



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:

19/4260 - Atle Gøhtesen

VÅR REF: / OUR REF:

2020/558 4 HPN

DATO: / DATE:

27. mai 2020

Høringssvar - Forslag til alternativ regulering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten

Statens helsetilsyn viser til brev av 15. januar 2020 om høring av forslag til alternativ regulering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig ble frist for å avgi uttalelse satt til 15. april 2020. Fristen ble deretter utsatt til 1. juni 2020.

Bakgrunnen for høringen er at Helsedirektoratet i august 2017 fikk i oppdrag å utrede og skissere alternative modeller for hvordan pasienters pasientforløp i spesialisthelsetjenesten kan reguleres og registreres. I rapport av 2. juli 2018 ble det presentert tre ulike modeller for regulering av pasientforløp, kalt modell A, B og C. Både modellene A og B ville innebære å forenkle regelverket slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp uten at det skilles mellom frist til henholdsvis utredning og behandling. Modell C ville innebære fjerning av juridisk bindende frist og erstatte fristen med konkrete krav for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp.

Vi uttalte oss den 2. oktober 2018 til rapporten. Vi mente at modell C best ivaretar kravene til god faglig standard på pasientforløpene. Vi var imidlertid noe usikre på om virksomhetene ville klare å etterleve modellen uten sikkerhetsnett i form av lovbestemte konsekvenser som sikrer pasientene ved manglende etterlevelse. Dette gjelder selve vurderingen av henvisning og fastsettelse av frist til første oppmøte.

Høringsnotatet av 15. januar 2020 inneholder to forslag til lovendringer:

- Opphevelse av skillet mellom individuell juridisk frist til utredning eller behandling. Dette gjøres gjennom en endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd. (*Innføring av modell A*)
- Lovfesting av at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er avhengig av forventet nytte av helsehjelpen og at den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen. Dette innebærer endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

Statens helsetilsyn støtter forslaget til at innholdet i prioriteringsforskriften § 2, tas inn i pasient- og brukerrettighetsloven § i § 2-1 b annet ledd. Endringen er av lovteknisk karakter, og handler om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd i lovs form.

Statens helsetilsyns generelle merknader

Statens helsetilsyn støtter formålet om å forenkle og forbedre dagens modell og er enig i at dette må skje uten at pasientens rettigheter svekkes i møte med spesialisthelsetjenesten. Vi deler oppfatningen om at det avgjørende ved valg av ny modell, må være at pasienter får god og forsvarlig helsehjelp fra rett kompetanse til rett tid og uten unødvendig venting.

Vi deler også oppfatningen om at det må mer til enn å oppheve skillet mellom frist til utredning og behandling i § 2-2 for å oppnå formålet - herunder må det etableres andre tiltak av ikke-rettslig karakter som kan understøtte de gode pasientforløpene.

Vi er enig med Helse- og omsorgsdepartementet i at det på lang sikt er ønskelig med et mer tilpasset regelverk enn hva som foreslås nå - et regelverk som i enda større grad understøtter gode pasientforløp, minsker administrasjon og som samtidig ikke svekker pasientenes individuelle rettigheter, men sikrer helsehjelp av god kvalitet og til rett tid. Vi har i denne sammenheng merket oss at departementet arbeider med eventuelle større justeringer i regelverket som kan innføres på lengre sikt. Vi mener dette arbeidet vil være svært viktig. Det er grunn til bekymring når et stort antall pasienter venter ut over de faglig fastsatte fristene og uten at det finnes kunnskap om dette kan true forsvarligheten.

Departementet har i høringsnotatet vurdert de tre ulike modellene; A, B og C, hvor modell A er departementets ønskede modell. Ettersom departementet vil arbeide videre med en del av forslagene i rapporten av 2. juli 2018, har vi valgt å kommentere noen av momentene i modellene A og C og noen modelluavhengige tiltak. Vi har valgt å ikke gå nærmere inn på modell B, og støtter at departementet ikke foreslår denne modellen.

Vi har i denne høringsuttalelsen tatt utgangspunkt i departementets ønskede modell A, og pekt på noen utfordringer ved dagens system som vi er usikre på om modellen i tilstrekkelig grad hensyntar. Dette gjelder særlig nødvendigheten av bedre kontroll med ventelistesituasjonen i helseforetakene samt behovet for bedre e-helsesystemer og pasientadministrative systemer (PAS). Vi mener at flere av de foreslåtte tiltakene og elementene i modell C vil være til nytte i departementets videre arbeid og at valget av modell A ikke utelukker at man også kan iverksette tiltak som nevnt i modell C, noe vi har redegjort nærmere for.

Oppheving av skillet mellom juridisk frist til utredning og frist til behandling – innføring av juridisk frist for «oppstart av helsehjelp»

Hovedelementet i modell A er oppheving av skillet mellom juridisk frist til utredning og juridisk frist til behandling og innføring av juridisk frist til «oppstart av helsehjelpen». Departementet presiserer at start helsehjelp skal være en konkret start

på utredning eller behandling og ikke kun et formelt oppmøte i spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn er enig i at et sikkerhetsnett i form av en juridisk bindende individuell frist er nødvendig. Vi mener at en tidlig vurdering av rett til helsehjelp er viktig som en klargjøring av at virksomhet i spesialisthelsetjenesten har overtatt sin del av ansvaret for den henviste pasienten. Vi støtter at en juridisk frist til et oppstartstidspunkt videreføres.

Statens helsetilsyn er enig i at den foreslåtte opphevingen av skillet mellom frist til utredning og frist til behandling gir en enklere registrering fordi det eliminerer problemet med at noen havner i «feil» gruppe. Det er imidlertid etter vår vurdering ikke uten betydning å vite hvilke av pasientene som er ferdig utredet og venter på en operasjon eller et annet behandlingstiltak, og hvilke som ikke er ferdig undersøkt og derfor har en mer uavklart risiko med å vente. Oppheving av skillet kan få uheldige konsekvenser for enkelte pasientgrupper og forutsetter etter vår vurdering bedre kontroll med hele forløpet enn hva som er tilfelle i dag.

Vurderingsfristen på 10 dager, på grunnlag av henvisningen alene, foreslås videreført. Statens helsetilsyn mener det er nødvendig med en frist for vurdering av henvisningene. Det er nødvendig at fristen er relativt kort, fordi det sikrer at vurderingen av henvisningen blir gjort innen rimelig tid. Av hensyn til at noen henvisninger kan inneholde opplysninger som krever rask oppstart av helsehjelpen, må mange henvisninger uansett leses etter mye kortere tid enn 10 dager, og da fanges de som haster vanligvis opp. Fristen til vurdering på 10 dager gjør imidlertid at det er knapp tid til å innhente supplerende opplysninger og til å ha dialog med henviser eller konsultasjon med pasienten der det er nødvendig for å vurdere rettighet og frist, spesielt knyttet til behandling. Gode systemer for sikker elektronisk dialog mellom henviser og mottaker kan bedre muligheten for bedre vurderinger, også av frist til oppstart av utredning. For å få dette til, er forbedringer i IKT og pasientadministrative systemer nødvendig.

Videre behandlingsforløp etter start helsehjelp, uten juridisk bindende frister

Modell A viderefører dagens system med at det ikke er anledning til sette mer enn én juridisk bindende frist, til oppstart utredning eller behandling. Det vil derfor fortsatt være få som har retten til en bindende frist knyttet til når behandlingen skal starte, for eksempel når en operasjon skal skje, etter at undersøkelse eller utredning har vist at behandlingen er nødvendig helsehjelp.

En relativt liten andel av pasientene (19 %) får i dag fristen knyttet til oppstart behandling. Noen av disse må trolig ha ett eller flere oppmøter for undersøkelse før behandlingen kan finne sted. Når fristen skal settes til første oppmøte, uavhengig av om dette er behandling eller undersøkelse, vil enda færre pasienter enn nå få frist knyttet til oppstart av behandling. Uansett hvor lang tid det vil ta fra undersøkelse eller utredning er gjennomført til behandling blir gitt, vil det ikke bli registrert som rettighetsbrudd eller utløse rett til behandling annet sted.

Kravet om at hele forløpet skal være forsvarlig med hensyn til kvalitet, rett tid og tilstrekkelig omfang, nødvendiggjør kontroll fra virksomhetenes side. Vi mener at virksomhetenes kontroll med at faglig begrunnede frister blir etterlevd i

pasientforløpene ikke er god nok. Innføringen av pakkeforløp for pasienter med mistanke om kreft har bidratt til forbedring for pasienter som omfattes av disse, og bedret virksomhetenes evne til å følge med pasientforløpene.

Vi har merket oss departementets uttalelse om at det på lengre sikt er det ønskelig med et mer tilpasset regelverk som i enda større grad understøtter gode pasientforløp. Etter Helsetilsynets vurdering, bør arbeidet med dette komme i gang ganske raskt.

Avvisning av henvisning, styrking av henvisningsdialogen

Styrking av henvisningsprosessen er i høringsnotatet nevnt som et tiltak for å understøtte gode pasientforløp. I noen tilfeller kan det oppstå diskusjoner om kvaliteten på henvisningen, og det kan oppstå situasjoner hvor hverken henviser eller vurderende instans tar ansvaret for pasientforløpet. Dette er uheldig, og vi mener derfor at det er viktig at ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten klargjøres. Risikoen er til stede for at pasienter blir stående uten tilbud. Mulighet for effektiv, helst elektronisk, dialog med henviser vil bidra til bedre avklaring av hva som kan og bør tilbys av helsehjelp, og hvem som skal ha ansvar for å tilby denne. Det bør være en svært høy terskel for en ensidig avvisning av en henvist pasient, og dialog med henviser bør være en forutsetning med mindre grunnen er åpenbar.

Statens helsetilsyn mener det bør stilles krav om begrunnelse der henvisningen ikke tas til følge. Dette vil gi pasient og henvisende lege nødvendig innsikt i vurderingene og reell mulighet til å klage dersom de mener resultatet av vurderingen er feil.

Vi vil også vise til vår høringsuttalelse av 2. oktober 2018, hvor vi påpekte viktigheten av at vurderingene gjøres på et forsvarlig faglig grunnlag, med tilgang på nødvendige opplysninger.

Behov for bedre kontroll med ventetid mellom ferdig utredning og oppstart behandling

Kontroll med ventetid er særlig viktig frem til oppstart av behandling der undersøkelse eller utredning har konkludert med at behandling er nødvendig og der det er ventetid på behandling. Kontrollen må etter Helsetilsynets vurdering være en forutsetning for at virksomheten skal kunne sikre at pasienter ikke må vente uforsvarlig lenge på at behandling blir iverksatt.

Modell A forutsetter at én juridisk frist for oppstart helsehjelp, i tillegg til det generelle kravet til forsvarlige forløp, er tilstrekkelig for å sikre at forløpene faktisk blir forsvarlige. I høringsnotatet kap. 6.3 omtales nødvendigheten av, i tillegg til å ha oppmerksomhet rundt oppstarten, å følge med på indikatorer som beskriver det videre forløpet. En av disse er «passert planlagt tid» som siden 2017 er brukt for å måle antall og andel kontakter som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Dette gjelder både for nyhenviste pasienter og pasienter som er i et forløp. Det står: «Indikatoren angir et nivå på antall som er forsinket, men uttrykker ikke en størrelse for hvor mye forsinket pasienten er, eller om forsinkelsen er problematisk». Det måles og rapporteres også på antall og andel utsatte operasjoner, tid fra henvisning til gjennomført prosedyre (tid til tjenestestart) og andel pakkeforløp gjennomført innen planlagt tid (mål >70%). Man vet altså ikke mye om kvaliteten eller usikkerheten ved de fristene som er satt. For noen pasientgrupper er kontrollen bedre enn for andre, og

pakkeforløpene har sannsynligvis bedret situasjonen for de pasientene som inngår der. For pasienter som ikke inngår i pakkeforløp er det et behov for bedre oversikt og kontroll. De nevnte målingene gir en viss oversikt, men det er nødvendig å bruke resultatene aktivt for å sikre gode forløp.

Tiltak vi mener kan innføres parallelt med modell A

Forløpsplan

Statens helsetilsyn støtter forslaget i pkt. 7.2.3.1 om innføring av forløpsplan. Dette vil kunne bruke elementer fra pakkeforløpene slik at samordningen av elementene i utredning og behandling blir bedre. Mer komplekse forløp passer neppe for strengt fastlagte planer, men kan ha nytte av enkle planer med rom for fleksibilitet. Vi ser at dette kan kreve en del utredning og forsterkning av pasientadministrative systemer. Kontroll med at planene gjennomføres blir viktig.

Utskrivningsattest

Forslaget i pkt. 7.2.3.2 om innføring av utskrivningsattest, kan bidra til å sikre pasientinformasjon ved utskrivning og bedre kommunikasjon mellom nivåene i helsevesenet. Statens helsetilsyn erfarer at pasienter skrives ut uten god nok informasjon om hva som har skjedd og hva som skal skje videre, og at det er behov for sikring av overgang til primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenestens rolle som en betydelig mer integrert del av et behandlingsforløp som har startet i spesialisthelsetjenesten, gjør det enda viktigere enn tidligere at overgangen mellom tjenestene er sikret. Dette gjelder informasjonsoverføring og oppgavefordeling. På samme måte som primærhelsetjenesten i henvisningene har en bestilling til spesialisthelsetjenesten, vil i mange tilfeller spesialisthelsetjenesten ha en liknende type «bestilling» til primærhelsetjenesten. Denne kan fremgå av en epikrise, men erfaring viser at epikriser ikke alltid inneholder klare nok bestillinger og leses mer som informasjon. Det kan være opp til pasienten å ta kontakt med fastlegen for at oppfølgingen skal skje.

En mulighet for å sikre bedre overganger, er en «tilbakehenvisning», en henvisning fra spesialisthelsetjenesten til fastlege/kommunehelsetjeneste ved utskrivning. Dette kunne kanskje fungere mer forpliktende enn en «attest». I en slik «tilbakehenvisning» kunne sykehuset for eksempel be om at kommunen/primærlegen/hjemmesykepleien utfører konkrete tiltak som del av behandlingen, med konkrete forventninger om tilbakemelding. Vi støtter derfor en videre utredning av forslaget om utskrivningsattest. Elektroniske løsninger som legger opp til dialog mellom tjenestene, og som ser ut til å være på god vei inn i tjenestene, vil kunne lette innføringen av slike tiltak.

Mulighet for å sette flere juridiske frister

Når den juridiske fristen er innfridd, skal pasienten etter dagens system «tas av ventelisten». Statens helsetilsyn mener begrepet virker forvirrende ettersom det kun er pasienter som avsluttes etter én konsultasjon som ikke lenger venter på behandling. I denne delen av forløpet måles det om planlagt tid, det vil si tiden lege har satt for neste tiltak i forløpet, overholdes. Det får ingen konsekvenser i form av tiltak når planlagt tid passerer, selv om betydningen av dette kan være stor. Den juridiske fristen utløser fristbrudd og rettighet til helsehjelp for pasienten selv om den ikke er «viktigere» enn passering av planlagt tid kan være. En styrking av pasientsikkerheten i tilfeller der planlagt tid er passert, er derfor nødvendig.

Manglende mulighet for å sette ny frist ved «internhenvisning» og henvisning fra 2. til 3. linjetjenesten i samme forløp, har medført usikkerhet om hva som kan gjøres for å sikre kontroll over enkeltforløp med risiko for svikt. Helsedirektoratets forslag om innføring av nye standarder, med blant annet «viderehenvisning», jf. høringsnotatet side 78, kan bidra til bedre oversikt. Dette forutsetter imidlertid etter vår vurdering at det kan settes ny frist og at det stilles krav til at denne overholdes, eller at «passert planlagt tid» medfører sjekk av forsvarlighet og eventuell mulighet for behandling et annet sted om nødvendig.

Behovet for bedre IKT-systemer for ventetidskontroll og rapportering

Statens helsetilsyn mener at modell A forutsetter bedre kontroll med hvorvidt forsinkelser i forløpet truer forsvarligheten, enn det man har i dag. Det er viktig at ventetider gjennom hele pasientforløpet blir gjenstand for registrering og monitorering. For å få dette til, er forbedringer i IKT-systemer og pasientadministrative systemer nødvendig.

Det er avgjørende at virksomhetenes e-helsesystemer og pasientadministrative systemer (PAS) understøtter behovet for forløpskontroll. IKT-systemet må kunne håndtere at pasienten får konsultasjonen med spesialist uten at muligheten for å sette ny frist «brukes opp». Noen pasienter, for eksempel kirurgiske pasienter, må alltid ha samtale med – og undersøkelse av – spesialist før behandling endelig bestemmes. Hvis dette forløpet skal understøttes, må IKT-systemet kunne håndtere at pasienten får konsultasjonen med spesialist uten at den juridisk bindende fristen «brukes opp». Fristfastsettelsen bør da vente til pasienten er undersøkt av spesialist. Dette forutsetter at IKT-systemet kan håndtere to eller flere frister, noe som ikke er tilfelle i dag.

Statens helsetilsyn ser det som viktig å redusere rapporteringsbyrden, slik flere høringsinstanser påpekte ved høringen til rapporten fra 2. juli 2018. Fokuset bør være på monitorering av viktige indikatorer. Endringer i disse funksjonene er en kjent utfordring i dagens PAS-/EPJ system, da det å innføre nye sentrale indikatorer i systemene kan ta lang tid og bør hensynstas i dagens endringsplaner. I fremtiden er det derfor viktig å anskaffe konfigurerbare system, der sektoren selv har fleksibilitet til å endre registreringsfelter og utforme rapporter på egen hånd (uten bestilling eller oppgradering fra eksterne leverandører).

Lovregulering eller andre virkemidler

Det er komplisert å holde oversikt over og kvalitetssikre pasientforløp, og en kan ikke forvente at alle sider ved dette skal kunne reguleres i lov og forskrift. På den annen side, viser erfaringene at henvisning til at forløpene skal være forsvarlige ikke uten videre medfører tilstrekkelig kontroll med pasientforløpene. Krav til noen målinger er viktig, men det må være viktige og pålitelige målinger som ikke er for ressurskrevende å utføre. Både styring, kontroll og gode målinger forutsetter at IKT-systemet kan håndtere dette og tilpasses gjeldende krav. Det er derfor nødvendig at flere av de forslåtte tiltakene, som det ikke er ønskelig å lovfeste, konkretiseres tilstrekkelig i retningslinjer og/eller veiledere.

Statens helsetilsyn er enig i at et sikkerhetsnett i form av en juridisk bindende individuell frist er nødvendig, først og fremst for utredning/diagnostikk. Begrunnelsen for dette er at det er store individuelle forskjeller i graden av usikkerhet knyttet til hvor

mye det haster med diagnostikk og behandling før en utredning er startet. Fristen(e) vil da bidra til å unngå forsinket diagnose når det viser seg å være noe mer alvorlig enn det virket på grunnlag av henvisningen. Vi mener prioriteringsveiledere og nasjonale faglige veiledere må kunne brukes til å sette fristene. Det er viktig at slike frister ikke fungerer som en begrunnelse for å utsette start helsehjelp. Flere målepunkter er ikke nødvendigvis for rapportering, men til bruk i internkontroll og forbedringsarbeid.

Oppsummering

Statens helsetilsyn støtter departementets valg av modell A. Vi mener likevel at modell A med bortfall av skillet mellom rett til utredning og rett til behandling kan svekke rettighetene til den pasientgruppen som i dag får sin juridisk bindende rett knyttet til start av behandling. Vi mener videre at dette bør kompenseres ved tiltak som kan sikre at behandling blir iverksatt innen forsvarlig tid. Bortsett fra dette innebærer ikke modellen etter vårt syn noen svekkelse av rettighetene sammenlignet med dagens situasjon. Vi vurderer imidlertid at modellen slik den fremstår nå, har for få elementer av endring til at den vil bidra til bedre sikring av forsvarlige pasientforløp. Vi ser derfor frem til at det arbeides videre med regelverket og med andre tiltak for å styrke pasientenes rettigheter.

Vi mener at flere av de foreslåtte modelluavhengige tiltakene, og elementene i modell C, vil være til nytte i dette arbeidet. Statens helsetilsyn mener modell C stort sett er en beskrivelse av elementer og tiltak som er nødvendige for å oppfylle forsvarlighetskravet og at det derfor er nødvendig at virksomhetene får på plass slike. Vi ser positivt på at departementet ser nødvendigheten av å utrede og arbeide for at elementer i modellen kommer på plass.

Elementer som er foreslått og som det ikke finnes hensiktsmessig å lovfeste, bør beskrives i hhv. retningslinjer, veiledere og rundskriv.

Vi mener det er behov for pasientadministrative IKT-systemer som bedre enn dagens systemer kan ivareta behovet for registrering og måling av data som er sentrale for å følge med på pasientforløp og ventetider og som i dag er en forutsetning for dette.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen
direktør

Hans-Petter Næss
fagdirektør

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Saksbehandler: Hans-Petter Næss, tlf. 21 52 98 62
Saksbehandler: June Iversen, tlf. 21 52 99 90