefrihet også er begrenset av menneskerettslige forpliktelser. Selv om tilnærmingen i høringsnotatets modell C støttes forutsettes det at det gjøres en grundig vurdering av hvordan denne dereguleringen kan kompenseres. Herunder bør det vurderes hvordan pasientene kan settes bedre i stand til enn i dag å faktisk få oppfylt sine juridiske rettigheter til helsehjelp. Erfaringen er at dette er svært krevende, både som klagesak til fylkesmannen og videre for domstolene. Det siste fremstår kun som en teoretisk mulighet.

Nye målepunkter og indikatorer må defineres tydelig, slik at det er minst mulig rom for ulik tolkning og vridningseffekter. Det må være på plass systemer for oppfølging av ventetider, utvikling av pasientforløp og god systemstøtte. Som også påpekt i rapporten, må det drøftes hvilke mål som skal settes for ventetider og utvikles systemer før lov og forskrift endres og denne modellen eventuelt iverksettes.

Vi vil også bemerke at departementet har sendt denne høringen ut samtidig med en høring om juridisk oppfølging av prioriteringsmeldingen. Denne berører også sentrale prioriterings spørsmål og endringer i bestemmelser i pasient – og brukerrettighetsloven som presenteres løsrevet fra foreslåtte endringer i denne høringen. Ved å sammenstille disse to høringene er det vanskelig å se hva endringsforslagene i bestemmelsen samlet sett vil innebære. Dette må inngå i et videre arbeid med utvikling av en ny modell for regulering av pasientforløp og ventetider i spesialisthelsetjenesten.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)