



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 40 L

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.
(pasientforløp i spesialisthelsetjenesten)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	4	Høring av departementets forslag	20
2	Bakgrunnen for lovforslaget	7	4.1	Forslagene i høringsnotatet	20
3	Gjeldende rett og venteliste-statistikk	9	4.2	Høringsinstansene	20
3.1	Innledning	9	4.3	Høringssvar	24
3.2	Overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten	9	4.4	Oppsummering av høringsuttalelsene	24
3.3	Kravet om at spesialisthelsetjenestens tjenester skal være forsvarlige	9	4.4.1	Innledning	24
3.4	Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	10	4.4.2	Forslaget om å oppheve skillet mellom tidspunkt for utredning eller behandling i pasient- og brukerrettighetsloven	24
3.4.1	Innledning	10	4.4.3	Forslaget om at kriteriene for retten til nødvendig helsehjelp skal følge av pasient- og brukerrettighetsloven	27
3.4.2	Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp	10	5	Ordninger og tiltak som bidrar til forbedring av pasientforløpene	29
3.4.3	Rett til nødvendig helsehjelp	10	5.1	Innledning	29
3.5	Rett til vurdering, frist for å påbegynne helsehjelpen og tidspunkt for igangsetting av utredning eller behandling	11	5.2	Nasjonale pasientforløp og pakkeforløp	29
3.5.1	Innledning	11	5.3	Veiledning om helhetlige pasientforløp	30
3.5.2	Rett til vurdering og informasjon innen ti virkedager	12	5.4	Bedre henvisningsprosesser og styrket helsefaglig samarbeid	30
3.5.3	Frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen	12	5.4.1	Innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog	30
3.5.4	Tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling	12	5.4.2	Vurderingssamtaler og annet samarbeid om inntak	30
3.6	Plikt til å prioritere og prioriteringsveilederne	13	5.4.3	Nærmere om samarbeid mellom leger fra spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten	31
3.6.1	Kriterier for prioritering	13	5.5	Helsefellesskap	31
3.6.2	Prioriteringsveilederne	13	5.6	Bedre felles planlegging mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – krav til samarbeidsavtaler	31
3.7	Plikt til å informere	14	5.7	Læringsnettverk for gode pasientforløp	32
3.8	Plikt til å unngå fristbrudd og håndtering av fristbrudd	14	5.8	Digitale løsninger for pasientoppfølging og samhandling	32
3.9	Plikt til ventelisteregistrering	15	5.9	Videreutvikling av statistikk og annen styringsinformasjon	32
3.10	Ventelistestatistikk	15	5.10	Videreutvikling av finansieringsordningene	33
3.10.1	Innledning	15			
3.10.2	Statistikk knyttet opp mot oppstart av pasientforløpet – ventetider, fristbrudd m.m.	16			
3.10.3	Statistikk knyttet opp mot det videre pasientforløpet	17			
3.11	Journalføring og epikrise	18			
3.12	Andre lands frister, statistikk og monitorering	18			

6	Departementets vurderinger og forslag	34	7	Økonomiske og administrative konsekvenser	43
6.1	Forslag om endringer i pasientens rett til nødvendig helsehjelp og et forsvarlig pasientforløp	34	7.1	Forslag om oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling	43
6.1.1	Innledning	34	7.2	Forslag om lovtekniske endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2	43
6.1.2	Bakgrunn	34	7.3	Forslag om innføring av kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetsloven	44
6.1.3	Departementets vurderinger og forslag	37			
6.2	Forslag om innføring av kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetsloven	40	8	Merknader til bestemmelsene	45
6.2.1	Innledning	40	8.1	Endring i smittevernloven	45
6.2.2	Bakgrunn	40	8.2	Endringer i spesialisthelsetjenesteloven	45
6.2.3	Departementets vurderinger og forslag	41	8.3	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	45
6.3	Forslag om endring i pasient- og brukerrettighetsloven etter opphevelse av bestemmelse om påtalebegjæring	41	8.4	Endring i pasientskadeloven	50
6.4	Forslag om endring i pasientskadeloven	41	8.5	Endring i brukerromsloven	50
6.5	Forslag om endring i helsetilsynsloven	42	8.6	Endring i helsetilsynsloven	50
6.6	Behov for endring av prioriteringsforskriften og forskrift om ventelisteregistrering mv.	42		Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten)	52
6.7	Ikrafttredelse	42			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 40 L

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. januar 2023,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Proposisjonen inneholder tre hovedforslag til lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Departementet foreslår å oppheve dagens skille mellom fastsettelse av tidspunkt for oppstart av utredning og oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår videre lovtekniske endringer i form av omformuleringer i og omstruktureringer av bestemmelsene som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår i tillegg å innføre de nærmere kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i pasient og brukerrettighetsloven. Disse kriteriene fremgår i dag kun av prioriteringsforskriften.

Forslagene skal bidra til gode pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. I arbeidet med disse pasientforløpene mener departementet generelt at det bør være et mål å unngå ytterligere rettsliggjøring og å søke å forenkle og klargjøre dagens pasientrettigheter. De bør være enklest mulig utformet, samtidig som de gir pasientene nødvendige og tilstrekkelige rettslige garantier og bidrar til å gi pasientene likeverdige og gode pasientforløp.

Departementet er opptatt av at lovgivningen skal understøtte gode pasientforløp og ikke føre til unødvendig merarbeid eller være til hinder for god planlegging i spesialisthelsetjenesten. I tråd med regjeringens satsing på tillitsreformen, der målet er å styre offentlig sektor basert på grunnleggende verdier som tillit, åpenhet og samarbeid, bør det også være et mål å minimere unødvendig byråkrati og administrasjon i spesialisthelsetjenestens arbeid med gode pasientforløp. For mange detaljerte rettighetsbestemmelser som skal regulere pasientforløpene, kan ta fokus vekk fra helsepersonellet primæroppgaver. Det kan medføre at helsepersonell bruker uhensiktsmessig mye tid og ressurser på å ikke trå feil i det juridiske landskapet på bekostning av å ivareta de viktige primæroppgavene.

Departementet mener at oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling i dagens pasient- og brukerrettighetslov § 2-2, vil bidra til at reguleringen av rettighetene og pliktene knyttet til oppstart av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten blir enklere å forstå og forholde seg til for både pasientene og

helsepersonellet. Det kan igjen gjøre det enklere både for pasientene og helsepersonellet å sikre at rettighetene blir ivaretatt. Oppheving av skillet vil videre gjøre det enklere å få en mer enhetlig praksis på regionalt og nasjonalt nivå. Det vil også redusere faren for uheldige vridningseffekter og andre prioriteringer enn hva helsefaglige vurderinger tilsier. Oppheving av skillet vil dessuten kunne bidra til at fremtidens ventelistestatistikk kan gi et enda mer presist bilde av den reelle ventetiden frem til retten til nødvendig helsehjelp blir oppfylt.

For at det skal bli lettere både for pasientene og helsepersonellet å forstå også hva de øvrige pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter, og således lettere å ivareta dem, samt at det skal fremgå klart av reguleringen at pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten i særlig grad retter seg mot oppstarten av pasientforløpet, foreslår departementet å foreta noen rene lovtekniske endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Reguleringen av pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten vil med dette forslaget primært fremgå av de nye §§ 2-2, 2-2 a og 2-2 b, samt dagens § 2-3 i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslagene til disse endringene er ikke materielle, men består av viktige omformuleringer og omstruktureringer

for å presisere og klargjøre hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter.

Gode pasientforløp er et av regjeringens viktige mål for å styrke vår felles helsetjeneste. Disse lovforslagene, som skal bidra til gode pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, utgjør kun en begrenset del av et løpende større arbeid med å forbedre pasientforløpene i helse- og omsorgstjenesten. For å gi et mer helhetlig bilde, er dette løpende arbeidet omtalt nærmere i proposisjonen. Regjeringen tar videre sikte på å legge frem stortingsmeldingen *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* innen utgangen av 2023. Meldingen vil omfatte arbeidet med å videreutvikle både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et sentralt mål med meldingen vil være å bidra ytterligere til gode pasientforløp.

Kriteriene for hvilke pasienter som skal ha rett til nødvendig helsehjelp er etter departementets vurdering så overordnede og viktige at de med fordel kan fremgå av pasient- og brukerrettighetslovens forslag til ny § 2-2 om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, i tillegg til av prioriteringsforskriften. Det at kriteriene etter forslaget også vil fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven, vil dessuten bidra til at det ikke vil være tvil om at kriteriene i prioriteringsforskriften har tilstrekkelig lovhjemmel.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

Det har over tid vært oppmerksomhet og diskusjon rundt registreringen og praktiseringen av regelverket knyttet til ventetid og pasientenes forløp i spesialisthelsetjenesten. Det har blant annet blitt identifisert en risiko for at sammenlignbare henvisninger i større grad enn nødvendig og ønskelig vurderes og registreres ulikt. Det kan føre til at pasienter med sammenlignbare henvisninger gis ulikt utgangspunkt for retten til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Videre kan det få innvirkning på statistikk og styringsinformasjon om ventetid, som i lys av dette ikke nødvendigvis gir et enhetlig og riktig bilde av den reelle ventetiden i spesialisthelsetjenesten. Det er særlig skillet i reguleringen mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling som vurderes å skape utfordringer og det har blant annet blitt stilt spørsmål ved om reduksjonen i ventetider i perioden 2013 til 2017 var reell.

I lys av dette fikk Helsedirektoratet i juni 2016 i oppdrag å utrede flere forhold knyttet til ventetidsregistrering. I Helsedirektoratets rapport fra mai 2017, *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten IS-2626*, konkluderte direktoratet med at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett hadde gått ned. Samtidig mente direktoratet at regelverket måtte forenkles og at de pasientadministrative systemene måtte forbedres. Det ble blant annet foreslått å vurdere å forenkle regelverket ved at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp uten at det skilles mellom frist til utredning og behandling, og at pasientrettigheten vurderes som innfridd ved første kontakt.

Som følge av denne rapporten fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede ulike modeller for hvordan regelverket for pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tilknyttede registreringer av ventetid burde innrettes og reguleres. I tilknytning til arbeidet fikk direktoratet innspill fra en egen referansegruppe, med bred representasjon fra berørte aktører, samt fra møter, intervjuer og questback-undersøkelser.

I Helsedirektoratets rapport fra juli 2018, *Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten IS-2742*, presenterte direktoratet tre ulike model-

ler for regulering av pasientforløp. Modellene bygger på ulike tilnærminger til innretning av frist, og er sammensatt av ulike kombinasjoner av tiltak og regulering i regelverk, samt målepunkter og indikatorer og regelverk knyttet til disse.

Modell A tilsvarende i hovedsak dagens modell, men med bortfall av skillet mellom utredning og behandling ved fristfastsettelse. I denne modellen skal alle pasienter som gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, få en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Fristen foreslås innfridd ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Modellen har fokus på å redusere unødig venting på oppstart av helsehjelpen i starten av pasientforløpet. Videre behandlingsforløp planlegges som i dag, ut fra medisinsk forsvarlighet og uten bindende frister. Modellen suppleres med målinger som strekker seg lenger. Modellen har hovedfokus på oppstart av helsehjelpen. For å styrke hele pasientforløpet ble det foreslått to generelle tiltak: en forløpsplan (en oversikt over hva som skal gjøres videre i forløpet) og en utskrivningsattest.

Modell B har som hovedelementet overgang fra en individuell til en generell frist som er lik for alle pasienter med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. For pasienter med behov for mer enn en kontakt, skal påfølgende kontakt avtales i tilknytning til hver kontakt. Både brudd på første oppmøte og overskridelse av videre avtalte oppmøter skal måles. For å understøtte modellen ble følgende tiltak foreslått: styrking av henvisningsprosessen og dialog, informasjon som bedrer forståelighet og forutsigbarhet for pasientene, forbedret koordinering av logistikk i det enkelte pasientforløp og mellom foretak, samt innføring av økonomiske virkemidler.

Modell C tar utgangspunkt i en situasjon der pasientene ikke har rett til oppstart av helsehjelp innen en gitt frist og foreslår i stedet tiltak som på andre måter kan støtte opp under prosesser som er av betydning for å få til gode pasientforløp. Pasienten skal innen ti virkedager få svar på henvisningen og informasjon om oppmøtetidspunkt, dette gjelder også når pasienten henvises mellom virksomheter eller mellom avdelinger internt i

virksomheter. For å understøtte modellen ble følgende tiltak foreslått: en forløpsplan, en pasientrettet serviceerklæring om hvilke mål som er satt og i hvilken grad de blir oppfylt og målinger som gir informasjon om fremdrift og ventetider i pasientforløpet.

Rapporten ble sendt på høring. Høringen ga ingen klar indikasjon på hvilken modell som ble

foretrukket, men flere høringsinstanser pekte på at like viktig som valg av modell, er alle de ikke-rettslige tiltakene for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp. Videre var så å si alle høringsinstanser opptatt av at man ser på hele pasientforløpet, og ikke bare på frister knyttet til oppstart av helsehjelpen.

3 Gjeldende rett og ventelistestatistikk

3.1 Innledning

Det er en rekke rettslige rammer som danner utgangspunkt for reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten og kravet om at spesialisthelsetjenestens tjenester skal være forsvarlige omtales under punktene 3.2 og 3.3. Når det gjelder dagens regulering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten omtales retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten under punkt 3.4. Deretter omtales retten til vurdering, frist for å påbegynne helsehjelpen og tidspunkt for igangsetting av utredning eller behandling under punkt 3.5. Videre omtales plikten til å prioritere og prioriteringsveilederne under punkt 3.6. Plikten til å informere omtales under punkt 3.7 mens plikten til å unngå fristbrudd og håndtering av fristbrudd omtales under punkt 3.8. Plikten til venteliste-registrering og ventelistestatistikk omtales under punktene 3.9 og 3.10, mens journalføring og epikrise omtales under punkt 3.11. Avslutningsvis omtales kort andre lands frister, statistikk og monitorering under punkt 3.12.

3.2 Overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Det overordnede ansvaret innebærer blant annet at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen innen sine helseregioner. Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene.

Statens ansvar er likevel ikke begrenset til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Staten har i kraft av sitt overordnede ansvar også et ansvar av juridisk og konstitusjonell karakter for at de regio-

nale helseforetakene innholdsmessig oppfyller sine forpliktelser.

3.3 Kravet om at spesialisthelsetjenestens tjenester skal være forsvarlige

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Lovbestemmelsen presiserer at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker institusjonseieres og lederes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandarden som forsvarlighetskravet angir.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for god praksis i tjenesten samtidig som det danner utgangspunktet for den konkrete vurderingen av hvor stort avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, er det rom for at tjenesteyteren kan utøve skjønn. Samtidig følger det av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og ytes i tilstrekkelig omfang.

Helsepersonell skal videre utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og

situasjonen for øvrig, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd. Bestemmelsen understreker det enkelte helsepersonellets ansvar for forsvarligheten ved utførelsen av sitt arbeid.

Også dette kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. For det enkelte helsepersonellet innebærer det en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen.

Det følger av lovforarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven at forsvarlighetskravet etter spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan for eksempel medføre at helsepersonell ikke ansees å ha overtrådt forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven samtidig som institusjonens og helsetjenestens forsvarlighetskrav etter spesialisthelsetjenesteloven ansees å være overtrådt.

3.4 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

3.4.1 Innledning

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd første punktum. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har et behov for spesialisthelsetjenester. Det er ikke pasientens egen oppfatning av behov som avgjør om pasienten har en rett eller ikke, men en konkret og individuell helsefaglig vurdering av behovet.

3.4.2 Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp

De nærmere vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp følger av forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

Dersom en henvist pasient blir vurdert til å ha et medisinsk behov for helsehjelp, skal den nærmere vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten foretas med utgangspunkt i vilkårene i prioriteringsforskriften § 2. Bestemmelsen angir to vilkår som begge må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Det første vilkåret er at pasienten må kunne ha forventet nytte av helsehjelpen og det andre vilkåret er at den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen, jf. prioriteringsforskriften § 2 første ledd bokstav a og b. Hva forventet nytte av helsehjelpen skal vurderes ut ifra følger av prioriteringsforskriften § 2 andre ledd. Den skal etter dagens ordlyd vurderes ut ifra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og/eller reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Den nærmere vurderingen av retten til nødvendig helsehjelp bygger således på en samlet vurdering av sammenhengen mellom en medisinsk vurdering av behov, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet.

I tilknytning til dette påpekes det at Stortinget i sin behandling av Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*, har gitt sin tilslutning til forslaget om justering av prioriteringskriteriene, herunder å tilføye mestring som en del av beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet, i tråd med Blankholm-utvalgets forslag. Som en konsekvens av dette vil det bli fremmet forslag om å endre kriteriene i prioriteringsforskriften i tråd med forslaget.

3.4.3 Rett til nødvendig helsehjelp

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innebærer i utgangspunktet ikke at pasienten har krav på en bestemt type tjeneste eller helsehjelp på et bestemt nivå. Det er spesialisthelsetjenesten som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte, hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut fra det tilbud og de ressurser som foreligger.

Begrepet «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten skal tolkes slik at det gir krav på helsehjelp med en forsvarlig standard, ut ifra en konkret og individuell vurdering av den enkelte pasientens behov. Det er vanskelig å angi mer presist hva som er nødvendig helsehjelp. Både omfang og nivå må vurderes konkret og individuelt. Det avgjørende vil være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering.

Det ligger i kravet til nødvendig helsehjelp at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedring av pasientens helsetilstand helsehjelpen kan forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv, og

at det må foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av helsehjelpen. Det skal videre være et rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand helsehjelpen forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd et krav om en kost-nyttevurdering i vurderingen av hva som er å anse som nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

Spesialisthelsetjenestens vurdering er likevel ikke helt fri. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, samtidig som det også skal tas hensyn til pasienten ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste er den eneste som kan føre til at det ytes et forsvarlig tilbud til pasienten, så har pasienten et krav på denne bestemte tjenesten.

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten må dessuten sees i sammenheng med pasientens rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Spesialisthelsetjenester er en samlebetegnelse på helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hva som er spesialisthelsetjenester, er ikke klart definert i helselovgivningen. Men listen over spesialisthelsetjenester de regionale helseforetakene skal sørge for at tilbys etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd, gir en viss veiledning. Spesialisthelsetjenesten omfatter for eksempel også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Det vil si tjenester med både helsefaglig og sosialfaglig behandling. I praksis kan skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten være flytende. Det avgjørende er uansett at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd skal det tas stilling til om pasienten skal få tidspunkt for utredning eller behandling samtidig som det tas stilling til at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Konsekvensen av dette er at pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp samtidig får spesifisert om dette innebærer en rett til helsehjelp i form av utredning eller en rett til helsehjelp i form av behandling. Det vises til omtalen av dette i prioriteringsveilederens felles del, punkt 5.4 Helsehjelp, utredning og behandling (Det vises til nærmere omtale av prioriteringsveilederne i denne proposisjonens punkt 3.6.2):

«Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan gis enten til utredning eller til behandling. Ved rettighetsvurderingen, må en ta stilling til om det med stor grad av sannsynlighet kan fastslås hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha. Hvis dette er mulig, anses tilstanden å være avklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av behandling. Dersom henvisningen ikke gir grunnlag for å ta stilling til hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, anses tilstanden å være uavklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av utredning.»

....

«Spesialisten som vurderer henvisningen må ta stilling til om fristen settes til start behandling eller start utredning.»

Det vises videre til omtalen av dette i prioriteringsveilederens felles del, punkt 5.9 Rettighet knyttet til behandling (rettighetsvurderinger ved avklart tilstand):

«Dersom opplysningene i henvisningen (pluss eventuell innhentet tilleggsinformasjon) sannsynliggjør hva som er pasientens tilstand og hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, betegnes tilstanden som avklart. Pasienten får i dette tilfellet rett til helsehjelp i form av behandling.»

Det vises avslutningsvis til omtalen av dette i prioriteringsveilederens felles del, punkt 5.10 Rettighet knyttet til utredning (vurderinger ved uavklart tilstand):

«Dersom opplysningene i henvisningen (pluss eventuell innhentet tilleggsinformasjon) ikke gir tilstrekkelige opplysninger til å sannsynliggjøre hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, betegnes pasientens tilstand som uavklart. Pasienten får i dette tilfellet rett til helsehjelp i form av utredning.»

3.5 Rett til vurdering, frist for å påbegynne helsehjelpen og tidspunkt for igangsetting av utredning eller behandling

3.5.1 Innledning

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenester har rett til å få en vurdering av sin helsetilstand. Vurderingen skal som hovedregel bare foretas én gang, ved startpunktet for et pasientforløp i spe-

sialisthelsetjenesten, og vurderingen skal gjøres for spesialisthelsetjenesten som helhet. På grunnlag av henvisningen skal spesialisthelsetjenesten:

- vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og ved positivt utfall av denne vurderingen,
- fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest påbegynnes og
- fastsette et tidspunkt for når utredning eller behandling skal igangsettes.

3.5.2 Rett til vurdering og informasjon innen ti virkedager

Enhver som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen ti virkedager etter at henvisning er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om hvorvidt personen har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd første punktum sammenholdt med § 2-2 første ledd første punktum. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen ti virkedager etter at den har mottatt henvisning skal ha foretatt en vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette er presisert på følgende måte i prioriteringsforskriften § 4 første ledd første punktum:

«Den som er forpliktet til å foreta en vurdering av en pasient etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, skal vurdere om pasienter som henvises oppfyller vilkårene i § 2 og eventuelt i § 3.»

Den som har foretatt vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp skal informere pasienten skriftlig om resultatet av vurderingen. Det følger av prioriteringsforskriften § 5 første ledd første punktum. Den skal samtidig også gi pasienten informasjon om retten til en ny vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 og klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, se forskriftens § 5 første ledd andre punktum.

Pasienten har rett til raskere vurdering enn innen ti virkedager ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd tredje punktum. Grensen mellom øyeblikkelig helsehjelp og nødvendig helsehjelp er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighetsgrad og hastegrad. Det innebærer at pasienter som henvises med mis-

tanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter med henvisninger som tilsier at tilstanden er mindre alvorlig.

3.5.3 Frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen

Dersom pasienten vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten innen de samme ti dagene som er omtalt ovenfor, fastsette en frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd andre og tredje punktum.

Fristen skal settes på grunnlag av en individuell og konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Den fristen som fastsettes kan ikke fastsettes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten får helsehjelpen og er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av retten til å få helsehjelpen.

Plikten til å fastsette en frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen er presisert på følgende måte i prioriteringsforskriften § 4 andre punktum:

«Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist, for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet.»

Dersom det senere skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, følger det av kravet til forsvarlighet at pasienten skal gis helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

For barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet er det fastsatt en egen maksimumsgrense for fristen, den skal for dem uansett ikke overstige 65 dager. Dette følger av prioriteringsforskriften § 4 a.

3.5.4 Tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling

Dersom en pasient vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten innen vurderingsfristen også informere pasienten om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd fjerde punktum.

Spørsmålet om det skal settes tidspunkt for utredning eller behandling avhenger av om pasi-

entens tilstand vurderes som avklart eller uavklart. I de tilfellene hvor det innenfor dagene som er til disposisjon for vurderingen fremstår som klart hvilken behandling pasienten har behov for, ansees pasientens tilstand som avklart. Det skal da settes tidspunkt for behandling. I motsatt fall skal det settes tidspunkt for vurdering.

Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når helsehjelpen senest skal gis. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd første punktum. Så langt det er mulig skal tidspunktet være en dato og et klokkeslett (time). Men dersom det i løpet av vurderingsfristen ikke er mulig å fastsette tidspunktet så konkret, bør det i alle fall angis at oppstart vil skje innenfor en konkret tidsramme som ikke bør overskride en uke.

Dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling som er gitt til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten. Heller ikke det nye tidspunktet kan settes etter den fastsatte fristen for når helsehjelp senest skal gis. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt innenfor den fastsatte fristen, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte Helfo, jf. § 2-2 andre ledd andre punktum. De kravene som § 2-2 andre ledd stiller til tidspunktet som skal settes, tydeliggjør at det ikke er anledning til å planlegge pasientforløp som er tidsmessig uforsvarlige.

Både fristen for når pasienten senest skal få helsehjelpen og tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling gjelder den innledende delen av pasientforløpet. Det skal ikke settes noen ytterligere frister for det videre pasientforløpet innenfor spesialisthelsetjenesten. Kravet om forsvarlighet gjelder imidlertid hele pasientforløpet. Det medfører at den videre utredningen og/eller behandlingen, uavhengig av om det videre pasientforløpet ligger an til å bli kortvarig eller mer langvarig, må skje innenfor en forsvarlig tidsramme. Dette innebærer blant annet at det ikke er anledning til å igangsette en utredning av en pasient innenfor fristen for når helsehjelp senest skal gis, for deretter å la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling.

3.6 Plikt til å prioritere og prioriteringsveilederne

3.6.1 Kriterier for prioritering

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialist-

helsetjenesten ut fra forventet nytte av helsehjelpen, alvorligheten av tilstanden og omfang av ressurser helsehjelpen legger beslag på.

Kriteriene som skal legges til grunn for prioriteringen av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er regulert i prioriteringsforskriften § 2 a første ledd. Det følger av denne bestemmelsen at spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasientene ut fra følgende kriterier:

- a. Den forventede nytten av helsehjelpen. Den forventede nytten vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - overlevelse eller redusert funksjonstap
 - fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
 - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.
- b. Alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - risiko for død eller funksjonstap
 - graden av fysisk og psykisk funksjonstap
 - smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- c. Ressursene helsehjelpen legger beslag på.

Både nå-situasjonen, varighet av liv og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelpen.

3.6.2 Prioriteringsveilederne

I samarbeid med fagmiljøene i regionale helseforetak, har Helsedirektoratet utviklet prioriteringsveiledere for vurdering av retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsettelse av frist for når helsehjelpen senest skal gis.

Veilederne skal være en beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten og gi råd om vurdering og fristfastsettelse. Målet er at veilederne skal bidra til et likt utgangspunkt for vurderingen av «like» pasienter uavhengig av klinisk fagområde, hvor i landet de bor og hvilken spesialisthelsetjeneste de henvises til.

Det er utviklet prioriteringsveiledere for 33 fagområder. Veilederne er ment å dekke 75–80 prosent av tilstandene i henvisningene til spesialisthelsetjenesten. For pasienter med tilstander som ikke er omtalt i prioriteringsveilederne må vurderingen uansett ta utgangspunkt de felles kriteriene for den individuelle vurderingen, som er nærmere regulert i prioriteringsforskriften § 2 a.

Prioriteringsveilederne er ikke medisinskfaglige veiledere som viser hva slags helsehjelp det er forventet at norsk helsetjeneste skal tilby en pasientgruppe, men et bindeledd mellom helsefaget og regelverket. Prioriteringsveilederne beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk. Dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som er foreslått i prioriteringsveilederne, bør denne praksisen være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Det er uansett slik at det er spesialisten/teamet som er ansvarlig for de enkelte vurderingene og avgjørelsene om rettigheter og frister for hver enkelt pasient.

Prioriteringsveilederne har en felles del som gjelder for alle fagområder, og en del med anbefalinger om rettigheter og frister som gjelder for hvert enkelt fagområde. Den felles delen heter «Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne» og forklarer hvordan pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften skal anvendes i praksis. Den følger henvisningsforløpet fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten og til helsehjelp starter. Den felles delen forklarer også hvordan de fagspesifikke prioriteringsveilederne skal brukes i tvilstilfeller.

Den fagspesifikke delen består av en liste med veiledende rettighet og frist for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest skal gis for hver tilstand innenfor det aktuelle fagområdet. Den fagspesifikke delen omfatter også en innledende del som beskriver spesielle forhold ved det aktuelle fagområdet og andre forhold av relevans for utarbeidelsen av fagområdets veiledende rettighet og frist. De veilederne rettighetene og fristene tar ikke høyde for individuelle forhold. For hver tilstand er det derfor i tillegg en oversikt over individuelle forhold som også skal vurderes før det blir bestemt hva som skal være rettighet og frist for den enkelte pasient.

3.7 Plikt til å informere

Spesialisthelsetjenestens informasjonsplikt knyttes til vurderingen av en pasients rett til nødvendig helsehjelp, fastsettelse av frist for når helsehjelpen senest skal gis og tidspunkt for oppstart av helsehjelpen, er regulert helhetlig i prioriteringsforskriften § 5:

«Den som har foretatt vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, eventuelt om pasienten har rett til helsehjelp i utlandet etter § 3,

skal skriftlig informere pasienten om resultatet av vurderingene. Det skal også gis informasjon om retten til en ny vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 og klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, herunder om klagefrist og klageinstans.

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp skal det presiseres om fristen etter § 4 eller § 4a gjelder oppstart av utredning eller behandling.

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal pasienten også få informasjon om sted og tidspunkt for oppmøte. Dersom det er mulig skal pasienten få oppgitt en time for behandling eller utredning.

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp skal pasienten også få informasjon om at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO ved fristbrudd eller forventet fristbrudd, jf. § 6, og at HELFO i så fall vil kontakte pasienten.

Henvisende instans skal få samme informasjon som pasienten.»

3.8 Plikt til å unngå fristbrudd og håndtering av fristbrudd

Spesialisthelsetjenestens overordnede ansvar for å sørge for å unngå fristbrudd, samt håndtering av situasjoner hvor fristbrudd kan oppstå eller har oppstått, er regulert nærmere i prioriteringsforskriften.

Som ovenfor nevnt, skal de regionale helseforetakene sørge for at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får tilbud om dette innen den fastsatte fristen for når helsehjelpen senest skal gis. Dette er presisert i prioriteringsforskriften § 6 første ledd.

Hvordan spesialisthelsetjenesten og Helfo skal håndtere situasjoner hvor fristbrudd kan oppstå eller har oppstått, er regulert i prioriteringsforskriften § 6 andre og tredje ledd:

«Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling før fristen for nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke kan overholdes, eller dersom fristen er oversittet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd. Dersom fristen er oversittet kan også pasienten kontakte HELFO.

HELFO skal uten opphold skaffe pasienten et tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter.»

Fristen vil være overholdt når utredning eller behandling er igangsatt innenfor fristen. For at fristen skal være overholdt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Fristen overholdes dermed for eksempel ikke ved å sette opp en time for dialog med pasienten.

3.9 Plikt til ventelisterregistrering

Institusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal føre og oppdatere venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse og behandling og de regionale helseforetakene skal sørge for tertialvis rapportering av ventelistedata. Dette følger av forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisterregistrering (forskrift om ventelisterregistrering).

Føring og oppdatering av ventelister har flere viktige funksjoner. Ventelistene viser i hvilken grad pasienter får sine rettigheter innfridd, herunder får vurdert retten til nødvendig helsehjelp og får helsehjelpen påbegynt innen den fastsatte fristen for dette. Ventelistene inneholder også annen viktig informasjon, som for eksempel informasjon om andelen pasienter som vurderes å ikke ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og informasjon om hvor mange som ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Ventelistene har utgjort en viktig del av grunnlaget for pasienters vurdering av valg av behandlingssted. Ventelistene er videre sentrale for det overordnede arbeidet med å styre og organisere helse- og omsorgstjenestene. De er sentrale for vurderingen av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten. På institusjonsnivå er de dessuten et arbeidsredskap for pasientlogistikken.

Institusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal føre ventelister over pasienter som er registrert for henholdsvis undersøkelse og behandling, jf. forskrift om ventelisterregistrering § 3 første ledd. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Dersom pasienten har en slik rett, skal fristen for når helsehjelpen senest skal gis også fremgå. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling, jf. forskrift om ventelisterregistrering § 3 andre ledd.

De regionale helseforetakene skal sørge for tertialvis rapportering av ventelistedata. Det følger av forskrift om ventelisterregistrering § 5. Det skal rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Pasientregisteret kan inneholde helseopplysninger om alle som får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i Norge, jf. § 1-5 i forskrift 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften). I henhold til rapporteringsformatet NPR-melding, skal alle registrerte henvisninger rapporteres til NPR. Det skal rapporteres om når henvisningen ble mottatt i spesialisthelsetjenesten, tidspunktet for beslutningen om rettighetsstatus, om pasienten gis rett til helsehjelp i form av utredning eller behandling, frist for oppstart av helsehjelpen og tidspunkt for når ventetiden er avsluttet. Det skal rapporteres innen tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

3.10 Ventelistedatastatistikk

3.10.1 Innledning

Norsk pasientregister (NPR) publiserer statistikk om ventetider i spesialisthelsetjenesten. Den nasjonale ventelistedatastatistikken bygger på henvisningsdata som registreres i spesialisthelsetjenestens pasientadministrative systemer og rapporteres til NPR.

Det er bare pasienter med planlagt, eller såkalte elektiv, konsultasjon eller innleggelse som inkluderes i ventelistedatastatistikken. Pasienter som trenger øyeblikkelig helsehjelp, får det med en gang uten ventetid. De fleste av pasientene i ventelistedatastatistikken venter på poliklinisk konsultasjon.

Ventelistedatastatistikken skal blant annet gi sammenlignbar informasjon i spesialisthelsetjenesten om:

- antall nyhenviste til venteliste, ordinært avviklere fra venteliste og ventende pasienter,
- når henvisningen er vurdert,
- hvor lenge pasientene har ventet på oppstart av helsehjelp,
- tildeling av rett til og frist for nødvendig helsehjelp og
- omfang av brudd på frist for når helsehjelpen senest skal gis.

Ventelistedatastatistikken skal gi grunnlag for styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester,

bidra til at pasientrettighetene oppfylles og være et grunnlag for å vurdere forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

3.10.2 Statistikk knyttet opp mot oppstart av pasientforløpet – ventetider, fristbrudd m.m.

3.10.2.1 Innledning

Ventetiden i statistikken måles i kalenderdager og starter datoen spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen og slutter datoen den planlagte undersøkelsen eller behandlingen påbegynnes, eller eventuelt datoen pasienten ikke lenger er aktuell for den planlagte undersøkelsen eller behandlingen. Det følger av forskrift om ventelisterregistrering §§ 3 og 4. Det etterfølgende pasientforløpet omfattes ikke av ventelisterstatistikken.

Det er forholdet mellom dato for påbegynt utredning eller behandling og dato for frist for når nødvendig helsehjelp skal gis som danner grunnlag for beregningen av brudd på retten til nødvendig helsehjelp i statistikken. Det foreligger ikke brudd på retten til nødvendig helsehjelp dersom utredning eller behandling blir påbegynt før fristen for når retten til nødvendig helsehjelp skal gis utløper.

Det publiseres blant annet tall for ventetider og fristbrudd både per tertial og per år.

3.10.2.2 Gjennomsnittlig ventetid

Tall fra NPR viser at gjennomsnittlig ventetid for pasienter innenfor alle fagområder var 61 dager i 2021. Tallgrunnlaget omfatter ordinært avviklede pasienter, det vil si at tallgrunnlaget ikke omfatter pasienter som har fått utsatt behandling etter eget ønske eller av medisinske grunner.

Tabell 3.1 illustrerer utviklingen. I perioden 2002 til 2004 ble gjennomsnittlig ventetid innenfor alle fagområder redusert fra 90 til 70 dager, for så å øke til 78 dager i 2010. I perioden 2010 til 2017 ble ventetiden igjen redusert, fra 78 til 57 dager. Siden 2017 har gjennomsnittlig ventetid stabilisert seg på om lag 60 dager, men med en økning i 2020 som følge av pandemien.

Den gjennomsnittlige ventetiden varierer noe mellom de regionale helseforetakene. I 2021 hadde Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF lavest gjennomsnittlig ventetid med henholdsvis 57 og 59 dager, mens Helse Nord RHF og Helse Vest RHF hadde høyest gjennomsnittlig ventetid med henholdsvis 68 og 65 dager.

Den gjennomsnittlige ventetiden varierer også mellom fagområdene somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den gjennomsnittlige ventetiden i 2021 var 63 dager innenfor somatikk, 46 dager innenfor psykisk helsevern voksne, 50 dager innenfor psykisk helsevern barn og unge og 33 dager innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fordi aktiviteten innenfor somatikken utgjør den mest betydelige andelen av all aktivitet i spesialisthelsetjenesten, vil det nasjonale gjennomsnittstallet til enhver tid ligge tett på gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken.

3.10.2.3 Median ventetid og ventetid for 90. prosentil

Median ventetid er ventetidens midtpunkt der halvparten av pasientene har ventet kortere tid og halvparten av pasientene har ventet lengre tid. Ventetiden for 90. prosentil er ventetiden når 90 prosent av pasientene har avsluttet ventetiden, mens 10 prosent fortsatt venter.

Median som mål på ventetid er mindre påvirket av langtidsventende enn et gjennomsnittsmål. Derfor vil som hovedregel median ventetid ligge lavere enn gjennomsnittlig ventetid.

Det publiseres tall for både median ventetid og ventetid for 90. prosentil. Innenfor somatikken var median ventetid i 2021 46 dager, mens ventetiden for 90. prosentil var 132 dager.

3.10.2.4 Brudd på fristen for rett til nødvendig helsehjelp

Fristbrudd oppstår når pasienten ikke får påbegynt utredning eller behandling innen den fastsatte fristen for rett til nødvendig helsehjelp. Andelen registrerte fristbrudd var samlet 5,1 prosent i 2021. Andelen har økt som følge av pandemien. I 2019 var andelen registrerte fristbrudd samlet 2,4 prosent.

Tabell 3.1 Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten 2002–2021. Alle tjenesteområder.

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021
Antall dager	90	70	71	73	78	74	72	60	59	60	63	61

Kilde: Helsedirektoratet

3.10.2.5 Brudd på vurderingsfristen

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen ti virkedager få svar på om de har rett til nødvendig helsetjeneste. Gjennomsnittlig vurderingstid varierte i 2021 mellom fagområdene, fra tre dager innenfor somatikken til fem dager innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Det er få brudd på vurderingsfristen. I 2021 varierte andelen brudd mellom fagområdene fra 1,5 prosent innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til 3,2 prosent innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

3.10.2.6 Antall ventende

Antall ventende i statistikken viser antallet henvisninger som ikke er tatt av venteliste ved utgangen av en gitt dato. Antall ventende er øyeblikkstill som først og fremst sier noe om størrelsen på etterspørselen etter utredning eller behandling ved utgangen av en periode. Tallet på antall ventende i statistikken indikerer ikke i seg selv om ventelisten er problematisk, med lange ventetider mv. For den enkelte pasient er det først og fremst lengden på ventetiden til utredning eller behandling som er avgjørende. Antall ventende var om lag 240 000 ved utgangen av 2021.

3.10.2.7 Utfallet av rettighetsvurderingen og andelen pasienter med behov for utredning og behov for behandling

Det publiseres statistikk over utfallet av vurderingen av om den enkelte har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og over andelen pasienter som blir vurdert til å ha behov for henholdsvis utredning og behandling.

Andelen pasienter som ble vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten var i 2021 på seks prosent.

Av pasientene som i 2021 ble vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, var andelen pasienter som fikk rett til helsehjelp i form av utredning 81 prosent, mens andelen som fikk rett til helsehjelp i form av behandling var 17 prosent.

3.10.2.8 Forventede ventetider

Forventet ventetid er definert som forventet maksimal ventetid for de lavest prioriterte pasientene til en gitt undersøkelse eller behandling.

Tjenesten *Velg behandlingssted* på helsenorge.no viser forventede ventetider til undersøkelser og behandlinger ved helseforetak og pri-

vate virksomheter som har avtale med regionalt helseforetak. Informasjonstjenesten er basert på data som rapporteres inn fra de ulike behandlingsstedene. Formålet med tjenesten er å være en beslutningsstøtte for pasienter som vurderer å velge et annet behandlingssted enn det de er henviset til.

3.10.3 Statistikk knyttet opp mot det videre pasientforløpet

Statistikken omtalt ovenfor er i hovedsak knyttet til oppstarten av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Det vil si oppstart av utredning eller behandling som medfører at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesteloven er oppfylt.

Det er viktig å ha oppmerksomhet rundt oppstarten av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, fordi den markerer pasientens overgang fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten. Videre har om lag halvparten av pasientene et pasientforløp som kun omfatter én kontakt med spesialisthelsetjenesten, slik at oppstarten av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten også er avslutningen.

Samtidig er det også viktig med statistikk som på ulike måter beskriver det videre pasientforløpet. Det publiseres tall for indikatoren «Tid til tjenestestart». Denne indikatoren supplerer det ordinære målet for gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp, og måler tiden fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til det er gjennomført en utrednings- eller behandlingsprosedyre. Gjennomsnittlig tid til tjenestestart var 95 dager i 2021. Tiden fra henvisning frem til en bestemt prosedyre gjennomføres kan omfatte nødvendig utredningstid, konservativ behandling slik som medisiner og fysioterapi, eller at man avventer sykdommens utvikling.

Siden 2017 har det blitt publisert tall for indikatoren «Passert planlagt tid». Indikatoren måler antall og andel pasientkontakter som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Den inkluderer både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et pasientforløp. Indikatoren angir et nivå på antall som er forsinket, men uttrykker ikke en størrelse for hvor mye forsinket man er, eller om forsinkelsen er problematisk. Indikatoren er basert på et data-uttrekk på en gitt dato, og viser derfor et øyeblikksbilde. Det publiseres tall for utgangen av hvert tertial. Tallene viser at om lag en av ti pasientkontakter i spesialisthelsetjenesten skjer etter at det planlagte tidspunktet er passert. Ved utgan-

gen av desember 2021 utgjorde dette 255 000 pasientkontakter. Det er variasjon mellom helseforetak og fagområder.

Det er innført pakkeforløp for kreft og hjerne- slag og nasjonale pasientforløp innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er utviklet kvalitetsindikatorer som måler gjennomføringen av disse ulike forløpene.

3.11 Journalføring og epikrise

Den som yter helsehjelp har plikt til å føre journal, det følger av helsepersonelloven § 39. Formålet med journalføringsplikten er å sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Journalføringsplikten har også som formål å gi tilsynsmyndigheter og andre relevante instanser innsyn i helsehjelpen som er gitt. Hva som skal føres i pasientjournalen er nærmere konkretisert i helsepersonelloven § 40 og forskrift 1. mars 2019 nr. 168 om pasientjournal (pasientjournalforskriften) §§ 4 til 8.

Både henvisningene og brevene til pasienten med informasjon om utfallet av vurderingen, eventuelt frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen og tidspunkt for utredning eller behandling med videre, må journalføres.

Av Helsedirektoratets rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer, punkt 8 Dokumentasjonsplikt, kommentar til § 40 første ledd, fremgår blant annet følgende om hva pasientjournalen skal inneholde:

«Journalen skal blant annet inneholde opplysninger om pasientens tilstand og årsak til kontakt med helse- og omsorgstjenesten, hvilke undersøkelser som har blitt utført, aktuell diagnose, hvilken behandling og pleie pasienten har mottatt, medisiner, opplysninger om henvisninger og vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten og eventuelt andre forhold som viser hva som har blitt gjort med pasienten. Journalen skal også inneholde opplysninger om råd og informasjon pasienten har fått. Dokumentasjonskravet øker dersom helsepersonellet velger å gi en behandling som avviker fra gjeldende retningslinjer eller veiledere.»

Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger er regulert i helsepersonelloven § 45. Formålet med reguleringen er å legge til rette for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell

og sikre pasienten god og forsvarlig helsehjelp, samtidig som hensynet til pasientens integritet og personvern ivaretas.

En epikrise er et sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Epikrisen er regulert i helsepersonelloven § 45 a. Bestemmelsen regulerer utarbeidelse og oversendelse av epikrise ved utskrivning fra helseinstitusjon eller ved utført behandling hos spesialist. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist. Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Hvilke opplysninger en epikrise skal inneholde, vil måtte avgjøres etter en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten annet sted i helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. I mange tilfeller vil det i epikriser blant annet bli gjort rede for forhistorien eller foranledningen til ytelsen av helsehjelp, hvordan sykdommen eller skaden har oppstått eller utviklet seg, hvilke undersøkelser som er gjort, diagnostisering og hvilken behandling som er gjort eller anbefalt. En epikrise kan også inneholde faglige råd om videre oppfølging og behandling eller opplysninger om komplikasjoner som kan inntreffe etter behandlingen.

3.12 Andre lands frister, statistikk og monitorering

Både Sverige, Danmark, Finland og England har innført frister knyttet opp mot å motta nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Alle landene har frister som knytter seg opp mot oppstarten av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten, men ut over dette er de forskjellig innrettet. Det enkelte landets frister, samt konsekvensene for pasientene dersom fristene ikke overholdes, er dermed ikke direkte sammenlignbare, verken med fristene i de øvrige av landene eller med fristene våre. Det er imidlertid en tendens til at disse landene

har generelle spesifikke frister i stedet for individuelt fastsatte frister, herunder en generell frist knyttet til oppstart av behandlingen.

I likhet med Norge har alle landene offentlig tilgjengelige statistikker over ventetider m.m.

samtidig som de gjennomfører ulike former for monitorering av pasientgjennomstrømningen i spesialisthelsetjenesten.

4 Høring av departementets forslag

4.1 Forslagene i høringsnotatet

Helsedirektoratets utredningsarbeid, som resulterte i to rapporter, er omtalt under punkt 2. Dette utredningsarbeid ble fulgt opp med at Helse- og omsorgsdepartementet 15. januar 2020 sendte på høring forslag til alternativ regulering av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, og endringer i registreringer av ventetid.

Høringsnotatet omfattet en relativt bred gjennomgang av gjeldende rett, ventelistestatistikken, Helsedirektoratets tre alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten (se nærmere om modell A, B og C under punkt 2), samt allerede igangsatte tiltak for å forbedre pasientforløpene.

I høringsnotatet vurderte departementet Helsedirektoratets tre modeller og de generelle tiltakene som skulle understøtte modellene og bidra ytterligere til gode pasientforløp. Departementet kom til at det ikke var ønskelig foreslå noen av modellene fullt ut. Og når det gjaldt de aller fleste av forslagene til generelle tiltak kom departementet til at de ikke var hensiktsmessige/ønskelige eller nødvendige.

Høringsnotatet endte opp med å fremme forslag om to lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Det ble for det første foreslått å oppheve skillet mellom tidspunkt for utredning eller behandling i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd. Dette forslaget innebærer at det, slik som i dag, skal settes en tidsfrist for når pasienter med rett til nødvendig helsehjelp senest skal få denne. I tillegg skal det settes et tidspunkt for oppstart av helsehjelpen, i stedet for dagens tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling. Dette forslaget samsvarer med hoveddelen av Helsedirektoratets modell A.

Videre ble det foreslått at kriteriene for retten til nødvendig helsehjelp skal følge av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Forslaget innebærer at det skal følge av loven 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 følger i dag kun av prioriteringsforskriften.

Høringsfristen utløp 1. juni 2020, men departementets arbeid med pandemien medførte at arbeidet med å følge opp høringsnotatet med sikte på å fremme en lovproposisjon først kunne påbegynnes våren 2022.

4.2 Høringsinstansene

Høringsnotatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

Departementene

Bioteknologirådet

Datatilsynet

De fylkeskommunale eldrerådene

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)

Den rettsmedisinske kommisjon

Direktoratet for e-helse

Folkehelseinstituttet

Forbrukertilsynet

Forbrukerrådet

Fylkesrådet for funksjonshemmede

Helsedirektoratet

Helse- og sosialombudet i Oslo

Helsepersonellnemnda

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo)

Institutt for helse og samfunn HELSAM

Kreftregisteret

Landets fylkesmenn

Landets høgskoler med helsefaglig utdanning

Landets pasient- og brukerombud

Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål

Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Landets universiteter

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(Helseklage)

Norges forskningsråd	Borgestadklinikken
Norsk helsenet SF	Buddhistforbundet
Norsk pasientskadeerstatning (NPE)	CGM (Compugroup Medical Norway AS)
Personvernemnda	Dedicare
Regelrådet	De regionale kompetansesentrene for rusmiddel- spørsmål
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse	Delta
Regjeringsadvokaten	Den Norske Advokatforening
Riksrevisjonen	Den norske Dommerforening
Råd for et aldersvennlig Norge	Den Norske Jordmorforening
Sametinget	Den norske legeforening
Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo	Den norske tannlegeforening
Senter for omsorgsforskning	Diabetesforbundet
Sivilombudsmannen	DIPS ASA
Statens helsetilsyn	DNT – edru livsstil
Statens legemiddelverk	Erfaringssentrum
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Europharma AS
Sysselembudsmannen på Svalbard	Fagforbundet
Landets fylkeskommuner	Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Landets kommuner	Familieklubbene i Norge
Landets helseforetak	Fana medisinske senter
Landets regionale helseforetak	Farma Holding
Actis	Fellesorganisasjonen (FO)
ACOS AS	Finans Norge
ADHD Norge	Forbundet mot rusgift
Afasiforbundet i Norge	Foreningen for blødere i Norge
Akademikerne	Foreningen for hjertesyke barn
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Foreningen for human narkotikapolitikk
Aleris Helse AS	Foreningen for Muskelsyke
Alliance Boots Norge AS	Foreningen for kroniske smertepasienter
Alliance Healthcare Norge AS	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Allmenlegeforeningen	Foreningen tryggere ruspolitikk
Amnesty International Norge	Foreningen vi som har et barn for lite
Anonyme alkoholikere	Forskerforbundet
Apokjeden AS	Forskningstiftelsen FAFO
Apokjeden Distribusjon AS	Frambu
Apotek 1 Gruppen AS	Frelsesarmeen
Apotekforeningen	Frivillighet Norge
Apotekgruppen	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund	Fürst medisinske laboratorium AS
Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer	Gatejuristen
Autismeforeningen i Norge	Helsetjenestens Lederforbund
Barn av rusmisbrukere – BAR	Helseutvalget
Barnekreftforeningen	HIV-Norge
BarnsBeste	Hjernerådet
Bedriftsforbundet	Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
Bikuben – regionalt brukerstyrt senter	Hørselshemmedes Landsforbund
Bipolarforeningen	IKT Norge
Blå Kors Norge	Infodoc
	Informasjonssenteret Hieronimus
	Innvandrerne Landsorganisasjon, INLO
	Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)
	Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi
	Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Institutt for mentalisering	Mental Helse
Institutt for psykoterapi	Mental Helse Ungdom
Institutt for samfunnsforskning	MIRA-senteret
IOGT Norge	Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt
IRIS	Munn- og halskreftforeningen
Ja, det nytter	MS – forbundet
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	NA – Anonyme Narkamone
JURK	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Juss-Buss	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
Jussformidlingen	Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD)
Jusshjelpe	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)
Juvente	Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin (NAKOS)
Kirkens bymisjon	Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI)
Kliniske ernæringsfysiologiske forening	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
Kommunalbanken	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
Kommunal landspensjonskasse	Nasjonalt senter for e-helseforskning
Kompetansesenter for brukererfaring og tjenestevikling (KBT)	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Kreftforeningen	Norges Astma- og Allergiforbund
KS	Norges Blindeforbund
Laboratorium for Patologi AS	Norges Døveforbund
Landets private sykehus	Norges Farmaceutiske Forening
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norges Fibromyalgi Forbund
Ivareta – Pårørende berørt av rus	Norges Handikapforbund
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norges kristelige legeforing
Landsforeningen Alopecia Areata	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Norges Juristforbund
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)	Norges kommunerevisorforbund
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norges Kvinne- og familieforbund
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Norges Parkinsonforbund
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Norges Tannteknikerforbund
Landsforeningen for slagrammede	Norlandia
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	Normal Norge
Landsforeningen we shall overcome	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Biotekforum
Landsgruppen av helsesøstre, NSF	Norsk Cøliakiforening
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Epilepsiforbund
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Norsk Ergoterapeutforbund
Legeforingens forskningsinstitutt	Norsk Farmasøytisk Selskap
Legemiddelgrossistforeningen	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
Legestudentenes rusopplysning	Norsk Forbund for psykoterapi
LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvskaing og selvmord	Norsk Forbund for Svaksynte
Likestillingssenteret	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
LISA-gruppene	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
MA – Motorførernes Avholdsforbund	Norsk Forening for cystisk fibrose
MA-Ungdom	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
Marborg	Norsk forening for infeksjonsmedisin
Matmerk	

Norsk forening for kognitiv terapi	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Norsk Forening for nevrofibromatose	Prima Omsorg
Norsk forening for palliativ medisin	Program for helseøkonomi i Bergen
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	proLAR
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)	Psykiatricalliansen BIL
Norsk forening for slagrammede	Pårørendealliansen
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	Pårørendesenteret
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)
Norsk Fysioterapeutforbund	Rettspolitisk forening
Norsk Gestaltterapeut forening	ROM – Råd og muligheter
Norsk gynekologisk forening	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Helsesekretærforbund	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Immunsviktforening	Ryggforeningen i Norge
Norsk Intravenøs Forening	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk karakteranalytisk institutt	Røde Kors
Norsk Kiropraktorforening	Rådet for psykisk helse
Norsk legemiddelhåndbok	Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Logopedlag	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk Manuellterapeutforening	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Norsk Medisinaldepot AS	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk OCD forening, ANANKE	Seniorsaken i Norge
Norsk Ortopedisk Forening	Seniorstøtten
Norsk Osteopatforbund	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Norsk Osteoporoseforening	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Pasientforening	Senter for seniorpolitikk
Norsk Presseforbund	SINTEF Helse
Norsk Psoriasis Forbund	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norsk Psykiatrisk Forening	Skeiv ungdom
Norsk Psykoanalytisk Forening	Spekter
Norsk psykologforening	Spillavhengighet Norge
Norsk Radiograførforbund	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk Revmatikerforbund	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested
Norsk selskap for ernæring	Statstjenestemannsforbundet
Norsk senter for stamcelleforskning	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Norsk sykepleierforbund	Stiftelsen Det er mitt valg
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Norsk Tannpleierforening	Stiftelsen Golden Colombia
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Norsk Tourette Forening	Stiftelsen iOmsorg
Norske Fotterapeuters Forbund	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norske Homeopaters Landsforbund	Stiftelsen Norsk institutt for kunstuttrykk og kommunikasjon
Norske Kvinners Sanitetsforening	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Norske Ortoptister forening	Stiftelsen Organdonasjon
Norske Sykehusfarmasøytters Forening	Stiftelsen Phoenix Haga
NUPI	Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Organisasjonen Voksne for Barn	Stiftelsen Pårørendesenteret
Oslo amatørbrysterlaug	Stiftelsen Verdighetssenteret – omsorg for gamle
Omsorgsjuss	
Parat Helse	
Pensjonistforbundet	
Personskadeforbundet	
Praksiseierforeningen	

Stoffskifteforbundet
 Tekna
 Teknologirådet
 Trust Arktikugol
 Turner Syndrom foreningen i Norge
 Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
 Ungdom mot narkotika – UMN
 Uni Research AS
 Unicare
 Unio
 Universitets- og høyskolerådet
 Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
 Utdanningsforbundet
 Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester
 Veiledningssenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte
 Velferdsforskningsinstituttet NOVA
 Vestlandske Blindeforbund
 Virke
 Visma
 Volvat Medisinske Senter AS
 Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge
 Yngre legers forening
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Mental Helse
 Mental Helse Ungdom
 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
 Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF
 Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD)
 Norges Kvinne- og familieforbund
 Norges Optikerforbund
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk psykologforening
 Norsk Radiograførbundet
 Norsk Revmatikerforbund
 Pasient- og brukerombudene
 Pensjonistforbundet
 Rådet for likestilling av mennesker med nedsatt funksjonsevne Trøndelag
 Rådet for psykisk helse
 Senior Norge
 Statens helsetilsyn
 Sykehuset Østfold HF
 Troms og Finnmark fylkeskommune
 Vestre Viken HF

4.3 Hørings svar

Departementet har mottatt høringsuttalelser fra 43 høringsinstanser. Følgende 41 høringsinstanser har hatt realitetsmerknader:

AAP-Aksjonen
 Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund
 Bergen kommune
 Den Norske Advokatforeningen
 Den norske legeforeningen
 Den rettsmedisinske kommisjon
 Det odontologiske fakultet Universitetet i Oslo
 Eldrerådet Trøndelag
 Finnmarkssykehuset HF
 Foreningen for hjertesyke barn Vestfold
 Forvaltningssenteret EPJ Helse Nord
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
 Helse Bergen HF
 Helsedirektoratet
 Helse Nord-Trøndelag HF
 Helse Stavanger HF
 Helse Sør-Øst RHF
 Helse Vest RHF
 Hjernerådet
 Krefthforeningen
 Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)

4.4 Oppsummering av høringsuttalelsene

4.4.1 Innledning

Høringsuttalelsene knytter seg hovedsakelig til det første av de to lovforslagene, om å oppheve skillet mellom tidspunkt for utredning eller behandling, samt til departementets vurderinger av Helsedirektoratets forslag til tre alternative modeller for regulering av pasientforløp (modell A, B og C) og forslagene til modelluavhengige tiltak som kan understøtte modellene.

4.4.2 Forslaget om å oppheve skillet mellom tidspunkt for utredning eller behandling i pasient- og brukerrettighetsloven

Et flertall av høringsuttalelsene støtter forslaget om å oppheve skillet mellom tidspunkt for utredning eller behandling i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd. Sentrale argumenter for forslaget er at det vil innebære en forenkling for både pasienter og tjenesteytere, likebehandling av pasienter og effektivisering.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) mener at Helsedirektoratets forslag til en modell A med en bindende frist er det som i størst grad

ivaretar pasientens rettigheter. FFO er videre enig i at skillet mellom utredning og behandling bør fjernes, fordi det skaper en del forvirring og ikke er i samsvar med dagens praksis.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF uttaler at utredning og behandling for pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse oftest vil være sammenflettet og at forslaget derfor virker fornuftig og støttes.

Norsk psykologforening støtter departementet i at modell A er det beste alternativet til regulering av pasientforløp på nåværende tidspunkt og uttaler:

«Vi støtter at skillet mellom utredning og behandling oppheves, dette er i tråd med god psykologfaglig tenkning og god praksis. Psykiske lidelser og rusmiddellidelser er komplekse tilstander og det er individuell variasjon når det gjelder hjelpebehov og hva som kjenner seg ut effektiv og god behandling. Dessuten er modell A det eneste alternativet som godt nok sikrer individuell rett til helsehjelp hos pasienter- og brukere.»

Pasient- og brukerombudene uttaler at dagens ordning med et skille mellom rett til utredning og rett til behandling har vist seg å være vanskelig å forstå for pasientene og vanskelig å praktisere for spesialisthelsetjenesten. De mener at oppheving av skillet kan bidra til mer forutsigbarhet for pasientene, enklere arbeid med rettighetsvurderinger for spesialisthelsetjenesten og en mer enhetlig registreringspraksis som igjen skal bidra til å sikre pasienter likeverdige helsetjenester.

Vestre Viken HF uttaler blant annet at:

«Skillet mellom utredning og behandling er ofte uklart og gir tolkningsproblemer både for helsepersonell og pasient. Det har vært erfaringen gjennom hele den tiden nåværende ordning har eksistert. En tilstand som etter henvisningen tilsynelatende er avklart, kan også vise seg å kreve ytterligere utredning. Omvendt kan en henvisning som indikerer et utredningsbehov, vise seg å være avklart ved første konsultasjon slik at eventuell behandling kan starte. I andre tilfeller henvises pasienten til en behandling som pasient og behandler blir enige om at skal avventes til man ser hvordan tilstanden utvikler seg. Opphevelse av skillet vil bety en forenkling og vil også lette kommunikasjonen med pasientene.»

Enkelte høringsinstansene støtter forslaget, men med forbehold. Det gjennomgående forbeholdet er at det også er behov for å iverksette ytterligere tiltak for en bedre sikring av forsvarlige pasientforløp og styrking av pasientenes rettigheter.

Pensjonistforbundet støtter forslaget, men er uenig i at det ikke er nødvendig med flere rettigheter for pasienten knyttet til sikring av det videre forløpet. Etter deres syn må det videre forløpet sikres ved at pasientene får rett til å få fastsatt en eller flere frister i det videre forløpet. For eksempel ved at man ved første kontakt får en ny frist for når neste kontakt senest skal gjennomføres, helst også med en konkret ny timeavtale. Dersom pasientens rettigheter i det videre forløpet bare skal knyttes til forsvarlighetskravet, stiller pasienten etter deres vurdering svakere.

Mental Helse støtter forslaget, men skulle ønske at departementet la opp til de nødvendige større justeringene som har vært diskutert over tid. Det burde i tillegg vært gjort ytterligere grep for å sikre at pasienter får et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid.

Statens helsetilsyn støtter valget av modell A, men mener likevel at bortfall av skillet mellom rett til utredning og rett til behandling kan svekke rettighetene til den pasientgruppen som i dag får sin rett knyttet til start av behandling. Helsetilsynet mener at dette bør kompenseres med tiltak som kan sikre at behandling blir iverksatt innen forsvarlig tid. Helsetilsynet mener for øvrig at modellen slik den fremstår i forslaget, har for få elementer av endring til at den vil bidra til bedre sikring av forsvarlige pasientforløp. Helsetilsynet ser derfor frem til at det arbeides videre med regelverket og med andre tiltak for å styrke pasientenes rettigheter.

Fem instanser går imot forslaget. Dette er *Senior Norge, Kreftforeningen, Den norske legeforeningen, Den Norske Advokatforeningen* og *Helse Stavanger HF*. Sentrale argumenter mot forslaget er at det mangler et mer helhetlig forslag for hele pasientforløpet, at det enkeltstående forslaget svekker pasientenes rettigheter, at forslaget ikke vil avhjelpe utfordringene i praksis, men bidra til å svekke de formelle pasientrettighetene ytterligere, samt at forslaget vil svekke forutberegnelighet, trygghet og etterprøvbarehet/kontrollmulighet for pasientene.

Kreftforeningen mener at forslaget om bare å videreføre dagens modell, men oppheve skillet mellom frist til utredning og behandling, må legges til side av flere grunner. Ut ifra høringsnotatet mener Kreftforeningen at det fortsatt er uklart hvor

i pasientforløpet pasienter har størst behov for en bindende frist for å settes i stand til selv å kunne hevde sin rett til forsvarlig helsehjelp, hvis spørsmålet kommer på spissen. Den fristen må settes ut ifra behovet for pasientens rettssikkerhet.

Den norske legeforeningen støtter ikke en isolert opphevelse av skillet mellom frist til utredning eller behandling. Legeforeningen støtter intensjonene og de beskrevne målene med forslaget, men kan ikke se at forslaget vil ha ønsket effekt. Legeforeningen er bekymret for at departementet har tatt ut ett element av Helsedirektoratets modell A uten å ta hensyn til øvrige forutsetninger og tror at forslaget vil kunne bidra til å forsterke svakhetene som følger av dagens praksis, og svekke pasientens rettigheter.

Legeforeningen uttaler blant annet følgende:

«Legeforeningen støtter i utgangspunktet å oppheve skillet mellom rett til utredning og behandling. Selv om det tilsynelatende innebar en forsterket rett til utredning, ble retten til behandling for rettighetspasienter svekket. Bestemmelsen har ikke fungert, og har ikke vært av reell betydning for pasientene.

Det forutsetter imidlertid en grundigere, mer helhetlig utredning. Det bør være avklart hvordan det skal sikres at ulempene med modellen avhjelpest slik at pasientenes samlede juridiske rettigheter til helsetjeneste i realiteten ikke svekkes. Departementet foreslås i realiteten en deregulering, men uten en plan for hvordan denne dereguleringen skal kompenseres. I direktoratets beskrivelse av modell A er det f.eks. foreslått supplert med målinger, forløpsplan og utskrivningsattest. Slike kompenserte tiltak må være på plass før bestemmelsen kan endres. Endringen må også sees i et mer helhetlig perspektiv. Herunder bør det vurderes hvordan pasientene kan settes bedre i stand til å faktisk få oppfylt sine juridiske rettigheter.»

....

«Endringene skapte et betydelig press på tjenesten, og spesialisthelsetjenesten tilpasset underretningsplikten ved i økende grad å kategorisere pasientene som uavklart, med rett til utredning, i strid med lovgivers intensjon. Betydelig færre ble gitt rett til behandling, og for de som fikk rett til behandling ble rettigheten anført som innfridd ved første konsultasjon, i strid med regelverket.

Dette svekket pasientens reelle rettigheter bl.a. fordi;

- pasienter som skulle vært gitt rett til behandling gis rett til utredning, og

- pasienter som gis rett til behandling tas av venteliste ved første konsultasjon

Dette innebærer;

- de angitte ventetidene henger i liten grad sammen med reell ventetid til prosedyrestart, slik at pasienten ikke kan treffe opplyste valg, og nyttiggjøre seg ordningen med fritt sykehusvalg,
- at fristbruddsordningen ikke fungerer etter intensjonen,
- at ventetids- og fristbruddsordningen ikke er pålitelig, og beslutningstakere får oppgitt feil styringsinformasjon,
- at en rekke pasienter tas inn til en ekstra vurdering i forkant av egentlig oppstart

Departementets presenterte forslag innebærer at praksisen som har utviklet seg i spesialisthelsetjenesten etter endringene i 2013, nå gjøres lovlig. Vi kan derfor ikke se at forslaget vil avhjelpe noen av utfordringene i praksis, men bidra til å ytterligere svekke de formelle pasientrettighetene, uten at det er på plass de forutsetningene som skal sørge for at pasientene får god og forsvarlig helsehjelp fra rett kompetanse til rett tid, uten unødvendig venting.»

Det bemerkes at når Legeforeningen viser til «endringene» innledningsvis i det fjerde siterte avsnittet, sikter de til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven i 2013.

Den Norske Advokatforeningen understreker at man med forslaget beveger seg enda lenger bort fra Stortingets opprinnelige forutsetninger ved innføringen av frister for utredning og behandling. Forutsetningene var å få opp tempo på utredningene og at utredningsfristen skulle brukes til å avklare tilstanden slik at pasienten kunne få en frist for selve behandlingen. Advokatforeningen uttaler videre:

«Det som i stedet nå skjer er at man først har redusert fristen for utredning fra 30 til 10 dager. Dette ser jo isolert sett ut som en positiv ting, men innebærer i praksis ingen mulighet til å avklare tilstanden i løpet av fristen, slik Stortingets forutsetning var. Denne endringen medførte antakeligvis at mange som kunne fått sin tilstand avklart og dermed en behandlingsfrist knyttet til selve behandlingen, likevel ikke fikk det. Nå tar man enda et skritt bort fra dette ved å helt fjerne ambisjonen om å avklare tilstanden i løpet av vurderingsfristen, og det er ikke lenger noen som får en juridisk frist for selve behandlingen. Det er da ingenting igjen av det opp-

rinnelige formålet med innføring frister for vurdering og behandling, og sammenlignet med det opprinnelige formålet står man igjen med en ganske «puslete» rettighet for pasientene.»

Advokatforeningen uttaler blant annet også:

«Advokatforeningen har vanskelig for å se at den foreslåtte endring løser sakens kjerne – nemlig at helsehjelp i alle tilfelle må bero på et konkret faglig skjønn. Og dermed vil potensialet for variasjon og ulik vurdering fortsatt være tilstede med samme styrke. Forslaget adresserer heller ikke det antatt største problemet; potensiale for ulik skjønnsutøvelse med hensyn til spørsmål om pasienten innrømmes rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisttjenesten, eller ikke.

Det som foreslås er å frata pasienter som vurderes «avklart» rett til frist for behandling. I høringsutkastet s. 50 er det vist til NPR sine data i rapport fra 2018, hvor det fremgår at 20 % av nyhenviste pasienter vurderes som «avklart». Antatt er dette pasienter som i dag får en juridisk frist for behandling. Advokatforeningen oppfatter ut fra dette at ca. 20 % av nyhenviste pasienter vil få redusert sine rettigheter med lovforslaget.

Advokatforeningen mener dette er et skritt i feil retning. Det rimer dårlig med tendensen man ellers har hatt og har på velferdsrettens område, hvor etablering av juridiske rettigheter er et foretrukket virkemiddel. Som eksempel vises til forslag til ny barnevernlov, hvor tildeling av juridiske rettigheter til barn er en fanesak.

Det rimer også dårlig med pasient- og brukerrettighetslovens formål, nemlig å sikre brukere lik tilgang til tjenester av god kvalitet, ved å gi dem rettigheter jf. § 1-1.»

...

«Samlet sett er det Advokatforeningens opplevelse at forslag til endring av § 2-2 annet ledd antagelig er egnet til å skape handlingsrom og fleksibilitet for helsetjenesten. Og at det langt på veg kodifiserer praksis som har utviklet seg over tid. Advokatforeningen er ikke i tvil om at intensjonen med dette er god – og har tillit til at spesialisthelsetjenesten vil ønske å bruke frigjorte ressurser til å gi enhver pasient rett helsehjelp til rett tid.

Advokatforeningen deler imidlertid ikke departementets optimisme med hensyn til at målsettingene vil bli realisert med bruk av de virkemidler som foreslås.

Advokatforeningen mener forslaget slik det fremstår vil svekke forutberegnelighet, trygghet, etterprøvbarhet/kontrollmulighet for pasienten.»

Helse Stavanger HF uttaler følgende:

«I høringsrapporten foreslår HOD å gå for modell A som vil være den modellen som gir minst omlegging og er enklest å gjennomføre i praksis. På lengre sikt vil HOD vurdere de andre modellene og andre forslag mer nøye hvor man vil legge vekt på hele pasientforløpet, ikke kun på oppstart av helsehjelpen. Helse Stavanger vil ikke omgående støtte HOD sitt forslag for modell A på bakgrunn av likhet av nåværende modell som derfor ikke umiddelbart vil gi bedre pasientbehandling. Helse Stavanger vil derfor heller argumentere for modell B eller C selv om dette er mer ressurskrevende. Som en helhetsvurdering mener Helse Stavanger det er bedre å bruke god tid på å utrede og senere iverksette ny modell enn å velge en ny modell utelukkende av ressurs- og iverksettingshensyn.»

4.4.3 Forslaget om at kriteriene for retten til nødvendig helsehjelp skal følge av pasient- og brukerrettighetsloven

Så godt som alle instansene støtter forslaget om at kriteriene for retten til nødvendig helsehjelp også skal fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven.

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) støtter også forslaget, men mener at også det tredje prioriteringskriteriet må tas med, at retten til nødvendig helsehjelp er avhengig av behovet for tjenesten/alvorligheten.

Mental Helse støtter intensjonen bak forslaget siden det i hovedsak er en presisering. Derimot uttrykker de bekymring for at ressursbruk og nytteverdi fremkommer mer sentralt enn pasientenes behov for hjelp. Kvaliteten i psykiske helsetjenester kan ofte være vanskelig å definere og måle. Den er vanskelig å definere fordi de som har behov for tjenestene ofte har forskjellige behov og har ulik oppfatning av hva som er god hjelp. Tradisjonelt sett måles kvalitet ut fra kvantitative målinger som sier lite om opplevd kvalitet.

Kreftforeningen er enig i at prioriteringsforskriften § 2 første ledd bør fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven, idet dette er svært viktige bestemmelser som det må være lett å finne frem til både for pasienter og helsepersonell.

Den Norske Advokatforeningen støtter lovfestingen idet sentrale momenter som ligger til grunn for spesialisthelsetjenestens prioriteringer bør fremgår av loven. Advokatforeningen savner imidlertid en sterkere tydeliggjøring av at det er en «nedre grense», en minstenorm, som

spesialisthelsetjenesten ut ifra kravet til faglig ansvarlighet ikke kan gå under ved kost-nyttevurderingen. Dette kommer ikke direkte til uttrykk i bestemmelsen, og burde ha vært kommunisert bedre.

5 Ordninger og tiltak som bidrar til forbedring av pasientforløpene

5.1 Innledning

Å sikre gode pasientforløp er et av regjeringens viktige mål for å styrke vår felles helsetjeneste. Folkehelseinstituttet og KS omtaler gode, helhetlige og funksjonsbaserte pasientforløp på følgende måte: «I slike pasientforløp samhandler og kommuniserer de ulike tjenestene innen kommune- og spesialisthelsetjenesten med hverandre på en slik måte at brukeren eller pasienten opplever et helhetlig tilbud.» De oppstiller videre noen mål for gode pasientforløp. Helsedepartementet viser på sin side til helhetlige pasientforløp, som defineres som «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode». Direktoratet lister i tillegg opp følgende som kjennetegn ved helhetlige pasientforløp: kontinuitet, samarbeid, sømløshet, pasientsentrert og informasjonsdrevet.

Departementet legger til grunn at et pasientforløp er en kronologisk beskrivelse av helsetjenestens håndtering av pasientens aktuelle helseproblem, fra første til avsluttende siste kontakt med helsetjenesten om helseproblemet. Gode pasientforløp sikrer pasienter helsehjelp av god kvalitet til rett tid og kjennetegnes ved at de er pasientsentrerte, sammenhengende uten unødig ventetid og samordnede og helhetlige på tvers av de aktuelle tjenestene.

I gode pasientforløp opplever pasienten:

- å motta trygg og virksom helsehjelp,
- at helsehjelpen er samordnet,
- å få innflytelse og mulighet til å medvirke med bruk av kompetanse om egen helse og livssituasjon og
- å få god informasjon og å oppleve forutsigbarhet.

Lovendringene som foreslås i denne proposisjonen vil ikke alene være tilstrekkelige til å nå målet om å sikre gode pasientforløp. Forslagene til lovendringer må sees i sammenheng med andre tiltak som også skal bidra til dette.

Regjeringen tar sikte på å legge frem stortingsmeldingen *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* innen utgangen av 2023. Denne meldingen vil omfatte arbeidet med å videreutvikle både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og et sentralt mål med meldingen vil være å bidra ytterligere til gode pasientforløp. I arbeidet med meldingen vil det bli sett på bredden av utfordringer som hindrer gode pasientforløp, blant annet utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen. For å adressere de utfordringene som blir identifisert vil departementet vurdere alle relevante virkemidler, herunder regulering, finansiering, styring, organisering, digitalisering, faglig normering/råd, kompetansetiltak, mv.

Samtidig er det slik at det over lang tid har pågått viktig arbeid for å forbedre pasientforløpene. Nedenfor følger en beskrivelse av viktige tiltak som bidrar til, eller skal kunne bidra til, gode pasientforløp.

5.2 Nasjonale pasientforløp og pakkeforløp

Nasjonale pasientforløp og pakkeforløp er standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvars plassering og konkrete forløpstider. I 2022 ble benevnelsene for dette endret, slik at begrepet pakkeforløp etter dette skal brukes om pasientforløp innen hjerneslag samt utredning, behandling og oppfølging av kreft, mens nasjonale pasientforløp skal brukes om pasientforløp på andre områder. Målet med de standardiserte forløpene er å bidra til at pasientene får utredning og start av behandling til rett tid.

Helsedirektoratet skal også lage nasjonale pasientforløp for smertetilstander og for utmattelsestilstander.

Det er for hvert forløp lagt inn normerte forløpstider for tiden fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten til pasientens første frammøte i

spesialisthelsetjenesten, til klinisk beslutning og til start av behandling. Forløpstidene varierer mellom forløpene.

Måloppnåelsen for hvert nasjonalt pasientforløp/pakkeforløp og for hvert helseforetak er innarbeidet i de nasjonale kvalitetsindikatorene. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene våre. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og baserer seg på rammeverket til OECDs Health Care Quality and Outcomes programme (HCQO)

Når det gjelder pakkeforløpene for kreft, er de nasjonale målsettingene at minimum 70 prosent av alle kreftpasienter skal være inkludert i pakkeforløp og at minimum 70 prosent av alle pasientene skal starte behandling innen maksimal forløpstid, beregnet fra henvisningen ble mottatt i spesialisthelsetjenesten. På landsbasis i 2021 ble 72,1 prosent av pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innenfor maksimal forløpstid.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus, som nå har fått betegnelsen nasjonale pasientforløp, ble innført i 2019. I tråd med Hurdalsplattformen er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å gjøre endringer som skal bidra til bedre tilpassede løsninger i disse pasientforløpene.

De nasjonale pasientforløpene beskriver hele forløpet i spesialisthelsetjenesten fra henvisning til utskriving til kommunale helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning er helt sentralt i disse pasientforløpene. Pasienten skal involveres i å lage behandlingsplan og skal kunne gi tilbakemelding underveis, slik at behandlingen kan justeres om nødvendig. Pasientforløpene stiller også krav til samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.3 Veiledning om helhetlige pasientforløp

Helsedirektoratets nasjonale veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov inneholder i kapittel 8 veiledning om helhetlige pasientforløp. Den omfatter blant annet veiledning om hva helhetlige pasientforløp er og hva som kjennetegner slike pasientforløp, hvordan kommuner kan identifisere pasient- og brukergrupper hvor det er hensiktsmessig å utvikle helhetlige pasientforløp samt strukturer og verktøy for helhetlige pasientforløp.

5.4 Bedre henvisningsprosesser og styrket helsefaglig samarbeid

5.4.1 Innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog

Henvisningsprosessen har stor betydning for det videre pasientforløpet. Det forhold at det er ulike oppfatninger, både om hva som er relevant og nødvendig informasjon og om hvilke pasienter som bør henvises, er utfordrende for samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

For å forbedre dialogen mellom helsepersonell og øke kvaliteten på henvisningsprosessen pågår det arbeid med å innføre nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog. Disse standardene er etterspurt i sektoren, og fra 1. juli 2022 ble det obligatorisk å benytte den nye standarden for «henvisning ny tilstand», jf. forskrift 1. juli 2015 nr. 853 om standarder og nasjonale e-helseløsninger (forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger). De nye standardene skal understøtte krav i lov, forskrift og veiledere, og bidra til bedre ivaretagelse av pasientens rettigheter i forbindelse med henvisningsprosessen. Standard for helsefaglig dialog skal benyttes ved behov for avklaring av helsefaglige spørsmål, for eksempel nå fastlegen har behov for råd før en henvisning sendes, eller når spesialisthelsetjenesten har behov for tilleggsinformasjon om en mottatt henvisning.

Elektronisk meldingsutveksling, slik som oversendelse av henvisninger og helsefaglig dialog, er den viktigste samhandlingsløsningen i helse- og omsorgssektoren i dag. Den elektroniske meldingsutvekslingen går ut på at det sendes krypterte, standardiserte meldinger mellom de ulike journalsystemene. Antall meldinger som sendes elektronisk i Norge øker hvert år. Meldingene erstatter på flere områder telefon, brev og faks, og forenkler og forbedrer dialogen mellom helsepersonell.

5.4.2 Vurderingssamtaler og annet samarbeid om inntak

I Hurdalsplattformen står det at regjeringen vil sette et mål om å gi alle som er henvist til psykisk helsevern muligheten til en vurderingssamtale. De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 startet med å legge til rette for dette i psykisk helsevern for barn og unge. Dette innebærer blant annet at det som hovedregel ikke skal gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, og at spesialist-

helsetjenesten og kommunene samarbeider for å finne riktig hjelp på riktig nivå for det enkelte barn.

Mange helseforetak har jobbet lenge med ulike modeller for å styrke dialogen før eller ved henvisning for å sikre riktig hjelp på riktig nivå. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av erfaringer med de ulike modellene omtale ordningen nærmere i den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse.

De regionale helseforetakene har arbeidet med mål om å etablere felles henvisningsmottak for sykehusenes poliklinikker og avtalespesialistene (psykologer og psykiatere) innen utgangen av 2022. Ved å etablere felles henvisningsmottak skal fastlege/henviser henviser alle pasienter med behov for utredning og behandling innen psykisk helsevern til ett sted. Der vil henvisningen bli vurdert, og de som har rett til helsehjelp vil få dette hos en avtalespesialist eller ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS).

5.4.3 Nærmere om samarbeid mellom leger fra spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten

Flere steder i landet er det etablert arenaer hvor leger fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan møtes og drøfte blant annet forventninger til utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Eksempler på dette er Møteplass Møre og Romsdal og Møteplass Oslo. Slike møteplasser og andre samarbeidsarenaer kan også utarbeide standarder for faglig innhold i henvisninger og epikriser. Det er for eksempel laget veiledning for henvisning av kvinner til gynekologisk undersøkelse og for henvisning av barn til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Slike faglige veiledninger kan sikre riktig prioritering av henviste pasienter og medvirke til gode pasientforløp.

Det er også etablert en praksiskonsulentordning som har som overordnet mål å bedre samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. En praksiskonsulentavtale legger grunnlag for inngåelse av avtaler med allmennleger om å arbeide deltid i spesialisthelsetjenesten som konsulent eller ansatt, for å fremme samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det finnes både praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter. En praksiskoordinator har ansvaret for helseforetakets praksiskonsulentordning, og kan ha ansvar for flere enheter innen samme helse-

foretak. Praksiskoordinatoren er knyttet til ledelsen i helseforetaket og rapporterer til denne. Praksiskonsulenten er tilknyttet helseforetaket og underlagt praksiskoordinatorens ledelse. Praksiskonsulenten skal arbeide på overordnet systemnivå og bidra i avdelingens arbeid med utviklingen av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket.

5.5 Helsefelleskap

Som oppfølging av Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og en samarbeidsavtale mellom Regjeringen Solberg og KS fra 2019, er det etablert helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak. Det skal etableres til sammen 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de 19 eksisterende helseforetaksområdene.

Målet med helsefelleskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak, sammen med representanter for brukere og lokale fastleger, planlegge og utvikle gode tjenester. Det er pekt på fire pasientgrupper som det skal prioriteres å utvikle gode tjenester til: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Helsefelleskapene skal blant annet bidra til en tydeligere samarbeidsstruktur, bedre felles planlegging, økt samordning og bedre beslutningsprosesser.

5.6 Bedre felles planlegging mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten – krav til samarbeidsavtaler

Kommunen er pålagt å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.

Minimumskravene til hva avtalen skal inneholde følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Disse kravene er med på å sikre nødvendig samhandling mellom kommuner og helseforetak.

Ved lovendring av 18. juni 2021 ble det innført et nytt krav i § 6-2 punkt 12 som trådte i kraft 1. august 2022. Kravet innebærer at avtalen må inneholde en konkret beskrivelse av hvordan kommunene og helseforetakene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene. Formålet med kravet er å bidra til bedre felles planlegging for å sikre sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Innføringen av kravet har sammenheng med etableringen av helsefelleskapene, som er omtalt ovenfor under punkt 5.5, og vil ta utgangspunkt i eksisterende strukturer og avtalen om samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Samarbeidsavtalenes nye krav om konkret beskrivelse av hvordan kommunene og helseforetakene skal utvikle og planlegge tjenestene vil være et sentralt tema for samarbeidet i helsefelleskapene.

5.7 Læringsnettverk for gode pasientforløp

KS har siden 2014 drevet nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet. Formålet med disse læringsnettverkene er å støtte kommunene og helseforetakene i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet og å sikre brukernes behov gjennom helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Gjennom læringsnettverkene får kommuner og helseforetak råd og veiledning til å arbeide systematisk med pasientforløp og dokumentere effekten for brukerne.

Læringsnettverk er også en arena for gjensidig læring og bidrar med faglig påfyll og verktøy for forbedringer. Nettverkene stimulerer til spredning av forskning, utvikling av kunnskap og bygging av kompetanse, samt forbedring av kvalitet på tvers av fagområder og profesjoner. Tiltaket er forankret i avtalen mellom regjeringen og KS om gjennomføring av kvalitetsreformen for eldre Leve hele livet og i Kompetanseløft 2025.

Vedtaket om å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp med tilskudd for perioden 2020 – 2022, har på grunn av pandemien blitt forlenget ut 2023. Målet for denne perioden er at alle landets kommuner og helseforetak skal få tilbud om å delta i læringsnettverkene.

Læringsnettverkene har bidratt til økt bevissthet og satsing på mer personsentrerte helse- og omsorgstjenester. De har gitt svært gode resultater og gevinster for pasienter og pårørende og utgjort en reell forskjell i tjenestene.

5.8 Digitale løsninger for pasientoppfølging og samhandling

Gode pasientforløp forutsetter at riktig og tilstrekkelig informasjon følger pasientene ved henvisninger, innleggelse og utskriving. Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på og bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Regjeringen har som mål å videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene og legge til rette for at det innføres pasientjournalssystemer som gir sømløse overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Digitale løsninger kan understøtte samhandling mellom helsepersonell og styrke pasientenes og pårørendes mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg.

Bedre journal- og samhandlingsløsninger er en forutsetning for å kunne gi best mulig helsehjelp. Opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk må følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Det pågår et arbeid i alle deler av helse- og omsorgstjenesten med å bedre journalløsningene. Modernisering av journalløsningene vil bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen og skal gjøre det enklere å ta i bruk nasjonale løsninger for digital samhandling, slik at helsepersonell får tilgang til nødvendig og relevant informasjon uavhengig av hvor pasienten tidligere har fått behandling.

For å møte utfordringene med en fragmentert helsetjeneste, har staten på utvalgte områder etablert nasjonale e-helseløsninger. De nasjonale e-helseløsningene helsenet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no bidrar til sammenheng og helhet, ved at helsepersonell får enklere tilgang til nødvendig informasjon samtidig som innbyggerne får tilgang til enkle og sikre digitale tjenester.

For å dekke behovene for helhetlige tjenester framover er det nødvendig å ta i bruk nye samhandlingsformer og ny funksjonalitet på flere områder. Arbeidet med digital samhandling, inkludert effektiv deling av dokumenter og en felles legemiddeloversikt (pasientens legemiddeliste), er høyt prioritert.

5.9 Videreutvikling av statistikk og annen styringsinformasjon

I punkt 3.10 omtales nasjonal ventelistestatistikk fra Norsk pasientregister (NPR) og annen relevant nasjonal statistikk om pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. I tillegg publiserer Helsedirektoratet blant annet tall for de nasjonale kvalitets-

indikatorerne tertialvis og årlig. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for å forvalte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Indikatorer og annen statistikk er sentrale styringsverktøy på alle nivå i helsetjenesten. Enkelte nasjonale indikatorer (f.eks. gjennomsnittlig ventetid og passert planlagt tid) har tilknyttede måltall og inngår i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Andre indikatorer (f.eks. mange av de nasjonale kvalitetsindikatorer) har nasjonale definisjoner og publiseres for hele landet, men uten at det er knyttet nasjonale mål eller styring til dem.

Formålet med indikatorer er først og fremst at helse- og omsorgstjenesten skal bruke resultatene til sammenlikning av virksomhet, som grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. Videre inneholder indikatorer viktig informasjon til pasienter og offentligheten for øvrig. I tillegg til indikatorer som publiseres nasjonalt, har mange av helseforetakene også lokale løsninger for styringsinformasjon, som er tilpasset til og rettet mot deres lokale virksomhetsstyring.

Helsedirektoratet har de seneste årene jobbet med å etablere styringsinformasjon for helsefelleskapene og å videreutvikle styringsinformasjonen om den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder allmennlegetjenesten. Dette utviklingsarbeidet skal fortsette. Videreutvikling av statistikk og styringsinformasjon kan omfatte både utvikling av nye indikatorer og videreutvikling av eksisterende indikatorer. Det er et grunnleggende mål å ikke øke rapporterings- og registreringsbyrden i tjenesten. Bruk av eksisterende målepunkter og registreringer vektlegges derfor i arbeidet med å forbedre pasientforløpene.

5.10 Videreutvikling av finansieringsordningene

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del (innsatsstyrt finansiering).

Innsatsstyrt finansiering (ISF) skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. ISF videreutvikles løpende for at ordningen skal understøtte sammenhengende pasientforløp, bruk av ny teknologi og andre nye og effektive måter for organisering av tjenestetilbudet. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for å forvalte og videreutvikle ordningen med ISF, i samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene. De senere årene har det vært lagt vekt på at ordningen gjøres mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Finansieringen bør i størst mulig grad være arena-, teknologi- og helsepersonellnøytral av hensyn til likeverdig tjenesteinnhold, og ISF skal blant annet bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i spesialisthelsetjenesten og at tjenester i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.

Hvordan finansieringsordningene i enda større grad kan understøtte sammenhengende pasientforløp vil være et tema i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan som er omtalt under punkt 5.1.

ISF-andelen for somatikk er redusert fra 50 til 40 prosent fra 2023. Gjennom økt rammefinansiering vil de regionale helseforetakene bli gitt økt strategisk handlingsrom, og det kan bli økonomisk enklere for sykehusene å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF.

6 Departementets vurderinger og forslag

6.1 Forslag om endringer i pasientens rett til nødvendig helsehjelp og et forsvarlig pasientforløp

6.1.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesten må jobbe kontinuerlig for å sikre best mulige pasientforløp. I tilknytning til den løpende ytelsen av helsetjenester, hvor kryssende hensyn skal ivaretas, kan både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten oppleve det krevende å sikre hver enkelt pasient et best mulig pasientforløp. Departementet er derfor opptatt av at virkemidlene som benyttes for å oppnå gode pasientforløp er de som på best mulig måte bidrar til å understøtte helse- og omsorgstjenestenes arbeid for å oppnå dette.

I arbeidet med å oppnå gode pasientforløp i spesialisthelsetjenesten er det ikke tilstrekkelig å basere seg kun på rettslige virkemidler. Det er i tillegg nødvendig å se på hvordan andre virkemidler kan bidra til best mulig pasientforløp. Når det gjelder anvendelsen av rettslige virkemidler mener departementet videre at det ikke nødvendigvis er mer detaljregulering eller ytterligere rettighetsfesting som er svaret. Det kan tvert om stilles spørsmål ved om enkelte sider ved dagens detaljerte regulering i starten av pasientforløpet bidrar til en uheldig kompleksitet og uklarerhet. Det kan også stilles spørsmål ved om vi har en regulering som svekker i stedet for styrker mulighetene for å etablere og sørge for best mulig pasientforløp i spesialisthelsetjenesten.

6.1.2 Bakgrunn

6.1.2.1 *Utfordrende å få oversikt over og lik forståelse av rettighetene*

For at pasientenes rettigheter knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten skal kunne ivaretas på en god måte for den enkelte og en likeverdig måte mellom pasienter, er det viktig at både pasientene og personellet i spesialisthelsetjenesten, har oversikt over rettighetene og har en lik forståelse av hva de omfatter.

Dagens pasientrettigheter knyttet til pasientforløp i spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og § 2-2. For å få oversikt over pasientenes rettigheter og spesialisthelsetjenestens korresponderende plikter og å forstå hva de omfatter, må de to relativt omfattende bestemmelsene leses nøye og i sammenheng.

Det følger av bestemmelsene at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få en vurdering innen ti virkedager av om helse-tilstanden medfører at de har rett til nødvendig helsehjelp. Og dersom de har rett til nødvendig helsehjelp, så har de rett til å få fastsatt en frist for når helsehjelpen senest skal gis og et tidspunkt innenfor denne fristen for når helsehjelpen i form av enten utredning eller behandling skal settes i gang. For spesialisthelsetjenesten medfører dette at den innen ti virkedager etter mottak av henvisningen og på grunnlag av henvisningen skal:

- vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og ved positivt utfall av denne vurderingen:
 - sette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest skal påbegynnes, og
 - sette et tidspunkt for når helsehjelpen i form av enten utredning eller behandling skal starte opp, som ligger innenfor fristen for når helsehjelpen senest skal påbegynnes.
- informere pasienten om utfallet av vurderingen, hvilken frist som er satt for når helsehjelpen senest skal påbegynnes og hvilket tidspunkt som er satt for oppstart av helsehjelpen i form av utredning eller behandling.

Brudd på fristen for rett til nødvendig helsehjelp (fristbrudd) oppstår når pasienten ikke får oppstart av utredning eller behandling innen den fristen som er fastsatt for når helsehjelpen senest skal påbegynnes.

Helseforetakene har en plikt til å melde til Helfo om fristbrudd og forventede fristbrudd (tilfeller der behandlingsstedet er klar over at det ikke vil kunne gi pasienten et tilbud om helsehjelp innen fristen).

Helfo skal i slike tilfeller så snart som mulig skaffe pasienten et tilbud om å påbegynne utredningen eller behandlingen ved et annet behandlingssted. Utredningen eller behandlingen ved det alternative behandlingsstedet skal dekkes av det regionale helseforetaket som fortsatt har ansvaret for å tilby pasienten spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og § 5-2.

Dagens pasientrettigheter knyttet til pasientforløp i spesialisthelsetjenesten kan fremstå som vel kompliserte og vanskelig tilgjengelige. Det kan i seg selv bidra til at det blir utfordrende både for pasientene og personellet i spesialisthelsetjenesten både å få oversikt over og få lik forståelse av hva de innebærer. Dette gjelder blant annet med hensyn til hva som skal skje innenfor spesialisthelsetjenestens vurderingsfrist på ti virkedager, hvordan spesialisthelsetjenesten skal vurdere om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, hvordan frister og tidspunkter for oppstart av helsehjelpen skal settes og når helsehjelpen skal ansees å være påbegynt. For personellet i spesialisthelsetjenesten kan imidlertid prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne, som skal være en beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten og gi råd om vurdering og fristfastsettelse, bidra til å redusere utfordringene, se punkt 3.6.2.

Flere av høringsinstansene har påpekt at selve reguleringen av pasientrettighetene er en utfordring. Det vises i denne sammenheng til *Den Norske Advokatforeningen* som blant annet uttaler at:

«Advokatforeningen vil på generelt grunnlag bemerke at strukturen i lovverket og de aktuelle lovtekstene fra før er noe uheldig utformet, og med et innhold som gjør reglene lite tilgjengelig for brukerne. Forslag til lovendring avhjelper ikke dette, snarere tvert imot. Det er vanskelig å se at forslagene bidrar til forenkling av regelverket sett fra pasientens side.

Advokatforeningen mener man ved revisjon av bestemmelsene nå, kunne ha forsøkt å rydde litt opp i struktur – rekkefølge – på bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2.

Det vises til at kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven starter med opphevet bestemmelse § 2-1. Deretter følger § 2-1 a om rett til nødvendig helsehjelp fra kommune. Så kommer bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i § 2-1 b. Deretter er man tilbake i kommunal helse- tjeneste, med regulering av rett til fastlege (§ 2-1 c), rett til brukerstyrt assistanse (§ 2-1

d), rett til sykehjem (§ 2-1 e), ikke iverksatt bestemmelse om rett til tannhelse (§ 2-1 f). Etter dette følger regulering av rettighet i spesialisthelsetjenesten, ved vurderingsgarantien i § 2-2. Dette representerer en unødig tungvint oppbygning, som skaper lite sammenheng. Av hensyn til befolkningen som kan hende vil forsøke å lese loven selv, kan det enkelt avhjelpest.

Advokatforeningen mener de aktuelle lovbestemmelsene allerede er krevende utformet slik de er. Innholdet er vanskelig tilgjengelig for befolkningen. De blir ikke bedre med lovendringsforslagene. Advokatforeningen mener det bør forsøkes å forenkle ordlyden, slik at innholdet blir mer tilgjengelig for befolkningen.

Advokatforeningen foreslår at det ved anledningen foretas en enkel strukturendring av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, slik at bestemmelser om rettigheter i spesialisthelsetjenesten samles.»

Det vises også til *Kreftforeningen* som blant annet uttaler:

«Et hovedproblem med loven i dag er at den i liten grad forstås av de som primært skal bruke loven; pasientene og helsepersonell. Loven inneholder mange uklare og vage bestemmelser som gir rom for ulike og kreative tolkninger, og lovverket er svært vanskelig å finne frem i.»

På tross av at det har vært gjennomført en rekke opplæringstiltak, viser det seg at praksis opp mot pasientrettighetene knyttet til pasientforløp i spesialisthelsetjenesten varierer i uønsket grad. Funnene i Helsedirektoratets rapport fra mai 2017, *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten IS-2626* avdekket uønsket variasjon i vurderingspraksis, både med hensyn til om en pasient skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp og med hensyn til om tidspunktet for oppstart av helsehjelp skal settes i form av tidspunkt for utredning eller behandling. Og selv om man ser resultater av arbeidet med prioriteringsveilederne, er det vanskelig å komme bort fra at lovbestemmelsen har innført et komplisert skille som er vanskelig å forstå og praktisere for det enkelte helsepersonell.

Både for at pasientene skal kunne forstå hvilke rettigheter de har og kunne ivareta dem, samt at spesialisthelsetjenesten skal kunne ivareta pasientene på en god og likeverdig måte, bør rettighetene ikke være mer kompliserte enn nødven-

dig. Jo enklere og klarere rettighetene og reguleringen av dem er, jo enklere er det å ivareta rettighetene på en god måte overfor den enkelte pasient og på en likeverdig måte mellom pasienter, både på regionalt og nasjonalt nivå.

For mange detaljerte rettighetsbestemmelser som skal regulere et pasientforløp kan dessuten ta oppmerksomheten vekk fra helsepersonellens primæroppgave, som er å yte helsehjelp. For mange detaljerte rettighetsbestemmelser kan medføre at helsepersonell bruker uhensiktsmessig mye tid og ressurser på å ikke trå feil i det juridiske landskapet på bekostning av mer tid til å yte helsehjelpen.

6.1.2.2 *Kravet om tidspunkt for enten utredning eller behandling er utfordrende og kompliserende*

Det som i særlig grad har vist seg å være både utfordrende og kompliserende, er retten til å få fastsatt et tidspunkt for oppstart av enten utredning eller behandling, innenfor den fastsatte fristen for rett til nødvendig helsehjelp. Retten innebærer at det skal settes et tidspunkt for oppstart av utredning dersom det innenfor vurderingsfristen på ti dager vurderes at pasienten har en uavklart tilstand, mens det skal settes et tidspunkt for oppstart av behandling dersom det vurderes at pasienten har en avklart tilstand.

Funnene i Helsedirektoratets rapport fra mai 2017, *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten IS-2626* viste at for dem som skal vurdere henvisningene kan det særlig være vanskelig å konkludere entydig på om det skal settes tidspunkt for oppstart av utredning eller tidspunkt for oppstart av behandling. Konklusjonen vil ofte avhenge av en skjønnsmessig vurdering og funnene viser at de som skal foreta vurderingen både kan ha ulik forståelse av hva regelverket krever og ulik praksis knyttet til kravene i regelverket.

Departementet vil i tilknytning til dette vise til sitatet fra høringsuttalelsen fra Vestre Viken HF under punkt 4.4.2. Av dette fremgår det blant annet at skillet mellom utredning og behandling ofte er uklart og gir tolkningsproblemer både for helsepersonell og pasient og at en opphevelse av skillet vil bety en forenkling som også vil lette kommunikasjonen med pasientene.

6.1.2.3 *Kravet om tidspunkt for enten utredning eller behandling kan gi uheldige insentiver*

Fristbrudd eller forventet fristbrudd oppstår dersom en pasient som har fått rett til nødvendig

helsehjelp ikke får eller kan forventes å få påbegynt utredningen eller behandlingen hos den spesialisthelsetjenesten pasienten er henvist til, innen fristen som er fastsatt for rett til nødvendig helsehjelp.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det frem til 2017 var en økning i andel pasienter som fikk satt tidspunkt for oppstart av utredning i stedet for oppstart av behandling. I 2017 ble 88 prosent av nyhenviste til spesialisthelsetjenesten vurdert til å ha en uavklart tilstand, med rett til tidspunkt for oppstart av utredning. Siden 2017 har denne andelen blitt redusert noe, og har ligget stabilt på om lag 80 prosent. I underkant av 20 prosent av nyhenviste pasienter har siden 2018 blitt vurdert til å ha en avklart tilstand, med rett til tidspunkt for oppstart av behandling.

Som der fremgår ovenfor, kan det i en del tilfeller, innenfor vurderingsfristen på ti dager og primært basert på henvisningen, være vanskelig å konkludere entydig på om tidspunktet for oppstart skal settes til oppstart av utredning eller oppstart av behandling. Samtidig kan det i en del tilfeller være større mulighet for spesialisthelsetjenesten til å oppfylle en tidlig frist for rett til nødvendig helsehjelp med oppstart av utredning enn oppstart av behandling. Og videre kan det i større grad oppstå en fare for fristbrudd dersom det i saker som ikke ubetinget fremstår som avklart settes et tidspunkt for behandling i stedet for utredning. Dersom det på tidspunkt for oppstart av behandling viser seg at situasjonen ikke er så avklart som antatt på vurderingstidspunktet, slik at det likevel er behov for å starte med utredning, kan det føre til fare for at behandlingen ikke kan starte opp innenfor den fastsatte fristen for å påbegynne helsehjelpen.

Det kan ikke utelukkes at det, ut ifra et ønske om å redusere ventetid og å unngå fristbrudd, er pasienter som i større grad enn det som er medisinsk nødvendig får et tidlig tidspunkt for oppstart av utredning i stedet for et senere tidspunkt for oppstart av behandling. Når pasienten deretter påbegynner utredningen ansees retten til nødvendig helsehjelp for innfridd slik at pasienten kan tas av ventelisten.

6.1.2.4 *Kravet om tidspunkt for enten utredning eller behandling gir utfordringer for ventelistestatistikken*

Forskrift om ventelisterregistrering pålegger institusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven å føre venteliste over pasienter som er registrert for henholdsvis undersøkelse og behand-

ling, jf. § 3 første ledd. Det følger videre av forskriften at det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Dersom pasienten har en slik rett, skal fristen for helsehjelpen også fremgå, jf. § 3 andre ledd.

Samtidig fremgår det av Helsedirektoratets rapport fra mai 2017, *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten IS-2626* at tilnærmet alle pasienter *tas av ventelisten* ved første kontakt med spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om de har fått tidspunkt for utredning eller tidspunkt for behandling og uavhengig av om den første kontakten medfører at retten til nødvendig helsehjelp blir oppfylt eller ikke. Utredningen viser samtidig til at om lag halvparten av pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten kun har én kontakt med spesialisthelsetjenesten og således ansees å ha fått oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp gjennom denne kontakten.

Helsedirektoratet beregnet i 2019 effekten av å oppheve skillet mellom utredning og behandling på gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp. Det vil si at de beregnet hva gjennomsnittlig ventetid ville ha vært dersom alle pasienter ble tatt av venteliste ved første kontakt. De anslo at den gjennomsnittlige ventetid for 2018 ville ha blitt redusert med under en halv dag. Dette tilsvarer en reduksjon i ventetiden på 0,6 prosent. Denne beregningen er ikke oppdatert siden 2019. Departementet legger til grunn at beregningen som ble gjort i 2019 er mer relevant enn en oppdatert beregning, fordi pandemien førte til vesentlige forstyrrelser i sykehusdriften i 2020 og 2021.

Dagens ventelistestatistikk er et nyttig verktøy for styring og oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Likevel medfører dagens praksis opp mot dagens regulering, at ventelistestatistikken ikke gir et helt presist bilde av den reelle ventetiden frem til retten til nødvendig helsehjelp blir oppfylt.

6.1.2.5 *Dagens regulering retter seg særlig mot oppstarten av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten*

Dagens pasientrettigheter for pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, knyttet opp mot frist for vurdering, frist for når helsehjelpen senest skal påbegynnes og tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling innenfor fristen for når helsehjelpen senest skal påbegynnes, innebærer at pasientrettighetene som gjelder pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten i særlig grad retter seg mot oppstarten av helsehjelpen.

For en vesentlig andel av pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten er det tilstrekkelig med kun én kontakt med spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene vil pasientrettighetene nevnt ovenfor gjelde hele pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil mange pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten komme inn i et lengre forløp hvor de mottar videre helsehjelp, enten fra samme eller en annen enhet, eller fra et annet helseforetak. For disse pasientene, som ofte har mer alvorlige og omfattende helseutfordringer, omfatter de ovenfor nevnte pasientrettighetene kun den innledende delen av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten.

Dagens pasientrettigheter som retter seg mot oppstarten av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten er viktige. Samtidig kan dagens regulering av dem medføre at det fremstår som om de omfatter mer av de lengre pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten enn de faktisk gjør (ikke bare oppstarten av helsehjelpen). I et lengre pasientforløp kan dagens regulering etter departementets syn videre medføre at oppstarten av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten får et for stort fokus relativt sett, på bekostning av behovet for å ha fokus på hele pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten.

6.1.3 **Departementets vurderinger og forslag**

6.1.3.1 *Innledning*

I arbeidet med å sikre gode pasientforløp mener departementet generelt at det bør være et mål å unngå ytterligere rettsliggjøring og å søke å forenkle og klargjøre dagens pasientrettigheter. I tråd med regjeringens satsing på tillitsreformen, der målet er å styre offentlig sektor basert på grunnleggende verdier som tillit, åpenhet og samarbeid, bør det også være et mål å minimere unødvendig byråkrati og administrasjon i spesialisthelsetjenestens arbeid med gode pasientforløp.

Pasientrettighetene bør være enklest mulig utformet samtidig som de gir pasientene nødvendige og tilstrekkelige rettslige garantier. De bør bidra til å gi pasientene likeverdige og gode pasientforløp som sikrer pasienter helsehjelp av god kvalitet til rett tid, og som kjennetegnes ved at de er pasientsentrerte, sammenhengende uten unødig ventetid og samordnede og helhetlige på tvers av de aktuelle tjenestene. For mange detaljerte rettighetsbestemmelser som skal regulere pasientforløpene, kan ta fokus vekk fra helsepersonellens primær oppgaver og kan medføre at helsepersonell bruker uhensiktsmessig mye tid og ressurser på å

ikke trå feil i det juridiske landskapet, på bekostning av tid til å ivareta de viktige primær oppgavene. Departementet er opptatt av at lovgivningen skal understøtte gode pasientforløp og ikke føre til unødvendig merarbeid eller være til hinder for god planlegging i spesialisthelsetjenesten. Den ovenfor nevnte tillitsreformen handler dessuten blant annet om at helsepersonellet, som utgjør fagfolkene i spesialisthelsetjenesten, skal få mer ansvar, myndighet og tillit. Den handler videre om at helsepersonellet ikke skal bli detaljstyrt av krav dersom kravene ikke er strengt tatt nødvendige for å ivareta viktige hensyn.

Forslagene i denne proposisjonen utgjør en begrenset del av et løpende viktig arbeid for å forbedre pasientforløpene. Se nærmere omtale av dette arbeidet under punkt 5. Og som det fremgår av punkt 5.1, er det å sikre gode pasientforløp et av regjeringens viktige mål for å styrke vår felles helsetjeneste. Det fremgår videre her at regjeringen tar sikte på å legge frem stortingsmeldingen *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* innen utgangen av 2023. Meldingen vil omfatte arbeidet med å videreutvikle både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et sentralt mål med meldingen vil være å bidra ytterligere til gode pasientforløp. I arbeidet med meldingen vil det bli sett på bredden av utfordringer som hindrer gode pasientforløp, herunder utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen. Departementet vil i arbeidet vurdere alle relevante virkemidler, herunder regulering, finansiering, styring, organisering, digitalisering, faglig normering/råd, kompetansetiltak, mv., for å adressere de utfordringene som blir identifisert.

6.1.3.2 *Forslag om oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling*

Departementet mener at en oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling vil bidra til at reguleringen av rettighetene og pliktene knyttet til oppstart av helsehjelpen blir enklere å forstå og forholde seg til både for pasientene og helsepersonellet. Det kan igjen gjøre det enklere både for pasientene og helsepersonellet å sikre at rettighetene blir ivare tatt. Oppheving av skillet vil videre gjøre det enklere å få en mer enhetlig praksis på regionalt og nasjonalt nivå og redusere faren for uheldige vridningseffekter og andre prioriteringer enn hva helsefaglige vurdering tilsier.

Oppheving av skillet vil dessuten også kunne bidra til at fremtidens ventelistestatistikk kan gi et

enda mer presist bilde av den reelle ventetiden frem til retten til nødvendig helsehjelp blir oppfylt.

Samtidig kan det stilles spørsmål ved om en oppheving vil innebære en svekkelse av dagens rettigheter knyttet til oppstart av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. For pasienter som etter dagens regulering skal få tidspunkt for oppstart av behandling, vil endringen medføre at tidspunktet for oppstart av helsehjelpen ikke lenger spesifiserer dette. Departementet vil imidlertid presisere at selv om dette ikke blir spesifisert, vil tidspunktet for oppstart av helsehjelpen uansett fortsatt måtte settes innenfor en fastsatt frist for når helsehjelpen senest skal påbegynnes og slik at pasienten får et faglig forsvarlig pasientforløp ut fra den helsehjelpen pasienten blir vurdert å ha behov for. Dette innebærer at dersom det ut ifra henvisningen er klart at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp har en avklart tilstand, så er det *behandling* pasienten skal tilbys innenfor den fastsatte fristen for når helsehjelpen senest skal påbegynnes.

Videre vil departementet peke på at det ikke nødvendigvis er slik at pasient- og brukerrettigheter som i utgangspunktet oppfattes som sterke fra et pasient- og brukerperspektiv, bidrar til et godt, forsvarlig og likeverdig tjenestetilbud. Rettighetene er til liten hjelp for pasientene og brukerne, dersom de ikke bidrar til at tjenesten faktisk kan utføre de oppgavene samfunnet forventer av dem på en god og forsvarlig måte.

Departementet foreslår på bakgrunn av dette at skillet mellom tidspunkt for oppstart av utredning og oppstart av behandling i dagens pasient- og brukerrettighetslov § 2-2 oppheves og erstattes av «tidspunkt for oppstart av helsehjelpen», se forslaget til ny § 2-2 a andre ledd tredje punktum og tredje ledd bokstav b.

Departementet vil understreke at tidspunktet for *oppstart av helsehjelpen* innebærer at det må være tidspunktet for når utredningen eller behandlingen reelt skal påbegynnes. Et tidspunkt for innledende samtale som ikke omfatter aktiviteter som medfører at utredningen eller behandlingen reelt påbegynnes vil således ikke oppfylle kravet om fastsettelse av tidspunktet for oppstart av helsehjelpen. Samtidig innebærer formuleringen at det ikke nødvendigvis er behov for at dette er et tidspunkt for fysisk oppmøte på en lokasjon. Departementet mener at det er viktig at ny lovgivning er teknologinøytral og åpner for å ta i bruk løsninger som er kostnadseffektive og brukervennlige. Det medfører at for eksempel også tidspunkt for en digital konsultasjon kan oppfylle kravet såfremt en slik konsultasjon vil

omfatte aktiviteter som medfører at utredningen eller behandlingen reelt påbegynnes.

6.1.3.3 Forslag om lovtekniske endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2

Som det fremgår under punkt 6.1.2.1 har flere av høringsinstansene påpekt at selve reguleringen av pasientrettighetene er en utfordring. Det vises til høringsuttalelsen fra Den Norske Advokatforeningen og Kreftforeningen som er gjengitt under dette punktet.

For at det skal bli lettere å forstå hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter, og således lettere å ivareta dem, samt at det skal fremgå klart av reguleringen at pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten i særlig grad retter seg mot oppstarten av pasientforløpet, foreslår departementet å foreta noen rene lovtekniske endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Endringene består av omformuleringer og omstruktureringer for å presisere og klargjøre rettighetene.

Departementet foreslår at dagens pasient- og brukerrettighetslov § 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og dagens § 2-2 Rett til vurdering, blir slått sammen. Bestemmelsene blir regulert i ny § 2-2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, ny 2-2 a Rett til vurdering, tidsfrist, tidspunkt og informasjon om nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og ny § 2-2 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ved fristbrudd eller fare for fristbrudd. De tre nye bestemmelsene, som til sammen regulerer det som i dag er regulert i §§ 2-1 b og 2-2 om pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, vil med dette bli de tre bestemmelsene som kommer før den påfølgende § 2-3, som regulerer rett til fornyet vurdering fra spesialisthelsetjenesten.

Departementet foreslår videre at dagens pasient- og brukerrettighetslov § 2-1 a Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, blir ny § 2-1, til erstatning for tidligere § 2-1 som er opphevet. Departementet foreslår avslutningsvis at dagens § 2-1 b oppheves.

Departementet mener at de foreslåtte omformuleringene og omstruktureringene er viktige for å presisere og klargjøre hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter. Departementet understreker samtidig at disse forslagene til endringer er av rent lovteknisk karakter og ikke innebærer mate-

rielle endringer. Departementet vurderer derfor at forslagene til omformuleringer og omstruktureringer kan fremmes selv om de ikke har vært på høring som sådan.

I høringsnotatet som ligger til grunn for denne proposisjonen varslet departementet at det på lang sikt er ønskelig med et mer tilpasset regelverk som i enda større grad understøtter gode pasientforløp, samtidig som det ble informert om at departementet arbeidet med eventuelle større justeringer i regelverket som kan innføres på lengre sikt. Departementet fastholder dette ønsket. Arbeidet med mulige større justeringer måtte imidlertid settes på vent som følge av pandemien. Etter departementets syn bør dette forslaget til omformuleringer og omstruktureringer fremmes selv om det vil kunne bli etterfulgt av større justeringer i regelverket. Dersom disse forslagene til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 blir vedtatt nå, vil de kunne innarbeides også i en etterfølgende større justering.

Forslagene til endringene ovenfor, medfører at det også er behov for lovtekniske endringer i form av henvisninger og formuleringer i smitteverneloven § 6-1 første ledd andre punktum, spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-11 første ledd, 3-16 andre ledd og 5-2 tredje ledd, pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-4 første og andre ledd, 2-4 a andre ledd bokstav a og 2-5 d bokstav a til e og i brukeromsloven § 6 tredje ledd første punktum.

I dagens pasient- og brukerrettighetslov § 2-1 b andre ledd fjerde punktum benyttes avslutningsvis begrepet «rusmiddelmisbruk», samtidig som sjette ledd første punktum benytter begrepet «rusmiddelavhengighet». Dagens § 2-1 b andre ledd fjerde punktum og sjette ledd første punktum foreslås nå regulert som første punktum i henholdsvis femte og sjette ledd i ny § 2-2 a. Det er ønskelig å enhetlig benytte begrepet «rusmiddelavhengighet» i stedet for «rusmiddelmisbruk». Dette begrepet foreslås derfor benyttet i første punktum i både femte og sjette ledd.

I forbindelse med forslaget om endring i spesialisthelsetjenesteloven § 3-16 andre ledd, ble departementet gjort oppmerksom på at § 3-16 mangler overskrift. Samtidig ble departementet oppmerksom på at også § 3-16 første ledd i innledningen benytter begrepet «rusmiddelmisbruk» i stedet for begrepet «rusmiddelavhengighet». Departementet foreslår at § 3-16 får overskriften «Legemiddelassistert rehabilitering av personer med rusmiddelavhengighet» og at «rusmiddelmisbrukere» i innledningen til første ledd endres til «personer med rusmiddelavhengighet».

Departementet legger til grunn at dette er endringer er av rent lovteknisk karakter som kan fremmes selv om de ikke har vært på høring.

6.2 Forslag om innføring av kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetsloven

6.2.1 Innledning

De senere år har sammenhengen mellom retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, som er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften § 2, blitt tatt opp i ulike sammenhenger. Det har blitt tatt til orde for at innholdet i prioriteringsforskriften § 2 første ledd, om at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen, er så viktig at det bør fremgå også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

6.2.2 Bakgrunn

Fra 1. november 2015 fikk pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd første til fjerde punktum den ordlyden som fortsatt gjelder i dag:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.»

I de spesielle merknadene til bestemmelsen ble det uttalt at det ligger i kravet til «nødvendig helsehjelp» at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedring av pasientens helse-tilstand den eventuelle helsehjelpen forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv og at det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et rimelig for-

hold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandling forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kostnyttevurdering i vurderingen av hva som er å anse som «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Det fremgår deretter at kravet til nødvendig helsehjelp er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

I forbindelse med den juridiske oppfølgingen av forslag i den første prioriteringsmeldingen Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste* og presiseringer av regelverket om helsehjelp utlandet, ble det foreslått endringer i prioriteringsforskriften. Departementet foreslo at prioriteringsforskriften § 2 ble endret i tråd med beskrivelsene av nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet i prioriteringsmeldingen. Det ble presisert at dette ikke innebar en endring av retts-tilstanden, men var en presisering av prinsipper for prioritering i kliniske situasjoner. Fra 1. februar 2019 fikk prioriteringsforskriften § 2 følgende ordlyd som fortsatt gjelder:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, når:

- a) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Forventet nytte av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- a) overlevelse eller redusert funksjonstap
- b) fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- c) reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.»

I merknaden til prioriteringsforskriften § 2 uttales det blant annet at bestemmelsen angir hvem som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Bestemmelsenes første ledd oppstiller to vilkår som begge må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det grunnleggende vilkåret følger imidlertid av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, og det er at pasienten etter en medisinsk vurdering har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten vurderes til å ha et medisinsk behov for helsehjelp skal deretter vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 vurderes.

I høringen av forslaget til endringer i prioriteringsforskriften uttalte Justis- og beredskapsdepartementet at innholdet i prioriteringsforskriften § 2 første ledd ut ifra sitt innhold var så viktig at det burde fremgå av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Det samme ble tatt opp av Magnussen-gruppen i rapporten *På ramme alvor – Alvorlighet og prioritering* fra november 2015.

6.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Etter departementets vurdering kan konkretiseringen i prioriteringsforskriften § 2 første ledd av hvilke pasienter som skal ha rett til nødvendig helsehjelp, med fordel fremgå også av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Denne konkretiseringen er så overordnet og viktig at den med fordel kan følge direkte av loven. Det at konkretiseringen fremgår direkte av loven vil dessuten bidra til at det ikke vil være tvil om at presiseringene i prioriteringsforskriften har tilstrekkelig lovhjemmel.

Departementet foreslår derfor at det skal fremgå av forslaget til andre ledd i ny pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten «når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen».

Det understrekes at dette forslaget ikke endrer på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Forslaget er av lovteknisk karakter, og handler om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd også i pasient- og brukerrettighetsloven.

6.3 Forslag om endring i pasient- og brukerrettighetsloven etter opphevelse av bestemmelse om påtalebegjæring

Ved lov 18. juni 2021 nr. 122 om endringer i straffeprosessloven mv. (aktiv saksstyring mv.), ble bestemmelser som har gjort offentlig påtale betinget av påtalebegjæring fra en bestemt offentlig myndighet eller annet organ opphevet. Loven opphevet blant annet helsepersonelloven § 67

andre ledd, som regulerte at offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Ved en inkurie ble det ikke ved denne lovendringen også foretatt en endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 andre ledd, som regulerer at tilsynsmyndigheten blant annet kan begjære påtale etter helsepersonelloven § 67. Departementet foreslår derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 andre ledd endres, ved at alternativet som går ut på at tilsynsmyndigheten kan begjære påtale etter helsepersonelloven § 67 oppheves. Samtidig foreslår departementet å endre § 7-4 andre ledds henvisning fra feil § 5 til riktig § 8 i helsetilsynsloven.

Departementet legger til grunn at dette er endringer er av rent lovteknisk karakter, i form av opprettinger i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 andre ledd, som kan fremmes selv om de ikke har vært på høring.

6.4 Forslag om endring i pasientskadeloven

Ved lov 20. desember 2019 nr. 104 om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet), ble henvisningen til «tjenesteyter utenfor riket» fjernet fra § 2-1 b fjerde ledd. I tillegg ble rettigheten som inntil da hadde vært regulert i tidligere § 2-1 b femte ledd i pasient- og brukerrettighetsloven flyttet til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a andre ledd bokstav a, samtidig som rettigheten ble presisert ytterligere og sett i sammenheng med andre dekningsordninger for helsehjelp i utlandet.

Ved en inkurie ble det ikke ved denne lovendringen også foretatt en endring i pasientskadeloven § 19 andre punktum, som i tilknytning til skade ved helsetjenester som mottas i utlandet henviser både til pasient- og brukerrettighetsloven tidligere § 2-1 b fjerde ledd og til § 2-4 a andre ledd bokstav a. Som følge av lovendringen foreslår departementet derfor her at henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven tidligere § 2-1 b fjerde ledd fjernes, slik at det kun henvises til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a andre ledd bokstav a.

Departementet legger til grunn at dette er en endring av rent lovteknisk karakter, i form av oppretting i pasientskadeloven § 19 andre punktum, som kan fremmes selv om den ikke har vært på høring.

6.5 Forslag om endring i helsetilsynsloven

Statsforvalteren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. Når det føres tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal dette gjøres etter reglene i kommuneloven kapittel 10 A. Dette fremgår av helsetilsynsloven § 4 andre ledd.

Helsetilsynsloven § 4 andre ledd henviser til de generelle reglene om tilsyn i kapittel 10 A i den tidligere kommuneloven av 1992. Denne loven er imidlertid avløst av den nye kommuneloven av 2018.

Bestemmelsene om tilsyn i tidligere kommunelov kapittel 10 A er i hovedsak videreført i den nye kommuneloven kapittel 30, som trådte i kraft høsten 2019. Ved en inkurie er imidlertid ikke lovhenvisningen i helsetilsynsloven endret i tråd med dette.

Departementet foreslår på bakgrunn av dette at helsetilsynsloven § 4 andre ledd tredje punktum endres, slik at den henviser til reglene i kommuneloven kapittel 30. Departementet legger til grunn at dette er en endring av rent lovteknisk karakter som kan fremmes selv om den ikke har vært på høring.

6.6 Behov for endring av prioriteringsforskriften og forskrift om ventelisteregistrering mv.

Forslagene under punkt 6.1 og punkt 6.2, medfører behov for endringer i prioriteringsforskriften og forskrift om ventelisteregistrering mv. Departementet vil igangsette arbeidet med et høringsnotat om dette dersom forslagene i denne lovproposisjonen blir vedtatt.

6.7 Ikrafttredelse

Departementet foreslår at endringen skal tre i kraft fra den tiden Kongen bestemmer. Tidspunkt for ikrafttredelse av forslaget om oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling og forslaget om lovtekniske endringer i form av å slå sammen og forenkle dagens regulering i pasient- og brukerrettighetsloven, må fastsettes i lys av behovene for endringer i prioriteringsveilederne, administrative rutiner og journal- og pasientadministrative systemer og nødvendige tidsrammer for å gjennomføre det.

På bakgrunn av tilbakemelding fra de regionale helseforetakene vurderer departementet at behovene for endringer i IKT-systemene og administrative rutiner vil kunne gjennomføres i løpet av 2023. Regelverket kan dermed tre i kraft fra 1. januar 2024. Det er ikke en forutsetning at prioriteringsveilederne er oppdatert for at selve lovendringene kan tre i kraft.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

7.1 Forslag om oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling

Forslag om oppheving av skillet mellom tidspunkt for utredning og tidspunkt for behandling innebærer i hovedsak en videreføring av dagens ordning, og vil ikke medføre større endringer i ressursbruk. For pasienten kan forslaget bidra til at informasjonen pasienten mottar om rett til helsehjelp, tidsfristen for når nødvendig helsehjelp senest skal være påbegynt og tidspunktet for oppstart av helsehjelpen blir lettere å forstå. For noen pasienter som i dag gis tidspunkt for behandling, vil forslaget imidlertid kunne medføre at tidspunkt for oppstart av helsehjelpen innfris på et tidligere tidspunkt enn i dag.

Helsedirektoratet beregnet i 2019 at den foreslåtte endringen vil innebære at den registrerte ventetiden anslagsvis går ned med om lag 0,5 dag. Dette vil ikke være en reell nedgang i ventetid, men en konsekvens av endret regelverk. Det skal tas høyde for dette i fremtidige presentasjoner av utviklingen i ventetid.

Forslaget vil ikke påvirke det videre forløpet for pasienten eller helseutfallet.

For tjenesten kan forenklete regler for vurdering av henvisningen medføre at det brukes mindre tid til registrering og formidling av pasientens rettigheter. Forslaget innebærer ingen endringer i antall pasienter som kommer inn i eller som avvises i spesialisthelsetjenesten. Det vil trolig heller ikke påvirke antall fristbrudd, fordi disse også i dag i hovedsak er knyttet til oppstart av helsehjelp.

Det må påregnes noe ressursbruk til å implementere bortfall av skillet mellom utredning og behandling i tjenesten gjennom opplæringstiltak overfor personell, og tilpasning av IKT-løsninger, brevmaler, prioriteringsveilederne og kodeverk for samhandling og rapportering. Forslaget kan implementeres uten vesentlige endringer i IKT-systemene, men kun med endret registrerings-

praksis. For styringsformål vil modellen styrke sammenliknbarhet i måling av ventetider og fristbrudd.

Pasientadministrative systemer og journal-systemer bør tilpasses for å understøtte forenklet vurdering med bortfall av skillet mellom utredning og behandling, samt registrering av ventetidens slutt ved første oppmøte. Høringsinstansene peker på at det kun vil være behov for små endringer i pasientadministrative systemer og journalsystemer, og at dette kan gjennomføres innen rimelig tid. Det samme gjelder behovet for endringer i brevmaler, administrative rutiner, prioriteringsveiledere og kodeverk. Dette understøttes av Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene, som har innhentet vurderinger fra relevante leverandører og aktører. Departementet legger derfor til grunn at nødvendige endringer kan gjennomføres innen rimelig tid og at eventuelle kostnader håndteres innenfor gjeldende rammer.

7.2 Forslag om lovtekniske endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2

Forslagene til omformuleringer og omstruktureringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 er av lovteknisk karakter og vil ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Forslagene vil kun klargjøre hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter og vil ikke endre på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Forslagene er imidlertid viktige for å presisere og klargjøre hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter. Både for pasientene og personellet i spesialisthelsetjenesten kan forslagene bidra til en bedre oversikt over rettighetene og en mer lik forståelse av hva de omfatter.

7.3 Forslag om innføring av kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i pasient- og brukerrettighetsloven

Forslaget om konkretiseringen av hvilke pasienter som skal ha rett til nødvendig helsehjelp, som foreslås tatt inn andre ledd i ny pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 om rett til nødvendig helse-

hjelp fra spesialisthelsetjenesten, er av lovteknisk karakter og vil ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Forslaget handlet om å forankre det som fremgår av dagens prioriteringsforskrift § 2 første ledd i lovs form. Forslaget vil ikke endre på hvilke pasienter som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

8 Merknader til bestemmelsene

8.1 Endring i smittevernloven

Til § 6-1 første ledd andre punktum

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen til tidligere § 2-1 a første og andre ledd og § 2-1 b første og andre ledd i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 første og andre ledd og § 2-2.

8.2 Endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 3-11 første ledd

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen til tidligere § 2-1 b og § 2-2 i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og § 2-2 a.

Til § 3-16 andre ledd

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen til tidligere § 2-1 b andre og fjerde ledd i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre og tredje ledd, § 2-2 a andre og tredje ledd og 2-2 b første ledd første punktum.

Til § 5-2 tredje ledd

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasient-

rettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen til tidligere § 2-1 b fjerde ledd i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b første ledd.

8.3 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 2-1

Bestemmelsen erstatter tidligere § 2-1 a.

Det vises til særmerknadene til § 2-1 a i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

Til § 2-2

Ny § 2-2, § 2-2 a og § 2-2 b erstatter samlet tidligere § 2-1 b og § 2-2. Formålet med ny § 2-2, sammen med ny § 2-2 a og § 2-2 b, er at de til sammen skal gjøre det lettere å forstå og få en helhetlig oversikt over hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter.

Reguleringen i denne nye bestemmelsen medfører ikke noen materielle endringer. De nærmere angitte vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i bestemmelsens andre ledd utgjør imidlertid en tilføyelse av vilkårene som også fremgår av prioriteringsforskriften § 2. Disse vilkårene fremgikk ikke tidligere av loven.

Bestemmelsen regulerer rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjeneste er ikke nærmere definert, men er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan være flytende. Det avgjørende er imidlertid at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp.

Bestemmelsens *første ledd* fastslår at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Dette innebærer en plikt for spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Retten til øyeblikkelig hjelp korresponderer med helsepersonellens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7.

En øyeblikkelig hjelp-situasjon vil som et alminnelig utgangspunkt være en situasjon der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art. Pasienten har behov for behandling umiddelbart, til forskjell fra planlagt behandling der det kan gå noe tid fra pasienten blir henvist til pasienten får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. For psykisk helsevern gir forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernfor-skriften) § 1 nærmere bestemmelser om når plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer.

Det fremgår av bestemmelsens *andre ledd* at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut ifra nærmere angitte vilkår. Lovens § 2-1 andre ledd om nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og § 2-2 andre ledd må ses i sammenheng. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den hjelp som pasienten har behov for. Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken spesialisthelsetjenesten eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må pasienten vurderes. Dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlige helse- og omsorgstjenester, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfelle hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsmyndighetene måtte vurdere ut fra de konkrete omstendighetene hvilket nivå som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.

Begrepet «nødvendig helsehjelp» skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det

avgjørende må være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter ikke eksperimentell eller utprøvede behandling. Det er imidlertid i spesielle tilfeller åpnet for at enkeltpasienter med sjeldne sykdomstilstander kan få eksperimentell eller utprøvede behandling i utlandet.

De nærmere angitte vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten fremgår nå av loven. Pasienten har slik rett når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen. Disse vilkårene, som tidligere kun fremgikk av prioriteringsforskriften § 2, fremgår nå også direkte av loven. Det første vilkåret er at pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen. Forventet nytte av helsehjelpen skal vurderes ut ifra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og/eller reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Det andre vilkåret er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom en medisinsk vurdering av behov, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilråene skal vurderes samlet.

Pasienten skal tildeles en rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har et behov for spesialisthelsetjenester. Det er dermed ikke pasientens egen oppfatning av behov som skal avgjøre om pasienten har en rett eller ikke, men en konkret individuell helsefaglig vurdering av behov.

Selv om en pasient har et rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten betyr ikke det at pasienten i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste eller helsehjelp på et bestemt nivå. Dersom en pasient har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er det spesialisthelsetjenesten som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte, hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut fra det tilbud og de ressurser som foreligger.

Spesialisthelsetjenesten står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt

type tjeneste er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud til pasienten, har pasienten også et rettskrav på den bestemte tjenesten. Det vises for øvrig til uttalelsen fra en samlet helse- og omsorgskomite nederst på side 6 i Innst. 93 L (2019–2020) i tilknytning til behandlingen av forslaget om lovfesting av systemet for nye metoder:

«De individuelle vurderingene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og faktiske muligheter for å diagnostisere og behandle sykdom. Komiteen legger til grunn at den individuelle rettigheten til nødvendig helsehjelp skal være i samsvar med internasjonale forpliktelser. Personer med sjeldne sykdommer har samme rett til tilpasset medisinsk behandling i samsvar med de rettslige forpliktelsene til å ivareta likhet og likeverd.»

I bestemmelsens *tredje ledd* presiseres det at retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste gjelder de tjenester som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere. Det betyr at den individuelle rettigheten ikke går lengre enn hva spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å yte av tjenester. Spesialisthelsetjenesten kan tilby pasienten tjenester som går utover nødvendig helsehjelp, men pasienten har ikke et rettskrav på slik helsehjelp. Det vises til nærmere omtale i de generelle merknadene i kapittel 9 i Prop. 55 L (2018–2019).

Formålet bak systemet for nye metoder, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-4, er å sikre likeverdige tjenester til alle pasienter, uavhengig av geografi. Dette vil bli undergravet dersom helsepersonell foretar individuelle vurderinger i strid med beslutninger fattet i systemet for nye metoder. De beslutninger som blir fattet i systemet for nye metoder skal implementeres i spesialisthelsetjenesten og følges når enkeltpasienter skal gis helsehjelp. Det sikrer at helsepersonell, pasienter og andre gis forutsigbarhet og forståelse for hvordan systemet henger sammen, og hva som kan forventes av helsehjelp i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Det vises for øvrig til særmerknadene til § 2-1 b i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)* og Prop. 55 L (2018–2019) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (lovfesting av systemet for nye metoder m.m.)*.

Til § 2-2 a

Bestemmelsen erstatter deler av tidligere §§ 2-1 b og 2-2.

Ny § 2-2, § 2-2 a og § 2-2 b erstatter samlet tidligere § 2-1 b og § 2-2. Formålet med ny § 2-2 a, sammen med ny § 2-2 og § 2-2 b, er at de til sammen skal gjøre det lettere å forstå og få en helhetlig oversikt over hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter.

Regulering i denne nye bestemmelsen medfører ikke noen materielle endringer, med unntak av at skillet mellom tidspunkt for oppstart av utredning og oppstart av behandling i tidligere pasient- og brukerrettighetslov § 2-2 oppheves og erstattes av «tidspunktet for oppstart av helsehjelpen», jf. bestemmelsens andre ledd andre punktum og tredje ledd bokstav b.

Bestemmelsens *andre og tredje ledd* har to hovedformål. For det første skal de sikre at spesialisthelsetjenesten raskt vurderer henvisningene. For det andre skal de sikre at det gis en rask tilbakemelding til pasient og henvisende instans om resultatet av vurderingen.

Det følger av bestemmelsens *andre ledd* at pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få en vurdering fra spesialisthelsetjenesten av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen. Det følger videre av bestemmelsen at pasient som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp samtidig har rett til å få fastsatt en faglig forsvarlig tidsfrist for å få helsehjelpen påbegynt og rett til å få fastsatt tidspunkt for oppstart av helsehjelpen innenfor denne tidsfristen. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten og det presiseres i andre punktum at vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen.

Det fremgår videre av bestemmelsens andre ledd at tidspunktet for oppstart av helsehjelpen skal settes før tidsfristen for å få helsehjelpen påbegynt. Presiseringen av at tidspunktet for oppstart av helsehjelpen skal settes før tidsfristen for å få helsehjelpen påbegynt, innebærer blant annet at dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet som er formidlet til pasienten, skal det gis et nytt tidspunkt til pasienten innenfor den samme tidsfristen. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt før tidsfristen, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte Helfo, jf. § 2-2 b første ledd.

Det er viktig å understreke at for at tidsfristen skal være oppfylt, må en reell ytelse av helsehjelpen i form av enten utredning eller behandling være påbegynt. Departementet vil understreke at tidspunktet for «oppstart av helsehjelpen» innebærer at det må være tidspunktet for når utredningen eller behandlingen reelt skal påbegynnes. Et tidspunkt for innledende samtale som ikke omfatter aktiviteter som medfører at utredningen eller behandlingen reelt påbegynnes, vil således ikke oppfylle kravet om fastsettelse av tidspunktet for oppstart av helsehjelpen. Samtidig innebærer formuleringen at det ikke nødvendigvis er behov for at dette er et tidspunkt for fysisk oppmøte på en lokasjon. Departementet mener at det er viktig at lovgivningen er teknologinøytral og åpner for å ta i bruk løsninger som er kostnadseffektive og brukervennlige. Det medfører at for eksempel også tidspunkt for en digital konsultasjon kan oppfylle kravet, såfremt en slik konsultasjon vil omfatte aktiviteter som medfører at utredningen eller behandlingen reelt påbegynnes.

Fristen relaterer seg til når helsehjelpen skal være påbegynt, enten i form av utredning eller behandling. Når helsehjelpen påbegynnes skal pasienten også ha et videre forsvarlig pasientforløp, selv om det ikke settes nye tidsfrister. Det innebærer at det ikke er anledning til å ha en første konsultasjon med en pasient før tidsfristen, for så å la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, slik at selv om det ikke er lovregulerte frister for forløpet etter oppstart, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid.

Tidsfristen skal settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en tidsfrist og spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette tidsfristen. Den tidsfristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av retten til å få helsehjelpen påbegynt. Tidsfristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, følger det av kravet til forsvarlighet at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

Det følger av bestemmelsens *trede ledd* at innen de samme 10 dagene har pasienten rett til å få informasjon fra spesialisthelsetjenesten om både vurderingen av retten til nødvendig helse-

hjelp, det fastsatte tidspunktet for oppstart av helsehjelpen, den fastsatte tidsfristen for når helsehjelpen senest skal være påbegynt og klageadgangen, klagefristen og den nærmere fremgangsmåten ved klage. Det følger også av dette leddet at henvisende instans skal få samme informasjon som pasienten. Tidspunkt for oppstart av helsehjelpen og tidsfrist for når helsehjelpen senest skal være påbegynt forutsetter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp.

Det følger av bestemmelsens *fjerde ledd* at pasienten har rett til raskere vurdering enn innen 10 virkedager, ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Grensen mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighets- og hastegrad. Det innebærer at pasienter som henvises med mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter hvor henvisningen tilsier at tilstanden er mindre alvorlig.

I bestemmelsens *femte ledd* andre punktum gis de regionale helseforetakene myndighet til å bestemme hvilke private virksomheter som skal kunne tildele pasienter rett til spesialisthelsetjeneste og fastsette tidsfrist og tidspunkt etter andre ledd. Retten til å delegere gjelder kun innenfor det området det er inngått avtale om. Det innebærer at dersom en virksomhet leverer et bredt spekter av spesialisthelsetjenester, men kun har avtale om å levere tjenester på et begrenset område, kan delegasjonen til å tildele pasient- og brukerrettigheter kun gjelde den delen avtalen omhandler. Dersom avtalen for eksempel gjelder kneoperasjoner, vil den private virksomheten kun ha kompetanse til å rettighetsvurdere pasienter som er aktuelle for slik behandling.

Dersom private virksomheter som har fått delegert kompetanse til å rettighetsvurdere mottar henvisninger som tilsier at pasienten har behov for andre tjenester enn det den private virksomheten etter avtalen kan levere, skal pasienten viderehenvises til det offentlige eller annen privat virksomhet som har kompetanse til å rettighetsvurdere på feltet.

Det er det regionale helseforetaket som har avtale med den private virksomheten som avgjør hvorvidt kompetanse til å rettighetsvurdere skal delegeres eller ikke. Det vil være naturlig å avgjøre dette ut fra en totalvurdering av for eksempel behovet i regionen, kompetansen og kapasiteten til den private virksomheten og hensynet til effektiv ressursutnyttelse. Det regionale helseforetaket kan stille vilkår i forbindelse med delegasjon av vurderingskompetanse. Videre kan

det regionale helseforetaket på ethvert tidspunkt trekke tilbake en slik delegasjon.

Det fremgår av bestemmelsens *sjette ledd* første punktum at departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen etter andre ledd, herunder tidsfristen for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Det fremgår videre av bestemmelsens *sjette ledd* andre punktum at departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av tidspunktet etter andre ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager.

Av bestemmelsens *sjette ledd* tredje punktum fremgår det at departementet også kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere retten til nødvendig helsehjelp og fastsette tidsfristen og tidspunktet etter andre ledd.

Det vises for øvrig til særmerknadene til § 2-1 i Ot.prp. nr. 12 (1998–99) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*, særmerknadene til §§ 2-1 og 2-2 i Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*, særmerknadene til §§ 2-1 og 2-2 i Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)*, særmerknadene til § 2-1 b i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, særmerknadene til §§ 2-1 b og 2-2 i Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)* og særmerknadene til § 2-1 b i Prop. 56 L (2014–2015) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*.

Til § 2-2 b

Ny § 2-2, § 2-2 a og § 2-2 b erstatter samlet tidligere § 2-1 b og § 2-2. Formålet med ny § 2-2 b, sammen med ny § 2-2 og § 2-2 a, er at de til sammen skal gjøre det lettere å forstå og få en helhetlig oversikt over hva pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten omfatter.

Regulering i denne nye bestemmelsen medfører ikke noen materielle endringer. Det fremgår av bestemmelsens *første ledd* første punktum at dersom det regionale helseforetaket ikke sørger

for at pasienten får helsehjelpen påbegynt innen den fastsatte tidsfristen etter § 2-2 a, har pasienten rett til å få den påbegynt uten opphold, om nødvendig hos en privat tjenesteyter. Det fremgår videre av andre punktum at dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan fastsette et tidspunkt for oppstart av helsehjelpen før den fastsatte tidsfristen etter § 2-2 a, eller tidspunktet senere må endres slik at tidsfristen ikke kan overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte Helfo. Det fremgår av tredje punktum at spesialisthelsetjenesten uten hinder av taushetsplikten kan gi nødvendige helseopplysninger til Helfo, dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid. Det vises til lovens § 2-4 a andre ledd bokstav a hvor rettigheten presiseres ytterligere og settes i sammenheng med andre dekningsordninger for helsehjelp i utlandet.

Det vises for øvrig til særmerknadene til § 2-1 i Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*, særmerknadene til § 2-1 b i Prop. 80 L (2018–2019) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet)*, særmerknadene til § 2-2 i Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)*.

Til § 2-4 første og andre ledd

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen i første ledd til tidligere § 2-2 og § 2-1 b i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 a og § 2-2. Videre erstattes henvisningen i andre ledd til tidligere § 2-1 b andre ledd i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd.

Til § 2-4 a andre ledd bokstav a

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen til § 2-1 b i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

Til § 2-5 d bokstav a til e

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen i bokstav a til tidligere § 2-1 b andre ledd andre punktum i pasient- og brukerrettighetsloven med til henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 a andre ledd tredje punktum. Samtidig endres ordet «frist» til «tidsfrist» både i bokstav a og bokstav b. Videre erstattes henvisningen i bokstav b til tidligere § 2-1 b fjerde ledd og andre ledd andre punktum i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b første ledd og § 2-2 a andre ledd tredje punktum, henvisningen i bokstav c til tidligere § 2-2 første ledd første punktum i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 a andre ledd bokstav a, henvisningen i bokstav d til tidligere § 2-2 første ledd fjerde punktum i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 a andre ledd bokstav b og henvisningen i bokstav e til tidligere § 2-2 andre ledd i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd. I tillegg endres ordene «når utredning eller behandling skal settes i gang» til «oppstart av helsehjelpen» i bokstav d.

Til § 7-4 andre ledd

Det fremgår av andre ledd at tilsynsmyndigheten i tillegg til å gi administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11 også kan gi pålegg til virksomhet etter helsetilsynsloven § 8 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-1. Dette synliggjør at det ikke bare er brudd på helsepersonelloven og indvidfeil som er gjenstand for tilsynets vurdering av mulig pliktbrudd.

Tilsynsmyndigheten kan også inngi anmeldelse av forhold når tilsynsmyndigheten vurderer at et mulig lovbrudd bør forfølges av det offentlige. Det vises for øvrig til påtaleinstruksen § 7-3 andre ledd, som fastsetter at anmeldelse av overtredelse av bestemmelser hvor det er etablert en særskilt kontrollmyndighet, bør forelegges vedkommende myndighet før etterforskning iverksettes. Dersom både straff og administrativ sanksjon kan være en aktuell reaksjon mot samme for-

hold, har påtalemyndigheten og vedkommende forvaltningsorgan en plikt til å samordne valg av reaksjon, jf. straffeprosessloven § 229 og forvaltningsloven § 47.

8.4 Endring i pasientskadeloven

Til § 19 andre punktum

Ved lov 20. desember 2019 nr. 104 om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet) ble henvisningen til «tjenesteyter utenfor riket» fjernet fra § 2-1 b fjerde ledd. I tillegg ble rettigheten som inntil da hadde vært regulert i tidligere § 2-1 b femte ledd i pasient- og brukerrettighetsloven flyttet til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a andre ledd bokstav a, samtidig som rettigheten ble presisert ytterligere og sett i sammenheng med andre dekningsordninger for helsehjelp i utlandet.

Som følge av denne lovendringen fjernes henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven tidligere § 2-1 b fjerde ledd, slik at det kun henvises til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a andre ledd bokstav a.

8.5 Endring i brukerromsloven

Til § 6 tredje ledd første punktum

Som følge av lovtekniske omformuleringer og omstruktureringer i bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer pasientrettighetene knyttet til pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten, erstattes henvisningen i tredje ledd første punktum til tidligere § 2-1 a i pasient- og brukerrettighetsloven med henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1.

8.6 Endring i helsetilsynsloven

Til § 4 andre ledd tredje punktum

Bestemmelsene om tilsyn i tidligere kommunelov kapittel 10 A er i hovedsak videreført i den nye kommuneloven kapittel 30. Bestemmelsene i kapittel 30 trådte i kraft høsten 2019. Ved en inkurie er imidlertid ikke lovhenvisningen i helsetilsynsloven endret tilsvarende.

Departementet foreslår på bakgrunn av dette at helsetilsynsloven § 4 andre ledd tredje punktum endres, slik at den henviser til reglene i kommuneloven kapittel 30.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten)

I

I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endring:

§ 6-1 første ledd andre punktum skal lyde:
Smittevernhelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd og § 2-2.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 3-11 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjoner som omfattes av loven her, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, § 2-2 a, § 2-3, § 2-4, § 2-4 a annet ledd bokstav a og § 2-5.

§ 3-16 overskriften og innledningen til første ledd skal lyde:

§ 3-16 *Legemiddelassistert rehabilitering av personer med rusmiddelavhengighet*

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering av personer med rusmiddelavhengighet og kan blant annet gi regler om:

§ 3-16 andre ledd skal lyde:

Regler etter første ledd bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre og tredje ledd, § 2-2 a andre og tredje ledd og 2-2 b første ledd første punktum.

§ 5-2 tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling, forpleining, reise og opphold og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og bruker-

rettighetsloven § 2-2 b første ledd eller § 2-4 a annet ledd bokstav a, og en annen norsk myndighet har forskuttert beløpet overfor norske eller utenlandske tjenesteytere.

III

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

Nåværende § 2-1 a blir ny § 2-1. § 2-1 b oppheves.

Ny § 2-2 skal lyde:

§ 2-2 *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a og 4-4.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Ny § 2-2 a skal lyde:

§ 2-2 a *Rett til vurdering, tidsfrist, tidspunkt og informasjon om nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, de helse- og behandlingmessige opplysninger personen trenger for å kunne ivareta sin rett.

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, har innen 10 virkedager etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen rett til å få en vurdering fra spesialisthelsetjenesten av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-2 andre ledd. Vurderingen skal skje på grunn-

lag av henvisningen. Pasient som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, har samtidig rett til å få fastsatt en faglig forsvarlig tidsfrist for når helsehjelpen senest skal være påbegynt og rett til å få fastsatt tidspunkt for oppstart av helsehjelpen innenfor denne tidsfristen. Pasienten har deretter rett til et faglig forsvarlig pasientforløp.

Innen 10 virkedager etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen, har pasienten rett til å få informasjon fra spesialisthelsetjenesten om:

- vurderingen av retten til nødvendig helsehjelp
- det fastsatte tidspunktet for oppstart av helsehjelpen
- den fastsatte tidsfristen for når helsehjelpen senest skal være påbegynt
- klageadgangen, klagefristen og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Henvisende instans skal få samme informasjon som pasienten.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til vurdering av retten til nødvendig helsehjelp, fastsettelse av tidsfrist og tidspunkt og informasjon raskere enn etter andre og tredje ledd.

De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfristen og tidspunktet etter andre ledd når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. De regionale helseforetakene kan også bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og fastsette tidsfrist og tidspunkt etter andre ledd.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen etter andre ledd, herunder tidsfristen for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av tidspunktet etter andre ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere retten til nødvendig helsehjelp og fastsette tidsfristen og tidspunktet etter andre ledd.

Ny § 2-2 b skal lyde:

§ 2-2 b *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ved fristbrudd eller fare for fristbrudd*

Dersom det regionale helseforetaket ikke sørger for at pasienten får helsehjelpen påbegynt

innen den fastsatte tidsfristen etter § 2-2 a, har pasienten rett til å få den påbegynt uten opphold, om nødvendig hos en privat tjenesteyter. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan fastsette et tidspunkt for oppstart av helsehjelpen før den fastsatte tidsfristen etter § 2-2 a, eller tidspunktet senere må endres slik at tidsfristen ikke kan overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO. Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til HELFO dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

§ 2-4 første og andre ledd skal lyde:

Pasienten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes, jf. § 2-2 a. Pasienten kan bare velge virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter etter § 2-2.

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-2 andre ledd, kan velge ved hvilken virksomhet helsehjelpen skal ytes. Pasientens rett til å velge etter første punktum omfatter kun virksomheter som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak.

§ 2-4 a andre ledd bokstav a skal lyde:

- dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter § 2-2, og det ikke finnes et tilbud i riket, eller helsehjelpen i utlandet er dokumentert mer virksomfull enn den helsehjelpen som tilbys av det offentlige i Norge.

§ 2-5 d bokstav a til e skal lyde:

- § 2-2 a andre ledd tredje punktum om fastsettelse av *tidsfrist* for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp
- § 2-2 b første ledd om rett til nødvendig helsehjelp uten opphold ved brudd på *tidsfrist* fastsatt etter § 2-2 a andre ledd tredje punktum
- § 2-2 a andre ledd bokstav a om informasjon om rett til nødvendig helsehjelp
- § 2-2 a andre ledd bokstav b om informasjon om tidspunkt for *oppstart av helsehjelpen*
- § 2-2 b første ledd om plikt til å kontakte HELFO

§ 7-4 andre ledd skal lyde:

Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven *kapittel 11* og gi pålegg til virksomhet etter helse-tilsynsloven § 8 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.

IV

I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasient-skader mv. gjøres følgende endring:

§ 19 andre punktum skal lyde:

Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a* annet ledd bokstav a eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser.

V

I lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika gjøres følgende endring:

§ 6 tredje ledd første punktum skal lyde:

Adgang til brukerromsordningens tjenester er ikke nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1.

VI

I lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. gjøres følgende endring:

§ 4 andre ledd tredje punktum skal lyde:

Når det føres tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal dette gjøres etter reglene i kommuneloven kapittel 30.

VII

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.
