

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbehandler:

Dato:

2012/555 - 95/2013

Hanne Løvereide Årstad, 51963803

06.01.2013

### Høyring - endringar i pasient- og brukarrettigheitslova og implementering av pasientrettigheitsdirektivet

Helse Vest RHF viser til brev av 16. oktober frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vedrørande høyring til endringar i pasient- og brukarrettigheitslova og implementering av pasientrettigheitsdirektivet.

Helse Vest har lagt høyringsnotatet fram for dei fire sjukehusføretaka i Helse Vest. Vi har motteke skriftlege tilbakemeldingar frå to av føretaka. I tillegg har vi hatt møter med representantar frå kvart av føretaka med dette som tema. Alle fire føretak sluttar seg i det vesentlege til endringane. Helse Vest har valt å leggje ved dei to skriftlege høyringsuttalene frå føretaka.

Helse Vest sitt forslag til høyringsuttale har vore behandla i styret for Helse Vest RHF 15. januar 2013.

Helse Vest RHF er positiv til HOD sine vurderingar om å gjere reglane lettare tilgjengelege for pasientane og det helsepersonell som skal praktisere reglane. Dette gjeld retten til vurdering og pasientane sin rett til spesialisthelseteneste. Helse Vest har nokre merknader til forslaga til endringar. I høyringsuttalen vil vi fokusere på utfordringar og kva føresetnader som må vere på plass før omleggingane blir sett i verk. I tillegg vil vi nytte høve til å peike på nokre andre utfordringar knytt til dette regelverket, som Helse Vest tilrår blir søkt løyst i samband med dei endringar som no vil bli gjort.

Merknadene følgjer same inndeling som høyringsnotatet.

#### Pkt. 9.2. Overordna begrepsbruk

Det er på side 53 i høyringsnotatet gjort eit forsøk på å rydde i omgrep, og omgrepet «spesialisthelsetenesta» blir nytta for å definere pliktsubjektet.

Ved ivaretaking av «sørge for» ansvaret inngår dei regionale helseføretaka avtaler med private avtalespesialistar. I vår region står avtalespesialistane for ca. 30 % av dei polikliniske konsultasjonane. Denne aktiviteten inngår naturleg i det vi vil omtale som spesialisthelsetenesta.

Avtalespesialistane har ikkje etter dagens regulering i oppgåve å gjere vurdering etter § 2-2 i lova. Den definisjon som er gitt av «spesialisthelsetenesta» i høyringsnotatet, inneber at verkeområdet for § 2-2 er utvida til også å gjelde avtalespesialistane. Helse Vest ser det som nødvendig at departementet kjem med ei presisering av om dette er ei tilsikta utviding.

Om dette ikkje er ei tilsikta utviding ber vi departementet sjå nærmare på dei utfordringar som ligg i at pasientane sine rettar ikkje blir ivaretatt på same vis ved tilvising til avtalespesialist. Gjeldande regelverk inneber ikkje berre at avtalespesialistane ikkje rettighetsvurderer, men også at dei regionale helseføretaka har avgrensa moglegheit til å sørge for at desse praksisane fungerer som ein del av heilskapan. Det er uheldig fordi ein godt driven avtalepraksis er ei svært god og kostnadseffektiv løysing. Dersom dagens autonome og lite regulerte system held fram, må vi erkjenne at vi har ein stor og viktig del av tenesta der vi i liten grad har styring på prioritering, oversikt over ventetider eller moglegheit for å sikre samarbeid mellom avtalespesialistar og helseføretak.

Det er problematisk at dei pasientar som blir teke inn til eit sjukehus, uansett kor triviell lidinga er, får ein frist med tilhørande rettar, medan dei som blir tilviste til avtalespesialist, uavhengig av alvorgrad, ikkje får same rettar.

### Pkt. 9.3 Retten til vurdering

I høyringsnotatet er det lagt opp til at pasientane skal ha rett til å bli vurderte innan 10 arbeidsdagar (måndag – fredag). Innan desse 10 dagane skal det vurderast om pasienten har behov for nødvendig helsehjelp og det skal gjevast informasjon til pasientane om når det er forventa at behandling skal gis. Bakgrunn for endringane er at dagens krav til vurdering innan 30 dagar ikkje er i samsvar med praksis. I dag blir tilvisingane vurdert fortløpande og dei fleste tilvisingar er vurdert innan 10 arbeidsdagar.

#### Retten til vurdering innan 10 arbeidsdagar:

Forslaget inneber at vi no får same frist å halde oss til i heile spesialisthelsetenesta (innan barne- og ungdomspsykiatrien er fristen 10 dagar i dag). Helse Vest støttar intensjonane om kortare frist, men vil peike på at ein frist på 10 arbeidsdagar kan vere utfordrande i nokre tilfelle, og at ein absolutt frist snarare kan skape unødvendig uro enn ein betra situasjon for pasientane.

For Helse Vest er det viktig å peike på at det i enkelte samanhengar er nødvendig med noko lengre tid enn 10 virkedagar. Det kan til dømes vere behov for å innhente ytterlegare dokumentasjon frå tilvisar. Dersom fristen til å vurdere blir sett til 10 dagar vil det kunne avgrense moglegheita til å innhente supplerande opplysningar eller gjennomføre eigen «før undersøking» før man konkluderer slik regelen i dag gir rom for. Dette kan medføre at føretaket iverkset fleire unødige undersøkingar som binder både kapasitet og personell. Om føretaka ber om meir dokumentasjon frå tilvisar kan det vere fare for at fristen blir broten.

Ei anna problemstilling i samband med kortare frist er mottak av tilvisingar frå eit anna sjukehus/føretak som ikkje har vurdert tilvisinga, jf. FOR 2000-12-07 nr 1233 Forskrift om ventelisterregistrering § 3. 4 ledd. I desse tilfella kan det også vere vanskeleg å halde seg til 10 dagars fristen.

Dei aller fleste tilvisingar vil vere mogleg å handtera innan ein 10 dagars frist, og Helse Vest vil sjølvstøtt søkje å oppnå dette for alle pasientar. Det er likevel ein fare for at dersom fristen blir

sett for kort kan det føre til fleire brot på regelen, mindre handlingsrom i dei tilfella der det er behov for noko lengre tid, risiko for unødvendig støy og negativt omdøme for helseføretaka.

Helse Vest vil tilrå at fristen blir sett til 15 virkedagar, men med den føresetnad at føretaka held fram med å vurdere tilvisingane fortløpande.

### Pasientane sin rett til informasjon

Innan vurderingsfristen på 10 dagar går departementet inn for at pasientane skal få informasjon om tidspunkt for når utgreiing eller behandling skal starte. Dette vil vere ei betydeleg forsterking av pasientane sine rettar.

I framlegget ligg det ein målsetting om at pasientane skal få nøyaktig tidspunkt med dato og klokkeslett for første konsultasjon. Tidspunktet bør i utgangspunktet ikkje ha eit større intervall enn ei veke. Departementet ber om særskilt tilbakemelding om kor detaljert kravet til «tidspunkt» bør vere.

Kravet om å kunne opplyse om tidspunkt for når utgreiing eller behandling skal starte krev omfattande planlegging og god organisering. Dette stiller nye krav til arbeidsplanlegging og pasientadministrative system. Det er viktig at det blir gitt tilstrekkelig tid til nødvendige endringar som følgje av dette, og at helseføretaka har på plass gode system som gjer dei i stand til å planleggje langt fram i tid.

Helse Vest støttar framlegget om at pasientane skal få nøyaktig tidspunkt med dato og klokkeslett for første konsultasjon innan vurderingsfristen. Dette er ei målsetting Helse Vest har for alle pasientar, men vi meiner det ikkje bør vera eit krav om eksakt dato(time) lenger fram i tid enn maksimalt 3 månadar. Dette av omsyn til pasientane, planlegging og administrering av drifta. Etter dette tidspunkt bør det bli vist til veke/ eventuelt månad for første konsultasjon.

### Pkt. 9.4 Rett til nødvendig spesialisthelseteneste

Helse Vest støttar framlegget om endring i ny § 2-1b) om å gi alle pasientar med behov for spesialisthelsetenester rett til nødvendig helsehjelp og ein individuell frist for utgreiing/ behandling. Helse Vest vil likevel peike på nokre utfordringar endringane vil bere med seg.

### Rettigheit for alle med behov for helsehjelp

Erfaring har vist at reglane som gjeld i dag er vanskelege å forstå for pasientane og vanskelege å praktisere for sjukehusa. Helse Vest er samde med departementet i at endringane vil gjere regelverket lettare å forstå både for pasientar og fagpersonell som skal vurdere behovet for helsehjelp frå spesialisthelsetenesta. Vurdering av ei tilvising får no berre to utfall. Pasientane får rett på nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, eller avslag. Avslag vil sei at pasienten blir vurdert til ikkje å ha behov for spesialisthelsetenester. Dette inneber ei utviding av gruppa som i dag skal få ein frist for helsehjelpa. Ei utviding av gruppa som no får rett på helsehjelp kan vere ei utfordring for føretaka.

### Frist for utgreiing/behandling

Fristen skal setjast i «*samsvar med det faglig forsvarligheit krever*». Helse Vest viser til at dette etter dagens reglar er handterbart. Fleire av våre føretak viser til at gjeldande reglar gir føretaka eit handlingsrom. Det som er gjenstand for diskusjon er kva som er fagleg forsvarleg for den pasientgruppa som i dag ikkje har ein rettigheit, men som skal få dekkja sine behov for hjelp. I

dag må mange vente lenge utan at ein kan sei at det er uforsvarleg ut frå ein medisinsk vurdering.

Fastsetjing av ein medisinsk forsvarleg frist for pasientar med rett etter dagens reglar er anten knytt til at tilstanden forverrast over tid, eller at moglegheit til behandling blir dårlegare, eller at tilstanden gjev betydelege lidningar her og no. For mange av dei pasientane, som etter nye reglar skal få frist, er lidingane ofte meir stabile og meir moderate. Dette gjer at det ut frå ei vurdering av kva som er forsvarleg, kan vere vanskeleg å fastsetje eit bestemt tidspunkt for når helsehjelp må starte.

#### Juridisk bindande frist knytt opp til start av helsehjelp.

Helsehjelp er eit omgrep som famnar om både utgreiing og behandling. Helse Vest ser det som særskilt viktig at bruken av omgrepa helsehjelp, utgreiing og behandling går klart fram og at ein er tydelege på skiljet i kontakt med pasientane. Omgrepa kan lett bli misoppfatta av pasientar og helsepersonell. Det blir derfor viktig at helsepersonell er bevisst bruken av omgrepa og dette krev ein bevisstgjeriing i helsepersonellgruppa. Det vil vere viktig å få kommunisert i første kontakt med pasientane at fristen dei får står i forhold til anten utgreiing eller behandling.

Når fristen blir sett i samband med start for utgreiing, gir ikkje dette pasientane fristar i det vidare pasientløp. Det er viktig å vere merksam på at det då er ein risiko for at pasientar med tidskritiske tilstandar i det vidare pasientløpet kan bli forbigått av andre pasientar med frist for helsehjelp. Det kan føre til at pasientar med rett på helsehjelp for meir trivielle lidningar går før pasientar med eit større behov.

Det nye systemet der alle får ein rett kan føre til uheldige prioriteringsvridingar mellom pasientar i pasientløp. Helse Vest er opptekne av at departementet gir føringar for korleis dette skal løysast.

- Ein moglegheit er å ha to fristar å halde seg til, ein for oppstart av utgreiing og så ein ny frist ved start av behandling. Helse Vest er av den meining at det er vanskeleg for både pasient og helsepersonell å halda seg til to fristar.
- Ei anna løysing er at det går tydeleg fram i dei pasientadministrative systema når ein går frå utgreiing til å starte behandling, eller avsluttar helsehjelpen der det ikkje er indikasjon for behandling. Det vil då vere enklare å følgje pasientane i pasientløpet. Ei slik registrering er ikkje på plass i dei administrative system per i dag, men det er nok mogleg å få tilrettelagt for ei slik registrering.

#### Maksimumsfrist

Helse Vest er opptekne av at inntak av pasientar og aktivitet må vere i balanse. Det er uheldig om ein byggjer opp stadig lengre ventelister, eller gir pasientar med ikkje tidskritiske tilstandar frist stadig lengre ut i tid. Helse Vest vil i denne samanheng vise til at det for mange tilstandar vil vere medisinsk forsvarleg å vente i meir enn eit år. I den samanheng ber Helse Vest departementet vurdere om det bør vere ei «maksimal yttergrense» for kor lenge ein pasient med rett på spesialisthelseteneste må vente for å få helsehjelp. Helse Vest tilrår at det blir sett ein maksimumsfrist på eit år, men at føretaka har moglegheit for i nokre tilfelle å gå noko ut over denne maksimumsfristen om omsyn til pasient tilseier det.

#### Prioriteringsretteleiarane og avgrensing av offentleg ansvar

Helse Vest merkar seg at det ikkje blir gjort endringar i kriteria for prioritering som gjeld etter dagens reglar. Pasientane skal framleis prioriterast ut frå ein medisinsk fagleg vurdering av behov og hastegrad. Ein føresetnad for dette er at prioriteringsretteleiarane blir revidert i tråd

med at nye pasientgrupper no får rett på helsehjelp. Helse Vest vil i denne samanheng peike på at når no alle med behov får rett og ein frist for oppstart av helsehjelp, bør det setjast ei klar grense for kven som skal få eit tilbod i den offentlege spesialisthelsetenesta, og kven som ikkje skal få tilbod.

Prioriteringsretteleiarane må reviderast og tilpassast dei nye reglane. Dette arbeidet må vere fullført før ein ny lov trer i kraft.

Helse Vest vil i denne samanheng gjere departementet merksam på behovet for å harmonisere prioriteringsretteleiarane med kravet i «20 dagar regelen» for kreft. Prioriteringsretteleiarane blei laga før innføring av «20 dagar regelen». Svært mange av dei pasientgrupper som i prioriteringsretteleiarane er gitt rett til nødvendig helsehjelp er gitt denne fordi dei har symptom som kan vere kreft. Dei fristar som var sett for start helsehjelp for desse pasientgrupper i retteleiarane er mykje lenger (f. eks 4 veker til start helsehjelp) enn det som må praktiserast om «20 dagar regelen» skal haldast. Det er derfor i dag klart manglande samsvar mellom fristane i prioriteringsretteleiarane og kravet om at 80 % av kreftpasientane skal starte behandling innan 20 dagar.

#### Plikt til å sikre pasienten helsehjelp og bruk av HELFO

Helse Vest støttar framlegget om endring av praksis ved fristbrot, jf. § 2-2 anna ledd: «*Dersom spesialisthelsetjenesten ikkje kan gi pasienten et tidspunkt for fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO.*»

Helse Vest er positive til at føretaka sjølv må ordne opp for pasientane dersom dei ikkje kan gje eit tilbod innan forsvarleg tid. Dette kan i nokre tilfelle avklarast ved vurdering av tilvisinga og inneber at føretaka må ha oversikt og orden i eigne pasientsystem, og vere aktive med å finne løysingar for tilviste pasientar.

Det går fram av høyringsnotatet at pasientar ved fristbrot kan takke nei til det tilbod dei får frå HELFO og velje å stå på venteliste til det sjukehuset dei var tilviste til. Helse Vest støttar dette, men vil peike på nokre utfordringar i denne samanheng som må vurderast:

- Er det ein god rettighet for pasientane å vente på behandling etter at fristen for «fagleg forsvarlegheit» er passert?
- Regelen kan svekke rettstryggleiken for dei svakaste gruppene. Mange pasientar ser det som vanskeleg å ta imot eit tilbod kor dei må reise langt for behandling.
- Det kan vere eit problem å skaffe tilbod for dei pasientar med uavklarte tilstander kor ein kan sjå for seg eit langvarig og kronisk pasientløp.

I samband med dei to siste kulepunkt kan det derfor vere av avgjerande betydning kor i landet HELFO kan skaffa gode tilbod til utgreiing/behandling.

#### Pkt. 9.5 Retten til fritt sjukehusval m.m.

##### Radiologiske tenester

Departementet gjer framlegg om å utvide ordninga med fritt sjukehusval til også å omfatte radiologiske institusjonar som har avtale med RHF. Dei gjer ikkje framlegg om endringar i reglane om reiseutgifter. Reiseutgifter skal framleis berre dekkast til næraste stad. Dette blir dermed eit unntak i ordninga med fritt sjukehusval der en elles får dekka alle reiser innan eigen

region. Dette kan vere vanskeleg for pasientar å forstå. Helse Vest meiner at eit slikt unntak for reiseutgifter er uheldig.

### Tilrådingar om andre tilpassingar i samband med fritt sjukehusval

Helse Vest oppfatar intensjonane med fritt sjukehusval som ei god ordning, men praktiseringa fører med seg nokre utfordringar som ein ber departementet sjå nærmare på:

- Det er uklart for fleire om retten gjeld å velje mellom sjukehus eller mellom helseføretak. Helse Vest oppfatar gjeldande rett slik at pasientane kan velje fritt kva sjukehus pasienten ønskjer behandling ved. Dersom dette ikkje er korrekt bør regelen presiserast.
- Om eit sjukehus får fleire tilvisingar enn dei har kapasitet til å klare, oppstår det eit spørsmål om korleis det er mogleg å styre pasientstraumen. Helse Vest stillar spørsmål ved om det bør vere mogleg for eit helseføretak å styre pasientstraumen innan eige helseføretak.
- § 2-4 2. ledd gjer det klart at pasienten ikkje kan velje behandlingsnivå. Helse Vest er av den oppfatning at denne reglen ikkje lenger har ein praktisk betydning då alle offentlege sjukehus no har ein funksjon som lokalsjukehus. Reglen bør dermed takast bort da den no skapar uklarheit.
- Ordninga med fritt sjukehusval inneber at pasientane kan velje sjukehus på dei ulike trinn i helsehjelpen. Helse Vest stiller spørsmål ved om det skal vere mogleg å bytte sjukehus når du er i et behandlingsløp ved eit sjukehus og behandlingsløpet ikkje er langvarig.

### Andre merknader til kap. 9.

I § 2-3 om rett til fornya vurdering, heiter det (sitat): «*E tter berisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand til spesialisthelsetjenesten*». Denne retten viser tilbake til § 2-2 der det heiter (sitat): «*pasient ... har rett til å få sin helsetilstand vurdert inne 30 ukedager fra berisning er mottatt*»

Omgrepet «helsetilstand» viser til at ein i løpet av perioden for vurdering skal ta stilling til grad av alvor, mogleg diagnose og opplegg for behandling, ref. direktoratet sitt rundskriv IS 12/2004.

I forslag til ny § 2-2, heiter det nå berre (sitat): «*Vurdering skjer på grunnlag av berisningen*»

Dette inneber at § 2-3 bør endrast tilsvarande slik at det blir samanheng og logikk i reglane, dvs. at § 2-3 bør endrast til at pasienten har rett til ein fornya vurdering av tilvisingen.

### Pkt. 10. Økonomiske og administrative konsekvensar

Departementet har lagt til grunn at forslaget ikkje vil føre til vesentlege økonomiske og administrative konsekvensar for føretaka.

Helse Vest vurderer det slik at endringane krev omleggingar og god planlegging før endringane blir implementert i helseføretaka. Lovforslaget inneber at det må gjerast endringar i IKT systema.

I dei pasientadministrative systema (PAS) må det leggjast til rette for korrekte funksjonalitetar. Frå endringar blir meldt til leverandør vil det normalt ta 1- 2 år før det er på plass. Helse Vest ser det som viktig at departementet gir klare definisjonar for alle tilfelle som skal registrerast i PAS ved oppfølging av pasientane sine rettar. Det er viktig at departementet tar dette med seg i det vidare arbeid med implementeringa av dei nye reglane.

Helse Vest vil også vise til at føretaka sitt ansvar for fristbrot vil kunne føre til at RHF-a må vere involverte i HELFO sine anskaffingar av tilbod i heile landet. Ei omlegging av praktiseringa av fristbrota vil også føra til at RHF- a, i medhald av «sørge for» ansvaret, må vere meir aktive for å styre pasientstrømmene.

### **Merknader til høyringsnotatet del III – implementeringa av pasientrettighetsdirektivet**

Helse Vest støttar forslaget om å implementere direktivet gjennom å utvide refusjonsordninga som tok til å gjelde frå 1. januar 2011(forskrift om stønad til helsetenester mottatt i eit anna EØS land). Denne omfattar ikkje i dag «sjukehusbehandling».

Helse Vest støttar også at Noreg nyttar seg av retten til å ha eit krav om førehandsgodkjenning for refusjon av utgifter til sjukehusbehandling i EØS- området. Vi er samde med departementet i at det er viktig å sikre at vi har kontroll over flyten av pasientar ut av landet når det gjeld ressurskrevjande helsetenester som sjukehusbehandling. Førehandsgodkjenning gjer det meir føreseieleg for pasientane, noko som er nødvendig når det gjeld dei økonomiske pliktar dei tek på seg.


Ein føresetnad for å få dekka helsetenesta i eit anna EØS land er at pasienten har rett på den aktuelle helsehjelpa i Noreg og at pasienten ikkje får eit tilbod innan ein forsvarleg frist. Helse Vest vil i denne samanheng be om at godkjenningsmyndigheita blir pålagt å rådføre seg med det sjukehus eller den spesialist som ville vore ansvarleg for å gje pasienten den aktuelle helsehjelpa i Noreg, når det skal vurderast om godkjenning skal bli gitt. Det er viktig at vi får ein lik praksis i dette spørsmål for heile landet.

Helse Vest merkar seg at det vil kome høyring av utkast til revidert forskrift med nærmare avklaring av kva for helseteneter som skal omfattast av kravet til førehandsgodkjenning. Helse Vest ønskjer å kome med tilbakemeldingar i den samanheng.

Med helsing



Ivar Eriksen  
Eigardirektør



Jannet Arstad  
Seniorrådgivar

Vedlegg: Høyringsuttale frå Helse Bergen HF, datert 19.12.2012  
Høyringsuttale frå Helse Fonna HF, datert 18.12.2012

Helse Vest RHF

Postboks 303, Forus  
4066 Stavanger

Mottatt HV RHF

24 DES 2012

Dykkar ref:

Vår ref: 2012/2888-  
27335/2012

Lucie Christensen Berge, tlf  
52732027

Haugesund,  
18.12.2012

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

Det vises til brev av 16. oktober fra Helse- og omsorgsdepartementet(HOD) og brev av 26. oktober fra Helse Vest RHF vedrørende høring til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet.

Foretaket støtter HOD sine vurderinger om at det er behov for å forenkle og forbedre regelverket som gjelder retten til vurdering og pasienters rett til spesialisthelsetjeneste, samt implementering av pasientrettighetsdirektivet.

Helse Fonna har noen merknader til forslag om endringer i pasient og brukerloven (høringsnotatet pkt 9), Merknadene følger fortløpende etter paraferingen som er gitt i høringsnotatet.

Merknader:

### 9.2 Overordnet begrepsbruk

I forbindelse med forslag om innføring av enhetlig begrepsbruk for pliktsubjektet i loven gjøres det oppmerksom på at de regionale helseforetakene ved ivaretagelsen av "sørge-for" – ansvaret inngår avtaler med de private avtalespesialistene. De private avtalespesialistene omtales som spesialisthelsetjeneste jf. overordnet rammeavtale mellom de regionale helseforetak og den norske lægeforening om avtalepraksis for legespesialister pkt. 1.2 som: Avtalespesialisten skal innenfor avtalen utføre oppgaver som defineres som spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene har etter dagens regulering ikke ansvar for vurdering og prioritering henvisninger jf § 2.2. Med den definisjon som er gitt av «spesialisthelsetjenesten» i høringsutkastet vil virkeområdet for § 2-2 få en utvidelse til også å gjelde



avtalespesialistene. Det er derfor nødvendig med en presisering om dette er en tilsiktet utvidelse eller ikke.

### **9.3 Rett til vurdering**

Departementet foreslår at vurderingsfristen endres fra 30 virkedager til 10 virkedager. Foretaket støtter dette forslaget men viser til at det er i særlig to tilfeller at dette kan være en utfordrende. For det første er det en problemstilling i forhold til mottak av henvisning fra annet sykehus/foretak som ikke er vurdert henvisningen jf. FOR 2000-12-07 nr. 1233: Forskrift om ventelisteregistrering § 3. 4.ledd. I disse tilfellene kan det være vanskelig å holde seg innen en ti dagers frist. For det andre er det de tilfeller der henvisningen er meget mangelfull. Spesialisthelsetjenesten vil i de tilfellene måtte innhente supplerende opplysninger som vil kunne medføre at fristen ikke kan overholdes. Konsekvensen kan da være at det iverksettes unødvendige undersøkelser som binder både kapasitet og personell. Foretaket mener derfor at det ved endring av vurderingsfristen lengde er nødvendig at henviser også får et klart uttalt ansvar for fullverdige henvisninger slik at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi vurdering innen fristen.

Foretaket mener det er fullt mulig å gi pasienten tilstrekkelig informasjon om oppstart av utredning og behandling, men er usikker på hvor konkret den informasjonen bør være. Presisjonsnivået på informasjonen vil variere i forhold til både type utredning og behandling. Det er stor forskjell på konsekvenser for planlegging for en enkelt poliklinikktime eller et lengre utredningsløp/behandlingsløp som innebærer f.eks. flere fagspesialiteter. Foretaket mener at hovedregelen bør være at man ved vurdering av henvisning også gir tidspunkt for utredning og behandling f.eks. poliklinisk time. Men i forhold til mere komplekse utredninger /behandlinger bør tidspunkt skisseres. Utfordringen med å gi tidspunkt for utredning/behandling samtidig som en oppgir frist for faglig forsvarlig behandlingsfrist (fristbrudd) er at det kan skape usikkerhet hos pasienten hvis det oppsatte tidspunkt for utredning/behandling utsettes.

### **9.4 Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste**

Foretaket støtter forslaget til endring til ny § 2-1 b om å gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester rett til nødvendig helsehjelp og individuell behandling/utrednings frist (fristbruddsfrist). Dette vil gjøre at regelverket blir lettere å forstå både for pasienter og fagpersonell som skal vurdere behovet for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Etter ny § 2-1 b er lovens maksimalgrense satt til « fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever». For en rekke av de pasienter som etter dagens regelverk ikke har rett til nødvendig helsehjelp vil det være utfordrende å sette frist for faglig forsvarlighet. Når et slikt tidspunkt inntreffer eller om det i det heletatt gjør det, betyr at en vurdering av faglig forsvarlighet for disse pasientene vil være problematisk. Faglig forsvarlighet er et fundament i helsetjenesten, både individuelt og systemisk. Det bør derfor benyttes i de tilfeller der foretaket eller det enkelte helsepersonell reelt kan vurderes i

forhold til den rettslige standarden. Foretaket mener derfor at departementet bør vurdere henvisning til annen fristsetting enn faglig forsvarlighet ved f.eks sette inn en reservasjon med en yttergrense for de tilfeller der faglig forsvarlighet frist ikke kan settes.

Foretaket er enig i at dagens fristbrudd system er utfordrende og støtter forslagene om HELFO sin rolle. Det å pålegge foretakene en aktivitetsplikt vil bedre pasientenes sikkerhet for rettidig behandling. Foretaket har erfaring med at når vi har tatt kontakt med pasienter for å hjelpe med alternativt behandlingssted så har majoriteten av pasienter ikke ønsket behandling annet sted. Utfordringen i de tilfellene er at pasientene fortsatt blir fristbruddpasienter ved behandlingsstedet noe som igjen kan føre til at de vil bli skjøvet til side ved at pasienter som ikke er i fristbrudd prioriteres. Ved de foreslåtte endringene vil det innføres et ytterligere pasientadministrativt ledd som vil stille ytterligere krav til logistikk og de pasientadministrative systemene. Foretaket mener derfor dette må hensyntas i forhold til ikrafttredelsestidspunkt.

Departementet har fremmet forslag om utvidelse av retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte radiologiske tjenester som har avtale med regionalt helseforetak. Foretaket ser at dette kan få konsekvenser for samarbeidende fagdisipliner og styring av pasientstrømmen. Samtidig fordrer det at de private aktørene har systemer som er kompatible med foretakssystemene.

Helse-Fonna HF



---

Olav Klausen  
Administrerende direktør



**HELSE BERGEN**

Haukeland universitetssjukehus

**Foretaksledelsen**

Mottatt HV RHF

24 DES 2012

Helse Vest RHF  
Postboks 303 Forus  
4066 Stavanger

Deres ref:  
2012/555 – 4193/2012

Vår ref:  
2012/8227

Saksbehandler  
Gry Kolås, tlf. 55974787

Bergen,  
19.12.2012

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

Viser til brev fra Helse Vest datert 26. oktober 2012.

**Helse Bergen har følgende merknader til forslagene i del II – Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven:**

### Endring av loven § 2-1b:

Helse Bergen støtter oppheving av skillet mellom de som etter dagens regler har rett til nødvendig helsehjelp (rettighetspasienter) og de som har behov for spesialisthelsetjeneste, men ikke rett til nødvendig helsehjelp.

Erfaring har vist at dagens regelverk både er vanskelig å forstå for pasientene og vanskelig å praktisere for sykehus. Vi er derfor enig i at dette vil innebære en forenkling og forbedring av regelverket som er positivt. Vi har merket oss at det ikke gjøres noen endringer i de prioriteringskriterier som gjelder etter dagens regler. Det forutsettes derfor at Helsedirektoratets prioriteringsveiledere revideres i tråd med dette slik at anbefalte ventetider i veilederne er oppdatert i forhold til de nye pasientgrupper som vil få rett til helsehjelp og rett til oppstartfrist.

### Kommentar til setningen (sitat):

*«Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever».*

Denne måte å beskrive maksimum ventetid for rettighetspasienter, er etter dagens regelverk håndterbart. Det er imidlertid mer diskutabelt om det er entydig hvor denne forsvarlighetsgrensen ligger når det gjelder *alle* som har behov for spesialisthelsetjeneste, jf at mange pasienter kan vente svært lenge på helsehjelp uten at det nødvendigvis kan betegnes som *uforsvarlig* lang ventetid i medisinsk forstand. Vi oppfordrer departementet til å vurdere om det vil være mer fornuftig og formålstjenlig å fastsette en lovhjemlet «yttergrense» for hvor lenge den som trenger spesialisthelsetjeneste skal måtte vente på denne slik at man slipper å sette en «fiktiv» forsvarlighetsgrense i disse tilfellene. De fristbrudd som vil kunne oppstå ift en slik maksimalfrist, er det sannsynligvis kurant for HELFO å avhjelpe.

### Endring av loven § 2-2:

Helse Bergen støtter endringen av vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager for alle pasientgrupper.

Vi vil imidlertid understreke at dette innebærer at det *ikke* lenger vil være mulig å innhente supplerende opplysninger eller gjennomføre egen (for)undersøkelse før man konkluderer slik det er rom for innenfor dagens regler. (Ved mistanke om alvorlig eller livstruende tilstand skal det vel og merke uansett startes utredning umiddelbart).

Dagens regel er tolket dithen at det ikke er adgang til å returnere en mangelfull henvisning til henviser. Det forutsettes at vurderingsperioden i slike tilfeller skal brukes til å få avklart tilstanden og behovet for helsehjelp ved å innhente supplerende opplysninger eller gjennomføre egen (for)undersøkelse. I Helse Bergen brukes for eksempel denne vurderingsperioden aktivt for å få avklart om henvisningen oppfyller kriteriene for inntak i nasjonal behandlingstjeneste i elektiv hyperbar oksygenbehandling, en tjeneste med strenge inklusjonskriterier.

Å sette en juridisk bindende tidsfrist for oppstart av utredning eller behandling når henvisningen er mangelfull og ikke lar seg opplyse ytterligere, er problematisk. Å sette oppstartfrist for utredning og deretter iverksette omfattende undersøkelser på alt for dårlig grunnlag, vil kunne innebære feil bruk av ressurser i spesialisthelsetjenesten. I ytterste konsekvens vil det kunne føre til flere avslag på henvisning enn i dag.

Departementet oppfordres derfor til å klargjøre om det med denne *vesentlige* innskjerping av vurderingsfristen skal være adgang til å returnere mangelfull henvisning til fastlegen for avklaring, samt i hvilke tilfeller det i så fall skal være adgang til å gjøre det. En slik ordning fordrer at det ved brev tydeliggjøres for alle involverte - inklusive pasient - at ansvaret igjen ligger hos henviser, slik at det ikke oppstår noen tvil om hvor ansvaret for henvisningen til enhver tid er plassert. (Dersom sykehuset etter dagens regler ber om supplerende opplysninger fra henviser, ligger henvisningen fortsatt til vurdering - på vent - hos sykehuset).

Gjeldende § 2-2 viser til at det er sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, som omfattes av § 2-4 (fritt sykehusvalg), som har plikt til å foreta vurdering av henvisning som beskrevet i bestemmelsen. I forslag til ny § 2-2 er det vist til at denne retten nå skal gjelde *«pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten»*. Begrepet spesialisthelsetjeneste blir i noen sammenhenger også brukt om private spesialister som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Disse har i dag ikke ansvar for å vurdere og prioritere henvisningene etter reglene i loven kap. 2. Dersom det *ikke* er meningen å endre på dette, bør det i så fall framgå at denne del av tjenesten er unntatt.

Når det gjelder departementets spørsmål om hvor detaljert kravet om tidspunktet for første time bør være, så mener vi at det ikke bør gjelde et krav om eksakt dato (time) lenger fram i tid enn maksimalt 3 måneder.

Når det gjelder endring av ordning for melding til HELFO, så er vi enig i at dagens ordning med at pasienten selv må kontakte HELFO ved fristbrudd, ikke i tilstrekkelig grad bidrar til et likeverdig tjenestetilbud. Det å plassere ansvaret for slik varsling hos spesialisthelsetjenesten, vil kunne være et virksomt incitament for sykehusene til å skaffe til veie behandling annet sted dersom problemer med å holde fristene i eget sykehus.

Det framgår av forslaget at spesialisthelsetjenesten umiddelbart skal kontakte HELFO ved fristbrudd og at dette skal skje uten hinder av taushetsplikten. Vi legger dermed til grunn at dette betyr at det er HELFO som skal avklare med pasienten om vedkommende *ønsker* å få tilbud om behandling annet sted straks. Dersom sykehusene pålegges å gjøre dette, ville det innebære et *betydelig* merarbeid.

Erfaring viser at mange fristbruddpasienter ikke ønsker å reise langt av gårde for å få helsehjelp når de blir tilbudt behandling annet sted. Disse blir da - etter eget ønske - fortsatt stående på ventelisten ved sykehuset. Disse skal imidlertid fortsatt ha høy prioritet. For å sikre at disse blir ivaretatt i tråd med den prioritet de har fått, bør dette kanskje omtales spesielt så man ikke risikerer at de blir en «salderingspost» i prioriteringskabalene fordi de har takket nei til å reise til annen del av landet eller utlandet.

For øvrig vil vi understreke at en innskjerpet vurderingsfrist ytterligere forsterker behovet for snarlig implementering av elektronisk samhandling/meldingsutveksling mellom leger og sykehus.

#### Kommentarer for øvrig

I § 2-3 om rett til fornyet vurdering, heter det at (sitat) «*Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand i spesialisthelsetjenesten*». Denne rettigheten viser tilbake til § 2-2 der det heter at (sitat): «*pasient ...har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.*»

Begrepet *helsetilstand* viser til at det i løpet av vurderingsperioden skal tas stilling til alvorlighetsgrad og – dersom mulig – diagnose samt behandlingsopplegg, ref direktoratets rundskriv IS-12/2004.

I forslag til ny § 2-2, heter det nå kun at (sitat): «*Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen*».

Dette innebærer at § 2-3 bør endres tilsvarende slik at det blir sammenheng og logikk i bestemmelsene, dvs at § 2-3 endres til at pasienten har rett til en fornyet vurdering av *henvisningen*.

#### Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet mener at forslaget ikke vil medføre vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser. Vi vil imidlertid påpeke at innføring av plikt for sykehuset til å varsle HELFO ved fristbrudd, vil medføre noe administrativt merarbeid. Selv om fristbrudd ikke skal forekomme, er det nok ikke realistisk at det vil opphøre helt når det bare i vårt sykehus alene vil være 25000 flere pasienter som etter de nye reglene skal ha juridisk bindende tidsfrist for oppstart helsehjelp.

#### **Helse Bergen har følgende merknader til forslaget i del III – Implementering av pasientrettighetsdirektivet:**

Helse Bergen støtter at Norge benytter seg av adgangen til å ha et krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i EØS-området. Vi er enige med departementet i at det er viktig å sikre at vi har kontroll over flyten av pasienter ut av landet når det gjelder så ressurskrevende helsetjenester som sykehusbehandling. Forhånds-

godkjenning gir også pasientene nødvendig forutsigbarhet når det gjelder de økonomiske forpliktelser de pådrar seg.

Det framgår av direktivet at myndighetene vil være forpliktet til å gi forhåndsgodkjenning i de tilfellene hvor pasienten har krav på å få dekket den aktuelle helsehjelpen i hjemlandet og helsehjelpen ikke kan tilbys pasienten innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig.

Vi har merket oss at det vil komme høring av utkast til revidert forskrift med nærmere avklaring av hvilke spesialisthelsetjenester som skal omfattes av kravet til forhåndsgodkjenning. Helse Bergen imøteser muligheten til å vurdere og kommentere på denne.

Vi ønsker imidlertid allerede her å signalisere at etter som vilkår for refusjon blant annet også er at pasienten har ventet lenger enn det som er faglig forsvarlig, bør godkjenningsmyndigheten pålegges å rådføre seg med det sykehus eller den spesialist som ellers ville hatt ansvar for å gi pasienten den aktuelle helsehjelpen i Norge når det skal vurderes om godkjenning skal gis. Hvis ikke man har en omforent praksis i dette spørsmålet, vil det kunne bli svært problematisk.

Med hilsen

  
Stener Kvinnsland  
administrerende direktør