

HELSE ●●● MIDT-NORGE

HELSE ●●● NORD

HELSE ●●● SØR-ØST

HELSE ●●● VEST

Nasjonalt utredningsoppdrag TSB

Helse Midt-Norge RHF

Ref. Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av
Prop. 114 S (2018-2019)

Innhold

1. Forord	3
2. Oppsummering.....	4
3. Innledning	7
3.1 Historikk.....	7
3.2 Bakgrunn	7
3.3 Mandat	9
3.4 Prosjektorganisering.....	10
3.5 Begrepsforståelse.....	10
3.5.1 Rettighetsvurdering som begrep	10
3.5.2 Fritt behandlingsvalg som begrep.....	11
3.6 Metode, prosess og involvering	11
3.7 Grenseoppgang mot andre prosjekt	12
4. Faktagrunnlag og aktivitetsdata.....	14
5. Juridisk og praktisk rammeverk	17
5.1 Lov og forskrift.....	17
5.2 Nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp	18
6. Del 1 - Rettighetsvurdering	20
6.1 Problemstillinger	20
6.2 Vurderinger	22
6.3 Anbefalinger	26
7. Del 2 - Fritt behandlingsvalg	27
7.1 Problemstillinger	27
7.2 Vurderinger	28
7.3 Anbefalinger	30
8. Vedlegg.....	31

1. Forord

Spesialisthelsetjenesten retter mye oppmerksomhet mot å levere tjenester på nye måter utenfor sykehusene. Tilbudet dreies også fra døgnbehandling til dagbehandling. Samtidig gir brukerorganisasjoner innenfor fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tydelige signaler om at terskelen for direkte innleggelse i døgnenheter er for høy. Brukerorganisasjonene støtter seg på statistikk fra Helsedirektoratet med fokus på andelen pasienter som har fått innvilget døgnopphold direkte fra de lokale vurderingsenhetene. Tallene viser store variasjoner innad i og mellom regionene. Brukerorganisasjonene er også bekymret for om pasienter på en klar og tydelig måte er orientert om deres rett til fritt behandlingsvalg og derved mulighet for å kunne velge en HELFO-godkjent institusjon.

Problemene brukerorganisasjonene påpeker er viktige å adressere. Arbeidsgruppen for utredningsoppdraget mener at reell medvirkning og valgmulighet hva gjelder omsorgsnivå og type behandlingstilstand påvirker TSB-pasientenes motivasjon for å stå i behandling – noe som antas å være viktig for resultatet av den planlagte behandlingen.

Like fullt starter et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av medisinsk spesialitet, som hovedregel med en poliklinisk konsultasjon mellom pasient og ansvarlig behandler. Dette fremgår også av pakkeforløpet for TSB. Arbeidsgruppen er dog enig om at første samtale¹ mellom pasient og behandler(e) noen ganger bør skje i en døgnavdeling, virtuelt eller med bistand fra ambulante team grunnet enkeltpasienters behov. Et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten kan også ha flere overganger mellom ulike omsorgsnivå. Arbeidsgruppen er tydelig på at overgangene bør organiseres så smidig som mulig for pasientene.

Prosjektets arbeidsgruppe har identifisert flere problemstillinger som bidrar til å forklare variasjonen brukerorganisasjonene har påpekt. Gruppen anbefaler derfor noen strukturelle grep som kan bidra til likere praksis blant vurderingsenhetene innenfor TSB.

¹ Med «første samtale» menes det første møtet i spesialisthelsetjenesten, se [flytskjema](#) for pakkeforløp TSB. Det legges til grunn at dette første møtet innfrir fristen for helsehjelp, enten møtet er starten på en utredning eller starten på en behandling, jf. [regjeringens forslag](#) til om forenklet ventelisteregistrering

2. Oppsummering

Denne rapporten er skrevet på bakgrunn av punkt 2 i [Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S \(2018-2019\)](#) fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten skal gi grunnlag for felles praksis av rettighetsvurderinger, med mål om at pasienter innenfor fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ivaretas på en enhetlig og omforent måte i alle helseforetak. Pasientene skal også sikres god informasjon om retten til fritt behandlingsvalg.

Hva gjelder mandatets første del, oppfatter arbeidsgruppen bak rapporten at en rettighetsvurdering består av tre delproblemstillinger:

1. Har pasienten basert på en medisinsk faglig vurdering behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?
2. Hvilken juridisk frist for start av helsehjelpen må settes for å sikre faglig forsvarlig ivaretagelse av pasientens behov?
3. Hvordan kan pasientens behov for helsehjelp ivaretas gjennom riktig tilpasset ressursbruk?

Arbeidsgruppen legger til grunn at behandling som fordrer innleggelse i en døgnavdeling generelt sett kan regnes som «riktig tilpasset ressursbruk» for alvorlig syke TSB-pasienter når det foreligger slik indikasjon. Det betyr ikke at alle alvorlig syke TSB-pasienter skal innlegges, men at behandlingen må legges opp på en slik måte at pasienten blir i stand til å ta mot og gjøre seg nytte av behandlingstilbudet.

Arbeidsgruppen legger til grunn at behandling som fordrer innleggelse i en døgnavdeling generelt sett kan regnes som «riktig tilpasset ressursbruk» for alvorlig syke TSB-pasienter når det foreligger slik indikasjon.

Arbeidsgruppen oppfatter at kjernen i problemstillingen til mandatets første del er knyttet til punkt 3 ovenfor. Spissformulert kan det oppsummeres med følgende spørsmålsstilling:

Skal de tverrfaglige vurderingsenhetene innen TSB kunne styre ressursallokeringen, det vil i denne sammenheng si omsorgsnivået knyttet til behandlingsforløpet for den enkelte pasient, eller skal dette kunne avgjøres av den eller de behandler(e) som møter pasienten og har behandlingsansvaret?

Basert på brukerorganisasjonenes brev til statsråden og rapporten «Rettighetsvurdering og koordinering av pasientforløp» fra Nasjonalt RHF-nettverk innen TSB, legger arbeidsgruppen til grunn at dette praktiseres ulikt ved vurderingsenhetene rundt om i landet. En tydeliggjøring på dette området vil kunne bidra til å sikre et grunnlag for felles og forbedret praksis knyttet til rettighetsvurderinger for rusavhengige.

Prioriteringsforskriften § 2 sier at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når «... den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen». Det betyr at grunnvilkåret for rett til helsehjelp er knyttet til ressursbruk. Det er derfor i tråd med prioriteringsforskriften at instansen som vurderer henvisningen har en formening om ressurspådrag som forventes ved å tildele rettigheten. Står ikke den forventede ressursbruken i et rimelig forhold til den forventede nytten skal ikke pasienten innvilges rett til slik helsehjelp. Er rettigheten derimot først tildelt kan den vurderende enhet ikke styre det videre ressurspådraget i det enkelte pasientforløp. Dette ligger til behandlende personell å vurdere i samråd med den enkelte pasient.

Arbeidsgruppen legger til grunn hovedregelen om at første samtale mellom behandlerteam og pasient skjer poliklinisk, slik som i pakkeforløpet for TSB. Dette er også vanlig i de andre grenene av spesialisthelsetjenesten og signalisert som en ønsket utvikling fra offentlige helsemyndigheter. Selv om samtalen normalt sett finner sted i en poliklinikk er dette ikke til hinder for at samtalen heller kan finne sted i en døgnavdeling, dersom det er mest hensiktsmessige vurdert ut fra pasientens tilstand og ønske. Prinsipielt kan den første samtalen også være en virtuell konsultasjon eller ytes som en ambulant tjeneste ved at behandleren(e) oppsøker pasienten.

¹Med «første samtale» menes det første møtet i spesialisthelsetjenesten (se [flytskjema](#) for pakkeforløp TSB). Det legges til grunn at dette første møtet innfrir fristen for helsehjelp, enten møtet er starten på en utredning eller starten på en behandling, jf. [regjeringens forslag om forenklet ventelisteregistrering](#).

Arbeidsgruppen mener med unntak av én representant at vurderingsenhetenes primæroppgave er å tildele rett, sette frist og beslutte når og hvor den første samtalen¹ mellom pasient og behandler(e) skal finne sted. Basert på henvisningen, pasientens ønsker, tidligere behandlingshistorikk og faglig skjønn, vil vurderingsenheten ha en formening om hva som er et anbefalt forløp. Ved å tildele sted for første samtale gir vurderingsenheten et tydelig signal om hvilket omsorgsnivå pasienten antas å ha

behov for. Møtet mellom pasient og behandler(e) kan imidlertid avdekke ytterligere detaljer knyttet til indikasjon for type utredning og/eller behandling som pasienten har behov for. Det faktiske omsorgsnivået som tilbys videre i pasientforløpet vil da følge som en konsekvens av denne vurderingen – ikke ligge som et premiss for den.

Arbeidsgruppen mener at vurderingsenheter som kobler rettighetsvurderingen til spesifikke føringer for omsorgsnivået til hele eller store deler av et behandlingsforløp går ut over sitt mandat. Med unntak av én representant er arbeidsgruppen samlet i oppfatningen av at en vurderingsenhet ikke kan tildele «rett til helsehjelp i poliklinikk». Etter første samtale, det vil si etter start av utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten, ligger det til ansvarlig behandler å

beslutte det videre forløpet. Beslutningen, som vil styre omsorgsnivået, fattes i samråd med pasienten og forankres i eget tverrfaglig team.

Arbeidsgruppen mener at dersom vurderingsenhetene innen TSB får definert sitt oppdrag til å avgjøre om det foreligger rett til helsehjelp, definere en frist i tråd med denne for så å beslutte tid og sted for første samtale, er dette en viktig presisering som gir grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger på systemnivå. Dette vil i større grad sikre at pasientrettighetene til rusavhengige blir ivaretatt på en enhetlig og omforent måte.

For at vurderingsenhetene innen TSB skal være i stand til å gjøre konsistente rettighetsvurderinger må de sikres nødvendig mengdetrening, robusthet og reell tverrfaglighet. Arbeidsgruppen mener at dette bare er mulig gjennom å redusere antall vurderingsenheter betraktelig.

Arbeidsgruppen er delt i synet på om det er hensiktsmessig at andre institusjoner enn de offentlige helseforetakene har vurderingsenheter for TSB. Representantene fra de private institusjonene og brukerorganisasjonene mener at denne oppgaven med fordel kan ivaretas både av private ideelle sykehus og helseforetak, mens arbeidsgruppens øvrige medlemmer mener at vurderingsenhetene organisatorisk bør ligge i et helseforetak.

Uavhengig av organisatorisk plassering må RHF-ene i kraft av rollen som eier eller oppdragsgiver tilse at vurderingsenheter ikke favoriserer egne behandlingstilbud ved fordeling av pasienter.

Arbeidsgruppen er omforent om at egne samarbeidsfora, eller koordinerende enheter, adskilt fra arbeidet med selve rettighetsvurderingen kan bidra til å forebygge økonomiske interessekonflikter mellom tilbyderne, samt sikre god kapasitetsutnyttelse.

Hva gjelder mandatets andre del om ordningen «fritt behandlingsvalg» har arbeidsgruppen noen konkrete forslag til hvordan informasjonen om ordningen kan bli bedre sett fra ståstedet til både brukere, pårørende og henvisere. Dette innbefatter bedre informasjon på nett. I tillegg må henvisningen alltid inkludere informasjon som tilkjenner pasientens ønske om behandlingssted. Arbeidsgruppen mener videre at det er viktig at spesifikk pasientrettet informasjon om ordningen «fritt behandlingsvalg» gis på samme tidspunkt som pasienten mottar sin rettighetsvurdering, da det er på dette tidspunktet i pasientforløpet at flest pasienter kontakter informasjonstjenesten til Helsedirektoratet.

3. Innledning

3.1 Historikk

Gjennom rusreformen i 2004 ble tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) etablert som et eget fagområde i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med rusmiddelavhengighet fikk med dette de individuelle rettighetene som er nedfelt i lov om pasientrettigheter. Ordet tverrfaglig ble valgt for å understreke viktigheten av tett samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste, men også for å tydeliggjøre det sosialfaglige aspektet ved behandlingen.

En viktig begrunnelse for rusreformen var at pasienter med rusmiddelavhengighet ikke fikk ivare tatt sitt behov for helsetjenester godt nok. Dette var fordi mange av fagfeltets pasienter har en svært dårlig allmenntilstand med sammensatte helsemessige utfordringer. I denne pasientpopulasjonen er det ikke uvanlig å gå over lang tid med ubehandlede, alvorlige sykdommer. Følgelig er det viktig at behandlingstilbudene innen TSB har personell med kompetanse som både kan stille diagnoser samt iverksette og følge opp sammensatt medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling.

I rusreformen var det opprinnelig foreslått at de mest kommune-nære delene av behandlingstilbudet i fylkeskommunene skulle overføres til kommunene. Stortinget valgte likevel å overføre de fleste tilbudene til spesialisthelsetjenesten for å sikre en opprettholdelse av døgnkapasiteten i de ulike institusjonene. TSB skiller seg i likhet med rehabiliteringsfeltet fra øvrig spesialisthelsetjeneste ved at mesteparten av behandlingstilbudet i døgninstitusjoner ytes av private avtaleparter.

Stortinget har besluttet at den [nasjonale opptrappingsplanen for rusfeltet](#) skal ha et særskilt fokus på de kommunale tilbudene. Intensjonen er at hjelpeapparatet med god samhandling skal bli flinkere til å oppdage rusmiddelproblem på et tidlig stadium, sikre hurtig inngripen, redusere ventetidene, heve kvaliteten på rusbehandlingen og bedre oppfølgingen etter behandling.

Det er fra 1. januar 2019 etablert [pakkeforløp](#) som skal omfatte pasienter innen TSB. Et pakkeforløp skal være et helhetlig, kunnskapsbasert og standardisert pasientforløp som bidrar til at alle pasienter får rett behandling til rett tid. Pakkeforløpet skal tilpasses hver enkelt pasients situasjon, ønsker og behov. Målet er at pasienter med rusproblemer og deres pårørende skal oppleve økt forutsigbarhet og mindre variasjon mellom tilbudene i de ulike regionene. Innholdet i beskrivelsen av pakkeforløpene bygger på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Pakkeforløpene skal sikre bedre samhandling mellom sektorene, klare ansvarsforhold og gode overganger.

3.2 Bakgrunn

12. mars 2018 skrev en rekke av brukerorganisasjonene innen TSB et [åpent brev](#) til helseminister Bent Høie med overskriften «Er helsetjenestene til rusavhengige basert på brukeres eller systemets behov?» Henvendelsen er knyttet til variasjon i

vurdering og tildeling av behandlingsnivå (poliklinisk behandling og døgnbehandling) for nyhenviste pasienter innen TSB. Brukerorganisasjonene frykter at pasienter i behov av døgnbehandling enten ikke tilbys dette i det hele tatt eller ikke tilbys et slikt omsorgsnivå hurtig nok. Brukerorganisasjonene skriver blant annet:

«Erfaringene våre er ofte at Regionale helseforetak (RHF), og helseforetak (HF) finner løsninger som styres mer av indre behov og prioriteringer enn av brukergruppens behov.

[...]

Noe som ofte tematiseres fra brukere eller pårørende er behovet for døgnbehandling. Noen vurderingsinstanser har dessverre som standard at all døgnbehandling går via poliklinikk. For brukere betyr dette i praksis at man må mislykkes poliklinisk over en periode for å kvalifisere for døgnbehandling.»

Brukerorganisasjonene frykter at det ligger sterke økonomiske incentiver bak en slik praksis, enten for å sikre inntekt gjennom at egen kapasitet benyttes eller for å hindre at det utløses rettigheter som på et senere tidspunkt kan resultere i økte og uforutsigbare kostnader.

Brukerorganisasjonene viser til [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet \(2016\)](#):

Innleggelse i institusjon bør kun benyttes når poliklinisk, -dag- og ambulerende tilnærming ikke er tilstrekkelig. (...) Innleggelse i institusjon vil være et riktig valg når andre tiltak vurderes ikke å være tilstrekkelig. I slike tilfeller bør ventetiden til institusjonsbehandling være kortest mulig, og tilbudet bør i størst mulig grad være i tråd med brukernes ønsker. I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig å vurdere innleggelse i institusjon før ett eller flere av de andre nivåene har vært prøvd. Dette vil i hovedsak gjelde for personer med alvorlig problematikk og stor grad av samsykelighet og der bruker selv ikke ønsker, eller har tro på nytteverdien av, de andre tjenestetilbudene.

Brukerorganisasjonene viser til at det ifølge tall fra Helsedirektoratet er interregionale forskjeller knyttet til andel pasienter som innvilges rett til behandling ved døgninstitusjoner fra de aktuelle vurderingsenhetene (Tabell 1), men også at det innenfor hver enkelt region kan være store variasjoner (Tabell 2).

Rettighetsvurdering	Helse Nord	Helse Midt	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Innvilges rett døgn	55%	16,22%	18%	7.5 %

Tabell 1: Andel pasienter som rettighetsvurderes direkte til døgnbehandling innen TSB

Helse Midt Norge	Pas. som innvilges rett direkte til døgn	16,22%
St. Olavs Hospital HF		1,3%
Nord-Trøndelag HF		14%
Møre og Romsdal HF		30%
Private*		82%
Note* Antall henvisninger i perioden er 2306, av disse er 22 fra private vi velger å se bort fra dette, da kvantumet utgjør under 1 % av henviste pasienter, og små endringer vil gjøre store utslag. Vi er også usikre på hvilke pasienter dette dreier seg om, og hvem som henviser.		

Tabell 2: Andel pasienter som rettighetsvurderes direkte til døgnbehandling innen TSB i Helse Midt-Norge RHF

På bakgrunn av brevet om ulik tildelingspraksis møtte den politiske ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) organisasjonene som hadde undertegnet brevet den 19. april 2018. Den politiske ledelsen ba deretter spesialisthelsetjenesteavdelingen i HOD om å innhente en tilbakemelding fra de regionale helseforetakene. HOD sendte derfor brev til RHF-ene 31. mai 2018, der de ba om en tilbakemelding på beskrivelsen av de store variasjonene i tildeling av rett til behandling i døgnavdelinger.

Etter å ha mottatt svar fra RHF-ene fulgte HOD opp saken i *Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)* datert 21. juni 2019. Gjennom oppdragsdokumentet fikk Helse Midt-Norge RHF ansvaret for utredningsoppdraget denne rapporten besvarer.

3.3 Mandat

I Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019) står følgende under «2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling»:

Det skal etableres en arbeidsgruppe bestående av representanter fra brukerorganisasjonene på rusfeltet, representanter fra private tilbydere med avtale innen TSB og de regionale helseforetakene. Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge RHF og får følgende mandat:

- *Utarbeide et grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger for å sikre at pasientrettighetene til rusavhengige blir ivaretatt på en enhetlig og omforent måte i alle helseforetak.*
- *Sikre at alle pasienter på en klar og tydelig måte blir orientert om deres rett til fritt behandlingsvalg og derved mulighet for også å kunne velge en institusjon innen ordningen med fritt behandlingsvalg.*

Arbeidsgruppen skal legge berørte retningslinjer og lovverk til grunn for sitt arbeid. Formålet med arbeidet er å forhindre at like lidelser gis ulik rett til nødvendig helsehjelp og unngå at det utvikler seg ulik praksis. Helsedirektoratets prioriteringsveileder skal legges til grunn for arbeidet. Arbeidet skal leveres innen 1. mars 2020.

3.4 Prosjektorganisering

Helse Midt-Norge RHF har i tillegg til å nedsette en arbeidsgruppe valgt å sette ned en egen ressursgruppe (referansegruppe) som har bistått arbeidsgruppen med kunnskap knyttet til mandatets to hovedområder. Ressursgruppen har blant annet bidratt med juridisk og rusmedisinsk kompetanse så vel som et kommunalt perspektiv på problemstillingene. Interregionalt fagdirektørmøte har vært styringsgruppe sammen med representanter for de tillitsvalgte og vernetjenesten. Arbeidsgruppens og ressursgruppens sammensetning er beskrevet i vedlegg B.

Rådgiver Elise Solheim fra Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) har i tillegg til å sitte i arbeidsgruppen representert RHF-et som prosjekteier. PricewaterhouseCoopers AS (PwC) ble den 8.10.2019 tildelt den eksterne prosjektlederoppgraden etter ordinært utlyst konkurranse. Prosjektet har vært ledet av Eystein J. Hauge fra underleverandøren Capitatum Health Partner AS med støtte fra prosjektmedarbeider Tine Hunt (PwC). Ansvarlig partner hos PwC har vært Jens Even Storhov.

3.5 Begrepsforståelse

For å kunne besvare mandatet har arbeidsgruppen søkt å beskrive problemstillingen så presist som mulig. Derfor har arbeidsgruppen jobbet med å sikre at alle deltagerne har lagt den samme forståelsen til grunn hva gjelder nøkkelbegrepene i hver av de to hoveddelene i mandatet, som er

1. rettighetsvurdering
2. fritt behandlingsvalg

3.5.1 Rettighetsvurdering som begrep

«Rettighetsvurdering» er ikke et begrep som brukes i lov eller forskrift. Etter lovens ordning har en pasient enten rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. For å forstå begrepet «rettighetsvurdering» har arbeidsgruppen tatt utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetsloven (pbri) § 2-1 b annet ledd (prosjektgruppens understreking):

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden etter § 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.

Arbeidsgruppen har også sett til pbri. § 2-2 første ledd:

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. [...]

Prioriteringsforskriften utdyper lovens bestemmelser ytterligere. Det juridiske rammeverket som kommer til anvendelse beskrives ytterligere i kapittel 5.

3.5.2 Fritt behandlingsvalg som begrep

Med «Fritt behandlingsvalg» forstår arbeidsgruppen at pasienten har rett til å velge hvor egen henvisning skal sendes, jf. pbrl. § 2-4 første ledd såfremt virksomheten som adresseres er definert som vurderingsinstans etter pbrl. § 2-1 b andre ledd.

Videre forstår arbeidsgruppen at pasienten etter pbrl. § 2-4 annet ledd har rett til å velge hvor helsehjelpen skal finne sted, enten dette er en offentlig virksomhet, privat virksomhet som har avtale med et RHF eller privat virksomhet som er godkjent av HELFO etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Valgretten omfatter planlagte undersøkelser og/eller behandling på forskjellige trinn i helsehjelpen, slik at pasienten også kan bytte behandlingssted underveis i et behandlingsforløp eller velge å bytte mellom ulike behandlingssteder innen et helseforetak.

Rettighetsvurderingen kan skje ved en virksomhet som er tildelt et slikt mandatet, mens den påfølgende behandlingen kan skje i samme virksomhet eller i en annen.

Pasientens valgmuligheter er begrenset av behandlingsnivå eller omsorgsnivå, det vil si døgnbehandling, dagbehandling eller poliklinisk/ambulant behandling. Behandlingsnivå kan ikke velges av pasienten, jf. pbrl. § 2-4 tredje ledd. Det betyr i vår kontekst at det er helsepersonell som til sist avgjør hvilket omsorgsnivå pasienten til enhver tid skal tilbys.

3.6 Metode, prosess og involvering

Prosjektledelsen har lagt til grunn at selve problemforståelsen knyttet til mandatet kan oppfattes ulikt blant den heterogent sammensatte arbeidsgruppen og ressursgruppen. Følgelig ble det for hver av mandatets to deler prioritert å bruke tid på å definere en felles problemforståelse blant deltakerne, underbygget av foredrag og faktagrunnlag fra gruppedeltagere så vel som eksterne bidragsytere. Deretter ble det lagt opp til separate løsningsorienterte samlinger for hver av de to delene i mandatet. Det ble på denne bakgrunn satt av to fysiske heldagsmøter for arbeidsgruppen for hver av mandatets to hovedproblemstillinger; ett dedikert til å definere problemet og ett dedikert til å foreslå en løsning – totalt fire heldagsmøter.

Ressursgruppen har deltatt fysisk sammen med arbeidsgruppen i første halvdel av det første møtet knyttet til hver av de to hovedproblemstillingene, altså to halve dager. Denne delen av møtene var øremerket til gjennomgang av fakta og foredrag for å sikre felles kunnskapsgrunnlag om den aktuelle problemstillingen.

Etter hvert av møtene i arbeidsgruppen utarbeidet prosjektleder et oppsummerende notat som ble gjennomgått med ressursgruppen i et påfølgende videomøte for innspill og forankring. Ressursgruppens innspill ble så tatt med

tilbake til det neste arbeidsgruppemøtet, der det oppsummerende notatet ble gjennomgått.

Den overordnede prosjektplanen frem til rapportutkast er vedlagt (vedlegg C). I tillegg til å gjennomføre aktivitetene i prosjektplanen, deltok PwC på et fellesmøte med brukerorganisasjonene 15. januar 2020, der rapportutkastet ble presentert. Videre har arbeidsgruppen hatt et femte fysisk heldagsmøte 17. januar 2020 for å oppsummere innspill fra arbeids- og ressursgruppen etter den prosjektinterne høringsperioden på rapportutkastet.

3.7 Grenseoppgang mot andre prosjekt

Prosjektets mandat berører et felt med mange interessenter og problemstillinger av både menneskelig, økonomisk, politisk og organisatorisk karakter. Det er følgelig viktig å se denne rapporten i sammenheng med andre gjennomførte eller pågående prosjekter og initiativer.

Nasjonalt RHF-nettverk innen TSB satte 1. juni 2018 ned en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen ble ledet av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin Guri Spilhaug, medisinsk faglig rådgiver i Helse Sør-Øst RHF, og hadde følgende mandat:

Mål for arbeidet er å se på gode modeller for vurdering av henvisning, koordinering av forløp og bytte av behandlingsnivå underveis i forløpet. Arbeidsgruppen skal også legge til grunn føringer i pakkeforløpene om koordinerende funksjon.

28. november 2018 leverte gruppen rapporten [«Rettighetsvurdering og koordinering av pasientforløp»](#). Rapportens innhold og forslag til konklusjon ble godkjent av det interregionale fagdirektørmøtet (sak 079/2019).

Det er følgelig relevant å påpeke at dette utredningsoppdragets vurderinger og anbefalinger knyttet til rettighetsvurderinger langt på vei er sammenfallende med ovennevnte rapport.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB) drev i 2017 prosjektet «Rett og frist» der hovedmålet var at «pasienter skal vurderes for rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) mest mulig likt, uavhengig av hvor i landet rettighetsvurderingen foretas og pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til og få den riktige helsehjelpen».

Prosjektet bygget på et tidligere samarbeid mellom NK-TSB og Seksjon for analyse, rådgivning og pasientstrøm ved Oslo universitetssykehus, som startet opp i 2014. Målet var å harmonisere vurderingspraksisen i TSB på landsbasis, i forbindelse med endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. «Rett og frist» kom i stand som en oppfølging til dette harmoniseringsprosjektet.

«Rett og frist» samlet fagfolk til et arbeidsseminar for utveksling av erfaringer, praktisk arbeid med ulike pasientcase og påfølgende diskusjoner for å skape en

felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene. Målet var å harmonisere rettighetsvurderingene rundt om i landet og derigjennom redusere uønsket variasjon. Prosjektet ledet til bedre operasjonell kontakt mellom vurderingsteamene i de ulike helseforetakene.

Helse Bergen HF har siden september 2017 jobbet med prosjektet «Standardisert pasientforløp for planlagte innleggelser i TSB», sammen med lokale samarbeidspartnere.

Bakgrunnen for prosjektet har vært at «Pasienter som henvises for planlagt døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Bergensområdet bør oppleve likeverdige og koordinerte pasientforløp, som sikrer rask tilgang til og høy kvalitet på utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging ...»

Prosjektets leveranse skal være følgende:

Utarbeide og innføre et standardisert pasientforløp for planlagte innleggelser i TSB i Bergensområdet som har

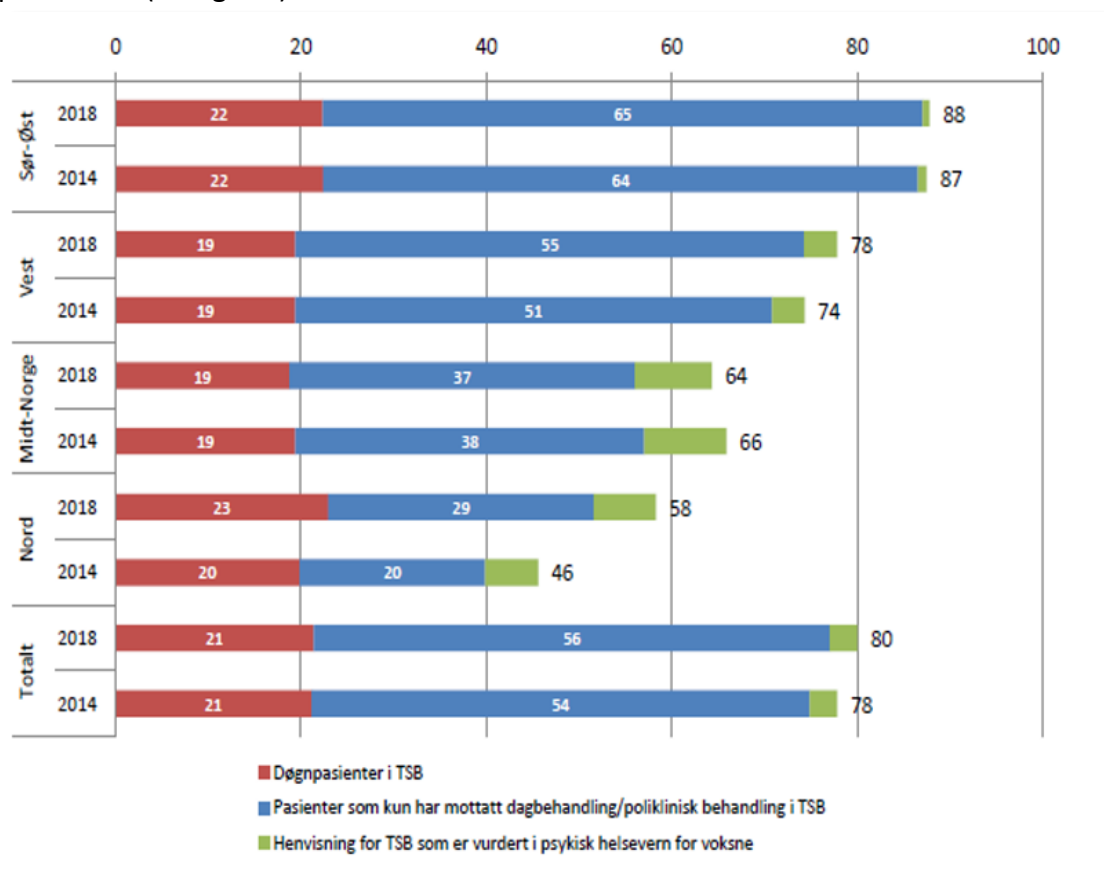
- *felles kriterier for når en pasient skal tilbys planlagt innleggelse med døgnopphold*
- *rutine for samhandling mellom de ulike aktørene i pasientforløpet*
- *likeverdig utrednings- og behandlingsopplegg under innleggelse*
- *felles kriterier for når en pasient er utskrivningsklar*

Prosjektet er i skrivende stund ikke avsluttet, men Helse Bergen HFs prosjektleder har presentert det pågående arbeidet for dette prosjektets arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen berømmer Helse Bergen HF for arbeidet, men oppfatter at detaljeringsgraden i Helse Bergen HF sitt prosjekt er for høy for å være direkte overførbart til det overordnede mandatet om rettighetsvurderinger som dette utredningsoppdraget er satt til å mene noe om.

4. Faktagrunnlag og aktivitetsdata

Det finnes en rekke rapporter fra Samdata som basert på NPR-tall beskriver aktivitetsdata knyttet til TSB. Denne rapporten avgrensner omtalen av aktivitetsdata til det arbeidsgruppen mener er nødvendig for å sette brevet fra brukerorganisasjonene i en relevant kontekst.

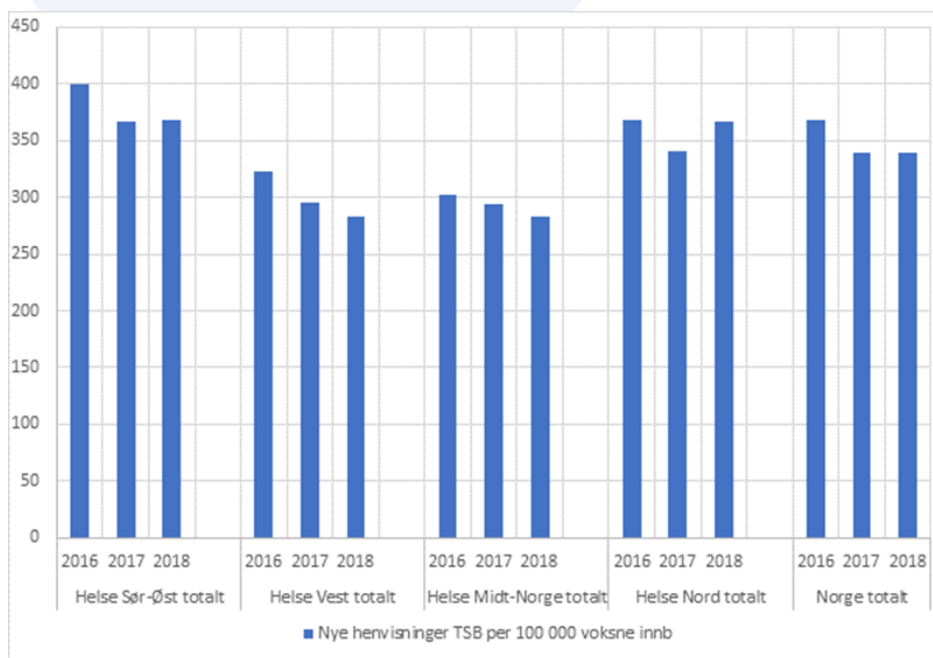
Ser vi på bruk av TSB-tjenester inkludert bidrag fra psykisk helsevern har den totale bruken gått forsiktig opp fra 2014 til 2018 (fra 78 til 80 per 10 000), men da med en konstant andel døgnpasienter (21 per 10 000). Bruken er størst i HSØ og minst i HN for begge år. Antall pasienter per innbygger som mottar døgntil behandling innen TSB i 2018 ligger i intervallet mellom 19 per 10 000 og 23 per 10 000 (se Figur 1).



Figur 1: Pasienter i TSB og bidrag fra psykisk helsevern per bostedsregion. Antall pasienter per 10 000 innbyggere, 18 år og eldre. (kilde: Samdata)

Brukerorganisasjonene bemerker at de i denne sammenhengen ønsker at RHF-ene utvikler rapporteringsverktøy for å kunne følge utviklingen av antall TSB-pasienter i døgntil behandling i sanntid.

Figur 2 viser at antall nyhenvisninger til TSB per innbygger har falt over hele landet fra 2016 til 2018, med unntak av i Helse Nord. Ressursgruppen påpeker i denne sammenheng at en reduksjon i antall henvisninger kan ha sin forklaring både knyttet til forhold ved tilbudet (tilgjengelighet), endringer i henvisningspraksis og egenskaper ved pasienten (behovet for hjelp).

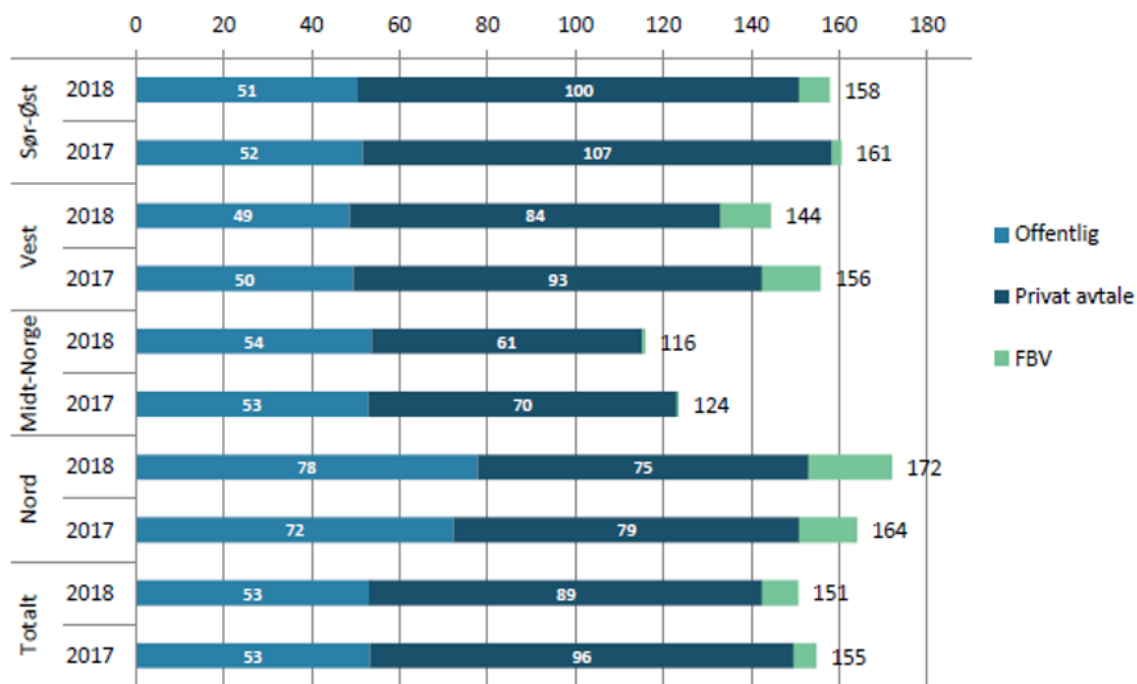


Figur 2: Antall nyhenviste til TSB per 100 000 innbyggere, basert på pasientens bosted, for perioden 2016–2018 (kilde: Samdata)

Reduksjonen i antall henvisninger rimer med statistikk fra Samdata som viser at 32 400 pasienter fikk behandling i TSB i 2018 – en reduksjon på 1 prosent fra 2017. Nedgangen skyldes at det var færre polikliniske pasienter i TSB i 2018 sammenlignet med året før, ettersom antall unike pasienter i døgnbehandling holdt seg tilnærmet uforandret. Ressursgruppen presiserer at det ikke fremkommer hvor mange av disse som kun er døgnpasienter, men at det er grunn til å anta at majoriteten av pasientene i døgnbehandling også har mottatt eller kommer til å motta polikliniske tjenester eller dagtjenester i tillegg.

I samme periode (2017–2018) sank det samlede antallet oppholdsøgn innen TSB fra 155 til 151 per 1 000 innbygger (se Figur 3). Det betyr at den gjennomsnittlige liggetiden for den enkelte pasient ble redusert. Dette kan enten skyldes at det planlegges med kortere opphold eller at flere opphold avbrytes før planlagt slutt.

Arbeidsgruppen påpeker at trenden innen TSB passer med den generelle trenden i spesialisthelsetjenesten hvor det jobbes med å redusere liggetiden for alle typer døgnopphold. Tabell 3 viser utvikling av median liggetid i TSB for perioden 2014–2018 fordelt på regioner og type institusjoner. Totalt er medianen for liggetiden redusert fra 14 til 13 dager i perioden. Til sammenligning fremgår det av tall fra Samdata at medianen for liggetiden innen somatisk spesialisthelsetjeneste gikk ned fra 4,3 døgn til 4,0 døgn i perioden 2012–2017.



Figur 3: Oppholdsdøgn per 1000 innbygger over 18 år i TSB fordelt på helseforetak, private avtaleinstitusjoner og FBV i 2017 og 2018, per bostedsregion (kilde: Samdata)

Behandlingssted	Region ¹	2014		2015		2016		2017		2018	
		Median dager	Estimert trippunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trippunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trippunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trippunkt (95% grense)	Median dager	Estimert trippunkt (95% grense)
HF	Sør-Øst	10	41,5	10	41,5	10	41,5	10	39	9	31,5
	Vest	28	205,5	28	204	25,5	190,5	22	153,5	20	124
	Midt-Norge	15,5	151,5	8	103	11	83	8	63	8	63
	Nord	21	107,5	19	95,5	20	106,75	17	98,25	15	97
	Totalt	12	55	12	54	12	51,5	11	46,5	10	44
Private institusjoner	Sør-Øst	56	341	45	327	56	387,5	43	351,5	69	398,5
	Vest	17	74	20	105	19	91,5	18	91,5	16	92
	Midt-Norge	9	96,5	11	99	11	120	14	131	14	129,5
	Nord	49,5	252	35	264,5	38,5	327	49	397,5	23	287,5
	Totalt	21	212	21	212	22	230,5	21	213	22	223
Totalt		14	101	14	105	14	111	14	97,5	13	95

Tabell 3: Varigheten av døgntilbeholdningen etter behandlingssted. Utskrivninger fra helseforetak og private avtaleinstitusjoner i 2014–2018 (kilde: Samdata)

5. Juridisk og praktisk rammeverk

5.1 Lov og forskrift

Under følger de sentrale lov- og forskriftsparagrafene arbeidsgruppen har lagt til grunn for arbeidet med mandatet. Det angis tittel på bestemmelsen med påfølgende kommentarer. Redegjørelsen er ikke uttømmende.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a «De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester».

De regionale helseforetakene skal sørge for tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester til befolkningen i regionen. «Sørge for-ansvaret» innebærer at de regionale helseforetakene må ivareta grunnleggende styringsfunksjoner. Disse skal innrettes slik at man ivaretar kravet om at helsetjenestene som tilbys eller ytes er forsvarlig og i samsvar med myndighetskravene for øvrig. Tidligere lå ansvaret for spesialiserte institusjoner innen rusfeltet til fylkeskommunene, men de regionale helseforetakene overtok dette ansvaret i 2004. Staten ved de regionale helseforetakene har dermed ansvar for det tverrfaglige tilbudet om spesialisthelsetjeneste for pasienter med rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser og tiltak som yter slike tjenester.

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) § 2-1 b «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten»

Pasientens rett til «nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» var en nyskaping i pasient- og brukerrettighetsloven, og det er senere foretatt store utvidelser i denne retten. Bestemmelsen regulerer blant annet at pasienter som fyller visse vilkår har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og at det skal fastsettes en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Bestemmelsen sier videre at de regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 «Rett til vurdering».

En pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. pbrl. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal primært skje på grunnlag av henvisningen. Pasienten kan enten få beskjed om at han ikke har rett til helsehjelp (det skal da informeres om klageadgang), eller at vedkommende er vurdert til å ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten skal det opplyses om tidspunkt for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist vedkommende senest skal få helsehjelp, jf. pbrl. § 2-1 b andre ledd. For å kunne oppgi når pasienten skal møte må det nødvendigvis også fastsettes sted for dette oppmøtet.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 «Pasientens eller brukerens rett til medvirkning»

Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter. En pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette innebærer ikke at pasienten eller brukeren gis rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 «Rett til fritt behandlingsvalg»

I nevnte bestemmelse gis pasienten rett til å velge hvilken godkjent institusjon som skal vurdere henvisningen og deretter hvor helsehjelpen skal ytes. Behandlingen kan velges blant alle offentlige virksomheter eller private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Forskrift om prioritering av helsetjenester § 2, «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten»

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pbrl. § 2-1 b annet ledd når

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

Hva som er forventet nytte av helsehjelpen vurderes blant annet ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for blant annet overlevelse, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og reduksjon av smerter, fysisk ubehag eller psykisk ubehag.

5.2 Nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp

Helsedirektoratets utgir en rekke normerende produkter. Beskrivelse av alle normerende produkter Helsedirektoratet utgir, og hva som er forskjellen på dem, finnes på deres [nettsider](#).

Under Helsedirektoratets nasjonale veiledere finner vi *prioriteringsveiledere* for en rekke fagområder. Direktoratet sier følgende i egen omtale av veilederne:

Prioriteringsveilederne skal være et praktisk hjelpemiddel når en skal ta stilling til om en pasient som er henvist, har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. De skal bidra til at rettighetsvurderingen av "like" pasienter er uavhengig av klinisk fagområde, hvor i landet de bor og hvilket sykehus de henvises til.

Veilederne er prioriteringsveiledere i ordets rette forstand, da de også sier noe om fastsettelse av tidsfrister for behandling av ulike lidelser.

Prioriteringsveilederne er, som direktoratets øvrige veiledere, ikke bindende for tjenesteyteren. Prioriteringsveilederen beskriver imidlertid nasjonale helsemyndigheters føringer for hva som rett fortolkning av regelverket.

Prioriteringsveilederne inneholder anbefalinger på gruppenivå, mens lov og forskrift omhandler individuelle pasienters rettigheter. Dette medfører at individuelle forhold kan tilsa at rettighetsstatus og/eller frist knyttet til en pasient kan bli annerledes enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører. Den enkelte pasient har krav på å bli vurdert ut fra sin tilstand. Prioriteringsveilederne er en hjelp i dette arbeidet, men dekker ikke alle tilstander.

Det foreligger en særskilt prioriteringsveileder for TSB.

Fagområdet TSB har også nasjonale faglige retningslinjer. Den faglige retningslinjen «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» sier noe om hva som regnes for god faglig praksis på fagområdet. Oslo Universitetssykehus HF [har på sine hjemmesider](#) en oversikt over hvilke veiledere og retningslinjer som gjelder for TSB.

Nasjonale pakkeforløp er normerende pasientforløp for konkrete diagnoser eller grupper av pasienter. Pakkeforløpene er politisk initiert på bakgrunn av et ønske om mer forutsigbarhet, trygghet og brukermedvirkning for pasientene. Helsedirektoratet beskriver to ulike typer pakkeforløp:

1. Diagnosespesifikke som bygger på en faglig retningslinje eller et handlingsprogram slik som for ulike kreftformer.
2. Generelle pakkeforløp som gjelder flere pasientgrupper på tvers av diagnose, men hvor pasientgruppene behandles i de samme tjenestene. I disse pakkeforløpene inngår alle pasienter i et tjenesteområde i pakkeforløpet, så pakkeforløpet er en beskrivelse av organiseringen av tjenesten.

Pakkeforløp for TSB er et eksempel på sistnevnte.

6. Del 1 - Rettighetsvurdering

6.1 Problemstillinger

Hva rettighetsvurderingen innebærer

Rettighetsvurdering av den enkelte henvisning består av å avklare hvorvidt kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er til stede, dernest innen hvilken frist vedkommende senest skal få helsehjelp. Dersom pasienten innvilges rett til helsehjelp skal han eller hun tildeles et oppmøtetidspunkt (og da nødvendigvis også et oppmøtested) i spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsforskriften § 2 sier at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når «... den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen». Det betyr at grunnvilkåret for rett til helsehjelp er knyttet til ressursbruk. Det er derfor i tråd med prioriteringsforskriften at instansen som vurderer henvisningen har en formening om ressurspådraget som forventes ved å tildele rettigheten. Står ikke den forventede ressursbruken i forhold til den forventede nytten har ikke pasienten rett til slik helsehjelp.

Pasienten har på sin side rett til å medvirke ved valg av behandling og med det den planlagte ressursbruken, jf. pbrl. § 3-1: «Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.»

Arbeidsgruppen er tydelig på at pasientens medvirkning ved valg av «tjenesteformer og behandlingsmetoder» innen TSB er viktig for å kunne oppfylle prioriteringsforskriftens krav i § 2 om at «pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen». Arbeidsgruppen påpeker også at pakkeforløpet for TSB beskriver at det i henvisning til pakkeforløpet «... er ønskelig at brukeren selv skriver ned sine ønsker og hva det ønskes hjelp til». Dette bidrar til å sikre medvirkning tidlig i pasientforløpet.

Kontroll over ressursallokeringen

Kjernen i spørsmålsstillingen arbeidsgruppen har diskutert er følgende:

Skal de tverrfaglige vurderingsenhetene innen TSB kunne styre ressursallokeringen, det vil i denne sammenheng si omsorgsnivået knyttet til behandlingsforløpet for den enkelte pasient, eller skal dette kunne avgjøres av den eller de behandler(e) som møter pasienten og har behandlingsansvaret?

Som brukerorganisasjonene har påpekt i sitt brev til helseministeren er det store geografiske forskjeller knyttet til hvilken type føringer vurderingsenhetene legger for ressurspådraget forbundet med det enkelte behandlingsforløpet. Variasjonen sammenfaller med funnene i rapporten «Rettighetsvurdering og koordinering av pasientforløp» fra Nasjonalt RHF-nettverk innen TSB.

Valg av omsorgsnivå

Arbeidsgruppen presiserer at innholdet i et behandlingsforløp ikke kan forenkles til en diskusjon om behandlingen til en pasient enten skal bestå av et døgnopphold, en poliklinisk møteserie eller begge deler. Det er pasientens totale helsetilstand, den planlagte og igangsatte behandlingen og effekten av den som avgjør omsorgsnivået, ikke omvendt.

Arbeidsgruppen er enig om at vurderingsenhetene basert på henvisningen må gjøre seg opp en formening om pasientens forventede behandlingsforløp. På denne bakgrunn må vurderingsenheten beslutte et sted for første samtale som er i tråd med hva som er pasientens forventede behov for omsorgsnivå. Med «første samtale» menes det første møtet i spesialisthelsetjenesten (se [flytskiema](#) for pakkeforløp TSB). Det legges til grunn at dette første møtet innfrir fristen for helsehjelp, enten møtet er starten på en utredning eller starten på en behandling, jf. [regjeringens forslag](#) til om forenklet ventelisterregistrering

«Vurderingsenhetene må basert på henvisningen gjøre seg opp en formening om pasientens forventede behandlingsforløp. På denne bakgrunn må vurderingsenheten beslutte et sted for første samtale som er i tråd med hva som er pasientens forventede behov for omsorgsnivå»

Bytte av omsorgsnivå

Gjennom et behandlingsforløp kan det være aktuelt å bytte omsorgsnivå flere ganger, akkurat som det for en kreftpasient kan være aktuelt å motta noe av behandlingen som dagpasient og noe som inneliggende pasient underveis i forløpet. Arbeidsgruppen påpeker behovet for å sikre sømløse overganger mellom de ulike omsorgsnivåene i et behandlingsforløp innen TSB og mellom de ulike ansvarsnivåene (spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten). Det er arbeidsgruppens oppfatning at endringer av omsorgsnivå innad i spesialisthelsetjenesten i dag skjer med ulik grad av smidighet rundt om i landet. I forløp hvor behandler(e) og pasient er omforent om indikasjon for endring av omsorgsnivå vil en praksis hvor en sentral vurderingsenhet skal ha innflytelse på et slikt bytte underveis i pasientforløpet oppfattes som unødig byråkratisk, dersom man er sikret lokal tverrfaglig kompetanse i vurderingen.

Vurderingsenhetenes størrelse og robusthet

Rapporten «Rettighetsvurdering og koordinering av pasientforløp» fra Nasjonalt RHF-nettverk innen TSB påpeker behovet for at vurderingsenhetene innen TSB reelt er tverrfaglig sammensatt. Da kan rettighetsvurderingene som foretas baserer seg på både de medisinske, psykologiske og sosialfaglige behovene til pasienten. Det er i særdeleshet viktig å kunne identifisere hvilke pasienter med rusproblemer som er hjemmehørende i psykisk helsevern (ROP-pasienter, jf. [ROP-retningslinjen](#)). Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste innen TSB er det 61 vurderingsenheter i landet per januar 2020. Mange av dem sliter med å gjøre reelle tverrfaglige vurderinger i mangel av tilgang på fagpersoner. 9 av dem vurderer færre enn 100 henvisninger per år (2017).

Kontroll over vurderingsenhetene

RHF-ene sitter med myndighet til å avgjøre hvilke private institusjoner med avtale som «... skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis», jf. pbrl. § 2-1 b.

Arbeidsgruppen er enig om at en samling til større og færre vurderingsenheter, sammenlignet med dagens struktur, er fornuftig ut fra et ønske om robusthet, ensartet praksis, mengdetrening og for å sikre god kunnskap om behandlingsoalternativene.

Ut fra et sørge for-ansvar har den delen av prosjektgruppen som kommer fra den offentlige helsetjenesten argumentert for at vurderingsenhetene bør organiseres slik at vurderingsenhetene ligger i HF-ene, og bare der, for enklest mulig å sikre oversikt over det samlede behovet for TSB-tjenester i populasjonen som HF-et betjener. Brukerorganisasjonenes representanter samt representantene for de private virksomhetene mener at det ikke finnes et rasjonale for å samle alle vurderingsenhetene under HF-kontroll. De mener det finnes eksempler på private vurderingsenheter som er velfungerende, robuste og godt integrerte med det offentlige vurderingsarbeidet.

Bakteppet for uenigheten kan delvis forklares med at private ideelle aktører og brukerorganisasjoner har erfart at en sentralisert vurderingsinstans underlagt et HF har incentiver til å favorisere egne enheter ved fordeling av nyhenviste pasienter, uten å hensynta eller å bli styrt av den totale kapasiteten det aktuelle RHF-et har kjøpt og planlagt med i regionen. I så måte etterlyser de ideelle organisasjonene og brukerorganisasjonene en tydeligere eierstyring fra RHF-et, jf. helseforetaksloven § 2 a. Helseforetakenes representanter påpeker på sin side at det foreligger en risiko for slik favorisering uansett hvem som eier vurderingsenheten, enten virksomheten er offentlig eller privat eiet.

6.2 Vurderinger

TSB er en del av spesialisthelsetjenesten. Det er enighet i arbeidsgruppen om at vurderingsarbeidet innen TSB derfor bør organiseres og innrettes så likt som mulig de øvrige medisinske spesialitetene i spesialisthelsetjenesten. Det er i hovedsak de samme lovene, forskriftene og rettighetene som regulerer både dette fagfeltet og de andre fagområdene. Dette har prinsipiell betydning for betraktningene som arbeidsgruppen har lagt til grunn for det videre arbeidet.

Ved å organisere vurderingsenhetene slik at de blir færre og større, vil enhetene bli mer robuste. Med rett sammensatt kompetanse vil en velfungerende enhet bidra til å sikre at pasienter som henvises med ROP-problematikk hurtig blir identifisert og vurdert for behandling innen psykisk helsevern.

Arbeidsgruppen påpeker i denne sammenheng utfordringen med at mange ROP-pasienter risikerer å bli avvist ved henvisning til psykiatriske avdelinger. Disse

pasientene risikerer da å bli en kasteball mellom TSB og psykisk helsevern til tross for den eksisterende ROP-retningslinjen. Denne problemstillingen er imidlertid på siden av dette prosjektets mandat.

Større og færre vurderingsenheter vil kunne bidra til å sikre at rettighetsvurdering knyttet til problemstillinger av samme karakter blir så konsistente som mulig, både gjennom mengdetrening og gjennom intern opplæring. Samtidig vil færre og større enheter i mange tilfeller bety lengre avstand til pasienten, samt mindre kjennskap til individuelle behov og lokale behandlingstilbud.

En vurderingsenhet, uansett hvor denne er organisatorisk plassert, skal vurdere om det foreligger rett til helsehjelp og hvilken juridisk frist som skal gjelde for oppstart av helsehjelpen. Det skal samtidig tildeles tid og sted for første samtale, jf., pbrl. § 2-2. Står ikke den forventede ressursbruken i forhold til den forventede nytten har ikke pasienten rett til den aktuelle helsehjelpen. Ved å beslutte tid og sted for første samtale, det vil si oppstart av utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten, gir vurderingsenheten et tydelig signal om hvilket omsorgsnivå pasienten antas å ha behov for. Beslutningen skal være basert på henvisningen, pasientens ønsker, tidligere behandlingshistorikk og faglig skjønn.

Med unntak av Helse Midt-Norges representant er arbeidsgruppens innstilling at den vurderende enhet ikke kan styre det videre ressurspådraget i det enkelte pasientforløp etter at rettigheten først er tildelt; dette ligger til behandlende personell å vurdere i samråd med den enkelte pasient.

«Den vurderende enhet ikke kan styre det videre ressurspådraget i det enkelte pasientforløp etter at rettigheten først er tildelt; dette ligger til behandlende personell å vurdere i samråd med den enkelte pasient.»

Arbeidsgruppen legger til grunn en hovedregel om at første samtale mellom behandler(e) og pasient skjer poliklinisk. Dette er beskrevet i pakkeforløpsveilederen og er vanlig i de øvrige grenene av spesialisthelsetjenesten. Den første samtalen vil normalt sett finne sted i en poliklinikk, men kan også finne sted på en døgnavdeling hvis vurderingsenheten har funnet dette mest

hensiktsmessig ut fra pasientens tilstand. Prinsipielt kan første samtale også være en virtuell konsultasjon eller ytes som en ambulant tjeneste ved at behandleren(e) kommer hjem til pasienten.

Som brukerorganisasjonene har påpekt i sitt brev til helseministeren forekommer det situasjoner hvor hovedregelen bør fravikes. Arbeidsgruppen har i sitt arbeid fått presentert Helse Bergen HF sitt pågående lokalt arbeid knyttet til detaljering av hvilke tilstander som bør føre til at pasientens første møte med spesialisthelsetjenesten foregår i en døgnavdeling. Arbeidsgruppen berømmer Helse Bergen HF for dette initiativet, men kan ikke se at et tilsvarende detaljeringsnivå er mulig å anbefale i en nasjonal og overordnet rapport.

Med unntak av Helse Midt-Norges representant mener arbeidsgruppen at vurderingsenhetenes oppgaver er å tildele rett, frist samt tid og sted for første samtale. Med «første samtale», jf. terminologi i TSB pakkeforløp, menes start av utredning/behandling i

spesialisthelsetjenesten. Det kan i dette møtet mellom pasient og behandler(e) avdekkes detaljer knyttet til indikasjon for type utredning og/eller behandling som pasienten har behov for. Det faktiske omsorgsnivået som tilbys videre i pasientforløpet vil da følge som en konsekvens av denne vurderingen, ikke ligge som et premiss for den.

«Det faktiske omsorgsnivået som tilbys videre i pasientforløpet vil da følge som en konsekvens av denne vurderingen, ikke ligge som et premiss for den.»

En vurderingsenhet kan ikke tildele «rett til helsehjelp i poliklinikk»

Med unntak av Helse Midt-Norges representant mener arbeidsgruppen at vurderingsenheter som kobler rettighetsvurderingen til spesifikke

føringer for omsorgsnivået til hele eller store deler av et behandlingsforløp går ut over sitt mandat. En vurderingsenhet kan ikke tildele «rett til helsehjelp i poliklinikk». Etter første samtale, det vil si etter start av utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten, ligger det til ansvarlig behandler å beslutte det videre forløpet. Beslutningen, som vil styre omsorgsnivået, fattes i samråd med pasienten og forankres i eget tverrfaglig team. Arbeidsgruppen mener

at dersom vurderingsenhetene innen TSB får definert sitt oppdrag til å avgjøre om det foreligger rett til helsehjelp, definere en frist i tråd med denne og så organisere behandlingsstart gjennom å beslutte sted for første samtale, er dette en viktig presisering som sikrer et grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger. Dette vil i større grad sikre at pasientrettighetene til rusavhengige blir ivaretatt på en enhetlig måte.

«Dersom vurderingsenhetene innen TSB får definert sitt oppdrag til å avgjøre om det foreligger rett til helsehjelp, definere en frist i tråd med denne og så organisere behandlingsstart gjennom å beslutte sted for første samtale, er dette en viktig presisering som sikrer et grunnlag for felles praksis for rettighetsvurderinger.»

Arbeidsgruppen presiserer med unntak av Helse Midt-Norges representant at selv om første samtale for pasienten som oftest vil finne sted i en poliklinikk er det behandler og pasient som utformer det videre pasientforløpet og forankrer dette i sitt tverrfaglige team. En første samtale i poliklinikk betyr altså ikke at dette er til hinder for innleggelse i en døgnavdeling i det videre forløpet. Dette bør kommuniseres til pasienten på et tidlig tidspunkt.

Pasienter har rett til en individuell plan, jf. pbrl. § 2-5. Som for øvrige grener i spesialisthelsetjenesten må det være opp til behandler(e) og pasient å planlegge utrednings- og behandlingsforløpet. Dette inkluderer både type behandling og valg

av omsorgsnivå. Pasienten skal medvirke og høres, men det er ansvarlig behandler som har den endelige avgjørelsen, jf. pbrl. § 3-1.

Arbeidsgruppen oppfatter at TSB er en unik disiplin med tanke på fagområdets tverrfaglighet. Valg av type behandling med tilhørende omsorgsnivå bør derfor forankres av den enkelte behandler i et lokalt tverrfaglig behandlingsteam. Eventuell dissens om behandling og omsorgsnivå skal avgjøres av behandlende lege i teamet, jf. hpl. § 4 tredje ledd, eller av ansvarlig leder for behandlingstilbudet dersom dette er nødvendig. Arbeidsgruppen, med unntak av Helse Midt-Norges representant, presiserer at tilsvarende gjelder for eventuelle påfølgende endringer av behandlingsplan og bytte av omsorgsnivå underveis i pasientforløpet.

Helse Midt-Norges representant begrunner ovennevnte dissens ved å vise til pbrl. §§ 2-1 b og 2-2 samt [rundskrivet med kommentarer](#) til samme lov. Helse Midt-Norges representant mener at vurderingsenhetene på dette grunnlag har rett og plikt til å avgjøre omsorgsnivå for pasienten, ikke bare knyttet til første samtale, men også ved endringer av omsorgsnivå underveis i den enkelte pasients behandlingsforløp initiert av pasienten og dennes behandler(e). Representanten mener at en slik praksis er med å sikre et riktig tilpasset ressursbruk og hindre uønsket variasjon.

Ved å adskille rettighets- og fristildeling på den ene siden («vurderingsenhet») fra koordinering av ledig kapasitet på den andre siden («koordineringsenhet») kan man bidra til å sikre at rettighetsvurderingen skjer uhildet av en eventuell lokal ressursknapphet. Ved lokal overkapasitet kan et slikt skille også bidra til å forebygge interessekonflikter mellom organisasjonene som har vurderingsrett og dem som ikke har det, da organisasjoner med vurderingsrett kan ha sterke økonomiske incentiver til å fylle egne behandlingsplasser først. Både TSB-avdelingen ved OUS HF og regional koordinerende enhet ved Sunnaas (spesialisert fysisk rehabilitering) innehar elementer av en slik organisering. Et slikt samarbeidsforum, eller en koordinerende enhet, kan bestå av representanter fra ulike leverandører av TSB innen et geografisk område der dette er praktisk mulig. Samarbeidsforumet kan alternativt bygge videre på lokale eksisterende og tillitsbaserte ordninger med god oversikt over de lokale og regionale tilbud. I slike samarbeidsfora kan det også være rom for å ha representanter fra brukerorganisasjoner rundt bordet.

Ved å redusere vurderingsenhetenes innflytelse og kontroll over omsorgsnivå gjennom hele pasientforløpet, og legge denne myndigheten til teamene som behandler pasienten, vil man fortsatt kunne oppleve variasjon i tilbudt behandling mellom de ulike helseforetak. Arbeidsgruppen mener det er viktig å følge opp eventuell variasjon i tilbudt behandling innen TSB gjennom ordninger som [Helseatlas](#) fra SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering). Som for andre spesialiteter må behandlerne på fagfeltet videreutvikle de faglige retningslinjer basert på hvilken type behandling som faktisk gir en dokumenterbar langtidseffekt, og så jobbe med å implementere disse nasjonalt. Arbeidsgruppen

påpeker videre at det er viktig å skille mellom ønsket variasjon som resultat av individuelt tilpassede behandlingsplaner og en systematisk variasjon som følge av ulike praksis knyttet til selve rettighetsvurderingene.

Brukerorganisasjonene har poengtert at selv om arbeidsgruppen i prinsippet er enig i at oppmøte i poliklinikk er hovedregelen ved oppstart av et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, er egenandeler ved slike konsultasjoner et problem for mange pasienter i TSB-populasjonen. Arbeidsgruppens innstilling er dog at plikten til å betale egenandel følger med de rettighetene pasienter generelt får i spesialisthelsetjenesten. Det er et politisk spørsmål om denne pasientgruppen skal unntas egenandeler. En debatt om egenandelsordningen faller utenfor mandatet til dette prosjektet.

6.3 Anbefalinger

Basert på ovennevnte vurderinger har arbeidsgruppen utarbeidet følgende anbefalinger:

1. Antall vurderingsenheter innenfor TSB bør reduseres markant fra dagens 61 (per januar 2020). Arbeidsgruppen er imidlertid delt i synet på om det er tilstrekkelig med en vurderingsenhet i hvert HF eller om det også kan ligge enheter hos de større private ideelle institusjonene som samarbeider tett med lokale HF. Hver enkelt henvisning skal kunne vurderes med tanke på de rusmedisinske, psykologiske og sosialfaglige behovene pasientene har. Vurderingsenhetene må da sikres en reell tverrfaglig sammensetning.
2. En vurderingsenhet innenfor TSB skal på indikasjon innvilge rett til helsehjelp, sette juridisk frist for helsehjelpens oppstart samt tildele tid og sted for første samtale, det vil si start av utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasientens ønske for hvor første samtale vil finne sted skal søkes hensyntatt når det fremkommer i henvisningen. Denne første samtalen kan, avhengig av pasientens tilstand, skje i poliklinikk (hovedregel), i døgninstitusjon, virtuelt eller ved bruk av ambulant team.
3. Vurderingsenheten skal ved å beslutte tid og sted for første samtale gi et tydelig signal om hvilket omsorgsnivå pasienten antas å være i behov av, basert på henvisningen, pasientens ønsker, tidligere behandlingshistorikk og faglig skjønn
4. Den videre utrednings- og behandlingsplanen fastsettes endelig av pasientens behandler(e) og pasienten i fellesskap. Det er planlagt behandling som så styrer omsorgsnivå for det videre pasientforløpet, ikke omvendt. Etter første samtale ligger det til ansvarlig behandler og dennes tverrfaglige team å beslutte videre forløp, og dermed også omsorgsnivå.
5. Grunnet fagfeltets tverrfaglige sammensetning skal behandlingsplan og tilhørende omsorgsnivå alltid forankres i det lokale tverrfaglige behandlingsteamet. Eventuell dissens om behandling og omsorgsnivå avgjøres av behandlende lege i teamet, jf. hpl. § 4 tredje 3 ledd, eller av ansvarlig leder dersom dette er nødvendig. Tilsvarende gjelder for

eventuelle påfølgende endringer av behandlingsplan og bytte av omsorgsnivå underveis i pasientforløpet.

6. RHF-ene må som eier og oppdragsgiver tilse at enheter som vurderer rett og frist, uavhengig av organisatorisk plassering, ikke favoriserer pasienter til egne behandlingstilbud.
7. For å sikre at ledig behandlingsskapasitet utnyttes og at kunnskap om lokale behandlingstilbud gjøres tilgjengelig bør det etableres egnede fora bestående av representanter fra de ulike lokale tjenestetilbyderne innen TSB, der det er praktisk mulig. Slike fora vil kunne bidra til å sikre at de tilgjengelige ressursene disponeres til det beste for pasienten og pasientpopulasjonen. Et slikt forum, eller koordinerende enhet, vil samtidig kunne bidra til å forebygge økonomiske interessekonflikter tjenestetilbydere imellom.

Arbeidsgruppen er samstemt om anbefalingene med unntak av punkt 4 og 5 der Helse Midt-Norges er uenig.

7. Del 2 - Fritt behandlingsvalg

7.1 Problemstillinger

Mandatets andre del oppfattes det hen at arbeidsgruppen skal fokusere på noen helt konkrete forslag som kan sikre «... at alle pasienter på en klar og tydelig måte blir orientert om deres rett til fritt behandlingsvalg og derved mulighet for også å kunne velge en institusjon innen ordningen med fritt behandlingsvalg» (prosjektgruppens understreking).

Mandatets andre del henger sammen med første del om rettighetsvurderinger ettersom føringene for omsorgsnivået som eventuelt legges til rettighetsvurderingen, slik det gjøres flere steder i dag, påvirker pasientens rett til fritt behandlingsvalg. Rett til helsehjelp knyttet opp til utelukkende et poliklinisk tilbud begrenser pasientens valgmulighet ettersom HELFO-godkjente institusjoner ikke har avtale om å yte poliklinisk behandling. Omvendt vil en rettighetsvurdering som kobles opp mot et døgnopphold gi pasienten mulighet til å velge en HELFO-godkjent institusjon. Likeledes vil en rettighetsvurdering som kobles mot et døgnopphold kunne ta bort pasientens mulighet for poliklinisk oppfølging.

Arbeidsgruppen har identifisert tre områder hvor det særskilt kan jobbes med å forbedre informasjonen om retten til fritt behandlingsvalg. Dette er:

Informasjon på nett

Arbeidsgruppen er positiv til at informasjon om de ulike behandlingsstedene er samlet på nettsiden [«Velg behandlingssted»](#), som er felles for alle fagområder. Søkefunksjonaliteten på informasjonssiden er imidlertid ikke tilfredsstillende.

Arbeidsgruppen mener at en av hovedutfordringene forbundet med dagens søkefunksjonalitet er at innholdet i de ulike tilbudene innen TSB varierer, og at

dette ikke fremkommer tydelig nok på nettsiden. Tjenestetilbydere med sykehusstatus og HELFO-godkjente institusjoner kan være svært ulike virksomheter. Det finnes riktignok lenker som peker videre til de ulike behandlingsinstitusjonenes hjemmesider, men det oppleves krevende å sammenligne tilbudene. Dette er særlig viktig innen TSB, da tilbudene på fagfeltet preges av mangfold.

Arbeidsgruppen oppfatter videre at det er vanskelig å orientere seg for pasienter og de som henviser i tilfeller hvor flere regioner har avtale med samme leverandør. I dag kan en virksomhet ha avtale om tjenestetilbud i flere regioner, men det kan virke som om det på [«Velg behandlingssted»](#) bare er mulig å synliggjøre én ventetid.

Henvisningskvalitet

Arbeidsgruppen påpeker at det ligger klare føringer for hvordan en henvisning innen TSB skal utformes. Arbeidsgruppen erkjenner at det krever betydelig innsats å endre henvisningspraksis, men legger til grunn at det er spesifikke momenter som skal inkluderes i henvisningen.

Fritt behandlingsvalg begynner med en god henvisning som eksplisitt fremhever pasientens ønsker. Arbeidsgruppen understreker betydningen av brukermedvirkning på dette punktet da pasientene som henvises innen TSB generelt har et mer ambivalent forhold til det å være i behandling sammenlignet med pasienter i ren somatisk spesialisthelsetjeneste. Medvirkning på dette punktet antas å redusere frafallet («drop-out»)

Informasjon direkte rettet mot pasienten

Arbeidsgruppen mener det er avgjørende å sikre god informasjon om fritt behandlingsvalg i rett tid til pasienten. I en gjennomgang for arbeids- og ressursgruppen av representanter fra Helsedirektoratet ble det understreket at de fleste henvendelser til deres svartjeneste består av spørsmål som oppstår i forbindelse med at pasienten mottar brevet om egen rettighetsvurdering. Dette indikerer at behovet for informasjon om egne valgmuligheter er særlig stort på dette tidspunktet i forløpet.

7.2 Vurderinger

Hva gjelder informasjon på nett mener arbeidsgruppen det er viktig å bidra til at informasjonen på nettsiden [«Velg behandlingssted»](#) er lett tilgjengelig og forståelig for pasienter, de som henviser og pårørende innen TSB.

Arbeidsgruppen er opptatt av bedret brukervennlighet (søkbarhet, antall klikk), konkret informasjon forbundet med fasilitetene til de ulike behandlingsstedene og kvalitativ informasjon om behandlingen som ytes på de ulike institusjonene (kjønnsdelt behandling, 12-trinnsmodell, gruppeterapi, musikkterapi med mer).

Arbeidsgruppen mener det vil ha stor verdi dersom man kan enes om en felles standardmal knyttet til måten tilbudet beskrives på for hver institusjon omtalt på [«Velg behandlingssted»](#).

I tråd med denne rapportens kapittel 6.2 mener arbeidsgruppen at det med fordel kan fremkomme på nettsiden at omsorgsnivået er en dynamisk parameter som kan endres underveis i behandlingsforløpet.

Hva gjelder henvisningskvalitet vil arbeidsgruppen understreke at denne må bedres og i større grad standardiseres, basert på arbeidet med maler som er gjort av Helsedirektoratet («[Henvisningsveilederen](#)» samt avsnittet «[Kartlegging og henvisning](#)» i Pakkeforløp for TSB.) Pasientens eventuelle spesifikke ønsker om behandlingsinnhold og -lokasjon skal fremkomme her, fortrinnsvis nedtegnet av pasienten selv.

Henvisningskvaliteten er generelt svært viktig da det er henvisningen som legges til grunn for rettighetsvurderingen, jf. pbrl. § 2-2. Henvisningskvaliteten er imidlertid også viktig da den er med på å synliggjøre pasientens ønsker knyttet til fritt behandlingsvalg. Under «Kartlegging og henvisning» i veilederen for pakkeforløp TSB står følgende:

Henvisningen bør inneholde en kortfattet status som inkluderer:

- *Hva ønsker pasienten hjelp til? Det er ønskelig at brukeren selv skriver ned sine ønsker og hva det ønskes hjelp til. Brukeren bør ved behov få tilbud om hjelp til skriftliggjøring.*
- *Pasientens ønsker om type behandling i TSB og hvor behandlingen bør finne sted.*

For å bidra til stadig bedre henvisningskvalitet mener arbeidsgruppen at henvisende instans alltid må få tilbakemelding om hvilke elementer som eventuelt har vært savnet i den opprinnelige henvisningen. Dette kan eksempelvis illustreres med et avkryssningsskjema som er lagt ved kopien av rettighetsvurderingen.

Hva gjelder informasjonen om fritt behandlingsvalg direkte rettet mot pasienten må dette komme til rett tid og i rett format. Arbeidsgruppen mener at informasjon om fritt behandlingsvalg må nå pasienten samtidig som han eller hun mottar informasjon om rettighetsvurderingen.

Mal for kommunikasjon til pasienten knyttet til rettighetstildeling ligger på Helsedirektoratets side «[Brevmaler for helseforetakenes pasientbrev](#)», men nettsiden er for tiden under oppdatering. Arbeidsgruppen mener at malen for rettighetsvurdering prinsipielt bør inneholde følgende fire momenter:

1. Rett eller ikke rett til helsehjelp
2. Frist for senest oppstart av helsehjelp
3. Tid og sted for første samtale (basert på ønske i henvisning, faglig anbefaling og praktisk gjennomførbarhet)

4. Standardisert informasjon om rettighetene knyttet til valgmuligheter under ordningen om fritt behandlingsvalg

Øvrig informasjon kan med fordel legges på påfølgende brevsider, slik at disse fire sentrale punktene kommer øverst og alene i brevet pasienten mottar. Under punktet om Fritt behandlingsvalg bør det vises til en lenke for nettsiden «[Velg behandlingssted](#)» samt to telefonnummer for veiledning; ett til den lokale koordinerende enheten, og ett til «Velg behandlingssted». Brevet bør videre inneholde opplysninger om rollen forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten innehar, og hvordan pasienten kan ta kontakt med sin forløpskoordinator.

Rettighetsbrevet må også få frem at behandlingsplanen og omsorgsnivået ikke er låst selv om første samtale i spesialisthelsetjenesten er satt til en poliklinisk konsultasjon. Arbeidsgruppen har i tillegg foreslått at budskapet om fritt behandlingsvalg kan styrkes ytterligere dersom det legges ved en generell og enkel brosjyre i farger sammen med rettighetsbrevet.

Ressursgruppen har påpekt at en SMS med lenke til samme informasjon om fritt behandlingsvalg med fordel kan sendes ut til pasienten, for eksempel i forbindelse med SMS-påminnelse om planlagt timeoppmøte.

Arbeidsgruppen bemerker avslutningsvis at det ikke bare er rettighetsbrevet fra vurderingsenheten som bør følge en fast norm; det sammen gjelder all korrespondanse fra de ulike TSB-institusjonene knyttet til pasientinntak og oppmøte.

7.3 Anbefalinger

Basert på ovennevnte vurderinger er arbeidsgruppen enig om følgende anbefalinger:

1. Hva gjelder internettsiden «Velg behandlingssted» mener arbeidsgruppen at det foreligger et potensial for forbedring knyttet til følgende:
 - Utarbeide en felles standardmal for måten tjenestetilbudet beskrives på for hver TSB-institusjon omtalt på nettsiden
 - Forbedre søkefunksjonaliteten på nettsiden
 - Det bør komme tydeligere frem at tjenestens nivå og omfang kan endres underveis i behandlingsforløpet
 - Det bør være lett synlig om tjenestetilbyderen er en HELFO-godkjent institusjon eller et sykehus
2. Hva gjelder henvisningskvalitet er pakkeforløpsveilederen tydelig på at henvisningen bør inneholde en kortfattet status som inkluderer følgende momenter:
 - Hva ønsker pasienten hjelp til? Det er ønskelig at brukeren selv skriver ned sine ønsker og hva det ønskes hjelp til. Brukeren bør ved behov få tilbud om hjelp til skriftliggjøring

- Pasientens ønsker om type behandling i TSB og hvor behandlingen bør finne sted.

Det er altså sentralt i pasientens rett til fritt behandlingsvalg at disse opplysningene fremkommer allerede på henvisningstidspunktet. For å bidra til stadig bedre henvisningskvalitet bør henvisende instans alltid få tilbakemelding om hvilke elementer som eventuelt har vært savnet i henvisningen.

3. Hva gjelder kommunikasjon direkte rettet mot enkeltpasienten bør denne nå pasienten samtidig som han eller hun mottar informasjon om rettighetsvurderingen. Det bør benyttes standardmal fra Helsedirektoratet som inneholder følgende momenter:
 - Rett eller ikke rett til helsehjelp
 - Frist for senest oppstart av helsehjelp
 - Tid og sted for første samtale (basert på ønsker i henvisning, faglig anbefaling og praktisk gjennomførbarhet)
 - Standardisert informasjon om rettighetene knyttet til valgmuligheter under ordningen Fritt behandlingsvalg

Øvrig informasjon kan med fordel legges på påfølgende brevsider slik at disse fire sentrale punktene kommer øverst og alene i brevet pasienten mottar. Under punktet om fritt behandlingsvalg bør det vises til en lenke for nettsiden [«Velg behandlingssted»](#) samt to telefonnummer for veiledning; ett til den lokale koordinerende enheten og ett til «Velg behandlingssted». Informasjonen kan om ønskelig styrkes ytterligere med fargebrosjyrer og lenker sendt via SMS.

Brevet bør videre inneholde opplysninger om rollen forløpskoordinatorene innehar, og hvordan pasienten kan ta kontakt med sin forløpskoordinator.

8. Vedlegg

Vedlegg A: Ordliste

Vedlegg B: Sammensetning av arbeidsgruppen og ressursgruppen

Vedlegg C: Overordnet prosjektplan