

Notat

Vår referanse
18/6607-5/VJESS
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
10.10.2018

Høringssvar fra Ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital: «Alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten»

Rapporten peker på noen utilsiktede vridningseffekter og mulige utfordringer ved dagens modell. Disse er godt gjenkjennbare ved ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital i Trondheim. En ny modell som legger til rette for gode, sikre og forutsigbare pasientforløp, minsket uønsket variasjon og forbedret kvalitet på registreringer er derfor velkommen.

Vår erfaring er at relativt sterk regulering og sterke styringssignal er til god hjelp i arbeidet med å ivareta pasientenes rettigheter. Den lovfestede retten til å få en frist for helsehjelp er et godt eksempel på dette; vi har ikke lenger reelle fristbrudd for ventende pasienter. De fristbrudd som fremkommer i ulike rapporter er nesten utelukkende som følge av feilregistreringer i et komplisert pasientadministrativt system.

Den lovfestede frist for helsehjelp, samt medfølgende sanksjonsmuligheter dersom den ikke overholdes, har virket positivt for å innfri retten til nødvendig helsehjelp for ventende pasienter. Men som rapporten viser til kan dette ha bidratt til et økt antall overskridelser av såkalt intern hast for pasienter i forløp. Selv om sykehusene har interne retningslinjer for overholdelse av intern hast er vår erfaring at dette er et svakere virkemiddel enn en juridisk bindende pasientrett. Vi mener derfor at det vil være hensiktsmessig å innføre en slik rett også til forløpspasienter.

På bakgrunn av dette støtter vi utredningens forslag om:

- Beholde vurderingsperioden på 10 virkedager
- Oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og behandling.
- Standardiserte og tydelige måleparametere og indikatorer som gir god og entydig oversikt over ventelistesituasjonen i spesialisthelsetjenesten. Om mulig bør registreringsbyrde og antall indikatorer reduseres, men det viktigste er god datakvalitet på dette sentrale området.

Nytt forslag:

- Beholde en lovfestet individuell frist som i modell A, men supplert med en generell maksimalfrist for første oppmøte. 90 dager som er foreslått er etter vår mening for lang frist. Vår erfaring tilsier at 6-8 uker vil gi en rimelig planleggingshorisont for både pasient og sykehus. Vi mener dette kan redusere uønskede variasjoner i vurdering og prioritering. Det vil også tydeliggjøre eventuelle kapasitetsbehov.
- Innføre en lovfestet frist for kontroll og oppfølging slik at nedprioritering av pasienter i forløp / kontrollpasienter forhindres og at mekanismene for oppfølging av forløp etter innfridd frist styrkes.
- Et alternativ kan være kun å innføre lovfestet frist i de tilfellene der utredning leder til et videre forløp som innebærer behandlingstiltak/prosedyrer (i vårt tilfelle oftest en planlagt operasjon).

Det er på dette punktet det synes å herske størst forvirring både blant pasienter og i offentligheten.

Andre tiltak for å regulere pasientforløpet og sikre at pasienter med størst behov behandles først:

- Innenfor egnede pasientgrupper å redusere antall nyhenviste som settes på venteliste ved for eksempel gruppebasert informasjon/opplæring («Artroseskolen» ved ortopedisk avdeling) og avslutning av forløpet. Fastlegen henviser på nytt hvis behov oppstår. Vår erfaring er at dette oppleves som et godt tilbud av pasientene og for sykehuset gir det bedre utnyttelse av ressursene. Etter gjennomført artroseskole er vår erfaring at ca. 25 % henvises på ny for vurdering av operasjon.
- Redusere antall kontroller av pasienter i forløp gjennom større grad av standardisering av forløpene. Videre viser vi til konseptet «Pasientstyrt oppfølging ved revmatisk sykdom» som er omtalt i utredningen som utvilsomt kan utvides til flere pasientgrupper.
- Bildediagnostikk og andre servicefag kan være en vesentlig sperre for å innfri frister. Vi observerer at disse fagene ikke er underlagt særskilt lovverk knyttet til pasientrettigheter utover forsvarlighetskravet og de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar.

Regulering av utskrivingsprosessen:

- Rapporten beskriver styrking av utskrivingsprosessen som et av flere modelluavhengige tiltak. Utskrivning er selvfølgelig en vesentlig del av et pasientforløp, men faller etter vår mening utenfor det som er sentralt i denne sammenheng.
- Det kan være det er behov for å regulere forhold rundt utskriving utover det som allerede foreligger i dag av lovverk, samhandlingsavtaler, rutiner for meldingsutveksling og annet. Dette er et komplekst område som krever en helt annen og grundigere utredning enn det som fremkommer i denne rapporten.

Vi har gitt dette som innspill til St. Olavs hospitals høringsuttalelse, men vi legger det også inn som egen høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet som uttrykk for vårt syn.

Vigleik Jessen
Klinikkssjef

Liv Åse Sommervoll
Avdelingssjef pasientadministrasjon og poliklinikk

Unni Jane S. Wik
Pasientadministrativ rådgiver

Notat

Til:

Johan Skomsvold

Nina Slind

Att.:

Vår referanse
18/6607-4/ASTOFS
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
09.10.2018

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

Det er utredet tre ulike modeller for hvordan pasientens helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan reguleres og registreres. Vi har hatt rapporten ut til høring i Divisjon Psykisk Helsevern og mottatt tre høringssvar. Svarene peker i samme retning. Svarene er sammenfattet til et høringssvar fra Divisjon Psykisk helsevern.

Modell A – Individuell frist til start helsehjelp

Slik vi ser det bør Modell A velges. Det vil sikre

- at alle pasienter fortsatt får **rett** på vurdering av rett til helsehjelp, eller ikke, innen 10 dager
- at alle pasienter får tildelt en individuell frist for oppstart av behandling
- at virksomheten fortsatt skal og kan foreta prioriteringer mellom de alvorligst syke og de mindre alvorlig syke, jmf *Prioriteringsveileder- psykisk helsevern for voksne og Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge*. En individuell frist sikrer at alle pasienter med rett til helsehjelp kommer inn i spesialisthelsetjenesten innen en viss tid, og at hver pasient er gjort kjent med denne. Dette sikrer forutsigbarhet både for pasient, henviser og virksomhet.

Vi støtter oppheving av skille mellom utredning og behandling, og behandlingsfristen innfris ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder fristen på 10 virkedager for vurdering av rett til helsehjelp, bør den opprettholdes – uavhengig av hva slags modell som velges.

Modell B - Generell rettighet med frist og forløpskontroll

En generell frist (3-4 måneder) vil ikke kunne gi noen merverdi for pasientene og henviser. Vi frykter det kan føre til at antall henvisninger vil øke fordi fastleger vil ønske å få flere pasienter vurdert. Det kan for eksempel dreie seg om nylig avsluttede pasientforløp der pasienter heller bør få kommunal oppfølging. Vår erfaring er at spesialisthelsetjenesten ikke er rette instans for alle som henvises. Vi er redd for at ordningen vil kreve økt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, og vi frykter det kan bli en lite kostnadseffektiv løsning.

Hvis denne modellen allikevel skulle være aktuell, bør ikke ordningen gjelde for alle henviste pasienter. En løsning er at alle ny-/førstegangshenviste pasienter får rett til et første møte.

Modell C – Uten fristbruddrettigheter

Denne modellen har et potensial, men krever betydelig omlegginger. Modellen krever at det utvikles indikatorer og nye dataløsninger i sykehusene, at lov og forskrift endres, og at det tydeliggjøres hvordan sykehusene skal arbeide med kvalitetsforbedring i pasientforløp. Det er for eksempel et godt stykke fram før det vil være utarbeidet standardiserte pasientforløp for alle sykdomstilstander. Vi mener at modellen er utilstrekkelig beskrevet, og det er vanskelig å overskue konsekvensene. Slik vi ser det, vil modellen ikke gi bedre løsninger enn dagens ordning – som sammen med pakkeforløp, er langt å foretrekke.

Med vennlig hilsen

Randolf Vågen
Medisinsk fagsjef

Ann-Torunn A. Austegard
rådgiver

Litteratur

Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne, 2015, Helsedirektoratet

Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge, 2015, Helsedirektoratet