

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
PB 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 201204100	Vår ref.: 04/00106-50	Saksbehandler: Marianne Blair Berg	Telefon: e-post:	Dato: 17.1.2013
--------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------------

Høring - endring i pasient- og brukerrettighetsloven og implementeringa av pasientrettighetsdirektivet, høringsuttalelse

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) viser til høringsforslaget om endringer i pasient- og bruker rettighetsloven og pasientrettighetsdirektivet av 16.10.12 med høringsfrist 16.1.13. Videre vises til dialog med Atle Gøthesen, der vi ble innrømmet utsatt høringsfrist til 18. januar 2013. - Det gjøres oppmerksom på at høringsnotatet ikke har blitt mottatt av vårt postmottak selv om helseforetakene står på listen over høringsinstanser.

I utgangspunktet ser Ahus positivt på at pasientene får økte rettigheter, og støtter opphevelsen av det vanskelig forståelige skillet mellom pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp og pasienter som ikke får rett, men likevel får et tilbud ut fra behovet for spesialisthelsetjenester.

Helseforetaket har deltatt i den brede felles drøftingen i regi av Helse Sør-Øst RHF, men finner likevel grunn til å utdype en del punkter, se vedlegg. Når det gjelder pasientrettighetsdirektivet henviser vi til uttalelsen fra det regionale helseforetaket.

Med vennlig hilsen


Hulda Gunnlaugsdottir
Adm. direktør


Vår Na-Ji Grytbakk
Kst avdelingssjef

Kopi: Helse Sør-Øst RHF

Vedlegg

Høringsuttalelse – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (prioriteringer og frister) og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Hovedpunkter

1. Ahus positiv til forenkling og økte rettigheter – økte kostnader en konsekvens

Ahus ser positivt på at pasientene får økte rettigheter, og støtter opphevelsen av det vanskelig forståelige skillet mellom pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp og pasienter som ikke får rett, men likevel får et tilbud ut fra behovet for spesialisthelsetjenester. Det foreslås en helsefaglig sistefrist for alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste. Fristen skal vurderes individuelt for den enkelte pasient slik at de sykeste prioriteres høyere enn de som er mindre syke med "ikke tidskritiske" tilstander som kan vente. På vurderingstidspunktet vil det være usikkerhet mht til hvor lenge pasienter med en ikke tidskritisk tilstand kan vente. Treffsikkerheten med hensyn til å sette en sistefrist for ikke tidskritiske tilstander blir antakelig relativt lav. I og for seg er dette ikke noe problem dersom det tas høyde for økte utgifter som følge av de foreslåtte lovendringene. Det er imidlertid ikke realistisk å legge til grunn, slik høringsnotatet gjør, at lovforslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

2. Forkortet vurderingsfrist krever fullgode henvisninger

Forutsatt en høynet henvisningskvalitet og god, ensartet praktisering av regelverket, og i tråd med reviderte nasjonale veiledere, vil 10 virkedager for vurdering av henvisning kunne være gjennomførbart. Selv om det blir skjerpede krav til innholdet i henvisninger er det urealistisk å legge til grunn at det ikke vil foreligge behov for å innhente tilleggsinformasjon i en del tilfeller. Rettslig sett bør fristen derfor settes til for eksempel 20 dager slik at det blir en realistisk mulighet for å innhente nødvendig tilleggsinformasjon. Et alternativ er å tillate retur av for dårlige henvisninger på en slik måte at behovet for dialog kan ivaretas i forbindelse med returen.

3. Økte krav til pasientoppfølging og pasientadministrativt arbeid

Økte kostnader må påberegnes i forbindelse med endring og utvikling av dagens pasientadministrative system. Innbyrdes prioritering mellom pasienter som skal få et tilbud i spesialisthelsetjenesten blir mer krevende. Og det blir ikke minst nødvendig å ha løpende oversikt over om den juridiske sistefristen vil kunne overholdes overfor den enkelte pasient. Dette fordi HELFO skal kobles inn på et tidligere tidspunkt dersom det er utsikt til at helsehjelp ikke kan gis innenfor fastsatt frist.

En sårbar gruppe vil være de pasientene som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, men som har behov dvs "uprioriterte" pasienter, som allerede har fått et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse vil på mange måter måtte konkurrere med pasienter som får økte rettigheter etter eventuelle nye regler. Det bør gis klare føringer for håndtering av dagens lister over uprioriterte pasienter.

4. Ahus Støtter høringsuttalelsen fra HSØ – med noen utdypende kommentarer

Akershus universitetssykehus HF slutter seg i hovedsak til uttalelsen fra Helse Sør-Øst RHF, men finner grunn til å gå nærmere inn i noen problemstillinger som forslagene reiser.

4.1. Ahus støtter økte rettigheter – økte kostnader en konsekvens

Det er pasienter med samme medisinske problematikk som tidligere som skal ivaretas gjennom forslaget til revisjonen av pasientrettighetene. Etter forslaget skal det ikke lenger skilles formelt mellom dem med rett til nødvendig helsehjelp og dem som kan ha behov for hjelpen, men hvor dette ikke er tidskrittisk.

Den juridiske siste fristen som blir satt ved mottak, kan ikke skyves ut i tid uten at det oppstår et fristbrudd. Fristbrudd skal ikke forekomme. Tilstander som det på henvisningstidspunktet ikke haster å gi helsehjelp for (ikke tidskrittiske tilstander), vil det være vanskelig å fastsette en reell juridisk siste frist som gir et forsvarlig forløp. Det vil være behov for å kunne sette en tentativ frist. Det er flere årsaker til dette.

Mange sykdommer og tilstander som ikke er tidskrittiske har ikke en fast og forutsigbar (lineær) utvikling som kan forutses tidsmessig (projiseres fram i tid). Noen plager vil gå over uten at helsehjelp ytes, andre tilstander som er relativt like på henvisningstidspunktet kan utvikle seg forskjellig mht alvorlighet over tid. Opplysningene i henvisningen kan i andre tilfelle være for knappe eller tilstanden kan også utvikle seg i en retning som ikke kunne forutses. Dette blir det vanskelig å ta høyde for i vurderingen av henvisningene.

Med de foreslåtte reglene vil man ikke ha noen muligheter til å tilrettelegge avviklingen av køen innen tidsfrister som fortsatt er forenlig med forsvarlig helsehjelp, fordi den juridiske fristen pasienten har fått blir styrende. Selv om en pasient med en ikke tidskrittisk tilstand ut fra en medisinsk vurdering vil kunne vente lenger enn den juridiske siste fristen, vil det ikke være mulig å forskyve den juridiske siste fristen lenger ut i tid. Å gi helsehjelp til pasienter med ikke tidskrittiske tilstander kan gå ut over pasienter som har tilstander som må behandles raskt. En slik prioriteringsklemme bør unngås. Dette er uheldig, og neppe tilsiktet.

En pasient med en "ikke tidskrittisk" tilstand kan etter forslaget få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten før en pasient med en tidskrittisk tilstand selv om pasienten som har en ikke tidskrittisk tilstand kan vente ut fra en helsefaglig vurdering. Det blir vanskelig for spesialisthelsetjenesten å styre sine ressurser i forhold til dette. I praksis vil høringsforslaget føre til tap av fleksibilitet i driften, og det vil igjen gi et press for økt aktivitet. Et påtrykk i forhold til å ta i bruk nye behandlingsmetoder er et iboende element i den medisinske utviklingen. I tillegg innebærer lovforslaget at man vil få et press om utvidet aktivitet for å ivareta ikke tidskrittiske tilstander.

Vi ser et behov for et lovhjemlet unntak for tilfeller der behov for helsetjeneste er bortfalt eller redusert mht alvorlighet slik at rett behandlingsnivå blir i primærhelsetjenesten.

4.2. Kvaliteten på henvisningene - herunder IKT utfordringer

Henvisningens innhold forutsettes i høringsnotatet kvalitetsmessig hevet, og det kan synes som om et større ansvar for å skrive gode henvisninger blir lagt til henviserne, dvs i hovedsak allmennleger i primærhelsetjenesten, ved de endringer som nylig er gjort i

fastlegeforskriften. Dette grepet bør understøttes av bedre dialogverktøy mellom henviser og helseforetak.

For elektive pasientforløp er kunnskapsgrunnet om unødvendige henvisninger ganske godt, og stort sett i samsvar med spesialisthelsetjenestens daglige erfaringer. Volumet av elektive henvisninger er stort, kvaliteten på henvisningene er ofte lav og gjør en meningsfylt prioritering vanskelig. Henvisers vurdering av at pasienten ikke trenger øyeblikkelig hjelp bistand fra spesialisthelsetjenesten er allikevel oftest robust.

Førde og medarbeidere¹ har vist at det er dramatiske forskjeller i henvisningsvolum mellom både enkelthenvise og kommuner uten at dette kan forklares med forskjeller i pasientpopulasjoner. Kunnskapen om unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten tilsier at det bør iverksettes tiltak som bidrar til å økt kvalitet på henvisningene. Både pasienter og samfunnet er tjent med at henvisninger som skal danne grunnlaget for adekvat oppfølging fra andre i helsetjenesten gir et best mulig utgangspunkt for å gi helsehjelp til pasienten.

Ved en forkorting av vurderingsfristen og opphør av skillet mellom rett og behov skapes det ytterligere behov for bedre og mer utviklede IKT-systemer. Det vil være behov for en endringsprosess sentralt for å tilpasse og utvikle IKT-systemene i alle HF til et høyere IKT-nivå. Videreutvikling av det pasientadministrative systemet vil også ta tid.

Der hvor kvaliteten på henvisningen er dårlig tilsier det at supplerende informasjon innhentes via et effektivt elektronisk verktøy. Der dialog blir opprettet, kan dette fordre at vurderingsfristen er på 20 virkedager totalt, for å gi rom for dialogen mellom henviser og spesialist.

4.3. Retur av mangelfulle henvisninger?

Prioriteringen av henvisningen skal etter forslaget skje ut fra alvorlighets- og hastegrad, og det skal gjøres en konkret individuell helsefaglig vurdering av pasientens behov for spesialisthelsetjeneste basert på henvisningen. Dette er en endring i forhold til dagens regelverk. I dag er det slik at spesialisthelsetjenesten har ansvar for å innhente ytterligere opplysninger, eventuelt innkalle pasienten dersom det er nødvendig for å vurdere pasientens tilstand. Erfaringsmessig inneholder henvisninger ofte ikke tilstrekkelige opplysninger om pasientens tilstand.

Det er uklart om forslaget innebærer en mulighet for spesialisthelsetjenesten til å returnere henvisninger som ikke oppfyller de nye kravene i fastlegeforskriften § 24. Skjerpede krav til innholdet i henvisninger er nødvendig for å få en bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Selv med innholdsmessig bedre henvisninger vil det likevel være tilfeller med behov for en bedret dialog mellom fastlege og sykehus, for å avklare om pasienten trenger helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller om helsehjelp i primærhelsetjenesten er tilstrekkelig. Poenget må være at tjenesten ytes på lavest mulig nivå for best å anvende ressursene samfunnet totalt sett har satt av til helsehjelp.

For pasienten vil det imidlertid kunne oppleves som en svekkelse av de rettigheter de har i dag dersom det åpnes for at mangelfulle henvisninger kan returneres evt videresendes til lavere nivå. Vi antar at en svekkelse av pasienters rettigheter på dette punkt ikke har vært tilsiktet, og ser behov for at spørsmålet avklares nærmere.

¹ Førde OH, Breidablik H-J, Øgar P. [Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetenester?](#) Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1878–81. [[PubMed](#)]

4.4. Kortere vurderingsfrist krever bedre kvalitet på henvisningene

Arbeidet med innhenting av supplerende opplysninger er tidkrevende, og det kan derfor forekomme brudd på vurderingsfristen på grunn av lang korrespondansetid. Tiden som medgår til mottak av tilleggsopplysninger er utenfor kontrollen til spesialisthelsetjenesten og kan være en betydelig tidstyv.

Det er en særskilt utfordring at forslaget til kortere vurderingsfrist gjør dialog med henviser om pasientens medisinske behov enda vanskeligere å gjennomføre enn i dag. Tradisjonen er lang for at henvisere og spesialisthelsetjeneste kommuniserer bare i form av monologer, i henholdsvis henvisning og epikrise. Det finnes ikke tradisjon, verktøy eller klare myndighetskrav som understøtter eller krever en dialog mellom partene når en pasient antas å ha behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Den som vurderer henvisninger har pr idag ikke tilgang til en rask og enkel prosedyre for å innhente supplerende opplysninger fra henviser. Derfor blir dette sjelden gjort, og dette oppleves som svært utfordrende av de leger i helseforetak som prioriterer henvisninger.

Noen grupper av pasienter har komplekse tilstander. Pasientens tilstand kan da tilsi at det i henvisningene må gis relativt omfattende opplysninger for at en spesialist skal kunne vurdere behovet for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Slik er det blant annet for barn og unge med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming. Disse pasientene mottar ofte tjenester fra mange ulike aktører i 1.- linjen. Rettighetsvurdering av den enkelte henvisning i spesialisthelsetjenesten fordrer ofte utfyllende opplysninger fra flere aktører på kommunalt nivå, og et grundig forarbeid i spesialisthelsetjenesten før det kan avgjøres om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. En reduksjon av vurderingsfristen for rett til helsehjelp fra 30 til 10 dager er derfor betenkelig.

I en registreringsperiode i 2012 måtte det gjøres et vesentlig merarbeid ved en høy andel av henvisningene til rehabilitering av barn og unge. Det dreide seg om etterfølgende telefonkontakt, brev osv for å få tilstrekkelige opplysninger. Slik innhenting tar tid, og har innvirkning på hvor raskt henvisningen kan vurderes. I all hovedsak har det, tross merarbeidet, vært mulig å håndtere slike henvisninger innen 30 dager.

Hvis vurderingsperioden reduseres til 10 dager kan ikke innhenting av manglende opplysninger gjøres på samme måte som i dag. Det vil bli behov for å innkalle pasient og pårørende, evt henvisere for å få nødvendig informasjon. En slik vurderingssamtale må gjøres av lege eller annen fagperson med inntaksansvar, hvilket vil båndlegge mye tid som heller kan brukes til arbeid med pasienter som er blitt innvilget rett til helsehjelp.

For pasientgrupper med sammensatte vansker som mottar tjenester fra ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet, er det nødvendig at henvisningene gir omfattende opplysninger. Henvisningene blir av den grunn omfangsrike og arbeidskrevende å gå igjennom. Tilstrekkelig tid til grundig gjennomgang er nødvendig for å sikre at man ikke tilbyr spesialisthelsetjenester til pasienter som ikke trenger det, på bekostning av de pasientene som faktisk trenger spesialiserte tjenester. Reduksjon av vurderingsfristen til 10 dager vil i praksis bety at vurderingen må gjøres på et spinkelt faglig grunnlag. Antakelig vil flere pasienter måtte tilbys spesialisthelsetjenester for sikkerhets skyld. I motsatt fall vil man risikere å overse pasienter som har et underliggende behov for spesialisthelsetjenester som ikke er beskrevet eller er for dårlig beskrevet i henvisningen. Et økt inntak av pasienter for sikkerhets skyld vil kreve økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og derved også økte kostnader.

Selv med skjerpede krav til innholdet i henvisninger er det urealistisk å legge til grunn at det ikke vil foreligge behov for å innhente tilleggsinformasjon i en del tilfeller.

Fristen bør settes slik at det blir en realistisk mulighet for å innhente nødvendig tilleggsinformasjon, for eksempel 20 dager. Et alternativ er å tillate retur av henvisninger som er for dårlige slik at behovet for dialog kan ivaretas i forbindelse med returen. Det bør finnes løsninger som ikke svekker pasientens rettsstilling i særlig grad, men som likevel understøtter bedre kvalitet på henvisningene.

4.5. Økte krav til pasientoppfølging og pasientadministrativt arbeid

Behovet for å sende ventelistebrev til pasientene med en lengre juridisk frist uten fastsatt tidspunkt, med en tentativ oppmøtetid, vil medføre en betydelig øking i arbeid med utsending og administrering av flere brev fra spesialisthelsetjenesten.

Det vises også til konsernrevisjonens rapport der det fremkommer at regelverket daglig praktiseres av personer som ikke har juridisk bakgrunn, og at det av den grunn vil oppstå usikkerhet og ulik tolkning av regelverket. Dette vil gi utslag i ulik praktisering og kan føre til at gode og effektive pasientforløp ikke understøttes. Som en konsekvens av avvikene i denne rapporten foregår det i HF-ene et kontinuerlig arbeid med å forhindre fristbrudd, redusere langtidsventende pasienter, sikre effektive, helhetlige pasientforløp og oppfølging i pasientadministrative system. Opplæring i korrekt bruk av det pasientadministrative systemet og registrering er nødvendig, og vil måtte foregå kontinuerlig og over tid. Det kommer stadig nye endringer og funksjonaliteter som må implementeres.

Kravet til timeavtale sammen med svar på henvisningen vil være en utfordring for foretakene på bakgrunn av omfang, planleggingshorisont i forhold til styring av både personal- og økonomiske ressurser. I dag er en planleggingshorisont på 4 måneder for helsepersonells arbeidslister alminnelig. Dette harmonerer dårlig med forslaget om at pasientene skal få et tidspunkt for frammøte samtidig med at de får svar på henvisningen. For ikke tidskriske tilstander vil det innebære et frammøtetidspunkt opptil et år fram i tid. Mange pasienter vil ha problemer med å møte opp uten ny innkalling. Nødvendige instruksjoner mht faste, legemiddelbruk m.v. er det uhensiktsmessig å gi lang tid før pasienten skal møte fram. Særlig i forhold til små grenspesialiteter f eks innen pediatri vil det være vanskelig å ha et års planleggingshorisont.

Ved manglende frammøte er det som regel ikke mulig å benytte timen til andre pasienter. Det er et betydelig antall timer for konsultasjoner som ikke blir benyttet, og som er registrert som "ikke møtt". Skal slike timer omfordres til andre pasienter må sykehuset få beskjed i god tid på forhånd. Noen ganger møter pasienten ikke fordi vedkommende er reelt forhindret fra å møte pga sykdom. I et stort antall tilfeller av "ikke møtt" antas det likevel å være et potensiale for at pasienten kunne få et større ansvar for å benytte de timer helseforetaket har gitt tilbud om. Dette har Helse Sør-Øst, som kjent, påpekt i sin høringsuttalelse datert 15.01.13. Det er grunn til å nevne at hvis bare en fjerdedel av "ikke møtt" timene på Ahus i 2012 hadde kunnet vært brukt til inntak av prioriterte pasienter kunne alle fristbruddene på Ahus i 2012 vært unngått. Det er derfor et potensiale for å finne fram til virkemidler som gir pasienten et større ansvar for å møte opp til timen de har fått. Fristen for avbestilling i poliklinikkforskriften på 24 timer er i praksis for kort, fordi helseforetakene ikke rekker å innkalle en annen pasient innenfor et så kort tidsvindu.

Generelt sett er behovet for informasjon og opplæring i dagens komplekse regelverk brukt som argument for de foreslåtte endringene. Så langt vi kan se vil de foreslåtte endringene ikke innebære redusert behovet for opplæring og informasjon.

4.6. Pasienter som venter etter gammel ordning – uten prioritet

En sårbar gruppe ved innføring av ny ordning vil være de uprioriterte pasientene, og som allerede har fått et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Allerede i dag er det lange ventetider for disse pasientene, særlig på fagområder som pr i dag har store kapasitetsutfordringer og/eller mangel på ressurser. Slike pasienter vil på mange måter måtte konkurrere med pasienter som får økte rettigheter etter eventuelle nye regler selv om heller ikke disse har tidskritisk behov for helsehjelp. Det er et klart behov for å gjennomgå og sikre retningslinjer/føringer for håndteringen av disse uprioriterte pasientene. Ingen pasienter bør havne i en gråsoner av vedvarende venting.

Det må gjøres en betydelig innsats for å sikre adekvat framdrift i pasientforløpene for de uprioriterte pasientene. Henvisingene kan måtte revurderes og flettes inn på "riktig" plass i forhold til mottatte henvisinger fra den nye gruppen av rettighetspasienter. Dette vil bli ressurskrevende på flere måter. Det bør gis klare føringer for håndtering av dagens lister over pasienter med behov, som ikke er prioriterte.

4.7. Behov for revisjon av nasjonale veiledere

Både mht anbefaling av tidsforløp for dem som kan bli kritisk syke, men også for dem som kan bli friske mens de står i kø er det behov for et annet presiseringsnivå mht anbefalinger av hastegrader både i forhold til alvorlighet og tidsvindu.

Dagens nasjonale prioriteringsveiledere gir i hovedsak veiledning om hva som skal til for å få rett til nødvendig helsehjelp, og hvilke juridiske frister som anbefales som sistefrist for start av helsehjelpen. De nasjonale prioriteringsveilederne kan med fordel omarbeides. Det blir viktig å tydeliggjøre hvilken prioriteringsfrist "ikke tidskritiske" tilstander bør ha dvs. hvor lenge de kan vente forenlig med forsvarlig helsehjelp. Videre bør det tydeliggjøres hvilke tilstander som ligger i "sørge for ansvarets" nedre grense i tilfelle der det kan stilles spørsmål ved om vilkåret om forventet nytte og kostnadseffektivitet vil være oppfylt. Den medisinske utviklingen tilsier at det i økende grad vil være mulig å gi helsehjelp for tilstander man i dag ikke har gode behandlingsmuligheter for. På denne bakgrunn vil vurderingen av kriteriet forventet nytte og kostnadseffektivitet for tildeling av spesialisthelsetjenester være krevende opp mot kravet til budsjettmessig balanse.

En annen utfordring er situasjoner der en pasient lider av flere, parallelle tilstander av lik eller ulik alvorlighetsgrad evt. type. På bakgrunn av stadig eldre populasjon med sammensatt sykdomsbilde vil dette være utfordringer med stadig tiltagende aktualitet. Dette må også hensyntas.

Det blir viktig å få til en avstemning på tvers av ulike spesialistfelt av hva som skal til før kravet til forventet nytte og kostnadseffektivitet er oppfylt. En slik samstemming på tvers av ulike spesialistfelt er ikke gjort i de prioriteringsveilederne som foreligger i dag. Behovet for en slik avstemning vil øke dersom de foreslåtte reglene blir vedtatt.

4.8. Fristbrudd – samarbeid med HELFO

Initiativet til å ta kontakt med HELFO skifter fra pasienter til spesialisthelsetjenesten om det går mot fristbrudd for pasienter som får antatt sin henvisning.

Ahus ser at grupper i befolkningen som ikke behersker norsk språk skriftlig eller som på annen måte opplever kommunikasjon som vanskelig, kan ha problemer med å ivareta sine rettigheter innen dagens ordning. Dette kan skyldes så vel medisinske, tilstander som at den henviste tilhører minoritetsgrupper eller kommer fra fremmede kulturer.

Generelt gjelder allerede i dag at i svarbrev på mottatt henvisning fra Ahus, så blir pasientene informert om rettighetene til å kontakte HELFO ved fristoverskridelse, og dette gjentas i nytt brev dersom vi må varsle om fristbrudd. Denne muligheten blir det også informert om for pasienter som henvender seg til HELFO får hjelp med å fremme sine rettigheter. HELFO henvender seg til helseforetaket for å bekrefte fristbrudd og gir samtidig en frist på 10 virkedager for å skaffe en time innen egen virksomhet. Dersom dette ikke er mulig henvender HELFO seg til annen virksomhet som har avtale med de regionale helseforetakene.

Departementet foreslår at dagens ordning oppheves og at helseforetaket får en plikt til å kontakte HELFO i stedet for pasienten. Plikten inntre når helseforetaket ser at de ikke kan gi et tilbud innen tilsvarende frist, og kan inntre før datoen for fristbruddet har kommet. Dette vil være tidkrevende, og det vil skape en utfordring med å håndtere denne nye ordningen innen dagens eksisterende ressurser.

Informasjonsutveksling må sikres når så mange flere personer skal håndtere sensitive personopplysninger. Det bør utvikles en elektronisk dialog og samhandling gjennom f.eks. helsenettet for å tilrettelegge for en effektiv og sikker håndtering av opplysningene om fristbruddspasientene. Allerede i dag er det uforholdsmessig tidkrevende å identifisere pasientene på tvers av spesialisthelsetjenesten og HELFO fordi man ikke bruker enhetlig identifikasjon. HELFO bruker løpenummer, mens helseforetakene bruker person/NPR-nummer ved kobling av pasienter og saker. Dette vil være tilfelle så lenge man ikke kan anvende Helsenettet i dialogen.

Forholdet til taushetsplikten bør ivaretas på en god måte i forbindelse med en endret rolle for HELFO. En hjemmel som gjør det mulig å formidle taushetsbelagte pasientopplysninger til HELFO bør pasienten kunne reservere seg mot. Hensynet som taler for å formidle pasientopplysninger til HELFO vil være å ivareta pasientens interesser. Dersom pasienten ikke ønsker HELFOs delaktighet bør det være mulig å unngå dette.

Endret samarbeid med HELFO vil kreve opplæring, og nye rutiner må innføres. Endringer i de pasientadministrative systemene vil også kreve informasjon og opplæring av vurderende leger og annet helsepersonell som registrer og håndterer henvisninger for å sikre optimal og korrekt henvisningsflyt i forhold til regelverket og bruk av det pasientadministrative systemet. Kostnader vil også påløpe om endringen iverksettes.

4.9. Økonomiske utfordringer

Endring og utvikling av programvare, og samordning om opplegget med henviser vil etter hva Ahus har erfart alltid koste penger, i tillegg til den interne opplæringen som vil være påkrevd.

Hvis HELFO skal gå mer aktivt inn og ta hånd om flere pasienter representerer dette dårligere kostnadsstyring for helseforetakene, og følgelig økte kostnader foruten at HELFO

antagelig må ansette flere for å håndtere ordningen. Regningen for dette vil erfaringsmessig også falle på helseforetakene.

Behovet for å sende venteliste-brev til pasientene med en lengre juridisk frist uten fastsatt tidspunkt, men med en tentativ oppmøtetid vil være omfattende, og vil i sum utgjøre beløp i millionklassen. Dette på bakgrunn av at Ahus eksempelvis mottar 82000 henvisninger årlig, og har om lag 500.000 konsultasjoner pr år som alle skal ha brev i posten, selv om ikke alle disse vil være pasienter med nye rettigheter.

Det bør legges til grunn at fastsettelse av juridisk sistefrist for alle tilstander som skal behandles elektivt i spesialisthelsetjenesten vil gi økte kostnader, særlig for tilstander som ikke er tidskritiske. En betydelig økning i antall pasienter som skal få juridiske rettigheter tilsier enten økte kostnader eller ordninger som gir mulighet for å skyve på tidspunktet for når helsehjelp skal gis til pasienter med ikke tidskritiske tilstander dersom det er medisinsk forsvarlig. En mulighet er at det for slike pasienter aksepteres en viss tid til administrativ tilretteleggelse av et helsehjelpstilbud før plikten til å kontakte HELFO inntreffer. Det bør vurderes om henvisningen kan revurderes hvis man sjekker ut pasientens tilstand på aktuell tid (pr "nå").

4.10. Økt delaktighet fra pasienten ved henvisning

For pasienter som vil få økte rettigheter, bør veiledningsmateriellet revideres. Et forskriftskrav om at pasienten alltid skal ha kopi av en henvisning fra sin faste lege eller annen henviser vil trolig føre til et umiddelbart kvalitetsløft. Innsyn i henvisningsprosessen for pasienten kan oppleves som kontroversielt av noen leger. Vi mener innsyn vil være nyttig, blant annet fordi leger ikke vil ønske å eksponere lav henvisningskvalitet for sine pasienter. Det bør være et mål at henvisningen endrer karakter fra dagens monolog til en dialog hvor både fastlege, lege i spesialisthelsetjenesten og pasienten deltar. Akershus universitetssykehus har arbeidet mye med disse problemstillingene og hvorledes de kan løses elektronisk med små tilpasninger av eksisterende meldingsstandarder som i dag brukes til andre formål ved kommunikasjon i helsenettet²

² Henvisningen – fra monolog til dialog? J E Kristoffersen, B H Gerner, T Sundar . Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:802-3