

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår referanse:

12/01164-8

Saksbehandler:

Berit Herlofsen, +47 480 75 966

Deres referanse:

201204100

Dato:

15.01.2013

## Høring - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets utsending av overnevnte høringsnotat 16.10.12 med frist til å avgi hørings svar 16.1.2013.

Høringsnotatet ble sendt direkte både til helseforetakene og de regionale helseforetakene. Enkelte av helseforetakene i foretaksgruppen vil avgi egne hørings svar, men Helse Sør-Øst har i tillegg lagt opp til en bred felles drøfting av høringen i foretaksgruppen og bl.a gjennomført en høringskonferanse. Hørings svaret som her presenteres baserer seg derfor på innspill fra hele foretaksgruppen. Brukerutvalget har avgitt et eget hørings svar som er vedlagt. Vi vedlegger også et innspill vi har mottatt fra Helse Sør Øst sitt fagråd for TSB.

### Generelt

Helse Sør-Øst RHF støtter hovedtrekkene i departementets endringsforslag. Vi deler departementets syn på behovet for å forenkle regelverket om mottak og håndtering av henvisninger, samt legge til rette for at regelverket kan understøtte pasientforløpene på en bedre måte og bidra til å sikre riktig prioritering og tilgang til spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med høringsforslaget i foretaksgruppen er det samtidig kommet fram kritiske synspunkter til enkelte av endringene i lovforslaget som vi finner det riktig å viderebringe. Dette slik at mulige utilsiktede eller uheldige konsekvenser kan forebygges eller minimeres for forslagene eventuelt trer i kraft. Videre for å få frem hvilke forutsetninger som bør være på plass og hvilke tiltak som bør gjennomføres før en eventuell ikrafttredelse.

### Kommentarer til de enkelte forslagene

#### Begrepsbruk

I høringsnotatet kap. 9.2 er det redegjort for overordnet begrepsbruk, og det fremgår at

*Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 10 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privatleide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

pliktsubjektet i de sentrale bestemmelsene foreslås endret fra "sykehus" til "spesialisthelsetjenesten". Da "spesialisthelsetjenesten" er et videre begrep enn "sykehus", vil den foreslåtte ordlyden i forslaget til pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-2 og 2-1b kunne tolkes slik at også avtalespesialister og private institusjoner Helse Sør-Øst inngår avtale med nå skal få vurderingskompetanse (rett og plikt til å fastsette juridiske frister). Spørsmålet er ikke omtalt i høringsnotatet og det bør presiseres hva departementet her har ment.

Begrepet "rett til nødvendig helsehjelp" er utfordrende fordi det både brukes i ordinær språklig betydning som "helsehjelp som er nødvendig" samtidig som begrepet er gitt en spesifikk rettslig betydning ved å identifisere den gruppen pasienter som oppfyller dagens 3 vilkår i prioriteringsforskriften om alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. Av denne grunn ble begrepet "rett til prioritert helsehjelp" brukt i forbindelse med arbeidet med prioriteringsveilederne for bedre å få frem det som er det sentrale elementet som karakteriserer gruppen som til nå har fått "rett til nødvendig helsehjelp", nemlig deres prioriterte stilling blant pasientene spesialisthelsetjenesten skal gi et tilbud. Hvis alle pasienter som nå skal gis et tilbud i spesialisthelsetjenesten skal få rettighetsstatus, vil dette påvirke dagens juridiske definisjon da alvorlighetskriteriet ikke vil være et vilkår for å oppnå rettighetsstatus. Derimot vil en alminnelig språklig forståelse av begrepet nå passe bedre enn før. Det er uheldig at innholdet i et så sentralt begrep forandres uten at dette kommenteres, og departementet bør klargjøre og definere begrepsbruken nærmere.

#### *Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste – endringene i pbrl. § 2-1b*

Helse Sør-Øst RHF støtter forenklingen av regelverket som opphevelsen av skillet mellom pasienter med og uten rett innebærer, samt styrkede rettigheter til pasienter som i dag ikke får en juridisk bindende frist. Endringen vil imidlertid gi noen nye utfordringer som bør vurderes, og aktualiserer spørsmålet om hvilke forutsetninger som bør være på plass før en eventuell ikrafttredelse.

Noen av dagens utfordringer knytter seg til selve bruken av juridiske rettigheter på medisinske avgjørelser som nødvendigvis ofte vil måtte treffes på et usikkert grunnlag. Disse utfordringene vil like fullt gjøre seg gjeldende dersom alle pasienter som spesialisthelsetjenesten gir et tilbud skal få rett til nødvendig helsehjelp med en juridisk bindende frist.

For noen pasientgrupper vil det bli vanskeligere å fastsette den juridiske fristen, dvs å identifisere det medisinsk forsvarlige tidspunktet utredningen eller behandlingen senest kan starte. Den nye (rettighets)pasientgruppen vil omfatte pasienter med mindre alvorlige tilstander enn de som i dag får rett, og som ut fra faglig forsvarlighet alene vil kunne vente lenge. Dette vil bl.a kreve en tydeligere prioritering av hvem som skal gis et tilbud innen spesialisthelsetjenesten og gjennomarbeidede nasjonale prioriteringsveiledere for å sikre likebehandling.

Det arbeides i dag aktivt i foretaksgruppen med å redusere antallet langtidsventende, jf. Helse Sør-Øst sitt mål om at ingen skal vente lenger enn ett år. Forventninger om kortere ventetider sammen med usikkerhet om fristsettingen, vil kunne føre til et større kapasitetspress. Alle kan ikke prioriteres opp, og forutsatt uendret kapasitet er det er en viss risiko for at styrkede rettigheter til de med lavest behov kan gå ut over pasientgrupper som alle er enige om at bør prioriteres høyest. Dette må det arbeides målrettet mot å forhindre.

Den reduserte fleksibiliteten som plikten til å fastsette juridiske frister for alle nødvendigvis vil

medføre, kan også påvirke terskelen for å få rett til spesialisthelsetjenester. Dersom terskelen heves, vil det kunne oppleves at tilgangen til spesialisthelsetjenesten ikke styrkes som forutsatt.

Sammen med de foreslåtte endringene om å innføre en kortere vurderingsfrist, vil antakelig gruppen som får den juridiske fristen satt til utredningsstart fremfor behandlingsstart øke. Det kan da anføres at innholdet i rettigheten derved svekkes. Dette aktualiserer økt behov for monitorering av ventetider etter at helsehjelpen er startet for å sikre pasientene forsvarlig fremdrift gjennom hele pasientforløpet.

Helse Sør-Øst RHF mener likevel at det vil være mulig å redusere ulempene ved noen av de utfordringene som det her er pekt på. Det vil kunne gjøres ved at det gis bedre føringer om prioritering, herunder om hvem som skal prioriteres ned og hvordan den juridiske fristen skal fastsettes. Prioriteringsveilederne gir ingen veiledning for fristsettingen for pasientgruppen som i dag gis et tilbud basert på sykehusenes kapasitet. Det vil derfor være en forutsetning at samarbeidsprosjektet Prosjekt Riktigere Prioritering reaktiveres slik at prioriteringsveilederne omarbeides og videreutvikles. Videre at et e-læringsprogram må være på plass før ikrafttredelsen. Utfordringene knyttet til fristsettingen aktualiserer også at det bør vurderes å gis føringer for/fastsettes en maksimal frist for når pasienter senest skal motta helsehjelp. Det vil i så fall innebære at andre hensyn enn bare de rent medisinske (herunder samfunnets forventninger om ventetid) vil bli styrende for fristsettingen og de juridiske rettighetene pasientene tildeles. Det kan også være aktuelt å vurdere om det burde utarbeides veiledende forløpstider for pasienter med andre tilstander enn kreft, for å understøtte sykehusenes arbeid med prioritering ytterligere. Videre må det utarbeides ny pasientinformasjon og brevmaler. Helse Sør-Øst RHF ønsker å delta aktivt i dette arbeidet.

Det bør vurderes om det er behov for en overgangsordning for pasienter som ved ikrafttredelsen vil være registrert ventende uten rett.

Det vil være viktig at de endringer som må gjøres i de pasientadministrative systemene kan legges inn før ikrafttredelse. Alle henvisninger og planlegging av pasientforløp gjøres basert på elektroniske systemer som det erfaringsvis tar tid å legge om. Dette vil omtales nærmere under overskriften økonomiske og administrative konsekvenser nedenfor.

#### *Rett til vurdering – endringer i pbrl. § 2-2*

Helse Sør-Øst oppfyller i dag kravet om vurdering av henvisningen innen 10-virkedager for de fleste pasientene. Problemet med henvisninger som ikke har god nok faglig kvalitet er søkt løst ved det nye kravet i fastlegeforskriften § 24, men vil kreve oppfølging og samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på henvisningene er avgjørende for vurderingen av om pasientens frist skal settes i forhold til behandlingsstart eller utredningsstart. En kortere vurderingsfrist vil derfor kunne bidra til at flere pasienter vil få fristen fastsatt i forhold til utredningsstart.

Helse Sør-Øst mener likevel at de utfordringene en kortere vurderingsfrist av og til kan gi bør kunne håndteres gjennom endret logistikk og bedre rutiner. Departementets forslag støttes derfor. Forslaget innebærer også en ønsket forenkling ved at vurderingsfristen blir lik for alle grupper.

Helse Sør-Øst støtter også forslaget om at pasientene skal få melding om et konkret tidspunkt for time for oppstart av helsehjelpen innen vurderingsfristen. Helse Sør-Øst har i flere år arbeidet

konkret mot dette målet som ett av våre seks satsingsområder. Det kan imidlertid være uhensiktsmessig å gi dette til alle pasienter uavhengig av ventetid. Det foreslåtte tidsintervallet på en uke kan være vanskelig å overholde, og bør kunne utvides til en måned. Plikten til å gi ny informasjon til pasienten dersom tidspunktet må endres støttes fullt ut.

Ordlyden i den nye pbrl. § 2-2 om "tidspunkt" og "frist" kan misforstås slik at det oppstår usikkerhet om hva som er den juridiske fristen og hva som er informasjon om innkallingstidspunkt. Det er erfaringsmessig vanskelig for mange å holde de ulike typer "frister" fra hverandre, og det er derfor svært viktig at forskjellene blir tydelig forklart.

Ordlyden i bestemmelsen om rett til fornyet vurdering i pbrl. § 2-3 bør endres i tråd med den nye pbrl. § 2-2, slik at retten til fornyet vurdering knytter seg til vurdering av henvisningen og ikke pasientens helsetilstand slik ordlyden er i dag.

*Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp – endringen i pbrl. § 2-2 når det gjelder kontakten med HELFO pasientformidling*

Det er foreslått at helseforetaket (spesialisthelsetjenesten) selv skal få plikt til å kontakte HELFO pasientformidling ved fristbrudd. Plikten til å kontakte HELFO gjelder umiddelbart når det blir klart at fristen ikke kan overholdes, for eksempel allerede ved vurderingen av henvisningen. Det fremgår av høringsnotatet at pasienten kan takke nei til det tilbudet HELFO vil gi, og heller velge å stå på venteliste ved det opprinnelige sykehuset. I så fall må pasienten akseptere at ventetiden kan overskride den juridiske fristen for når helsehjelp skal gis.

Helse Sør-Øst RHF støtter i hovedsak dette forslaget, som vil gi pasienter bedre rettsikkerhet og bidra til at helseforetakene setter et ekstra fokus på å ha kontroll med ventelistene. Forslaget anses som en viktig del av det å ha "orden i eget hus" og intern kontroll. Dersom alle pasienter spesialisthelsetjenesten skal gi tilbud til får juridiske rettigheter, vil dette imidlertid forsterke enkelte utfordringer helseforetakene har knyttet til ventelistearbeidet. Dette vil særlig gjelde de fagområdene der helsehjelpen ikke bare er en enkel "reparasjon", men går over tid og kan være sammensatt av flere elementer (f.eks innen rusbehandling og psykisk helsevern). Slik helsehjelp er vanskeligere "å kjøpe", og det oppstår erfaringsmessig ulike problemstillinger knyttet til oppfyllelsestilbudenes kvalitet, varighet og innhold som i dag ikke er tilfredsstillende løst.

Kravet om at HELFO skal kontaktes "umiddelbart" kan vanskeliggjøre muligheten for å oppfylle sørge-for ansvaret ved å gi pasienten et annet tilbud innen det offentlige før HELFO eventuelt kontaktes. Vi forstår det slik at det ikke er meningen at HELFO skal overta de oppgavene Kontoret for fritt sykehusvalg bistår helseforetakene med i dag som ledd i ivaretagelsen av sørge-for ansvaret. Det bør derfor klargjøres at kravet til umiddelbart å kontakte HELFO først oppstår når det er klart at regionen ikke kan gi pasienten et tilbud innen fristen, noe som nødvendigvis vil kunne ta litt tid å avklare.

Det kan videre være grunn til å problematisere uttalelsene i høringsnotatet om at pasienten skal kunne velge å vente på behandling ved sitt ønskede sykehus i stedet for å ta imot tilbudet fra HELFO. Det er ingen god rettighet å få vente på behandling etter at fristen for faglig forsvarlighet er passert. Helse Sør-Øst mener derfor at departementet bør vurdere om en slik pasientutsatt behandlingsstart alltid skal være en rettighet. Det vil kunne resultere i at enkelte sykehus/avdelinger tvinges til å sitte med uforholdsmessige lange ventelister som det blir vanskelig å håndtere forsvarlig.

Denne problemstillingen aktualiseres også ved helseforetakenes løpende arbeid med å sikre forsvarlige ventelister og regionenes plikt til å oppfylle sørge-for ansvaret ved å aktivt utnytte kapasiteten i regionen bedre. Helse Sør-Øst har det siste året arbeidet spesielt med håndtering av henvisninger ved kapasitetsproblemer. En mer aktiv håndtering, gjennom viderehenvisninger, møter imidlertid utfordringer knyttet til tolkning av lovverket, både i forhold til retten til fritt sykehusvalg, ventelisteforskriften og taushetsplikt. Det kan derfor reises spørsmål om foretakene har de virkemidlene som er nødvendige for å kunne ha slik kontroll på ventelistene som regelverket krever. Helse Sør-Øst er i dialog med Helsedirektoratet om enkelte av disse spørsmålene.

Det er ellers et økende problem at pasienter ikke møter/vil avbestille og endre timer til polikliniske undersøkelser og innleggelse. Dette fører til at sykehusene ikke får utnyttet sin behandlingsskapasitet. Det ville være ønskelig å balansere plikten sykehusene har til å ha kontroll med ventelistene med å gi pasientene en større grad av ansvar for å benytte de tilbud om timer som helseforetakene gir. Pasienter som ikke møter/avbestiller utgjør så mye som 40 % på enkelte avdelinger. Dette er viktig kapasitet å få utnyttet bedre.

#### *Retten til fritt sykehusvalg*

Departementet foreslår å utvide ordningen med fritt sykehusvalg til å omfatte radiologiske institusjoner som har avtale med et RHF. Dette skal likevel gjøres slik at reiseutgifter bare vil dekkes til "nærmeste sted". Det betyr at pasienten ikke kan velge en institusjon i en annen region og få dekket reiseutgiften dit med forhøyet egenandel, slik det ellers er i fritt sykehusvalgordningen.

Helse Sør-Øst stiller spørsmål ved hva som er hensikten med denne endringen. Departementet har vist til at endringen vil gi samsvar mellom det som allerede er praksis i dag og lovverket. I og med at det allerede er mulig å velge å bruke en privat radiologisk institusjon i dag, er det vanskelig å forstå hvilken merverdi forslaget vil gi når det sentrale "godet" fritt sykehusvalgordningen åpner for, nemlig at reiseutgifter dekkes, ikke skal gjelde. Kontoret for fritt sykehusvalg har gitt uttrykk for at dersom disse institusjonene legges ut på deres nettside, vil pasienter feilaktig tro at de vil få dekket reiseutgifter, noe som vil være uheldig. Det synes mer naturlig å sammenligne disse institusjonene med avtalespesialistene, som heller ikke formelt er en del av fritt sykehusvalgordningen, men som pasientene likevel kan velge mellom.

Et annet forhold som kan være uheldig med å la slike radiologiske tjenester formelt omfattes av ordningen, er at det vil være uhenksommessig hvis dette skulle åpne for at innlagte pasienter / pasienter i et forløp skulle kunne velge å motta deler av helsehjelpen et annet sted.

#### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

Departementet legger til grunn at forslagene kan gjennomføres innen gjeldende økonomiske rammer, og at det merarbeid som deler av forslagene medfører vil kunne oppveies av den forenklingen endringene innebærer.

Det dreier seg om store endringer som må planlegges og implementeres i helseforetakene og Helse Sør-Øst. Dette vil nødvendigvis medføre økt bruk av administrative ressurser. Opphevelsen av skillet mellom rett/ikke rett gjør at de som vurderer henvisningene slipper å trekke opp denne grensen, men de vil i stedet få økte utfordringer med å fastsette juridiske frister for en ny stor pasientgruppe. Pasienter uten rett utgjør i dag ca 40 % av de elektive

henvisningene.

Dersom føringen om at det ikke skal være lagtidsventende ligger fast, vil det at alle skal få en juridisk bindende frist nødvendigvis medføre at et større volum skal gis et tilbud innen ett år, jf. det som er omtalt over om kapasitetspress. En eventuell økning i kapasiteten og fristbrudd vil nødvendigvis koste penger.

Størst utfordringer knytter det seg imidlertid til IKT, herunder det å få på plass nødvendig planleggingsverktøy, korrekt PAS-funksjonalitet og mulighet for god monitorering. Fra en beslutning om endring foreligger til sykehusene har en funksjonell IKT-løsning kan det ta opp mot 1 ½ - 2 år. Dette i henhold til avtale med leverandører om 9 måneders varslingsfrist og 6 måneder med pilotering og implementering. Det vil være nærmest umulig med ikrafttredelse av de foreslåtte omfattende endringer før IKT verktøy for pasient administrativt arbeid er på plass.

Det må videre gjennomføres opplæring, noe som også er en ressurskrevende oppgave. Som tidligere nevnt bør det være en forutsetning at nødvendige virkemidler er på plass før ikrafttredelsen. Dette omfatter som nevnt nye prioriteringsveiledere og e-læringsprogram.

### **Pasientrettighetsdirektivet**

EU vedtok i fjor et direktiv om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester (2011/24/EU). Pasientrettighetsdirektivet skal være ferdig implementert 25. oktober 2013. Høringsforslaget inneholder forslag til lovendringer som anses nødvendige for å implementere direktivet.

Departementet foreslår å implementere direktivet gjennom å utvide refusjonsordningen som trådte i kraft 1. januar 2011 (forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land). Det legges opp til å etablere en forhåndsgodkjennelsesordning slik direktivet åpner for, og etablere et nasjonalt kontaktpunkt for informasjon både for pasienter som vil reise ut og pasienter som ønsker seg helsehjelp i Norge. Begge deler foreslås lagt til Helsedirektoratet, ved HELFO.

Helse Sør-Øst støtter den løsningen departementet her legger opp til. Pasientrettighetsdirektivet må sees i sammenheng med andre trygdeforordninger der kompetansen allerede ligger i HELFO, samt det forhold at refusjonsordningen er plassert der. HELFO er godkjenning- og refusjonsinstans mens de regionale helseforetakene skal faktureres for kostnadene for helsehjelpen. Dette innebærer behov for samarbeid og informasjonsutveksling.

Helse Sør-Øst RHF mener derfor at departementet bør gi HELFO klare føringer om regelmessig å gi de regionale helseforetakene den nødvendige styringsinformasjon. Videre at det legges opp til at helseforetakene benyttes som rådgivere i de vanskelige avgjørelsene HELFO vil måtte treffe for eksempel om hvilken behandling som ville blitt gitt i Norge, hva som er forsvarlig ventetid med mer. Nasjonalt nettverk for utenlandsbehandling kan her benyttes som en koordinator for forespørsler om medisinske råd.

Det kan være grunn til å vurdere om det vil kunne oppstå usikkerhet knyttet til taushetsplikt i den kommunikasjonen som vil kunne skje mellom HELFO og pasientens helseforetak. Dette er ikke

omtalt i høringsnotatet.

Helse Sør Øst deler synet på at DRG systemet vil være det beste grunnlaget for å estimere et øvre tak for refusjon til norske borgere som får sykehusbehandling i EU/EØS land. Høringen foreslår en refusjonsløsning gjennom bruk av dagens DRG system. Det er viktig at refusjonsløsninger for øvrige tjenesteområder (psykisk helsevern og tverrspesialisert behandling) også kommenteres.

Det er viktig at dagens praksis for fakturering av EU borgere som får behandling i spesialisthelsetjeneste i Norge videreføres. I dag benyttes DRG systemet som kalkulasjonsunderlag, men i fremtiden vil et nasjonalt opplegg med kostnad per pasient være riktigere å benytte. Vi oppfatter at høringen ivaretar dette perspektivet.

I forhold til avslutning av årsregnskapene vil helseforetakene ha behov for å kunne få informasjon om økonomisk omfang av pasienter som har fått innvilget rett, men ennå ikke har fått refusjon fra HELFO, og dermed ikke har fakturert de regionale helseforetakene. Foretakene må avsette for slike fremtidige forpliktelser i sine offisielle årsregnskaper.

### Konklusjon

Helse Sør-Øst RHF støtter i hovedsak departementets forslag til lovendringer.

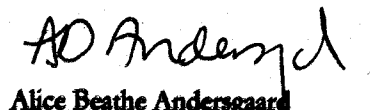
Følgende forutsetninger bør i så fall være på plass:

- Det må gis nærmere føringer om prioritering og vurderes å innføre en maksimal frist for hvor lenge pasienter kan vente
- Prioriteringsveilederne må omarbeides og videreutvikles
- Det bør utarbeides opplæringsmateriell (e-læring) og nye brevmaler
- Behovet for forberedelser og endringer i IKT-systemene må få betydning for ikrafttredelsestidspunktet

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Peder Olsen  
kst. administrerende direktør



Alice Beathe Andersgaard  
fagdirektør medisin og helsefag

### Vedlegg:

- Høringsuttalelse fra Brukerutvalget
- Innspill fra Helse Sør-Øst sitt fagråd for TSB

Hamar 19.12.2012

Styret i Helse Sør-Øst RHF  
Vedlegg til sak nr. 088-2012

## HØRINGSUTTALELSE TIL FORSLAGET TIL ENDRINGER I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN KAP. 2 MV.

### 1. INNLEDNING

Helse- og omsorgsdepartementet har i et høringsnotat av oktober 2012 til oppfølging av arbeidet med samhandlingsreformen, jf. Prop. 91 L s. 265, foreslått en rekke endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (loven) kap. 2. Videre foreslås det endringer for å implementere EUs pasientrettighetsdirektiv 2011/24/EU om grenseoverskridende helsetjenester som følge av Norges forpliktelser etter EØS-avtalen.

De foreslåtte endringene i lovens kap. 2 gjelder i all hovedsak fire hovedforslag:

- Endre fristen for rett til vurdering fra 30 til 10 dager,
- samt oppgi tidspunkt for start av behandling,
- oppheve skillet mellom pasienter med og uten rett til behandling, og
- Spesialisthelsetjeneste skal varsle HELFO ved fristbrudd mv. og ikke pasienten.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har valgt å konsentrere sin uttalelse om de foreslåtte endringene i lovens kap. 2 da endringene som følge av EUs pasientrettighetsdirektiv i praksis har mindre direkte innvirkning på pasienttilbudet. I tillegg vil utvalget knytte noen merknader til spørsmålet om økonomiske insentiver for å redusere antallet fristbrudd.

### 2. VURDERINGSFRISTEN

Den någjeldende bestemmelse i lovens § 2-2 første ledd gir ifølge sin ordlyd pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. I utgangspunktet oppstiller bestemmelsen kvalitetskrav til vurderingen. Det skulle i utgangspunktet ikke bare dreie seg om en formell tilbakemelding til pasienten om han eller hun har rett til helsehjelp, men også en reell medisinsk vurdering av pasientens helsetilstand. Det skulle innebære ihht. til lovens forarbeider og forvaltningspraksis at alle undersøkelser som var nødvendige for (om mulig) å stille en diagnose og utarbeide et behandlingsopplegg skulle være ferdig innen 30 dager.

I etterfølgende praksis har innholdet i denne rettighetsbestemmelsen blitt uthult av de enkelte helseforetakene uten at hverken de regionale helseforetakene (eierne) eller offentlige myndigheter har grepet inn. Iht. til någjeldende praksis er fristen kun forstått som en frist for tilbakemelding på om man har rett til behandling eller ikke, og i så fall om man regnes som en rettighetspasient eller som en pasient som ikke

*Helse Sør-Øst er den stiftlige helseforetaksgruppen som fra 1.1.2007 har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder.*

*Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 15 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privatleide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.*



omfattes av § 2-2 annet ledd. Dersom man regnes som en rettighetspasient etter § 2-2 annet ledd, jf. § 2-1 annet ledd, så skal det oppgis en tidsfrist for når behandlingen skal gis

Departementet foreslår å legge til grunn det modifiserte innholdet i vurderingen og redusere fristlengden fra 30 til 10 virkedager. Det er iht. til dagens praksis der henvisninger vurderes fortløpende av de enkelte helseforetakene og der fristen på landsbasis i gjennomsnitt var 6,1 dager.

Brukerutvalget mener det er beklagelig at innholdet i vurderingen er blitt uthult, men ser at det på bakgrunn av dagens henvisningspraksis med ofte mangelfulle henvisninger fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten kan være vanskelig å foreta fyllestgjørende vurderinger innen en felles frist på 30 dager for alle tilfeller. Brukerutvalget ser det som viktigere at pasienten får en hurtig tilbakemelding med en realistisk tidsangivelse av når behandlingen eller utredningen kan starte. Brukerutvalget støtter derfor forslaget i ny § 2-2 første ledd om fastsettelse av en frist på 10 dager for å gi tilbakemelding til pasienten på om han har rett til nødvendig helsehjelp.

### 3. FRIST FOR BEHANDLINGSOPPSTART

Videre foreslår departementet i ny § 2-2 første ledd siste punktum at helseforetakenes plikt til å opplyse når helsehjelp skal påbegynnes innskjerpes ved at det innen 10 virkedager skal opplyses når og hvor pasienten skal møte opp for å påbegynne behandlingen eller utredningen. Det er presisert i ny § 2-2 annet ledd at fristen skal settes før fristen i ny § 2-1 b annet ledd for når nødvendig helsehjelp senest skal gis utløper. Videre er det presisert i høringsnotatet på s. 55 at fristen for oppstart av behandlingen eller utredningen ikke vil være rettslig bindende.

Brukerutvalget mener departementet med dette legger opp til et unødige komplisert system ved at det parallelt vil løpe en rettslig bindende frist etter ny § 2-1 b annet ledd som fastsetter når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp, og dernest en frist som ikke er rettslig bindende som fastsetter oppstartstidspunktet for behandlingen eller utredningen.

Brukerutvalget vil også stille spørsmålstegn ved om det i det hele tatt er realistisk å kunne forvente at spesialisthelsetjenesten har mulighet til å kunne fastsette en rettslig bindende frist etter ny § 2-1 b annet ledd på bakgrunn av det spinkle grunnlaget som henvisningen fra fastlegen ofte beklageligvis innebærer. BU vil anta at det ofte vil være nødvendig å foreta enkelte undersøkelser før man kan ane omfanget av pasientens tilstand. Først når man har foretatt denne preliminaire kartleggingen, vil det være mulig å fastsette en rettslig bindende frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp.

Videre vil Brukerutvalget stille spørsmålstegn ved hensiktsmessigheten av ordlyden i ny § 2-2 første ledd siste punktum. Dersom det ikke var ment at denne fristen skulle være rettslig bindende, så burde man ha benyttet en annen ordlyd i bestemmelsen. Med bakgrunn i det ovenstående og hensett til praksis ved de ulike helseforetakene, så er Brukerutvalget av den oppfatning at man i stedet for to parallelle frister hvorav en er rettslig bindende mens den andre ikke er det, bør innføre en ordning med en rettslig bindende frist for oppstart av utredningen eller behandlingen. Bakgrunnen for denne fristfastsettelsen vil i all hovedsak være henvisningen og evt. medfølgende journalnotater. Den vil måtte fastsettes i samsvar med det som følger av faglig

forsvarlighet og det vil måtte tas høyde for at dette utgjør et spinkelt grunnlag. Det må derfor bygges inn en sikkerhetsmargin ved fristfastsettelsen slik at man i en viss utstrekning tar høyde for at situasjonen er verre enn det som fremkommer av henvisningen.

For Brukerutvalget er det viktig at pasienten kommer i gang med utredningen eller behandlingen så fort som mulig. Det må derfor være snakk om en frist på maksimalt noen uker og ikke måneder. Brukerutvalget mener det bør tilstrebes at det i brevet oppgis så konkret som mulig tidspunkt og sted for hvor pasienten skal møte til behandling eller utredning. Dersom det er nødvendig å endre tidspunktet pga. sykdom hos personalet, stor pågang av akutte tilfeller eller pga. forverring av situasjon til pasienten selv, så må det tas høyde for det ved at det informeres i brevet at tidspunktet kan bli endret og at pasienten selv må ta kontakt dersom situasjonen forverrer seg. Helseforetaket må bygge ut et administrativt apparat for å håndtere slike tidspunktsforskyvninger.

Dermed mener Brukerutvalget at det bør innføres rettslige frister for videre oppfølging eller behandling etter at behandlingen eller utredningen er initiert. Spesialisthelsetjenesten vil ofte etter den første kontakten og undersøkelsen ha et mye bedre utgangspunkt for å fastsette etterfølgende tidspunkter for videre oppfølging enn ved oppstart da ofte kun henvisningen dannet grunnlaget for fristfastsettelsen. Det vil derfor ikke være tilsvarende behov for å bygge inn sikkerhetsmarginer.

For mange pasientgrupper eksempelvis innen psykiatri, kronikere og rusomsorgen, så er det kritisk at ikke ventetiden blir for lang fra den første kontakten med behandlingsapparatet og til den etterfølgende oppfølgingen. Dersom det tar for lang tid før en rusmisbruker har fått plass på en institusjon etter avrusningen, så er veien kort tilbake til rusmisbruket.

For Brukerutvalget fremstår det som et paradoks at man i lovforslaget kun foreslår rettslige frister for behandlingsoppstart og ikke for videre oppfølging. De synes å være svakt faglig fundert og bærer preg av en tankegang der man skal dytte flest mulig inn i systemet, men ikke ha samme fokus på å få pasientene gjennom det. Denne tankegang tar Brukerutvalget avstand fra og foreslår derfor at det også skal fastsettes rettslig bindende frister for videre oppfølging – eksempelvis at tidspunktet for rutinekontroll av et tidligere hjerteoperert barn blir rettslig bindende.

Fastsettelsen av frister for etterfølgende behandling skal som for fristen for den initielle kontakten, fastsettes med bakgrunn i hva faglig forsvarlighet krever. Tilsvarende rutiner for detaljgrad med hensyn til tid og sted og for endringer, bør gjelde for disse fristene som for den første fristen.

#### 4. SKILLET MELLOM PASIENTER MED OG UTEN RETT TIL BEHANDLING

I dagens § 2-1 b andre ledd første punktum sondres det mellom såkalte rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste. Det er kun de såkalte rettighetspasientene som etter dagens lovgivning har rett til helsehjelp innen en fastsatt tidsfrist.

For å oppnå status som rettighetspasient i dag, så må tre vilkår være oppfylt etter prioriteringsforskriften § 2. Vilråene dreier seg i all hovedsak om alvorligheten i vedkommendes helsetilstand målt opp mot forventet effekt av helsehjelpen sett i

forhold til kostnadene. Det er individuelle vurderinger som foretas av den enkelte behandlingsansvarlig. I praksis har det vist seg vanskelig å praktisere skillet mellom pasientgruppene og det har vist seg at de har blitt praktisert ulikt fra helseforetak til helseforetak.

Brukerutvalget mener derfor det er fordel at skillet mellom disse pasientgruppene forsvinner og støtter forslaget om å oppheve skillet. I dag har pasientgruppen med behov for helsehjelp (de som ikke har rett til det) så å si ingen konkrete holdepunkter for når og om de en gang får behandling. Enkelte av disse har måttet vente i flere år på behandling fordi rettighetspasientene har forrang.

Brukerutvalget vil imidlertid advare mot at en opphevelse av skillet kan medføre at terskelen for å få behandling heves idet «sekkegruppen» de som har behov for behandling bortfaller og alle i praksis blir rettighetspasienter. Det er en fare for at flere henvisninger enn tidligere blir avvist idet flere oppnår konkrete målbare rettigheter enn tidligere.

For å motvirke en slik tendens mener Brukerutvalget det vil være ytterst viktig at spesialisthelsetjenesten fører kontroll med de som avvises fra behandling og at det blir registrert hva som er begrunnelsen for avvisingene. Pasientene som blir avvist fra behandling må også få opplyst om begrunnelsen for det, sin rett til å påklage avgjørelsen og også om retten til en fornyet vurdering. Dette bør nedfelles skriftlig i avvisningsbrevet.

## 5. VARSLINGSPLIKTEN TIL HELFO

Uavhengig av de ovenstående forslag til regelsett, så er det en utfordring at behandlingsfristene i det store flertallet av tilfeller oversittes. Det er viktig å få implementert varslingsystemer som sikrer at fristbruddene fanges opp og at pasientene sikres behandling. I dag er det den enkelte pasient som selv må påse at fristene overholdes. Ved fristbrudd må pasienten selv varsle HELFO for raskt å få helsehjelp. I 2011 var det kun 2205 pasienter som selv varslet HELFO.

Brukerutvalget er enig i forslaget om at spesialisthelsetjenesten selv får en plikt til å varsle HELFO ved fristbrudd. I dag er det kun de mest ressurssterke pasientene som gjør dette. Ved at ansvaret for å varsle HELFO overføres til helseforetaket, så vil det kunne fange opp de ressursvake pasientene som ikke selv er i stand til å ivareta sine rettigheter.

Brukerutvalget vil imidlertid presisere at selv om ansvaret for å varsle overføres til helseforetaket, så må det fortsatt presiseres i loven at pasienten selv også har en rett til selv å foreta varslingen. I noen tilfeller kan det være slik at helseforetaket ikke overholder sin varslingsplikt. Da er det viktig at det eksisterer en sikkerhetsventil for å sikre pasienten rask behandling.

Brukerutvalget er også enig i at det ikke bare skal være adgang til å varsle HELFO ved konstaterede fristbrudd, men også ved forventede fristbrudd. Dersom helseforetaket allerede ved utsendelsen av det første innkallingsbrevet innen fristen på ti dager, ser at de ikke vil kunne overholde innkallingsfristen, så er det bedre at helseforetaket straks varsler HELFO og orienterer pasienten om at det er gjort, enn at pasienten gis et fiktivt innkallingstidspunkt som helseforetaket vet at de ikke kan overholde.

Brukerutvalget ser at man med disse forslagene vil bli nødt til å styrke administrasjonen i HELFO slik at man blir i stand til å overholde de nye varslingsreglene. Det vil måtte bety en økning i bevilgningene til HELFO – også sett hen til at HELFO vil måtte være istand til å kunne formidle behandlingstilbud i andre EØS-land dersom det ikke er andre tilbud å oppdrive innen kort tid i helseforetakene i Norge, jf pasientrettighetsdirektivet.

## 6. ØKONOMISKE INSENTIVER

Brukerutvalget ser med stor interesse på signalene fra departementet om å bygge ut økonomiske insentiver for å redusere antallet fristbrudd.

Brukerutvalget er enig i at det er en grense for hva man kan oppnå ved lovgivning alene. En kombinasjon mellom progressive lovgivning og effektive økonomiske virkemidler kan vise seg å ha stor effekt.

Brukerutvalget mener det i større utstrekning bør være anledning til å «straffe» helseforetak som har en negativ utvikling i antallet fristbrudd. Tilsvarende bør det være anledning til å belønne helseforetak som greier å få bukt med fristbruddene. Det foreslås at de regionale helseforetakene avsetter en fast prosentsats av overføringene til belønningssmidler. Tilsvarende bør det være anledning til å redusere en fast prosentsats av overføringene ved en negativ utvikling i antallet fristbrudd.

En sideeffekt av et slikt system vil også være å styrke det regionale eierskapet av de enkelte helseforetakene. Det er Brukerutvalgets oppfatning at det kun vil være mulig å foreta en reell reduksjon av antallet fristbrudd gjennom å styrke det regionale eierskapet ved å gi de regionale helseforetakene flere virkemidler som kan benyttes aktivt overfor de enkelte helseforetakene.

Alf Magne Bårdslett  
Leder

Helse Sør-Øst RHF  
Postboks 404  
2303 Hamar

Sentralbord:  
02770

Org.nr:  
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-  
universitetssykehus.no

Deres ref.:  
Vår ref.  
Dato: 19.12.2012

## Forslag til endringer i pasientrettighetsloven

**Fagrådet TSB ønsker å komme med et innspill til RHF SØ vedrørende høringen av foreslåtte endringer i pasientrettighetsloven.**

Fagrådet har gitt innspill direkte til Berit Herlofsen i møtet 20.november da hun presenterte saken for fagrådet og deltok i diskusjonen etterpå. Fagrådet vil likevel gi en skriftlig tilbakemelding til HSØ selv om styresaken er forberedt.

Fagrådet mener det er viktig å løfte frem at TSB har andre rammebetingelser og struktur enn øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette er særlig knyttet til mange private tjenesteyterne, helseforetakenes økonomisk ansvar for fristbrudd og ulik organisering av vurderingsinstansene i regionen.

### **Rett til vurdering innen 10 virkedager.**

Forslag til lovendring innebærer at det ikke lenger er helsetilstanden som skal vurderes innen 10 dager men henvisningen. Fagrådet mener dette vil bety at beslutningen om rett/ ikke-rett tas på et spinklere grunnlag siden vurderingsinstansen i mindre grad rekker å innhente supplerende undersøkelser/kalle inn pasienten på forhånd. Mangelfulle henvisninger kan ikke avvises. TSB har ikke samme struktur som annen spes helsetjeneste i forhold til nivåene. Mange tiltak tilbyr ikke både poliklinikk, avgiftning og døgnbehandling. Det enkelte behandlingstiltak kan da ikke veksle mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten på en smidig måte.

- Fagrådet tror at en vurdering av henvisningen innenfor 10 dager, med liten mulighet for å innhente supplerende opplysninger kan medføre at flere pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste og at manglende opplysninger i henvisningen vil kunne resultere i at pasientene i stor grad får rett til utredning og ikke til behandling.
- Fagrådet påpeker at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten ikke blir større selv om man endrer henvisningsrutinene og at ventelisten vil forskyve seg til nivåene i spesialisthelsetjenesten. Venteliste-køen til behandling vil bli kamouflert ved at pasienten ikke venter på å få sin frist innfridd. Det vil være behov for at rettighetene følges opp med monitorering, telling og analyse slik at det ikke oppstår skjulte køer.

### **Beskjed om timeavtale i svarbrevet fra vurderingsinstansen:**

Fagrådet er enig i at det vil være en fordel om pasienter får alle opplysninger i samme brev, både om rettighet og timeavtale. Fagrådet minner om at innenfor TSB blir mange henvisninger rettighetsvurdert av

instanser som ikke selv tilbyr behandlingen pasienten får rett til. Vurderingsinstansen har ikke enkel tilgang til behandlingstiltakets timelister.

- Fagrådet tviler på at det er mulig å gi pasienten et nøyaktig tidspunkt for timeavtale/innleggelse i samme brev som sendes med beskjed om rett til nødvendig helsehjelp

#### **Særskilt om pasienter som utsetter behandlingsstart:**

Fagrådet minner om at mange rettighetspasienter ønsker behandling ved en spesiell institusjon som ikke kan møte fristen. Mange av disse pasientene velger å utsette behandlingsstart og frasier seg dermed sin rett til behandling innen frist. Disse vil ikke få et bedre tilbud ved dette endringsforslaget hvor fokus er på ny-henviste pasienter.

#### **Rett og nytte, alle som har nytte skal også få rett.**

Det er ikke enkelt å sette en riktig juridisk frist for pasienter som ikke har en alvorlig tilstand og som i dag ville blitt bedømt å ha nytte av, men ikke rett til spesialisthelsetjeneste. Det er uheldig og vanskelig å ha langtidsventende pasienter (mer enn et år).

- Fagrådet uttrykker en bekymring for at pasientgrupper som i realiteten ikke har en alvorlig lidelse med tidsavhengig behandlingsbehov vil forskyve rettighetspasienter.

Forslaget vil kunne oppfattes som en styrking av pasientenes rettigheter i og med at flere får rett til TSB. Det vil skape en forventning om et øket tilbud fra spesialisthelsetjenesten - TSB noe som som ikke harmoniserer med samhandlingsreformen..

- Fagrådet er bekymret for den utfordringen dette vil være for kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

#### **Sykehuset skal ta kontakt med HELFO ved fristbrudd.**

Fagrådet minner om at innenfor TSB blir mange henvisninger rettighetsvurdert av instanser som ikke selv tilbyr behandlingen pasienten får rett til. Private tjenesteytere har ikke ansvar for fristbrudd og kan avvise pasienter når frist ikke kan innfries. Det er områdesykehuset som er økonomisk ansvarlig for fristbrudd. Det må være den instansen som skal yte helsehjelpen som skal melde til HELFO ved antatt fristbrudd.

- Fagrådet påpeker at forslaget ikke er i samsvar med strukturen i TSB hvor de private avtalepartnerne i dag ikke har ansvar for fristbrudd og derfor ikke har kontakt med HELFO.

Vennlig hilsen

Guri Spilhaug  
Leder av fagrådet TSB HSØ