



**Prioriteringspraksis og ventetid  
En undersøkelse av helseforetak i  
Helse Midt-Norge**

av

Ingunn Mundal

Erfaringsbasert master i helseledelse,  
kvalitetsforbedring og helseøkonomi

November 2010

Det medisinsk - odontologiske fakultet  
Institutt for samfunnsmedisinske fag

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)  
Universitetet i Bergen

## **Forord**

Ideen til denne oppgaven fikk jeg i løpet av studietiden i Helseøkonomi - semesteret, og gjennom arbeidet med gruppeoppgave som omhandlet rettighetspasienter og fristbrudd. Her fikk jeg motivasjon og inspirasjon gjennom svært engasjerte forelesere og med-studenter.

Etter hvert som jeg har jobbet med masteroppgaven, finner jeg at både bakgrunnen for pasientrettighetslovgivningen og selve lovgivningen er mer komplisert enn det jeg hadde forestilt meg, blant annet fordi den i praksis innebærer både etiske, normative, filosofiske og juridiske dilemma. Denne oppgaven har sin rot i fagområdet helseøkonomi, og er forsøkt avgrenset til dette i både teori og metode. Helseøkonomi er et omfattende fagområde som jeg synes har vært vanskelig å gjøre enkelt og tydelig innenfor oppgavens tema fordi fagområdet berører mange felt.

Det å gjennomføre en masterutdanning er relativt krevende når man i tillegg har full jobb. Gjennom den tiden jeg har brukt til å skrive masteroppgaven, har både arbeidskollega og venner slitt med livstruende sykdommer. Jeg er i grunnen dypt takknemlig for at jeg kan bry meg selv med, dvs. gruble og streve med en masteroppgave, isteden for altoppslukende tanker om liv og død for meg selv eller mine nærmeste. Arbeidet med masteroppgaven har altså vært en positiv opplevelse.

De beste støttespillere gjennom denne tiden er uten tvil Knut og vår yngste datter Iben, som tålmodig har godtatt en både fraværende og åndsfraværende ektefelle og mamma. En særlig takk til Jan Erik Askildsen for inspirasjon, god veiledning og stort engasjement i temaet. Takk også til arbeidsgiver som ubetinget har støttet meg hele veien og til overlege Øyvind Erik Jensen for bidrag til vurdering av diagnoser. Til slutt vil jeg takke informantene som velvillig stilte opp til intervju.

November 2010

Ingunn Mundal



## Erfaringsbasert masteroppgave i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel				
Prioriteringspraksis og ventetid. En undersøkelse av helseforetak i Helse Midt - Norge				
Forfatter <b>Ingunn Mundal</b>				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Psykiatrisk sykepleier, Helse Nordmøre og Romsdal HF, DPS Kristiansund poliklinikk				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder: Jan Erik Askildsen, forskningssjef Helseøkonomi Bergen .Rokkansenteret, Universitetet i Bergen		
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
68	Norsk	Norsk		
Sammendrag				
<p><b>Bakgrunn:</b> Norsk helselovgivning skal sikre at folk skal ha lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av alder, kjønn, personlig økonomi og geografisk tilknytning. Flere undersøkelser viser at det er variasjoner i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, både mellom helseregionene og innad i Helse Midt-Norge. For å sikre en konsistent praktisering av Prioriteringsforskriften og en harmonisering av rettighetstildelingen, er det utarbeidet prioriteringsveiledere, som skal være retningsgivende for hvilke tilstandsgrupper som skal gis rett eller ikke rett til helsehjelp samt forslag om maksimum medisinsk forsvarlig ventetid. Prioriteringsforskriften åpner for bruk av skjønn for hvem som skal ha rett og ved vurdering av den enkelte pasient, og en kjenner lite til hva som faktisk ligger til grunn for prioriteringsbeslutningene.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med studien er å undersøke hvordan helseforetakene ved spesialister gjør sine vurderinger ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og om pasientene får tilgang til behandling i henhold til Prioriteringsforskriftens kriterier.</p> <p><b>Materiale:</b> Utredningen bygger på data fra fagfeltene somatikk, rus og psykisk helsevern i et helseforetak. Informasjon om prioriteringspraksis er innhentet fra seks spesialister fra ulike fagområder som foretar prioriteringsbeslutninger, fire ledere samt registerdata for ventetid og rettighetsandel fra Norsk pasientregister</p> <p><b>Metode:</b> Innsamling av data er gjort både gjennom kvalitativt strukturert intervju og retrospektiv kvantitativ analyse av registerdata fra Norsk pasientregister. Data er analysert kvalitativt og kvantitativt.</p> <p><b>Resultat:</b> Intervjuene avdekket at det ikke var systematisk prioriteringspraksis innen de utvalgte fagområdene i helseforetaket, og Prioriteringsforskriftens kriterium om kostnadseffektivitet benyttes ikke ved vurdering av henvisninger. Både helseregion og foretak har høy rettighetsandel, og fagområdene psykisk helsevern og rus har en rettighetsandel på nærmere 100 % også 1. tertial 2010.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Funnene indikerer at Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne er lite implementert i helseforetaket og at prioriteringsbeslutningene i hovedsak er basert på klinisk skjønn.</p>				
Nøkkelord				
ventetid; prioritering; rasjonering; pasientrettigheter, prioriteringsveiledere				



**Dissertation submitted for the degree  
of Master in Health Management and Health Economics  
in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Prioritization practice and waiting time. A study of enterprises in the Regional Health Authority in Mid Norway				
Author				
Ingunn Mundal				
Author's position and address				
Psychiatric nurse, Helse Nordmøre og Romsdal HF, DPS Kristiansund, Outpatient department				
Date of approval		Supervisor: Jan Erik Askildsen, Health Economics Bergen and Rokkansenteret, University of Bergen, Norway		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
68	Norwegian	English		
<p><b>Background:</b> The Act on Patients Rights should ensure that people should have equal access to health services of good quality, regardless of age, gender, economy and place of residence. Several studies show that there are variations in the allocation of health care, both among the regional health authorities and among health enterprises within the regional health authorities. To ensure a consistent practice and harmonization of prioritizing, priority guidelines are developed. They include a description of medical conditions, with a recommendation of an allocation of patients with or without a legal right to treatment and also a medically maximum waiting time. Priority regulation allows the use of medical duration of discretion, but we have little knowledge of what are the reasons for prioritization decisions.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this study is to examine how the health authorities by specialists make their decisions on the allocation of the health care and whether patients have access to treatment according to priority regulation criteria.</p> <p><b>Material:</b> The study is based on data from the fields of general medicine, substance abuse and mental health care in a health authority. Information of prioritization practice was obtained from six specialists from various disciplines and four department heads as well as data of waiting time and proportion of patients with prioritized health care from the Norwegian Patient Register.</p> <p><b>Methods:</b> The collection of data is done through qualitative, structured interviews and retrospective quantitative analysis of data from the Norwegian Patient Register.</p> <p><b>Results:</b> The interviews indicated that there was no systematic practice of prioritization in the selected areas of healthcare. Priority Regulation criteria of cost effectiveness is not used in the assessment of referrals. Both the regional health authorities and health enterprises have a high proportion of patients with prioritized health care, and the fields of mental health and substance abuse have a right share of close to 100% also in 1<sup>st</sup> tertial of 2010.</p> <p><b>Conclusion:</b> The findings indicate that the priority regulations and priority guidelines are implemented to a limited extent in the local health authority, and priority decisions are mainly based on clinical discretion.</p>				
Keywords: Waiting time; prioritization, rationing; patient rights; medical guidelines				

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling .....	1
1.2	Hensikten med undersøkelsen.....	4
<b>2.</b>	<b>PROBLEMSTILLING.....</b>	<b>5</b>
2.1	Problemstilling.....	5
2.2	Forskningsspørsmål.....	5
<b>3.</b>	<b>INSTITUSJONELL BAKGRUNN OG PRIORITERINGSPRAKSIS</b>	<b>6</b>
3.1	Ledelses- og sykehusreformen.....	6
3.2	Presentasjon av begreper.....	7
3.2.1	Fire aspekter i prioriteringsbegrepet.....	7
3.2.2	Prioriteringsarbeidet langs to akser.....	9
3.3.	Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften.....	10
3.4	Utfordringer knyttet til praktisering av Prioriteringsforskriften.....	13
3.4.1	Et eksempel på praktisering av Prioriteringsforskriften.....	15
3.5	Hva er ventetid og hvorfor må en vente.....	16
3.6	Prioritering og oppdragsdokumentene.....	17
3.7	De nye nasjonale prioriteringsveilederne.....	18
3.8	Konsekvenser av strengere prioritering.....	20
<b>4.</b>	<b>TEORI.....</b>	<b>21</b>
4.1	Helsemarked og konkurranse.....	21
4.1.1	Kort om Grossmannmodellen.....	21
4.1.2	Marked og konkurranse.....	23
4.1.3	Avveininger mellom kostnadseffektivitet og hensynet til alvorlighet.....	25
4.1.4	Markedets rolle når det gjelder å fordele ressurser i helsesektoren.....	28
4.1.5	Innsatsstyrt finansiering og konsekvenser for prioritering.....	28
4.2	Fire krav til prioriteringsbeslutninger.....	30
4.2.1	Oppsummering.....	32
<b>5.</b>	<b>METODE.....</b>	<b>33</b>
5.1	Valg av design og metode.....	33
5.2	Empirisk tilnærming.....	34
5.3	Etiske aspekter.....	35
5.4	Utvalg.....	35
5.4.1	Utvalg av informanter til intervju.....	35
5.4.2	Utvalg av data fra NPR.....	36
5.5	Datainnsamling.....	36
5.5.1	Strukturert intervju.....	36

5.5.2	Bakgrunn for data fra NPR.....	37
5.6	Validitet og reliabilitet.....	40
5.6.1	Usikkerheter ved metoden.....	41
<b>6.</b>	<b>RESULTAT.....</b>	<b>42</b>
6.1	Data fra Norsk pasientregister (NPR).....	42
6.1.1	Praktisering av Prioriteringsforskriften.....	42
6.1.2	Rettighetstildeling.....	46
6.2	Presentasjon av kvalitative data .....	49
6.2.1	Organisering av prioriteringsarbeidet i avdelingene.....	50
6.2.2	Forhold som tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger.....	53
6.2.3	Vurdering av kriteriene i Prioriteringsforskriften.....	54
6.2.4	Dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger.....	55
6.2.5	Ventetider.....	55
6.2.6	Rammevilkår for prioritering.....	56
<b>7.</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>58</b>
7.1	Erfaringer med metode og gjennomføring av intervjuene.....	58
7.2	Prioriteringspraksis.....	58
7.2.1	Rettighetspasienter – identifisering og sikring av prioritet.....	58
7.2.2	Kriterier som tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger.....	63
7.2.3	Åpenhet og dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger.....	64
7.3	Sentrale utfordringer i prioriteringsarbeidet.....	64
7.4	Videre forskning.....	67
<b>8.</b>	<b>OPPSUMMERING.....</b>	<b>68</b>
<b>9.</b>	<b>REFERANSELISTE</b>	
<b>10.</b>	<b>VEDLEGG</b>	
	Intervjuguide	
	NSD – Melding om behandling av personopplysninger	

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I denne utredningen undersøker jeg hvordan helseforetak gjør sine vurderinger ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist, og om pasienter får tilgang til behandling i henhold til tilstandens alvorlighetsgrad, nytte av behandlingen og behandlingens kostnadseffektivitet.

Norsk helselovgivning skal sikre at folk skal ha lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av personlig økonomi og geografisk tilknytning. Medvirkning og valgfrihet er hjemlet i Lov om pasientrettigheter. ”Lov om pasientrettigheter” (også kalt Pasientrettighetsloven) og ”Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd” (heretter kalt Prioriteringsforskriften), angir myndighetenes målsetning for prioritering som skal sikre at de pasientene som trenger det mest, kommer raskest til riktig helsehjelp. Dette gjøres ved at de blir tildelt ”rett til nødvendig helsehjelp”. Endringer i Pasientrettighetsloven som trådte i kraft september 2004, pålegger spesialisthelsetjenesten å gi pasienter som har fått denne rettigheten til nødvendig helsehjelp en konkret individuell fastsatt tidsfrist for oppstart av undersøkelse/ behandling. Tildelingen av rett til helsehjelp skal kun være basert på medisinske vurderinger, og andre forhold som for eksempel kapasitet og pasientens sosiale forhold skal ikke tas i betraktning. Fastsettelse av eksakt tidsfrist skal ta utgangspunkt i pasientens individuelle behov, og det gis rom for klinisk skjønn. Både pasienten og fastlegen skal informeres om rett til nødvendig helsehjelp er tilstede, og om fastsatt frist og klageadgang dersom fristen overskrides (Norheim, 2005, s. 6). Pasientrettighetsloven fastslår videre at ”pasienten har rett til nødvendig helsehjelp under forutsetning av at pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt” (§2-1). Retten til helsehjelp er nærmere presisert i Prioriteringsforskriften. Lønning II utvalget deler inn pasientene i følgende prioriteringsgrupper (NOU 1997:18, s.151-153):

1. Øyeblikkelig hjelp
2. Elektive, med rett til nødvendig helsehjelp
3. Elektive, med rett til annen helsehjelp
4. Etterspurte tjenester

Prioriteringsgruppe 1 og 2 inngår i helseforetakenes kjernetilbud mens prioriteringsgruppe 3, som innebærer lavere prioritet, skal også tilbys helsehjelp, men har ikke krav på individuelt fastsatt frist. Disse tre prioriteringsgruppene inngår i helseforetakenes ”sørge-for ansvar”. Etterspurte tjenester er helseforetakene ikke pliktige å tilby. En viktig premissleverandør for utformingen av Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften er Lønning-utvalgene og særlig NOU 1997: 18 ”Prioritering på ny” (Lønning II). Utvalgenes prinsipp for prioritering i dag er en del av den offentlige helsetenkningen.

Norsk pasientregister (heretter NPR) er ett av de sentrale helseregistrene i Norge. Registeret er drevet av Helsedirektoratet og har som mål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Dette inkluderer også den aktivitetsbaserte finansieringen, der blant annet sykehusene får tilskudd per utført operasjon, konsultasjon osv.<sup>1</sup> I følge NPR er det store variasjoner i rettighetstildelingen både mellom institusjoner innenfor en helseregion, mellom helseregionene og mellom de ulike fagområdene. Prinsippene om at helseforetakene skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det uavhengig av bosted, sosiale forhold, økonomi osv., synes å være vanskelig å følge opp.

Andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp varierer fra 47,6 til 82,7 prosent mellom de regionale helseforetakene i 2009. Helse Midt-Norge skiller seg ut fra de andre regionene med den høyeste andelen som er tildelt rettighet. Både i Helse Vest og Helse Nord er andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp blitt redusert i perioden 2005 til 2009. (Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2009, s. 5). Samme rapport viser at mens utviklingen er stabil for rettighetspasienter innen psykisk helsevern for voksne, øker ventetiden med 13 dager for pasienter uten rett. For somatiske fagområder øker ventetiden med gjennomsnittlig 2 dager for rettighetspasienter og 5 dager for pasienter uten rett (s.14).

---

<sup>1</sup> ([http://www.helsedirektoratet.no/omdirektoratet/avdelingar/norsk\\_pasientregister](http://www.helsedirektoratet.no/omdirektoratet/avdelingar/norsk_pasientregister)).



Det er lagt ned et omfattende arbeid med å beskrive ulike medisinske tilstander som skal gi rett til nødvendig helsehjelp og hva som anbefales som siste forsvarlige frist for igangsetting av helsehjelp. Dette er gjort for å sikre riktige prioritering og gjøre det lettere å vurdere hvem som bør tildeles rett og fastsette en medisinsk forsvarlig tidsfrist (lengste forsvarlige ventetid) for når helsehjelpen kan gis. Med utgangspunkt i dette arbeidet er det laget prioriteringsveiledere for 30 fagområder i spesialisthelsetjenesten. Veilederne beskriver også eksempler på tilstander som ikke gir rett.

Prioriteringsveilederne skal være til støtte for fastsetting av rettighet og frist for den enkelte pasient. Et overordnet mål med dette er at retten til nødvendig helsehjelp og fristfastsettingen skal praktiseres ensartet i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene mottar årlig helsepolitiske bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet i form av oppdragsdokument. I 2009 skulle helseforetakene rapportere om på hvilken måte de har deltatt i arbeidet i forbindelse med praktiseringen av Prioriteringsforskriften og iverksette tiltak for at prioriteringsveilederne tas i bruk (Oppdragsdokumentet 2009).

Regionale helseforetak finansieres gjennom rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering (ISF). Legeforeningen har stilt spørsmål ved at ISF ikke brukes som gjennomgående prissystem mot de enkelte sykehus, og at rammevilkår som valg av finansieringsmodell i stor grad påvirker prioritering (Lang, lang rekke, 2007, s.9). En fersk rapport fra Riksrevisjonen (Rapport om økonomistyring i helseforetakene) sier at ventetiden innen somatikk har økt fra 2006 – 2008, og helseministeren sier hun vil gi kampen mot ventelister høy prioritet. Dette er et bakteppe for problemstillingen.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i ulike diagnosegrupper og undersøker hvilke kriterier et helseforetak i Midt-Norge bruker ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell behandlingsfrist ved vurdering av henvisninger, og hvordan sykehuset bestemmer hvem som skal ha forrang. Dette gjøres ved å:

- undersøke hvilke rutiner som identifiserer rettighetspasienter og sikrer at disse faktisk gis prioritet,
- se om det foreligger variasjoner i tildelingen av rett til undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten i helseforetaket og
- undersøke hva som driver tildeling av disse rettighetene

Følgende fagområder er representert i undersøkelsen: psykisk helsevern for voksne og rusbehandling, endokrine sykdommer, sykdommer i muskel/skjelett/bindevev, kvinnesykdommer, sykdommer i sirkulasjonssystemet og sykdommer i fordøyelsessystemet. Det er ønskelig at både somatikk og psykisk helsevern er representert, samt at både kirurgi og indremedisinske fagområder inngår i utvalget for å se om det er forskjeller i ventetid og rettighetstildeling mellom fagområdene i helseforetaket.

I Prioriteringsforskriften er det tilgang til utredning og/eller behandling som skal fordeles mellom de som trenger helsehjelp mest og de som trenger det mindre. I oppgaven brukes faktisk ventetid som et mål på prioriteringspraksis. Overskridelse av tildelt frist for rett til nødvendig helsehjelp (fristbrudd), omfang av fristbrudd og rutiner for håndtering av disse, er lite fokusert i denne utredningen.

## **1.2 Hensikt med undersøkelsen**

Det er store variasjoner i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, både mellom helseregionene og innad i regionen Helse Midt-Norge (hver region).

Prioriteringsforskriften åpner for bruk av skjønn både for hvem som skal ha rett til nødvendig helsehjelp og ved vurdering av den enkelte pasient. For å sikre en konsistent praktisering av Prioriteringsforskriften, er det viktig med en kontinuerlig diskusjon om praktiseringen av forskriften (Norheim, 2005, s. 16). Jeg håper at denne utredningen kan være en del av en slik diskusjon. Gjennom de nye nasjonale prioriteringsveilederne er det ønskelig med en harmonisering av rettighetstildeling, men det er pr. i dag ikke lagt opp til å undersøke hvilke kriterier den enkelte spesialist legger til grunn ved vurdering av henvisninger. Gjennom å intervjuere ledere og spesialister som foretar prioriteringsbeslutninger, ønsker jeg å få kunnskap om i hvilken grad disse beslutningene tar utgangspunkt i Prioriteringsforskriften, og om det er andre forhold enn kriteriene i Prioriteringsforskriften som gir føringer for prioriteringsbeslutningene. Oppgaven omfatter også hvordan ledelsen i helseforetaket har tatt tak i prioriteringsarbeidet, og kan bidra til å gi en oversikt over generelle problemstillinger som bør avklares i det videre arbeidet med å omsette Prioriteringsforskriften i praksis.

## 2. Problemstilling

### 2.1 Problemstilling

Lov om pasientrettigheter og Prioriteringsforskriften skal regulere tilgangen til rett til nødvendig helsehjelp i Norge. En nasjonal målsetning er også at helsetjenester skal fordeles rettferdig. Data fra NPR viser store variasjoner i både tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp og ventetider mellom helseregionene og også innad i regionene. Med bakgrunn i data fra NPR og målet om at alle pasienter som er i samme situasjon skal ha et likeverdig tilbud, finner jeg det interessant å se på følgende problemstilling:

Hvordan gjør helseforetakene sine vurderinger ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell tidsfrist? Får pasienter tilgang til behandling i henhold til tilstandens alvorlighet, nytte av behandling og behandlingens kostnadseffektivitet?

### 2.2 Forskningsspørsmål

1. *Hvilke rutiner har sykehusene for å identifisere rettighetspasienter – og hva sikrer at disse faktisk gis prioritet?*
2. *Hva ligger til grunn for tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp?*
3. *Påvirkes tildeling av rett av andre forhold enn sykdommens alvorlighet, nytte og kostnad i forhold til nytte, for eksempel sykemelding, mulighet til å komme tilbake til jobb, livsstil, helseskadelig atferd og evt. andre sosiale forhold?*
4. *Hvilke kriterier er prioriteringsbeslutninger basert på?*
5. *Hvor lenge venter pasienter som er gitt høyest prioritet i forhold til pasienter som er gitt lavere prioritet innenfor samme diagnosegruppe og mellom ulike diagnosegrupper?*
6. *Foreligger det variasjon i tildeling av rett til helsehjelp i helseforetaket?*

### **3. Institusjonell bakgrunn og prioriteringspraksis**

I dette kapitlet beskrives de institusjonelle rammene for prioriteringspraksis i Norge. Flere omfattende reformer, samt utdyping av lovverk og forskrifter, endringer i finansieringssystemet, oppdragsdokument og omfattende arbeid for å utarbeide nasjonale retningslinjer for prioritering skal ligge til grunn for behovet for å rasjonalisere og rangere tilgangen til helsehjelp både rettferdig og økonomisk. Det er behov for å gå dypere inn i sentrale betingelser og begreper for å få et innblikk i begrunnelser og motiv for de strukturene vi har for prioritering i dag.

#### **3.1 Ledelses- og sykehusreformen**

Norske myndigheter har de siste årene introdusert markedselementer og insentiver til konkurranse i helsesektoren gjennom flere omfattende reformer (Andersen, Brekke, Kjerstad m.fl. 2006, s vi). I januar 2002 ble sykehusreformen innført som en av de største reformene som har vært gjennomført i norsk helsevesen. Målet med reformen var en helhetlig, tydelig statlig styring av spesialisthelsetjenesten, klarere ansvars- og rollefordeling for å gi bedre ressursutnyttelse, og sikre befolkningen bedre helsetjenester. Reformen bestod av to hovedelementer:

1. Staten overtok eierskap og ansvar for de fylkeskommunale sykehusene og andre virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Sektoransvar, finansieringsansvar og eierskap ble samlet, og den politiske styringen som før lå til fylkestingene ble ved innføringen av reformen lagt til Stortinget.
2. Sykehusene ble organisert i regionale og lokale helseforetak og ble egne rettssubjekter med egne styrever som ikke lenger var en integrert del av den statlige forvaltningen. Sykehusene fikk betydelig formell autonomi (Torjesen, 2008).

Forut for sykehusreformen ble Ledelsesreformen i spesialisthelsetjenesten innført i 2000, og "Enhetlig ledelse" ble introdusert i alle norske sykehus. I tillegg til dette har myndighetene også forsøkt å etablere forutsetninger for en mer markedsinspirert helsepolitikk. Eksempler på dette er introduksjon av stykkprisfinansiering eller innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997, ny pasientrettighetslov i 1999 og pasienters rett til

fritt sykehusvalg i 2001. Ledere har med dette blitt stilt overfor nye konkurranseliknende betingelser med større økonomisk og resultatavhengig ansvar.

## **3.2 Presentasjon av begreper**

Norge var blant de første landene som startet en nasjonal debatt om prioritering i helsetjenesten, og satte prioritering på den helsepolitiske dagsorden ved å opprette et eget prioriteringsutvalg (Lønning I-utvalget, 1987). I følge mandatet skulle utvalget drøfte prinsipper og retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet. Hensikten var ”å rangordne oppgaver for det offentlige helsevesen, og få frem kriterier for hvordan ressurser bør fordeles” (NOU 1997:7). I 1997 kom Lønning II-utvalget med nye anbefalinger (NOU 1997:18), som ble utgangspunkt for Lov om pasientrettigheter og Prioriteringsforskriften.

### **3.2.1 Fire aspekter i prioriteringsbegrepet**

Lønning II utvalget la særlig vekt på fire sentrale aspekter i prioriteringsbegrepet: 1) fordeling, 2) balansering, 3) rangering og 4) rasjonering. Fordeling brukes om fordeling av ressurser mellom ulike pasientgrupper (diagnosegrupper, enkeltdiagnoser, alder m.m.). Det er både prinsipielt og praktisk vanskelig å sette pasientgrupper opp mot hverandre på denne måten siden sykdom som oftest er uforskyldt, og alle grupper burde få behandling som er i samsvar med alvorlighetsgrad og forventet effekt av behandlingen. Et vanskelig spørsmål vil også være hvorvidt deler av noen grupper skal gå foran andre. Balansering handler her om balansering av ressurser mellom ulike ledd i tiltakskjedene (forebygging, øyeblikkelig hjelp-funksjon, behandling, rehabilitering og omsorg for kroniske syke). Her vurderes spesifikt leddene i behandlingsskjeden for ulike sykdomsgrupper. Tiltakskjedene beskrives og utvikles i samsvar med nye metoder, og det lages retningslinjer for samarbeid mellom nivåene (jfr. pasientforløp og pasientflyt i behandlingsskjedene). Rangering betyr i denne sammenheng å sortere etter prioritet, og pasienter innenfor ulike fagområder rangeres parallelt, og settes på ulike ventelister uavhengige av hverandre. Innenfor hver venteliste skjer det justeringer i rangeringen innenfor og mellom prioritetsgruppene. Rasjonering er relevant i de situasjoner der man ikke kan gi nyttig behandling for alvorlige sykdommer til alle. Begrepet har flere nyanser. Rasjonering er ”*all prioriterings akilleshæl, fordi det er vanskelig å skape*

*konsensus om hvilke behov som skal holdes utenfor velferdsstatens tilbud*". Rasjonering bør skje åpent, dvs. begrunnes overfor alle berørte parter (NOU 1997:7, s. 28,29).

Jeg velger å bruke følgende definisjoner på prioritering:

*"Prioritering tyder å sette føre, gje forrang. Det inneber at dersom det ligg føre fleire beslutningsalternativ, vert desse rangordna. Det inneber vidare at om noko vert prioritert, vert noko anna sett bak eller kjem seinare. Det er lett å prioritere dersom ein berre omtalar det som vert sett føre. Og vert alt prioritert har prioriteringsomgrepet knappast noko meining"* (Søreide, 2006).

Kliniske prioriteringsbeslutninger kan i følge Ole Fritjof Norheim defineres slik:

*"Clinical priority setting means choosing whom to investigate and what diagnostic test to perform; sorting the flow of patients so some are diagnosed or treated before others; allocating patients to surgery, medical treatment, or watchful observation; and selecting or excluding patients for a given treatment. Justice requires a fair distribution on the benefits and burdens of priority setting"* (Norheim, 2008).

Prioritering dreier seg om beslutninger som blir fattet på ulike nivå i helsetjenesten. Behovet for prioritering oppstår når det viser seg et misforhold mellom etterspørsel og de ressursene som er stilt til disposisjon. Selv om prioritering kan tolkes som at alle skal få, må en likevel erkjenne at ressursene som er stilt til disposisjon på alle nivå i helsetjenesten, er avgrenset (Søreide, 2006, s.4). I følge Søreide er de "fleste avgjørelsene i helsetjenesten diskrete beslutninger der prioriteringsspørsmål knapt er relevante vurderingstema i tildelingen av tjenestetilbud utover det som dreier seg om ventetid".

En kan si at prioriteringen starter i det pasienten velger å ta kontakt med fastlegen eller legevakten. Der pasientens tilstand er så alvorlig eller uklar at fastlegen ikke kan utrede eller behandle pasienten selv, kan fastlegen velge å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. På denne måten fungerer fastlegen som portvakt og filtrerer tilgangen til spesialisthelsetjenestene. Det er forventet at fastlegene bruker sin beste profesjonelle dømmekraft for å sikre en effektiv og rettferdig fordeling av ressurser (Carlsen, Norheim, 2005).

I klinisk praksis er avgjørelsene i spesialisthelsetjenesten de viktigste i prioriteringssammenheng. Det er her forventningene skapes, ressursbruken genereres og drivkreftene i helsetjenesten er virksomme. Sentrale drivkrefter utover demografiske endringer er (jfr. Søreide, 2006. s.9):

- Faglig utvikling og nye medisinske metoder
- Indikasjonsglidning og ekspansjon i bruken av eksisterende metoder
- Fokus på risiko for sykdom
- Etterspørsel og forventninger
- Større oppmerksomhet på rettigheter (jfr. Pasientrettighetsloven)
- Press i form av ventelister (etterspørsel)

Det å bli enige om en rangordning, som jfr. Søreides definisjon er en viktig del av begrepet prioritering, innebærer også at man velger ut de alternativ som skal settes foran og være gjeldende foran de alternativene som stilles bakerst og ikke skal være gjeldende. For at en rangordning skal være en prioritering, må noen vilkår være oppfylte. For det første må alternativene være overveide, og deretter være relevante ved at de må kunne stilles spørsmål ved (Nasjonell modell 2007, s.8).

### **3.2.2 Prioriteringsarbeidet langs to akser**

I Norge har Staten et ansvar for overordnet fordeling av ressurser, fordeling til definerte pasientgrupper, samt utvikling og styring av spesielle funksjoner. Dette blir kalt "første ordens beslutninger" og bestemmer mengde, tilgjengelighet og graden av offentlig ansvar som blir tilbudt. "Andreordensbeslutninger" er beslutninger om hvem som skal få et helsegode, og handler egentlig om to former for beslutninger; beslutninger som dreier seg om å tilby rett diagnostikk, utredning eller behandling til pasientgrupper (for eksempel nasjonale retningslinjer eller veiledere) og det praktisk-kliniske nivået, dvs. beslutninger som gjelder enkeltpasienter (Søreide, 2006 s. 8). Prioriteringer som gjøres innenfor en tilstandsgruppe, klinikk eller yrkesgruppe kalles også "vertikal prioritering". Å velge mellom sykdomsgrupper, sykehus eller klinikker benevnes som "horisontale prioriteringer", og involverer også politikere. Noen ganger kan avgrensningen mellom vertikale og horisontale beslutninger være mer vag, for eksempel der politikere går inn i enkelte sykehus og overstyrer sykehusets egne prioriteringsbeslutninger. I

utgangspunktet skal de politiske prioriteringsbeslutningene være veiledende for prioriteringene som gjøres av helsepersonellet (Nasjonell modell 2007, s.3).

### **3.3 Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften**

Hensikten med Prioriteringsforskriften er å sikre ”likhet for loven” uansett bosted, kjønn, alder, sosial tilhørighet og sykdom. Etterlevelse av forskriften skal sikre at de alvorligst syke som er i størst behov for helsehjelp blir behandlet først, og skal bidra til at en ikke prioriterer behandlinger som ikke har tilstrekkelig effekt og at en ikke prioriterer svært dyre behandlinger med liten effekt (Aarset, 2008). *”Utgangspunktet for all prioritering må være at alle kan få tilgang til en medisinsk vurdering, slik at det kan tas en beslutning om hvorvidt offentlig finansiert behandling kan tilbys eller ei. Først når vurderingen foreligger, er det mulig å prioritere”* (Lang, lang rekke, 2007 s. 6).

Innledningsvis i oppgaven nevnes kriteriene i Prioriteringsforskriften som gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp dersom vurderingen av 1) tilstandens alvorlighetsgrad, 2) forventet nytte av behandlingen og 3) kostnadene sett i forhold til nytten tilsier det. Alle kriteriene må være innfridd for å få tildelt rett. Vektleggingen av det enkelte kriterium behøver imidlertid ikke være lik. En svært alvorlig sykdom kan forsvare høye kostnader i forhold til nytten, og stor nytte kan forsvare å gi rettighet selv om sykdommen i seg selv ikke er veldig alvorlig. Vektingen mellom kriteriene er altså ikke knyttet opp til poengsystem eller lignende for å kunne veie kriterieskåre mot hverandre. Kriteriene er derfor relative til hverandre og forutsetter en skjønnsmessig vurdering (Feiring, 2003). Hva som ligger i ”ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet” og ”forventet nytte” defineres relativt konkret i selve forskriften og i dens merknader. Det er også krav om at nytte skal være dokumentert. Prioriteringsforskriften omfatter også begrensninger om hva som bør være spesialisthelsetjenestens oppgaver (Evensen, 2009. s. 46).

Alvorlighetsgraden kan være et utfordrende kriterium å forholde seg til i konkrete prioriteringssituasjoner fordi enkelte tiltak ikke har nytte for de alvorligst syke. I den kliniske hverdagen baseres prioriteringsbestemmelsene på to typer informasjon: 1) pasientens sykdoms alvorlighetsgrad (prognose uten tiltak) og 2) forventet resultat



(prognose med tiltak) (Nordheim, 2008). Alvorlighetskriteriet er ikke knyttet til diagnose, og pasienter med samme diagnose vil kunne ha ulik helsetilstand. I følge NOU 1997: 18 s. 123 er et sentralt spørsmål hvilken avveining det skal være mellom kriteriene alvorlighet og nytte. Noen behandlingsformer er helt klart i samsvar med begge prinsipper, mens andre er det like klart ikke, og disse er lette å bedømme. I samme avsnitt er det antydning at prinsippet om resultatlikhet, dvs. at man tilstreber lik helse for hele befolkningen, kan være en begrunnelse for ønsket om å prioritere de helsetilstander som avviker mest fra normal/lik helse. Dette vil i så fall innebære at ressurser i vesentlig grad må kanaliseres til personer med størst avvik fra normal helse, uavhengig av prognose og kostnader. Begrepet alvorlighet kan i denne sammenheng være vanskelig og spesifisere nøyaktig da det omfatter både risikoen for død, varige plager, omfang av evt. varig funksjonsnedsettelse, grad av smerter og pleiebehov (NOU 1997: 18 s. 124.).

Vilkåret forventet nytte innebærer at det skal foreligge god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandling (Prioriteringsforskriften). Nordheim (2008) foreslår at klinikere kan bidra i prioriteringsarbeidet ved å stoppe prosedyrer som ikke er bevist effektive.

I en norsk studie undersøkte Erik Nord m. fl. hvorvidt folk generelt har en tendens til å overse kostnadene når helsetjenester skal prioriteres. Først ble informantene bedt om å rangere ulike medisinske tiltak etter hvordan de verdsatte resultatene. Deretter ble behandlingskostnadene oppgitt, og informantene ble bedt om å rangere tiltakene igjen. Studien fant at folk har en tendens til å ignorere kostnadene når helsetjenester skal prioriteres, både når det gjelder dyre og billigere behandlinger, og de ønsker heller ikke at behandlingskostnadene skal tillegges for stor vekt ved prioriteringsbeslutninger (Nord, Richardson, Street, Kuhse, Singer 1995).

Vilkåret om kostnadseffektivitet innebærer i Prioriteringsforskriften at det ved vurdering av kostnader knyttet til antatt forbedring av pasientens helsetilstand, skal tas hensyn både til andre enkeltpasienter og andre pasientgrupper som kunne fått behandling i stedet. I en prioriteringsdiskusjon innebærer dette at pasienter og

pasientgrupper settes opp mot hverandre. Hvis man tenker at man må velge å gi en av to pasientgrupper behandling mens ressursinnsatsen er den samme, skal den som har størst forventet helsegevinst av behandling velges (Samarbeidsprosjektet riktigere prioritering, s. 11). Det skal være et rimelig forhold mellom tiltakets behandlingseffektivitet og kostnader, og det skal unngås sløsing med ressurser på tiltak uten dokumentert effekt på livslengde eller livskvalitet. Hvis vi fra et helseøkonomisk perspektiv sier at vi står overfor et kollektivt fordelingsproblem der etterspørselen er større enn tilbudet, vil det være viktig å utnytte ressursene best mulig. Flere pasienter kan få et tilbud innenfor en gitt budsjetttramme jo mer effektiv ressursbruken er. Effektiv ressursutnyttelse betinger informasjon om ressursbruk og konsekvenser av alternative tiltak. I denne sammenheng betyr kostnader alternativ ressursutnyttelse. "Cost-utility"-analyse (CUA) er en metode å vurdere kostnads-effektivitet eller pasientnytte, der måleenheten er QALY (quality adjusted life years, dvs. kvalitetsjusterte leveår). Dette er i prinsippet en systematisk måte å prioritere mellom ulike pasientgrupper og sykdomstilfeller. En indeks for livskvalitet i ulike tilstander (kvalitetsjusterte leveår) kan omregnes til et viss antall leveår med full helse, der det benyttes en skala fra 0 til 1 der tilstanden "død" har en verdi på 0 og tilstanden "full helse" har verdien 1 ved omregning. Nyttekostnadsbrøker er regnet ut for ulike helsetiltak, for eksempel som antall vunne QALY per million kroner brukt, og en høy brøk indikerer at tiltaket fortjener høy prioritet (Nord, 2002, Drummond, 2002). Verdien som settes på et QALY er likevel ikke det viktigste i denne sammenheng, men heller det at samfunnsøkonomiske vurderinger som eksplisitt inkluderer liv og helse tas inn som en del av beslutningsgrunnlaget (Sælensminde, 2009).

Når det gjelder samfunnets betalingsvilje for helsegevinster, er det flere faktorer som påvirker denne. Ved akutt fare for liv, er samfunnets betalingsvilje høy, og også tilstandens alvorlighetsgrad påvirker betalingsviljen. Ved forebygging av sykdom, og der vi ikke vet hvem som har nytte av tiltakene eller hvor stor effektene er for enkeltindividene (såkalte statistiske liv), er betalingsviljen vanligvis mindre. Behandlinger for kosmetiske problemer, sterilisering og barnløshet er eksempler på behandlinger som hovedsakelig ikke inngår i samfunnets betalingsvilje.

I det daglige er det legen eller psykologen som kan sies å utløse bruk av helsevesenets ressurser gjennom å sette i gang undersøkelser og/eller senere behandling. Erfaring

viser at for få leger kjenner til kostnadene på ressursene de rekvirerer, mens antall prøver og tiltak faller brått når legen blir klar over kostnadene som genereres (Evensen, 2009. s. 45). Som tidligere nevnt har også fastlegene har en betydningsfull rolle i forhold til å utløse bruk av helsevesenets ressurser ved sin portvaktfunksjon som henvisere. Vurderingen av om pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp gjøres på grunnlag av den skriftlige henvisningen fra fastlegen. Henvisningen ”aktiverer” Pasientrettighetslovens § 2-2 (rett til vurdering), og spesialisthelsetjenesten har plikt til å vurdere henvisningen innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Ved mistanke om alvorlig psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet for barn/unge under 23 år som henvises til psykisk helsevern/rus, er det kortere frister. Dersom henvisningen mangler tilstrekkelige opplysninger for å gjøre en vurdering, har sykehuset plikt til å innhente supplerende opplysninger. Vurderingen av henvisningen kan gi følgende ulike utganger:

- pasienten gis rett til nødvendig helsehjelp, heretter definert som ”rettighetspasient”
- pasienten gis ikke status som rettighetspasient, men har krav på forsvarlig helsehjelp og settes på venteliste med lavere prioritet enn rettighetspasienter
- henvisningen avvises og ansvaret for pasienten tilbakeføres til fastlegen

Pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp skal ha en individuell fastsatt tidsfrist for når undersøkelse/behandling skal være igangsatt. Dersom undersøkelse/behandling ikke er satt i gang innen fastsatt tidsfrist, oppstår et ”fristbrudd” som gir pasienten visse rettigheter. De lavest prioriterte pasientene, dvs. pasienter uten rett, får oppgitt en forventet ventetid. Forventet ventetid forstås som maksimal ventetid fastsatt til et bestemt antall uker der pasienten ikke har rett til behandling innen fristen og der overskridelse av fristen ikke defineres som fristbrudd. (IS 1200 s.9).

### **3.4 utfordringer knyttet til praktisering av Prioriteringsforskriften**

Etter hvert som Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne har blitt tatt i bruk av klinikerne, har det kommet fram flere problemstillinger knyttet til både selve innholdet og begrepsbruken i forskriften. Noen eksempler på slike utfordringer er:

- Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist vurderes på et tidspunkt i behandlingsforløpet hvor spesialisthelsetjenesten vet minst om pasienten. I noen

situasjoner må man ta høyde for behovet for videre utredning før man kan prioritere og ha dekning for en medisinsk begrunnet individuell frist (Lang lang rekke, 2007 s.17).

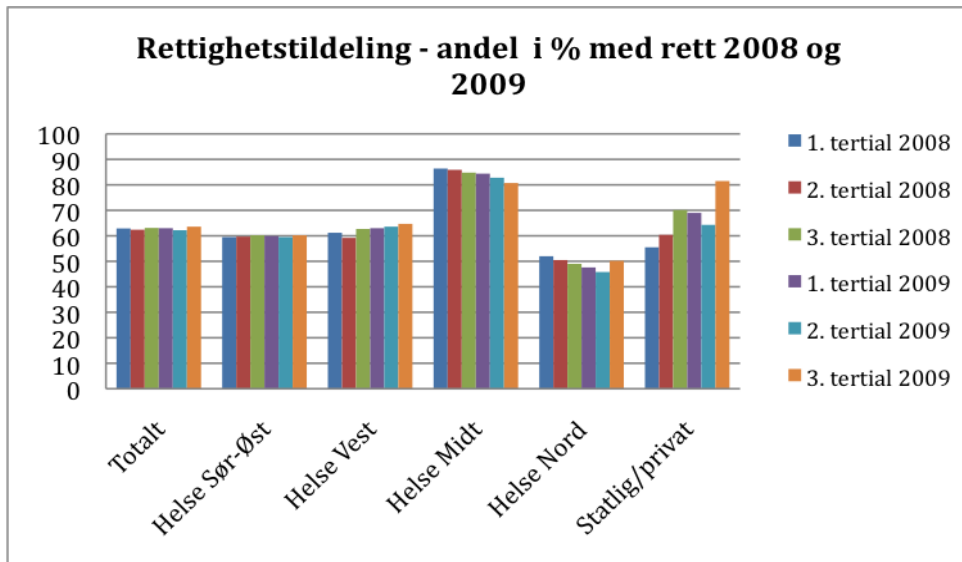
- Prioriteringsforskriften bygger på ulike etiske tradisjoner der verken grad av effektivitet eller alvor er definert. (Lang lang rekke, 2007, s.16). De profesjonsetiske reglene stadfester blant annet legens ansvar for pasienten og legens samfunnsansvar. Dilemmaer kan oppstå når pasientansvaret og samfunnsansvaret kommer i konflikt i for eksempel motstridende situasjoner, og der løsningen ikke lar seg regulere i profesjonsetiske regler eller paragrafer. I slike situasjoner er det gjerne klinisk skjønn som legges til grunn for legens beslutning (Bærøe, 2005 s. 92).
- Ulik praktisering av Prioriteringsforskriften kan gi ulik tilgang til helsehjelp og behandling og kan dermed gi uønsket variasjon i tjenestetilbudet. I dag er det et gap mellom målet om likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av sykdomsgruppe, geografi og sosial status og hvordan praksis utøves (Visjon helse 2015, s. 156).
- Rettighetsvurdering av pasienter med uavklarte tilstander. I følge Dnlf bør det gjøres et faglig arbeid for å avklare innholdet i begrepene som brukes i Prioriteringsforskriften, blant annet ved behov for videre utredning av uavklarte tilstander og bruken av individuell frist (Lang lang rekke, 2007, s.5).
- Enkelte begreper i lovtekst og forskrift er uklare. For eksempel er begrepet ”nødvendig helsehjelp” vagt og fremstår som uklart og ufullstendig for de som ønsker å finne ut hva de har rett til. I de nye prioriteringsveilederne har man tatt tak i dette og valgt å bruke begrepet ”prioritert helsehjelp” framfor ”nødvendig helsehjelp”.
- Prioriteringsforskriften sier ikke noe om hvordan pasienter som skårer høyt på et kriterium men lavt på et annet, skal prioriteres (for eksempel kreftsyk pasient som ikke kan behandles).

Prioritering av helsetjenester er komplisert og innebærer langsiktig arbeid med mange store dilemmaer. Medisinskfaglige, økonomiske og samfunnsnyttige vurderinger og gevinster for den enkelte pasient, samsvarer ikke alltid. Et prioriteringssystem må i følge Visjon helse 2015 følges opp av et finansieringssystem som enten er nøytralt i forhold til prioriteringer eller favoriserer prioriteringsbeslutninger. Målsettingen for ISF-ordningen slik den er formulert i dag, er i hovedsak å stimulere til effektiv

oppnåelse av de gitte aktivitetsmål som myndighetene har bestemt. Det er ikke ment at finansieringssystemet skal brukes som prioriteringsinstrument på lavere organisatorisk eller klinisk nivå (SH-dir.2008). Mer om ISF i oppgavens kapittel 4.1.5.

### 3.4.1 Et eksempel på praktisering av Prioriteringsforskriften – hvordan sikrer sykehuset at rettighetspasienter gis prioritet?

Selv om Prioriteringsforskriften har vært gjeldende siden 2000, viser NPR-data at forskriften praktiseres ulikt og kanskje også forstås ulikt i de ulike helseregionene og også mellom helseforetakene. Siste oppdaterte NPR-data viser følgende fordeling av hvor stor andel av pasientene som defineres om rettighetspasienter:



Figur 1. Utvikling i rettighetsandel per helseregion 2008 og 2009. Kilde: Norsk pasientregister.

En avis skrev i januar 2010 om ventelistene som øker i Helse Midt-Norge, der 996 rettighetspasienter har ventet lenger enn ett år på å få nødvendig helsehjelp. Dagen etter leste vi følgende: ”I NN helseforetak har 248 pasienter ventet mer enn et år på rett til nødvendig helsehjelp. 205 av dem står der fordi de venter på å trekke en visdomstann”. Ledelsen vedgår i intervju at ”Vi i Helse Midt har gitt for mange rett til behandling”. I intervjuet får ledelsen spørsmål om hvorfor visdomstener som et alminnelig fenomen, har fått rett til nødvendig helsehjelp. Intervjueren får til svar at ”Etter dagens praksis, med nye retningslinjer, ville de nok ikke hatt krav på det. Det har blitt kryssset av for denne retten, uten at det er tenkt veldig nøye gjennom det”.

### 3.5 Hva er ventetid og hvorfor må en vente?

Sykehusenes ventelister har fått stor offentlig oppmerksomhet i mange år og omfatter de pasientene som sykehusene planlegger å undersøke og/eller behandle. Ventetiden har vært utgangspunkt for krav om mer ressurser til sykehusene (Iversen, Kopperud, 2001). Hvis en ser på ventetid i sammenheng med systemer der en ikke bruker prismekanismen for å tilpasse tilbud og etterspørsel, kan for eksempel ventetid være et uttrykk for såkalt kvantumsregulering eller køer, eller en fordelingsteknikk. Informasjonsproblemer i helsesektoren er en viktig grunn til at det ikke dannes en markedspris som reflekterer de samfunnsøkonomiske kostnader ved produksjon. I Norge er det først og fremst staten som betaler for helsetjenester gjennom ulike bevilgninger. Samtidig vet leger og sykehus bedre enn staten (betaleren) hvilke tjenester som er riktige og omfanget av dette. Vi har en situasjon med styrt pris der sykehuset og legene selv bestemmer tilbudet. Det er vanskelig å unngå køer, og ventetider kan være en måte å rasjonere og prioritere køene med. Det er kriteriene i Prioriteringsforskriften som skal gi føringer for individuell medisinsk forsvarlighet i ventetidsfastsettelsen, og er uavhengig av sykehusets budsjettsituasjon (Askildsen, 2008).

Norsk pasientregister (NPR) publiserer tertialvise rapporter der det blant annet beskrives endringer i ventetider, og sentrale spørsmål som belyses er:

- Varierer gjennomsnittlig ventetid mellom sektorene?
- Har ventetiden endret seg over tid?
- Er antall som henvises eller blir behandlet stabilt, eller har antallet økt?

For eksempel har gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter økt fra 67 dager i 2008 til 69 dager i 2009 (IS 1786, s.4). Innen psykisk helsevern er ventetiden stabil i samme periode, mens den innen somatiske fagområder og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har økt med hhv tre og syv dager. Kun ventetidsutviklingen innen psykisk helsevern for barn og unge er i samsvar med forutsetningene i oppdragsdokumentet. Det er lagt føringer for ønsket utvikling i ventetider gjennom oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (se pkt. 4.5).

I artikkelen ” De ventendes helse” i Dnl fra 2001 stilte Iversen og Kopperud i sin tverrsnittundersøkelse blant annet spørsmålet om de med dårlig helse ventet kortere tid

enn de med bedre helse, gitt at pasientene stod på en venteliste. De fant ingen sammenheng mellom helsetilstand og antall dager en person hadde ventet på behandling. I de nyere arbeidene til Askildsen, Holmås og Kaarbøe (2008) finner de at de høyest prioriterte pasientene har korteste ventetid. En antar at disse pasientene er de sykeste og de med høyest grad av alvorlighet. Er det akseptabelt at 260 000 venter på undersøkelse og behandling? spurte B Larsen i DnI 2001. Siden 2001 har Prioriteringsforskriften definert nærmere kriterier som skal sikre at den som trenger det mest får tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Antall ventende i 2001 (260 000) og antall ventende i 2009 (253 025) har i utgangspunktet holdt seg tilsynelatende stabilt. Av tallene fra 2009 kan en se at 64 % av alle ventende (dvs. 1 239 420 vurderte henvisninger) er tildelt rett til nødvendig helsehjelp (Ventetider og pasientrettigheter 2009). Relativt store variasjoner i tildeling av rettigheter gir holdepunkter for at vurdering av henvisninger og prioriteringsbeslutninger fortsatt er komplisert. Og selv om prinsippene i Prioriteringsforskriften og de nye prioriteringsveilederne skal gi støtte til prioriteringsbeslutningene, er det fortsatt uavklart hva som ligger til grunn for de enkelte vurderingene. Alle rettighetspasienter får fastsatt en individuell behandlingsfrist, mens det er mer usikkert hvordan alvorlighet, nytte og kostnad/effekt vurderes og måles.

### **3.6 Prioritering og oppdragsdokumentene**

Gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) utøver Staten sin formelle eierstyring, og HOD stiller de midlene som Stortinget har bevilget til disposisjon for de regionale helseforetakene. Det forventes at disse skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskrav innenfor rammer, mål og ressurser som er stilt til rådighet. Når det gjelder prioritering sier HOD gjennom Oppdragsdokument 2010 Helse Midt-Norge RHF blant annet:

*”Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlige vurderinger av rett til nødvendig helsehjelp”.*

Eksempel på styringsparametre i Oppdragsdokumentet s.10:

- Gjennomsnittlig ventetid til ordinær avvikling for rettighetspasienter innen somatikk (mål: skal reduseres)
- Gjennomsnittlig ventetid til ordinær avvikling for rettighetspasienter innen psykisk helsevern for barn og unge samt voksne skal reduseres
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres)
- Gjennomsnittlig ventetid til ordinær avvikling for rettighetspasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) skal reduseres.
- Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål:100 %)
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål:100 %)
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %)

Riksrevisjonen viser i sin undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene (Riksrevisjonen 2009-2010 Dokument 3:3) til at helseforetakene ønsker færre og mindre detaljerte mål samt tydeligere krav og styring fra eier. Riksrevisjonen vurderer en risiko for at de høyest prioriterte styringskravene fra eier ikke kommer tydelig nok fram og blir heller ikke prioritert når oppdragsdokumentet inneholder svært mange og detaljerte mål. Til dette svarer departementet at de har arbeidet med tilpasningen av dokumentet og tilstreber en tydeligere prioritering av styringskravene. Samtidig understreker departementet at rapporteringskravene ift. Oppdragsdokumentet ikke er urimelige da de regionale helseforetakene forvalter en viktig samfunnssektor med betydelig samfunnsinteresse samt en betydelig del av midlene på statsbudsjettet (Riksrevisjonen 2009-2010 s.14).

### **3.7 De nye nasjonale prioriteringsveilederne**

På grunn av forskjellene i hvordan Prioriteringsforskriften praktiseres, ga HOD i 2006 Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en strategi som skulle bidra til at spesialisthelsetjenesten utøvet sin prioriteringspraksis i tråd med regelverket. Resultatet av dette prosjektet er at det nå er utarbeidet nye nasjonale veiledere for rettighetstildeling og fristfastsettelse innen 30 ulike fagområder. De første



veilederne (revmatologi, nevrologi, fordøyelsessykdommer, hudsykdommer og tjenester innen psykisk helsevern for voksne) ble publisert i november 2008. Veilederne for de øvrige fagområdene ble fortløpende publisert i løpet av 2009. Veilederne er utarbeidet i et samarbeid mellom fagmiljøene fra helseforetakene, fastleger og brukerrepresentanter, der Helsedirektoratet har ivaretatt sekretariatsfunksjonen. Hver prioriteringsveileder består av en lik, generell del, som informerer om innholdet i Prioriteringsforskriften og hvordan denne skal forstås. Deretter inneholder veilederen en veiledertabell som er spesifikk for hvert fagområde, med veiledende anbefalinger om prioritet og en eventuell siste medisinsk forsvarlig frist for start av helsehjelp for de vanligste henvisningsårsakene innenfor det aktuelle fagområdet. I innledningen i den fagspesifikke delen forklarer arbeidsgruppen hvordan de har tilnærmet seg oppgaven med å lage prioriteringsveilederen. Veilederne har status som faglig veileder og er ikke bindende for helseforetakene. I forordet presiserer imidlertid Helsedirektoratet at veilederen beskriver de nasjonale helsemyndighetenes oppfatning av rett fortolkning av regelverket. Veilederne er ment å være et praktisk hjelpemiddel for de som vurderer henvisningene. Veiledertabellene inneholder anbefalinger på gruppenivå, samtidig som det gis oversikt over individuelle forhold som kan tilsi andre vurderinger enn de som omfatter vedkommende gruppe. Veilederen inneholder også en praktisk oversikt over hvor i henvisningsforløpet prioriteringsveilederen skal/kan brukes. Det skal foretas en helhetlig individuell vurdering av pasienten (henvisningen) ved å ta hensyn til de faglige anbefalingene for den relevante tilstandsgruppen, de individuelle forholdene som er nevnt i veiledertabellen samt eventuelle andre forhold som vurderingspersonen mener er avgjørende for den enkelte pasients rettighet (Sosial- og helsedirektoratet 2009, s. 35). Veilederen tar i bruk begrepet ”rett til prioritert helsehjelp” og bruker dette synonymt med lovens begrep ”rett til nødvendig helsehjelp”. Dette begrunnes med at dette er mer i samsvar med den allmenne forståelsen av Prioriteringsforskriften. Veiledernes generelle del er relativt omfattende, og beskriver konkret og utfyllende hva som ligger i de enkelte vilkårene for rett til prioritert helsehjelp<sup>2</sup>. Med prioriteringsveilederne som verktøy for mer rettferdig prioritering, er det lagt til rette for at variasjonene i hvem som tildeles rett til nødvendig helsehjelp, vil avta de neste årene. En forutsetning for en slik harmonisering er at veilederne faktisk brukes og at

---

<sup>2</sup> [www.helsedirektoratet.no/prioriteringer](http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer)

sykehusene og klinikkene retter oppmerksomheten mot Prioriteringsforskriften og Pasientrettighetsloven. Det forutsetter også samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, for eksempel ved at fastleger sender godt dokumenterte henvisninger som gjør det mulig for spesialisten å gjøre en prioriteringsbeslutning. De enkelte prioriteringsbeslutningene gjøres på det kliniske nivået, og fortsatt store variasjoner i rettighetstildeling, kan ha sammenheng med at verken lege eller pasient har motiver for å begrense ressursbruken.

### **3.8 Konsekvenser av strengere prioritering**

Carlsen og Kaarbø, 2009, finner at selv med et bevisst medisinsk perspektiv, kan strengere prioritering av sykehuspasienter ha uønskede fordelingsmessige konsekvenser. De tar utgangspunkt i at helsemyndighetene – for å hindre økt press på utgiftene – bestemmer seg for ikke å gi tilbud til andre pasienter enn de som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. De stiller spørsmål om pasientene som da blir ekskludert fra behandling er forskjellige fra andre elektive pasienter med hensyn til alder, kjønn og sosioøkonomisk status. Hvis svaret er ja, vil strengere prioritering til tross for et bevisst medisinsk perspektiv, kunne ha tildelingsmessige konsekvenser som er uakseptable for samfunnet. Forfatterne finner at eldre, kvinner og mennesker med lav sosioøkonomisk status er overrepresentert blant pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, og det er sannsynlig at disse gruppene vil motta mindre behandling hvis det innføres strengere prioritering av sykehuspasienter. I tråd med spesialisthelsetjenestelovgivningen, skal helsehjelpen til pasienter som ikke er tildelt rett til nødvendig helsehjelp også skje i samsvar med grunnkravet til forsvarlighet. Dette vil si at spesialisthelsetjenesten har plikt til å sørge for at det ytes helsehjelp til pasienter som ikke er omfattet av retten til nødvendig helsehjelp. Hvis en samlet vurdering av kriteriene i Prioriteringsforskriften konkluderer med at pasienten har behov for, og ikke rett til, prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, så innebærer dette *ikke* at pasienten ikke skal tilbys helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

## 4. Teori

Dette kapitlet innledes med en presentasjon av Grossman-modellen (Grossman, 1972), som viser hvordan etterspørsel etter helsetjenester er avledet av etterspørselen etter helse. Jeg har også benyttet relevant teori for konkurranse i helsemarkeder, og sett på avveininger mellom kostnadseffektivitet og hensynet til alvorlighet. Jeg vil også vise tankegangen i hvordan finansieringen av spesialisthelsetjenesten fungerer. Til slutt i kapitlet presenteres det normative rammeverket Accountability for Reasonableness som også gjenspeiles i den norske prioriteringsmodellen.

### 4.1 Helsemarked og konkurranse

#### 4.1.1 Kort om Grossman-modellen

Michael Grossman brukte teorien om humankapital til å forklare individers etterspørsel etter helsetjenester gjennom et livsløp eller perioder av livet. Modellen viser hvordan utdanning, sosial status og inntekt er faktorer som har betydning for helse og etterspørsel etter helsetjenester. Det er påvist at lav sosial status kan gi opphav til en del lidelser og gir mer sykkelighet (Kverndokk, 2006). Helse betraktes i følge Grossman som en kapitalbeholdning, som kan økes ved at individer investerer i seg selv for å bedre helsetilstanden (ved kjøp av helsetjenester, medisiner og bruke tid på helsefremmende aktiviteter) og således eksempelvis kunne øke produktiviteten i arbeidsmarkedet (Kverndokk, 2006). Individet avsetter egne ressurser for å produsere helse, som gir økt nytte for individet. Etterspørsel etter helsetjenester er avledet av etterspørselen etter helse. Grossman-modellens argumenter går svært forenklet ut på at:

1. Helse er forskjellig fra andre humankapitalinvesteringer, fordi helsetilstanden ikke bare påvirker produktivitet, men også hvor mye tid individet har til rådighet til arbeid. Investering i god helse kan bidra til at færre dager går bort på grunn av sykdom, og tiden man ikke er syk vil foruten å påvirke antall dager man kan arbeide, også være grunnlag for inntekt til øvrig konsum og investering.
2. Individet kjøper ikke bare helsetjenester i markedet, men produserer helse gjennom å bruke tid på helseforbedrende tiltak (kosthold, mosjon, miljø osv.).
3. Helse er et varig gode som gir avkastning i mange år til, dvs. god helse forlenger livet.

4. Helse er både et konsumgode og et investeringsgode. Det å ha god helse og føle seg frisk gir ekstra nytte (konsum) på samme måte som materielle konsumgoder.

Individets "helsekapital" og nytte kan økes ved investering i helse, og på samme måte svekkes den over tid pga av aldring. Eldre må derfor bruke med tid og penger på helsefremmende aktiviteter enn yngre for å opprettholde en viss kapitalbeholdning av helse. Utdanning er i følge Grossman også investering i humankapital. Økt utdanning og kunnskap bedrer individets evne til å produsere helse og gir høyere helsebeholdning, og Grossman antar at folk med høyere utdanning er mer effektive med hensyn til å produsere helse. Selv om det etterspørres mer helse, kan individer med høyere utdanning etterspørre mindre av helsetjenester, fordi bedre helse gir mindre behov for helsetjenester. Også økt lønn gjør det viktigere å holde seg frisk fordi lønnsøkning gir større inntekt i fremtiden hvis man holder seg frisk. En motsatt virkning av dette kan være at økt lønnsnivå øker kostnaden ved å bruke tid på helsetiltak fordi tiden kunne ha vært brukt til å arbeide for en høyere lønn. Tid brukt på helse vil i så fall reduseres. Gerdham og Johannesson finner i empiriske analyser av et svensk utvalg (1999) resultater som samsvarer med det som Grossman-modellen predikerer, nemlig at etterspørselen etter helse øker med inntekt og utdanning og avtar med alder (Folland, Goodman, Stano 2007, s. 137-151).

Grossman-modellen er relevant teori ved drøfting av prioriteringsproblemer fordi den viser hvordan høy sosial status (høy utdanning og inntekt) kan gi bedre helse ved at individene med høy sosial status også har større mulighet til å kjøpe helsetjenester gjennom for eksempel private sykehus eller private helseforsikringer. Selv om myndighetene ønsker å redusere sosiale forskjeller i helse, har lange ventetider for behandling i den offentlige spesialisthelsetjenesten vært grobunn for et marked for private helseforsikringer. Private helseforsikringer og institusjoner tilbyr rask tilgang til utredning og behandling, og i slike sammenhenger vil det ikke være behov for å rasjonere tilgangen til helsetjenestene. Dette kan bidra til forskjeller i bruk av helsetjenester og forsterke allerede eksisterende sosiale forskjeller i helse (Pedersen, 2007).

#### 4.1.2 Marked og konkurranse

En av de viktigste forskjellene mellom ulike lands helsesystemer er i hvilken grad helsesystemet er basert på konkurranse og markeder. USA har private helsesystemer, og markeder og konkurranse spiller en naturlig rolle både i forhold til helseforsikring og produksjon av helsetjenester. Dette gjelder også f.eks. Nederland, hvor de har blandet (privat/offentlig) helsesystem (Askildsen og Brekke, 2001, s. 238). I et fritt og uregulert marked er konkurranse et virkemiddel som skal sikre høyest mulig velferd i et samfunn. Målet er å få til en effektiv ressursbruk. Pris og omsatt kvantum bestemmes av samspillet mellom tilbydere og etterspørrere, der tilbyder ønsker å maksimere fortjenesten og etterspørreren maksimere nytten. Der hvor markeder kan karakteriseres ved frikonkurranse, også kalt perfekt konkurranse, kan effektiviteten i konkurransemarkeder defineres ut fra hvorvidt det er Pareto – effektivt. Med Pareto-effektivitet menes at vi har en godekombinasjon som er slik at ingen kan få det bedre uten at andre får det verre. Et Pareto-effektivt marked tar normalt ikke hensyn til rettferdighet i fordelingen når en vurderer effektivitet. Frikonkurranse er en teoretisk konstruksjon som antas å eksistere under forutsetning av at det er et stort antall små bedrifter og kjøpere i et homogent marked, og der det ikke er etableringshindringer. Prisene er kjent og ikke påvirkbare av aktørene. Både etterspørrere og tilbydere har full informasjon om alle relevante sider ved tilbudet, som også gjelder pris og kvalitet. Prismekanismen gjør jobben med å lede ressurser dit det er mest behov og hvor de blir brukt på best mulig måte (Askildsen og Brekke, 2001, s. 240). Effektivitet i slike markeder forutsetter fravær av eksternaliteter (dvs. positive eller negative virkninger av produksjon og/eller konsum som det ikke tas hensyn til i markedet), kollektive goder og naturlige monopoler. Ofte kan det som skjer innen økonomi, ses i sammenheng med frikonkurranse, og brukes som modell og referanse for analyse av ulike markeder og mulige utviklinger, også innen helsemarkeder. I følge Andersen, Kjerstad og Brekke er det få markeder som tilfredsstiller premissene for frikonkurranse, og helsesektoren har på flere måter ikke forutsetningene for å fungere etter et slikt system. Jeg kommer tilbake til dette. Innenfor de ulike helsesystemene kan vi tenke oss tre former for konkurranse, se tabell 1:

Tabell 1. Former for konkurranse i ulike helsesystem

	Offentlig helsesystem	Privat og blandet helsesystem
<b>Integrasjon</b>	Fravær av konkurranse.	Konkurranse mellom helse-organisasjoner, f.eks HMOs som tilbyr helseplaner, dvs. integrert helse- forsikring og tilbud av helsetjenester
<b>Kontrakt</b>	Offentlige sykehus konkurrerer om kontrakt med (regionale) helsemyndigheter i form av anbudskonkurranse. <i>Bestiller/utfører- modellen.</i>	Forsikringsselskap konkurrerer om kunder og sykehus. Sykehus konkurrerer om kontrakter med forsikringsselskap.
<b>Desentralisering</b>	Offentlige sykehus konkurrerer om pasienter. <i>Fritt sykehusvalg</i>	Forsikringsselskap konkurrerer om kunder. Sykehus konkurrerer om pasienter.

Tabellen er hentet fra Askildsen, J.E. og K.R. Brekke (2001), kapittel 11 i Askildsen, J.E., og K. Haug (red.): *Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet*

En rekke forutsetninger må være oppfylte for at konkurranse skal være hensiktsmessig, og i offentlige helsemarkeder gjelder ikke disse forutsetningene uten videre. Generelt kjennetegnes helsemarkeder ved "imperfekt konkurranse" blant annet ved at det er etableringshindringer. Eksempel på etableringshindringer er at antall sykehus er begrenset, og at bygging av nye sykehus krever store investeringer og er også underlagt en sterk offentlig regulering. I tillegg er stordriftsfordeler ved sykehus en etableringshindring. Også andre mekanismer spiller inn. I offentlige helsesystem er det fravær av priskonkurranse, mens i private og blandede helsesystem er både helseforsikring og produksjon av helsetjenester organisert i markeder, og sykehus kan konkurrere om pasientene. I Norge betaler ikke pasientene selv for offentlige helsetjenester (kun en fast egenandel ved poliklinikkbehandling og fastlegekonsultasjoner inntil en grense for frikort). Det er myndighetene i det offentlige helsesystemet som betaler helseutgiftene, og dette innebærer at pasientenes etterspørsel etter helsetjenester er svært lite prisfølsom (Andersen, Brekke, Kjerstad, 2006). Dette kan også gjelde i forsikringsbaserte systemer, jfr. USA og forsikringsprogrammene Medicaid og Medicare som er helt eller delvis styrt av myndighetene. Legene som representerer helsetjenestene og vurderer pasientens behov for behandling, er ikke individuelt ansvarlige for ressursbruken, og verken pasienter eller leger har klare motiver for å begrense ressursbruken (Askildsen, 2008). Det er da vanligvis ikke prisen som avgjør hvilket sykehus pasienten velger, men for eksempel kvalitet og beliggenhet (Askildsen og Brekke 2001 s. 256). I Norge kommer dette til uttrykk ved økt etterspørsel og køer (Askildsen og Brekke 2001, s. 240). Fritt sykehusvalg, innsatsstyrt finansiering og også til dels fastlegeordningen innebærer i prinsippet en konkurranse

mellom sykehus og legekantor om pasienter. Pasientene kan velge hvilket sykehus de vil behandles på og kan også velge lege både innenfor det offentlige og til dels det private allmennlegetilbudet. Ventetid til behandling kan være avgjørende for pasienten ved valg av sykehus, og også lokalisering av sykehuset, nærhet til familie og kvalitet kan være medvirkende faktorer. For at det offentlige helsesystemet skal være i en virkelig konkurransesituasjon, må pasientene informeres om behandling, hvilke muligheter de har til å velge sykehus og sykehusenes preferanser.

#### **4.1.3 Avveininger mellom kostnadseffektivitet og hensynet til alvorlighet**

Økonomer definerer begrepet effektivitet som ”*graden av måloppfyllelse*” og skiller ofte mellom teknisk effektivitet, kostnadseffektivitet og allokeringseffektivitet, der allokeringseffektivitet handler om forhold på etterspørselsiden (Kaarbøe, 2004). Innen økonomisk evaluering står prinsippet om kostnadseffektivitet sentralt, og i Norge er dette prinsippet institusjonelt forankret i Pasientrettighetsloven, som fastslår at kostnads-effektforholdet skal tas hensyn til i prioritering og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp (Prioriteringsforskriften). Man er opptatt av å få mest mulig nytte eller velferd ut av de ressurser man har, og kravet om kostnadseffektivitet innebærer at behandling skal foregå med bruk av minst mulig ressurser (Norheim, 2001). I dette ligger at ressursinnsatsen i helsesektoren må brukes på de pasientene som ”*samlet får den høyeste helsegevinsten målt ved livskvalitet og forlenget levetid*”, også kalt fordelingseffektivitet i ”Prioritering på ny” (NOU 1997:18, s. 122).

Fordelingseffektivitet handler i denne sammenheng om å få mest mulig helse for pengene og velge den pasientgruppen som har størst forventet helsemessig gevinst av behandlingen, gitt at man må velge å gi en av flere ulike pasientgrupper behandling. Forutsatt at vi har knappe ressurser i helsesektoren og at vi ikke kan løse alle problem samtidig, vil kostnadene ved å behandle en pasient være den helsegevinsten som forsakes hvis den samme ressursinnsatsen ble benyttet på en annen pasient som nå ikke blir behandlet. I prioriteringssammenheng vil det være relevant å vurdere alternativkostnader fordi ressurser ved å behandle en pasient kunne vært brukt på en annen eller flere andre pasienter. La oss si at vi har tre forskjellige pasientgrupper med henholdsvis tre behandlinger (ikke alternative behandlinger sett fra medisinsk synspunkt):

	Pasientgruppe 1, kreftsykdom. Behandling 1	Pasientgruppe 2, hjerteklaffsykd Behandling 2	Pasientgruppe 3, høyt blodtrykk Behandling 3
5 års overlevelse uten behandling	5 %	30 %	93 %
5 års overlevelse med behandling	25 %	70 %	98 %
Kostnad i kr. pr pas	100 000	100 000	100
Antall pasienter	100	100	100
Kostnad pr reddet liv	500 000	250 000	2000

Tabell 2.1 Behandlingseffekt og – kostnader

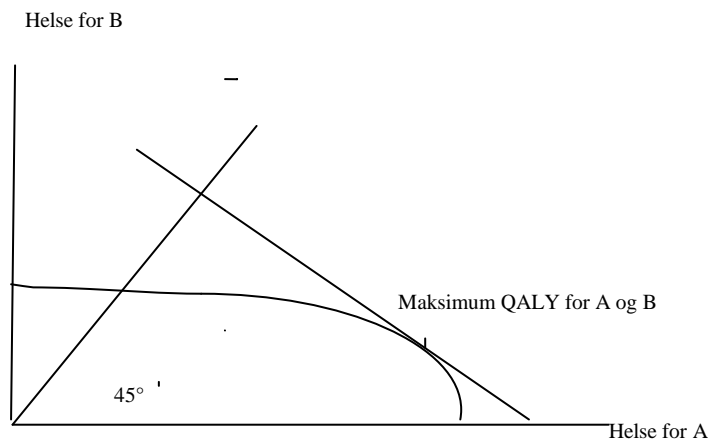
Tabell 2.1 og 2.2 er basert på eksempel fra Iversen (1998, s. 97), og tabell 2.1 skal svært forenklet vise behandlingseffekt og behandlingstkostnader for tre pasientgrupper, der behandlingseffekten er anslått i fem års overlevelse med og uten behandling. I pasientgruppe 1 overlever 5 % uten behandling, mens 25 % overlever med behandling. Når antall pasienter er 100, medfører dette at 20 pasienter som ikke vil overleve uten behandling, overlever med behandling, og kostnaden per reddet liv er  $((100.000 \times 100) / 20) = \text{kr. } 500\,000$ . Betydelig flere i pasientgruppe 2 overlever med behandling, og behandlingstkostnaden per reddet liv er  $((100.000 \times 100) / 40) = \text{kr. } 250.000$ . Effekten av behandlingen for pasientgruppe 3 er lavere, bare 5 %, og kostnaden per reddet liv er betydelig lavere, kr. 2000. Videre tar Iversen utgangspunkt i fem kriterier for prioritering, og undersøker hvordan prioriteringsrekkefølgen for de tre behandlingene vil avhenge av hvilke kriterier man legger til grunn, jfr. tabell 2.2. (her vist ved tre kriterier).

	Behandling 1	Behandling 2	Behandling 3
Prioritering etter alvorlighet	1	2	3
Prioritering etter effekt	2	1	3
Mest mulig helse for pengene	3	2	1

Tabell 2.2: Prioriteringskriterienes betydning for prioritering

Eksemplet viser hvordan rangering slår ut hvis kriteriet for eksempel er mest mulig helse for pengene. Tallet 1 angir behandlingen som først iverksettes, mens tallene 2 og 3 er de neste som iverksettes. Eksemplet viser at behandlingsoalternativet for den alvorligst syke pasientgruppen blir prioritert sist hvis kriteriet mest mulig helse for pengene blir brukt, mens en kan få mye helse ut av pengene ved å prioritere behandlinger som har liten effekt, bare de er billige nok. Dette illustreres i figur 2 (Erlandsen og Iversen, 1998, s. 103).





Figur 2 Helseforbedring og helselikhet

Figuren viser avveining mellom helseforbedring og helselikhet for pasienter i gruppe A og B der A har større nytte (mulighet for helseforbedring) enn B, og QALY er indikator for helsetilstand, der både A og B i utgangspunktet har lik helse. Figuren viser at A vil få bedre helsetilstand enn B dersom A får alle ressursene. En årsak til dette kan være at A har en sykdom som det finnes god behandling for, mens dette ikke gjelder for B. B kan også ha egenskaper som gjør det vanskelig å oppnå helseforbedring av behandlingstiltak, som kan ha med sosiale forhold og utdanning å gjøre. Hvis B utgjør de mest alvorlig syke, og samtidig har minst evne til å nyttiggjøre seg helseforbedring, vil målsetningen om at helsehjelpen også skal være kostnadseffektiv bidra til at ressursene kanaliseres til A som vil få stor helseforbedring, mens B får liten helseforbedring. En slik fordeling av ressurser vil være i motsetning til prinsippet om å la de mest alvorlig syke slippe til først. Dersom A var de mest alvorlig syke, ville målsetningen om "mest mulig helse for pengene" bidratt til at ressursene ble fordelt til A. Dette vil være i tråd med å fordele ressursene slik at de kommer de alvorligst syke til gode (Erlandsen og Iversen, 1998, s. 104).

Det er tidligere i oppgaven (kapittel 3.8) vist til konsekvenser av strengere prioritering, der dette til tross for medisinske perspektiver kan ha tildelingsmessige konsekvenser som særlig ville ha rammet eldre, kvinner og mennesker med lav sosialøkonomisk status (Carlsen og Kaarbøe, 03/2009). Forfatterne går videre (Carlsen og Kaarbøe, 08/2009) og viser til studier av Siciliani og Verzulli (2009), Laudicella, Siciliani og Cookson, Alter, Naylor, Austin og TU (1999), som finner en positiv sammenheng mellom høy inntekt og utdanning og bruk av spesialisthelsetjenester. De viser også til at pasienter med høyere sosioøkonomisk status venter kortere på spesialisthelsetjenester,

og finner i sin studie at pasienter med lav sosialøkonomisk status er overrepresentert blant pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. De stiller spørsmål om det er større sannsynlighet for at en alvorlig syk tilhører en lavinntektsgruppe enn en høyinntektsgruppe, og om disse lettere kan havne i den gruppen som ikke gis prioritet ved økonomiske innsparinger.

#### **4.1.4 Markedets rolle når det gjelder å fordele ressurser i helsesektoren**

I Norge leveres de fleste spesialisthelsetjenester i dag av offentlige sykehus, men også av private sykehus og private spesialister gjennom avtaler med offentlige aktører. Helsetjenestene utgjør et offentlig velferdsgode hvor både de som etterspør og de som tilbyr helsetjenestene er under offentlig kontroll (Magnussen, 2008). En gjennomgående diskusjon har vært - og er fortsatt - å finne gode kriterier for rettferdig fordeling av ressursene. De tidligere rammebudsjettene skulle sette sykehusene i stand til å sikre en rettferdig fordeling av helsetjenestene. Det ble imidlertid rettet kritikk mot denne finansieringsformen, som for det første gikk ut på at budsjettunderskudd sjelden fikk konsekvenser, og der underskudd ble dekket av fylkeskommunen samtidig som overskudd ble trukket inn og brukt til å dekke underskudd ved andre enheter. På denne måten ble budsjettoverskridelser belønnet, og effektiv ressursbruk (overholdelse av budsjettet eller overskudd) straffet seg. For det andre ble det ikke ansett som lønnsomt å behandle pasienter i den forstand at høyere innsats og behandling av flere pasienter ikke ga mer penger. Med økt fokus på ventelister ble denne finansieringsmodellen lite hensiktsmessig og ga få insentiver til å effektivisere ressursbruken, noe som var hovedbegrunnelsen for innføring av delvis stykkprisfinansiering (Magnussen, 2008).

#### **4.1.5 Innsatsstyrt finansiering og konsekvenser for prioritering**

Innføringen av ISF og klassifiseringssystemet diagnoserelaterte grupper (DRG) i norske somatiske sykehus i 1997, har som nevnt elementer av konkurranse i seg. Askildsen og Brekke kaller dette for *”målestokk-konkurranse i form av at effektive sykehus – dvs. sykehus som utfører den aktuelle behandlingen til kostnader under snittkostnaden – får et overskudd, mens det omvendte er tilfelle for ineffektive sykehus”* (Askildsen og Brekke, 2001, s.252). Virksomhetsinformasjon danner også grunnlag for sammenlikning mellom sykehus, dvs. at sykehus måler sin egen virksomhet opp mot andre og skal dermed la seg inspirere til videre utvikling og effektivitet.

Hensikten med spesialisthelsetjenestens finansieringsordning er å sikre ”sørge-for”-ansvaret til de regionale helseforetakene, dvs. ansvaret for å yte helsehjelp til pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp og pasienter som har behov for helsehjelp men ikke rett til individuell frist (ISF, 2007). Finansieringen for den somatiske spesialisthelsetjenesten er todelt og består for tiden av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning på hhv 60 % og 40 %, der basisbevilgningen er avhengig av blant annet antall innbyggere, alderssammensetning og ulike sosioøkonomiske kriterier i regionen, men uavhengig av helsetjenesteproduksjon. Denne er foreslått endret til hhv 70 % og 30 % med utgangspunkt i Samhandlingsreformen og med en uttalt målsetting om at en større andel av behandlingen skal skje i kommunene (St.meld.nr.47, s.107). Den aktivitetsbaserte finansieringen, ISF-ordningen, er et tilskudd (refusjon) for at pasientbehandlingen har funnet sted, men er ikke tilstrekkelig for å finansiere behandlingen alene. DRG-systemet gir en beskrivelse av behandlingsaktiviteten og ligger til grunn for beregningen av ISF- refusjonen (IS-1479 s. 11). Prisen er fastlagt med utgangspunkt i en beregnet gjennomsnittskostnad ved behandling av den aktuelle diagnosetypen ved ulike sykehus (Askildsen og Brekke, 2001, s. 252). DRG er altså en aktivitetsbasert klassifisering av sykehusopphold som er grunnlaget for stykkprisbetalingen, og gir både medisinsk og økonomisk informasjon.

ISF-ordningen er ikke ment å dekke de regionale helseforetakenes merkostnader ved å øke behandlingen utover planlagt aktivitetsnivå, og en vekst i behandlingsaktiviteten kan derfor utgjøre en risikofaktor i økonomistyringen for helseforetakene. Hensikten med ISF er altså ikke høyest mulig aktivitet, men at aktivitetsmålene kan oppnås på en mest mulig effektiv måte (Riksrevisjonen 2009-2010 s. 32). Fra 2010 er det gjort endringer i regelverket for at ISF-systemet skal fremstå som mest mulig riktig og rettferdig. Endringene består i at det etableres et enhetlig felles DRG-/ISF-system for all somatisk virksomhet, også poliklinisk utredning og behandling. Det skal også tas i bruk kostnadsbaserte vektorer for poliklinisk somatisk virksomhet på lik linje med innlagte pasienter, som skal erstatte det som var basert på NAV-takster (Oppdragsdokument 2010 s.4).

Bruk av aktivitetsbaserte finansieringsmodeller i helsesektoren har til hensikt å stimulere til at sykehusene når de aktivitetsmålene som myndighetene har satt på en effektiv måte, og skal ikke være styrende for medisinske prioriteringer. Dette kan by på

flere utfordringer. Det å knytte finansiering til resultat av sykehusbehandlingen er vanskelig og innebærer at finansieringen knyttes til selve produksjonen av helsetjenester og ikke til produksjonen av helse. Det er heller ikke gitt at de diagnoserelaterte gruppene er homogene. Refusjonen representerer et gjennomsnitt av hva det faktisk koster å behandle en pasient innenfor en DRG. Siden det innenfor hver DRG kan være større variasjoner i faktiske behandlingskostnader, kan dette åpne opp for å behandle de minst ressurskrevende pasienter framfor de mer kostnadskrevende. ISF-ordningen skal heller ikke dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Der ISF-refusjonen er høyere enn marginalkostnadene, kan behandlingsaktiviteten øke utover de fastsatte behandlingsmålene, samtidig som kostnadene dekkes. På denne måten ivaretas ikke ISF-modellens prioriteringsnøytralitet. Slike lønnsomhetsvurderinger kan styre prioriteringen av hvilke pasienter som skal tilbys behandling, og er i strid med ISF-ordningens intensjoner. Det er også en utfordring knyttet til hvor stor andel av inntektene som skal komme etter aktivitet. Med bakgrunn i at det fortsatt er lite kunnskap om effekten av ISF- og DRG-systemene, foreslår Magnussen en større forskningsmessig gjennomgang av disse (Magnussen, 2008).

## **4.2 Fire krav til prioriteringsbeslutninger**

Daniels og Sabin har gjennom forskning på tildeling av helsetjenesteressurser i USA, utviklet et normativt rammeverk for åpne og rimelige prioriteringer som kalles Accountability for Reasonableness (AFR). Behovet for rammeverket oppstod i forbindelse med behov for å ha rettferdige prosesser og ha en kunnskapsbasert og etisk metode for å gjøre ressurstildelingsbestemmelser (Daniels, Sabin 2002, s. 27).

Rammeverket er amerikansk og laget med utgangspunkt i helsesystemet i USA som i stor grad er privat finansiert og der pasientene må ha private helseforsikringer for å få tilgang til helsetjenester. Disse helseforsikringene er frivillige. Selv om helsesystemet i USA er et unntak, har de også offentlige forsikringsprogram for innbyggere med lav inntekt og få ressurser, jfr. Medicaid og Medicare. De fleste vestlige land har offentlige helsesystem, der helsetilbudet enten finansieres gjennom generell skattelegging og egenandeler eller tvungen helseforsikring som er øremerket og inntektsbasert (Askildsen og Brekke, 2001 s. 242). Accountability for Reasonableness er lagt til grunn for prioriteringsarbeidet i flere land, og gjenspeiles også i den norske prioriteringsmodellen som følger av Pasientrettighetsloven (jfr. Norheim og

prioriteringsarbeidet som ble gjort ved Helse Vest, s.10). Blant annet har det vært benyttet i forbindelse med medisinske metodevurderinger i Storbritannia og Canada (i Canada ved innføring av kostbar cellegift). I New Zealand og Nederland har rammeverket vært benyttet i forbindelse med forsøk på å definere grunnleggende helsetjenester, og i England ved bruk av retningslinjer som prioriteringsredskap. Den grunnleggende ideen i dette rammeverket er at ”beslutningstakerne skal holdes ansvarlige (accountable) for å begrunne sine beslutninger på en rimelig og relevant måte overfor alle berørte parter (reasonableness)” (Norheim, 2005 s, 10). Rammeverket skal være retningsgivende og stiller fire krav til prioriteringsbeslutninger:

- 1. Åpenhet:** Beslutninger som begrenser tilgangen til helsetjenester skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelig. Dette innebærer at hvis noen pasientgrupper ikke får offentlig finansierte helsetjenester fordi deres plager ikke er alvorlige nok, bør dette skje åpent slik at samfunnet i sin helhet oppfatter denne prioriteringen som rettferdig (Lang, lang rekke s, 6). Pasienter som ikke kommer i noen av prioriteringsgruppene og som får avslag, skal kjenne til begrunnelsen for dette. Også den personen som gjør prioriteringsbeslutninger har behov for å støtte seg til grunner eller regler han eller hun kan akseptere som relevante i forhold til pasientene de skal vurdere.
- 2. Relevans:** Begrunnelsene skal være relevante. Det vil si at de må hvile på faglig dokumentasjon, resonnementer og prinsipper som alle parter – administratorer, klinikere, pasienter og samfunnsborgere – kan akseptere som relevante for å avgjøre hvordan de forskjellige behov for helsetjenester kan tilfredsstilles for befolkningen, gitt ressursknapphet.
- 3. Klagegang og korleksjon:** Det bør eksistere mekanismer for klager og kritikk av avgjørelser hvor det er uenighet om beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester. En slik klagegang gir imidlertid bare mening dersom den inkluderer muligheten for å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter.
- 4. Regulering og institusjonalisering:** Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at krav 1-3 blir oppfylt. I Norge er dette regulert gjennom Lov om pasientrettigheter og Prioriteringsforskriften.

Selv om rammeverket er en amerikansk modell for privat forsikringsfinansiert helsevesen og der markedet er styrt av betalingsvilje, er rammeverket tilpasset norske forhold og et offentlig helsesystem der en må rasjonere. I tillegg til pasientrettighetslovgivningen, er også utarbeiding og implementering av de nasjonale prioriteringsveilederne en del av denne tilnærmingen.

Gravelle og Siciliani (2008) har analysert normative problemstillinger om grunnlaget for regulering av fornuftige prioriteringskriterier, og har sett på hvor eksplisitte slike prosedyrer burde være (s. 183). Funnene støtter eksplisitte prioriteringsordninger som gir kortere ventetid til prioriterte pasienter og en behandlingsfrist som både tar hensyn til pasientens sårbarhet og kostnadene ved å vente. Dette er i samsvar med at Daniels og Sabin (2002) også tar til orde for tydelige prioriteringsprosedyrer i sitt forslag til rammeverk for prioriteringsbeslutninger.

### **4.3 Oppsummering**

Gjennomgangen av teori og konstitusjonelle forhold er sentral som bakgrunn for lover og forskrifter som fungerer som rammeverk og regulering for tildeling av helsehjelp og utarbeiding av de nasjonale prioriteringsveilederne. Det er derfor interessant å se på hvordan forskrifter og retningslinjer faktisk blir oppfattet og anvendt i det kliniske arbeidet og om det også kan være forhold som indikerer at retningslinjene bør revideres.

## 5. Metode

### 5.1 Valg av design og metode

Oppgaven er en retrospektiv kvantitativ og kvalitativ undersøkelse av prioriteringspraksis ved to lokalsykehus i et helseforetak. Begge sykehusene har i dag akuttfunksjoner og mottar elektive pasienter. Datainnsamlingen er basert på kvalitative strukturerte intervjuer med overleger og psykologspesialister som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten og foretar prioriteringsbeslutninger. Fire avdelingssjefer er også intervjuet. Alle informantene fikk den samme presentasjonen av spørsmålene. Det er ønskelig å få opplysninger om hvilke kriterier den enkelte spesialist legger til grunn ved vurdering av henvisninger og om det har skjedd en mer ensartet praksis knyttet til rettighetstildeling etter endringene i Prioriteringsforskriften, og prioriteringsveilederne ble innført. Ved valg av fagområder har jeg tatt utgangspunkt i de største fagfeltene i to lokalsykehus i helseforetaket. I oppgaven brukes også registerdata fra NPR for helseforetaket og de regionale helseforetakene for å:

- undersøke om faktisk ventetid i helseforetaket samsvarer med den lengste medisinsk forsvarlige ventetid for enkelte tilstandsgrupper som er oppgitt i de nasjonale prioriteringsveilederne
- undersøke hvor lenge pasienter som er gitt høyest prioritet venter i forhold til pasienter som er gitt lavere prioritet innenfor samme diagnosegruppe og mellom ulike diagnosegrupper
- undersøke om det foreligger variasjon i tildeling rett til helsehjelp i helseforetaket

Slike data kan gi viktig informasjon som igjen kan bidra til å forbedre prioriteringspraksis. Jeg har valgt å bruke kvalitativt strukturerte intervju for å få kunnskap om hvordan ledere og helsepersonell som foretar prioriteringsbeslutninger, faktisk gjør dette i praksis og hvordan Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften oppfattes. Registerdata brukes for å få et utfyllende bilde av prioriteringspraksis i forhold til ventetid og rettighetstildeling innen de fagområdene som inngår i oppgaven.

## 5.2 Empirisk tilnærming

Som utgangspunkt for denne undersøkelsen har jeg sett på bakgrunnen for den norske prioriteringsmodellen for prioritering mellom pasienter som søker planlagt spesialisert helsehjelp. Grunnlaget for denne modellen omfatter igjen blant annet spesialisthelsetjenesteloven, Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriftens kriterier for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, som sammen med flere andre bestillingsprosjekter utgjør et grunnlag for utarbeiding av de nye nasjonale prioriteringsveilederne. Teorien og det institusjonelle rammeverket jeg har benyttet som kilder for min problemstilling og forskningsspørsmål, har også vært utgangspunkt for flere større prosjekter som jeg har hentet ideer og spørsmålsstillinger fra. I tillegg til normativt grunnlag og institusjonell forankring i pasientrettighetsloven, har jeg blant annet tatt utgangspunkt i Norheim (2005), Sveri (2006) og Askilden, Holmås og Kaarbøe (2008) som grunnlag for intervjuguide og registerdata fra NPR. Også den helseøkonomiske innfallsvinkelen er basert på Aksildsen, Holmås og Kaarbøe (2008).

Opplysninger som kommer fram gjennom intervjuene gir viktig informasjon om hva som ligger til grunn for prioriteringsbeslutninger i helseforetaket og hvordan prioriteringsarbeidet prioriteres av ledere. Gjennomgang og analyse av NPR-data sammen med informasjon gjennom intervjuene vil kunne gi nyttig kunnskap om prioriteringspraksis, men vil ikke nødvendigvis ha overføringsverdi til prioriteringspraksis ved andre helseforetak.

I Norge og i de fleste andre vestlige land har det vært bred enighet om hvilke prioriteringsmessige helsepolitiske utfordringer man har stått og fortsatt står overfor til tross for betydelige forskjeller i organisering og finansiering.



### **5.3 Ethiske aspekter**

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, som har vurdert at prosjektet er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31, og at behandlingen tilfredsstillende lovkravene. Oppgaven bygger på anonymiserte data fra NPR og informantene som er intervjuet. Informantene var fra flere sykehus og klinikker, og opplysninger gitt i intervjusituasjonen er ikke av sensitiv karakter.

### **5.4 Utvalg**

#### **5.4.1 Utvalg av informanter til intervju**

Det endelige utvalget består av 10 informanter, hhv 4 legespesialister, 2 psykologspesialister fra hhv psykiatrisk døgnenhet og poliklinikk og 4 avdelingssjefer. Jeg ønsket å intervju ledere fordi disse gir føringer for hvordan implementering av lover, forskrifter og veiledere skal skje, og skal i denne sammenheng ha ansvar for og kjennskap til hvordan prioriteringsarbeidet fungerer i enhetene. Avdelingssjefer ble valgt framfor klinikksjefer, da jeg antok at disse hadde større nærhet til og kontakt med de kliniske enhetene. Alle avdelingssjefene var lederutdannede sykepleiere. Måten utvalget er trukket ut på og antall informanter gir ikke muligheter for statistisk generalisering, og dette er heller ikke hensikten med undersøkelsen. Inklusjonskriteriet for lege- og psykologspesialistene var at de vurderte henvisninger og foretok prioriteringsbeslutninger i sitt kliniske arbeid.

Seks prioriteringsveiledere ble plukket ut fra fagområdene rus, psykisk helsevern for voksne, og somatikk med medisin og kirurgi, for å ha bred dekning for områder innen spesialisthelsetjenesten som Prioriteringsforskriften gjelder for. Legene er organisert i egne enheter innenfor medisin og kirurgi. Informantene innenfor de utvalgte fagområdene, er plukket ut for å sikre at disse er representert.

Konkret utplukking av informanter er gjort via helseforetakets interne telefonkatalog. Forespørsel til informantene om intervju og presentasjon av intervjuets hensikt og hva opplysningene skal brukes til, ble gjort via e-post og telefon til den enkelte informant.

En informant ga tilbakemelding om at vedkommende ikke vurderte henvisninger og orienterte meg om andre aktuelle spesialister. Informantene ble gitt muligheten til å bli intervjuet pr. telefon. Femten informanter ble forespurt om å delta i undersøkelsen. Frafall skyldes at enkelte spesialister unnlot å respondere på min forespørsel.

#### **5.4.2 Utvalg av data fra NPR**

Utvalgte tilstandsgrupper fra de nevnte medisinske, kirurgiske og psykiatriske fagområder er omsatt til ICD10 diagnoser med bistand av overlege. Datamaterialet er hentet direkte fra aktivitetsdata i NPR via rapportgenerator på Helsedirektoratets sider, og viser ventetid for utvalgte fagområder (ikke ICD10 diagnoser) samt rettighetsandel. Ventetidsdata jfr. tabell 4 er skaffet via veileder. De enkelte tilstandsgruppene i prioriteringsveilederne kan gi flere diagnoser fra ulike hovedkapitler i ICD10. Diagnosene er plukket ut fra antatt tilhørighet til ulike prioriteringsgrupper og antatt anbefalt ventetid i prioriteringsveilederne. Dette forklares nærmere i kap. 5.5.2.

### **5.5 Datainnsamling**

I denne utredningen kombineres både kvalitativ og kvantitativ metode og data (kalt triangulering), der jeg betrakter metodene som likestilte (Ringdal, 2009).

#### **5.5.1 Strukturert intervju**

Det ble benyttet en strukturert intervjuguide der hovedelementene er hentet fra rapport i forbindelse med prosjektet ”Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten”, (Sveri 2006). Jeg har også tatt utgangspunkt i spørsmål som ble stilt ved en intern revisjon av prioriteringspraksis ved Helse Bergen høsten 2009. Det ble ikke utarbeidet en mal for faste svaralternativ, og informantene kunne fritt formulere svarene. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd. To pilotintervjuer ble gjennomført først, og på bakgrunn av positive tilbakemeldinger ble resten av intervjuene gjennomført som planlagt. Pilotintervjuene er innlemmet i datautvalget. Det ble brukt opptaker ved intervjuene, og lydfilene er slettet i etterkant. Intervjuene fant sted fra februar til april 2009. På bakgrunn av erfaringene med tidsbruken ved pilotintervjuene, ble informantene forespeilet at intervjuet ville ta ca 45 min. Tiden som ble brukt i intervjuene varierte fra 20 min. til 1 time. Informantene ba selv om at intervjuet ble

gjennomført på sitt eget kontor, og det var kun informanten og jeg til stede under intervjuet. Jeg fulgte i hovedsak rekkefølgen på spørsmålene, også av hensyn til at noen informanter hadde knapp tid.

### **5.5.2 Bakgrunn for data fra NPR**

I denne undersøkelsen tar jeg som nevnt utgangspunkt i ulike medisinske tilstandsgrupper innenfor 6 nasjonale medisinskfaglige prioriteringsveiledere.

Veilederne er retningsgivende for hvilke medisinske tilstander som gir rett til nødvendig helsehjelp og lengste medisinsk forsvarlige ventetid for pasientene som får ”rett”. De medisinske tilstandsbeskrivelsene i veilederne er tildelt ICD10 koder etter hovedkapitlene i ICD10 (**I**nternational **C**lassification of **D**isease-coding), og ordnet etter de medisinske fagområder innen de ulike klinikker/avdelinger (jfr. Norheim, 2005) som jeg har intervjuet informanter fra. ICD10 kodene bidrar til at ventetid kan spores i NPR, og jeg ønsker å undersøke om faktisk ventetid kan sammenlignes med anbefalt lengste ventetid innenfor samme diagnosegruppe og mellom ulike diagnosegrupper innen helseforetaket. Anbefalte ventetider for de utvalgte tilstandsgruppene sammenholdes med inndeling i prioriteringsgrupper (jfr. Askildsen m.fl. 2007, s.21). Både klinikker innen psykiatri (inkludert rusbehandling), medisin og kirurgi er med i undersøkelsen. Klinikkerne er sykehusovergripende med avdelinger ved begge lokalsykehus. Diagnoser er hentet fra følgende hovedkapitler i ICD10:

- Endokrine sykdommer, ernæringsssykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
- Psykiske lidelser og rusdiagnoser (F00-F99)
- Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)
- Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)
- Sykdommer i muskel -skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)
- Sykdommer i urin - og kjønnsorganer (N00-N99)

I oppgaven bruker jeg samme inndeling av prioriteringsgrupper som Askildsen m.fl. (2007):

- Prioriteringsgruppe 1: 0 – 4 uker
- Prioriteringsgruppe 2: 5 – 12 uker
- Prioriteringsgruppe 3: 3 – 26 uker
- Prioriteringsgruppe 4: 27 – 52 uker

Pasienter i Prioriteringsgruppe 5-ikke "rett"- skal også gis forsvarlig helsehjelp, men får ikke en juridisk bindende frist. I prioriteringsgruppe 1 forventes pasientene å ha kortest faktisk ventetid, mens pasienter i prioriteringsgruppe 5 ventes å ha lengst faktiske ventetid. Økt ventetid i data etter stigende prioriteringsgrupper vil bli forstått som en indikasjon på at helseforetaket prioriterer i henhold til Prioriteringsforskriften (jfr. Askildsen m.fl. 2007, s.22). De enkelte tilstandsgruppene i prioriteringsveilederne kan både gi rett til helsehjelp og ikke slik rett. Det samme gjelder også for de enkelte diagnosene. Dette vil ikke komme tydelig fram i denne undersøkelsen.

Med utgangspunkt i ICD10 og de nasjonale prioriteringsveilederne med veiledertabell for de ulike medisinske områdene, har jeg sett på diagnoser og tilstander innenfor de ulike prioriteringsgruppene (jfr. Askildsen m.fl. 2007). Tilstandsgruppene i prioriteringsveilederne er i det følgende gitt ICD10 diagnosekoder og delt inn i prioriteringsgrupper, jfr. tabell 3. Nedenfor er tilstandsgruppene i ICD10 presentert som en diagnostisk kategori (beskrivelse av det kliniske bilde) og satt inn i prioriteringsgrupper.

**Prioriteringsgruppe 1 (0 – 4 uker):**

(E10.9) Nyoppdaget Diabetes mellitus type 1 uten kompl: 2 uker

(F32.3) Alvorlig depresjon med psykotiske symptom: 2 uker

I-kapittelet i ICD10 og Prioriteringsveileder i Hjertemedisinske sykdommer: Ingen

(K92.2) Uspesifisert GI blødning > 40 år: 2 uker, < 40 år 4 uker

(M23.2) Meniskskade: 4 uker (ved låsning)

(N39.1) Proteinuri (uspesifikk iflg. kode): 4 uker

(N95.0) Postmenopausal blødning: 4 uker

**Prioriteringsgruppe 2 (5 – 12 uker):**

(E83.5) Hyperkalsemi (forstyrrelser i kalsiummetabolismen): 12 uker

(F32.2) Moderat til alvorlig depresjon: 6 uker

(I34.0 og I35.1) Klaffesykdom (mitral- og aortainsuffisiens): 12 uker

(I15.0) Renovaskulær hypertensjon (jfr. veileder i nyresykdommer): 12 uker

(I48) Atrieflimmer og atrieflutter (rytmeforstyrrelser): 12 uker

(K30) Dyspepsi hos voksne pasienter > 50 år 6 uker

(M16.1) Hofteleddsartrose – betydelige plager – 12 uker

**Prioriteringsgruppe 3 (13 – 26 uker):**

E-kapittelet og Prioriteringsveileder i Endokrinologi og endokrinkirurgi: Ingen

F-kapittelet og Prioriteringsveileder i Psykisk helsevern for voksne: Ingen

I-kapittelet og jfr. Prioriteringsveileder i Hjertemedisinske sykdommer: Ingen

(K59.0) Forstoppelse: 26 uker

(M16.1) Hofteleddsartrose – moderate plager: 26 uker

(N39.2) Etablert proteinuri: 26 uker

**Prioriteringsgruppe 4 (27 – 52 uker):**

E-kapittelet og Prioriteringsveileder i endokrinologi og endokrinkirurgi: Ingen

I-kapittelet og Prioriteringsveileder i Hjertemedisinske sykdommer: Ingen

(F41.1) Voksne > 23 år: Generalisert angstlidelse jfr. ICD 10 og Angst/tvang med uttalt begrensning av livsutfoldelse jfr. Prioriteringsveilederen: 30 uker

K-kapittelet og jfr. Prioriteringsveileder i Fordøyelsessykdommer: Ingen

M-kapittelet og jfr. Prioriteringsveileder i Ortopedi: Ingen

**Prioriteringsgruppe 5 (ikke ”rett”):**

(E03.8) Hypothyreose

(E11.9) Diabetes mellitus type 2

(F32.0) Mild depressiv episode

ICD10 I-kapittelet og jfr. Prioriteringsveileder i Hjertemedisinske sykdommer: Ingen

(K30) Dyspepsi hos voksne pasienter < 50 år

(M 23.5) Kronisk ustabilitet i kne

(N02) Tilbakevendende og vedvarende hematuri, annet/uspesifisert

(N91/92) Amenore/Oligomenore

Ved gjennomgang av veiledertabell for Hjertemedisinske sykdommer hadde alle 4 tilstandene en maksimumsfrist på 12 uker.

Tabell 3 Diagnosekoder inndelt i prioriteringsgrupper og anbefalt ventetid

ICD10- Hovedkapitler	Prioriterings- gruppe 1: 0-4 uker	Prioriterings- gruppe 2: 5-12 uker	Prioriterings- gruppe 3: 13-26 uker	Prioriterings- gruppe 4: 27-52 uker	Prioriterings- gruppe 5: ikke "rett"
E00-E90	E10.9- 2 uker	E83.5-12 uker	Ingen tilstander	Ingen tilst.	E03.8 E11.9
F00-F99	F32.3- 2 uker	F32.2- 6 uker	Ingen tilstander	F41.1 -30 uker	F32.0
I00-I99	Ingen tilst.	I34.0, I35.1, I15.0, I48-12 uker	Ingen tilstander	Ingen tilst.	Ingen tilst.
K00-K93	K92.2 >40 år 4 uker	K30-6 uker > 50 år K92.2 -6 uker <40 år	K59-26 uker	Ingen tilst.	K30 <50 år
M00-M99	M23.2 4 uker	M16.1- 12 uker betydelige plager	M16.1-26 uker Moderate plager	Ingen tilst.	M23.5
N00-N99	N39.1- 4 uker N95.0 -4 uker	Ingen tilst.	N39.2- 26 uker	Ingen tilst.	N02, N91

Uker oppgitt som maksimumsfrist."Ingen tilstander" betyr at det er ingen tilstander/tilstandsgrupper i prioriteringsveilederne som har oppgitt ventetid innen aktuell prioriteringsgruppe.

## 5.6 Validitet og reliabilitet

I følge Ringdal (2009) er det omdiskutert om begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet har relevans for kvalitative data. Disse begrepene er særlig knyttet til kvantitative målinger og statistiske vurderinger. Jeg ønsker likevel å bruke begrepet validitet for å reflektere over i hvilken grad spørsmålene i intervjuguiden og registerdataene faktisk måler det jeg ønsker å måle i henhold til problemstilling og forskningsspørsmål, og i hvilken grad disse behandles i oppgaven. Denne undersøkelsen har få informanter og vil statistisk sett ikke være representativt verken når det gjelder generaliserbarhet eller måten utvalget er foretatt på. Spørsmålene i intervjuguiden er strukturerte, og respondentene ble til en viss grad ledet til å svare på det de blir spurt om samtidig som det var mulighet til oppfølgingsspørsmål. Jeg opplever likevel at besvarelsene reflekterer de spørsmålene jeg ønsker å vite noe om, og at den kvalitative undersøkelsen i denne sammenheng er valid. Reliabilitet er et uttrykk for om dataene er pålitelige og om gjentatte målinger gir lignende resultater under sammenlignbare situasjoner. Dataene fra NPR er for eksempel ikke korrigert for manglende rapportering, noe som utgjør en svakhet i denne sammenheng. Helseforetakene kan også ha ulik registrering av data til NPR, som også gjør dataene usikre. Flere av spørsmålene i intervjuguiden i denne undersøkelsen har derimot vært brukt for å undersøke

prioriteringspraksis ved tidligere undersøkelser ved andre helseforetak, noe som styrker intervjuguidens reliabilitet. Det kan forekomme hendelser i intervjusituasjonen som påvirker både reliabilitet og validitet som kan forstyrre kvaliteten i intervjuet. I sammenheng med intervjuene som ble gjort i denne undersøkelsen, svarte alle respondentene kontant nei på spørsmål om favorisering av lette pasienter i inntektssystemet, og enkelte respondenter kunne tolkes som lett irriterte. Spørsmålet kom på slutten av intervjuguiden, og påvirket derfor ikke besvarelsene i særlig grad.

### **5.6.1 Usikkerheter ved metoden**

- De medisinske tilstandene er mer eller mindre presist beskrevet.
- Det er en generell usikkerhet knyttet til kvaliteten på ventelistedata.
- Tildeling av lengste forsvarlige ventetid trenger ikke være entydig.
- Feil i forhold til selve registreringen av rett til helsehjelp
- Få informanter til intervju
- NPR-data er ikke korrigert for manglende rapportering
- Diagnose settes som oftest etter at pasienten er utredet og er utgangspunktet for behandling. Ventetid knyttet til diagnose i denne sammenheng gir ikke et helt korrekt bilde.
- Pasientutvalget ved begge lokalsykehusene for enkelte diagnosegrupper som var ønskelig å ha med i undersøkelsen, er for lite til å beregne gjennomsnittlig ventetid..
- Merkantilt personell burde ha vært intervjuet da de har viktige funksjoner innenfor prioriteringsarbeidet.
- Når det gjelder inndelingene i prioriteringsveilederne, kan pasienter innenfor samme diagnose ha ulike tilstander og ulik behov for behandling. En diagnoseklassifisering gir i seg selv ikke tilstrekkelig informasjon til å foreta en god prioritering. Bakgrunnen for tallmaterialet i oppgavens figurer og tabeller er derfor ikke pålitelig, og diagnose knyttet til anbefalt ventetid gir ikke nødvendigvis et korrekt bilde.

## 6. Resultat

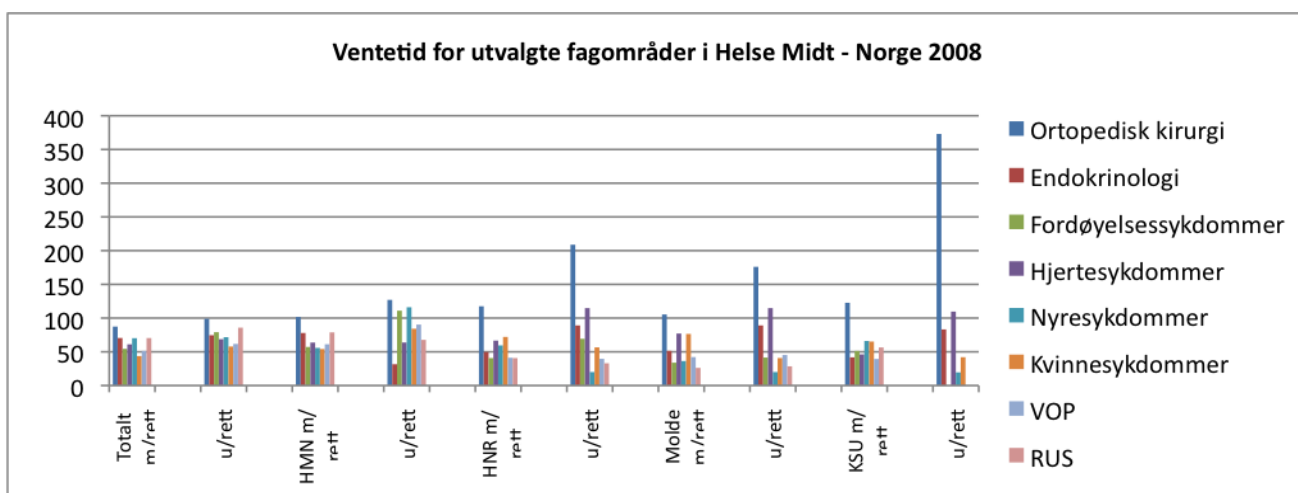
Presentasjon av NPR-data er tatt med i relativt stort omfang for å gi et inntrykk av prioriteringspraksis i helseforetaket (lokalt og regionalt) sammenlignet med landet ellers. Variasjoner i registrering til NPR-data og ulik organisering av tjenestene vil kunne gi ufullstendig informasjon, men figurene er relevante da de illustrerer hvordan prioriteringspraksis ser ut i NPR. I presentasjon av kvalitative data (kap. 6.2) er direkte sitater fra informantene skrevet i kursiv. I tabell 4 og 5 måtte data for flere diagnosegrupper utelates pga upålitelig tallmateriale. Blant disse var det representert en diagnosegruppe som ikke ga rett til helsehjelp for å vise om denne gruppen ventet lenger enn rettighetspasienter.

### 6.1 Data fra Norsk pasientregister (NPR)

#### 6.1.1 Praktisering av Prioriteringsforskriften – hvordan sikrer sykehuset at rettighetspasientene gis prioritet? En presentasjon av data fra NPR.

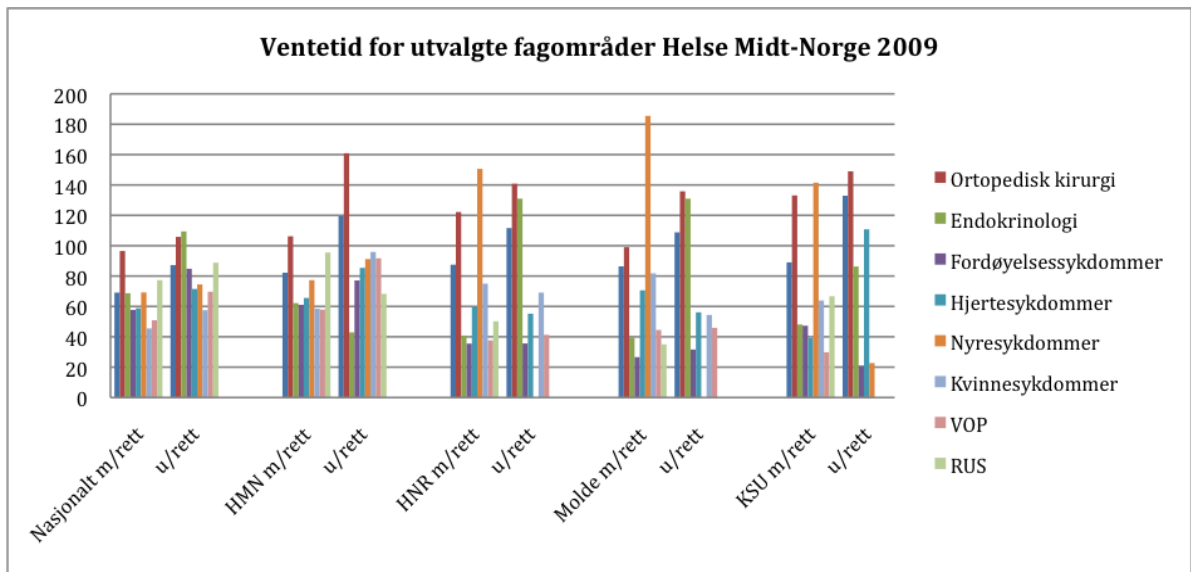
Hvor lenge venter pasienter som er gitt høyest prioritet i forhold til pasienter som er gitt lavere prioritet innenfor samme diagnosegruppe og mellom ulike diagnosegrupper?

En ser her på variasjon mellom prioriteringsgruppene (høy prioritet vs. lav prioritet) på tvers av sykehusene.



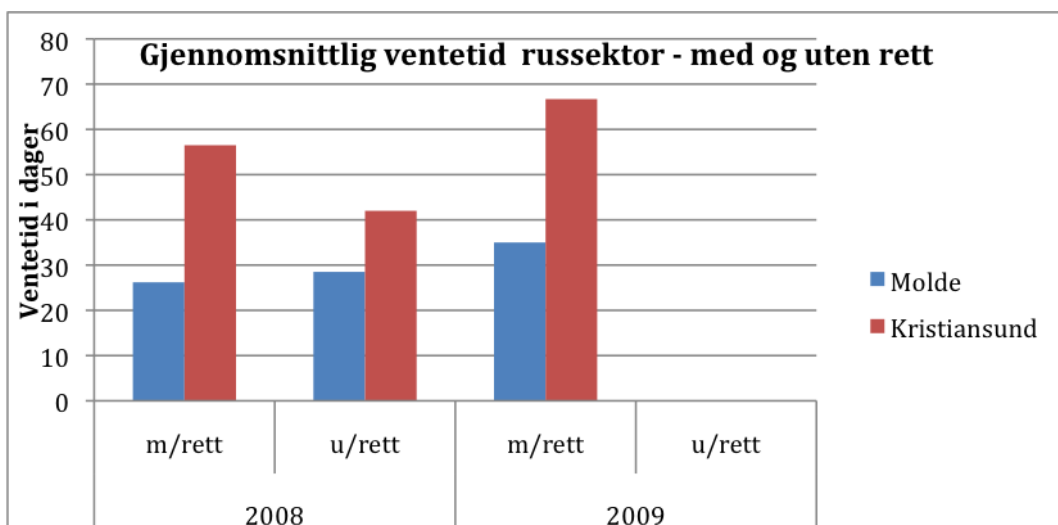
Figur 3. Gjennomsnittlig ventetid i dager i 2008 for utvalgte fagområder i Helse Midt-Norge (HMN) og Helse Nordmøre og Romsdal HF (HNR). Kilde: Norsk pasientregister



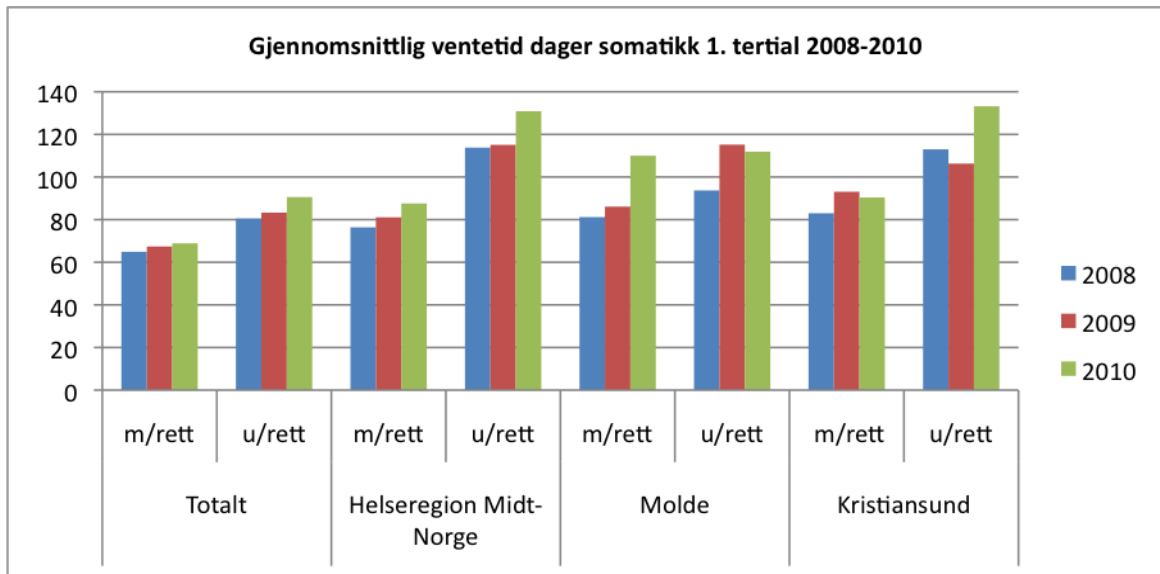


Figur 4. Gjennomsnittlig ventetid i dager i 2009 for utvalgte fagområder. Kilde: Norsk pasientregister

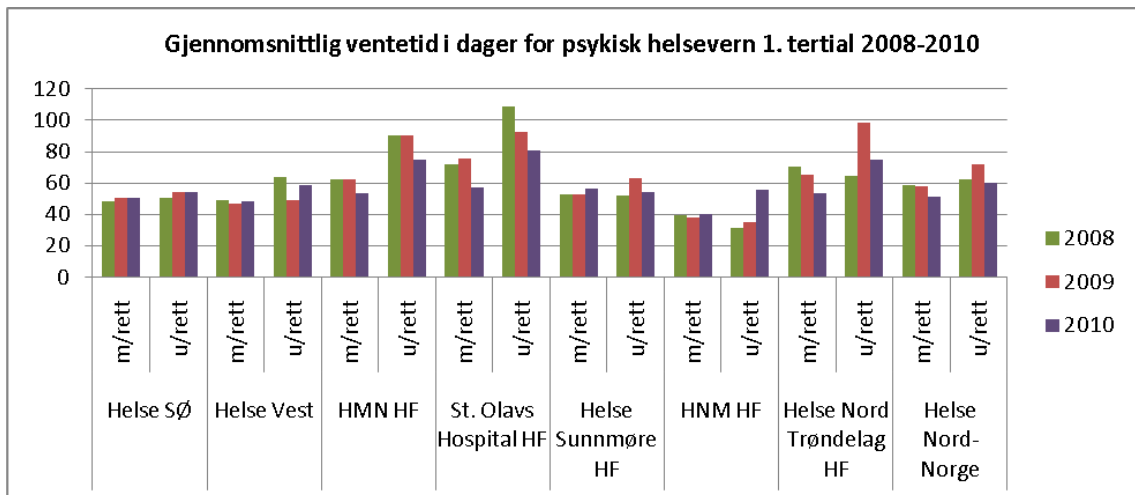
Figur 3 og 4 viser ventetider i 2008 og 2009 for utvalgte fagområder inkludert i undersøkelsen for pasienter både med og uten prioritet. Både for 2008 og 2009 er ventetiden for pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp innen ortopedi vesentlig lenger enn for pasienter innen andre fagområder. Ett unntak er rettighetspasienter innenfor nyresykdommer ved Molde sjukehus som i 2009 ventet lenger. Innenfor russektoren ser det ut til at rettighetspasienter i Helse Midt-Norge (HMN) 2009, venter lenger enn pasienter uten rett. Nærmere tallfestet venter rettighetspasienter i russektoren 95,5 dager sammenlignet med pasienter uten rett, som venter i 68,3 dager. Innenfor russektor ventet rettighetspasienter i Kristiansund lenger enn pasienter uten rett i 2008 – i gjennomsnitt henholdsvis 56.5 dager og 44 dager. I 2009 er det ikke registrert ventetid for pasienter uten rett, se figur 5.



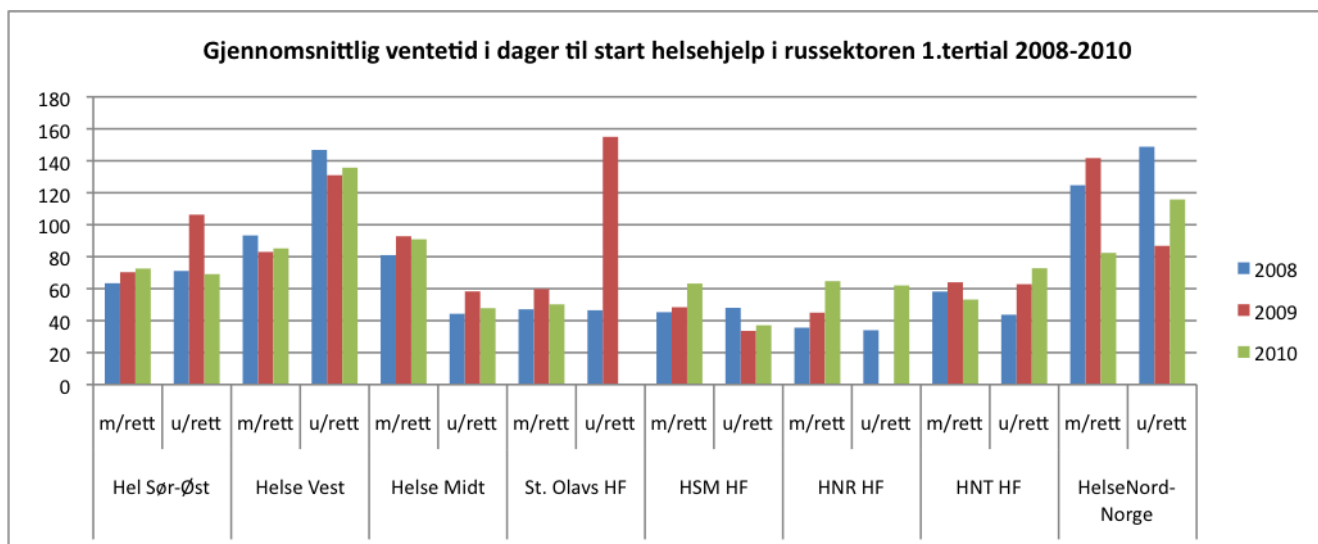
Figur 5. Gjennomsnittlig ventetid i dager 2008 og 2009 for russektoren. Kilde: Norsk pasientregister



Figur 6: Faktisk ventetid i somatisk sektor 1. tertial 2008-2010. Kilde: Norsk pasientregister



Figur 7: Faktisk ventetid innen psykisk helsevern 1.tertial 2008-2010 Kilde: Norsk pasientregister



Figur 8: Gjennomsnittlig ventetid innen russektor per region og HF innen Helse Midt-Norge 1.tertial 2008-2010 Kilde: Norsk pasientregister

Figur 6, 7 og 8 viser ventetider i somatisk sektor, psykisk helsevern og rus 1. tertial fra 2008 til 2010 for alle helseregionene og helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Ventetiden for både rettighetspasienter og pasienter uten rett innen somatisk sektor og psykisk helsevern er høyest i Helse Midt-Norge, mens rettighetspasienter i russektoren i Helse Midt-Norge ventet lengst, i gjennomsnitt 91 dager i 1. tertial 2010. Til sammenligning ventet pasienter uten rett innen russektor i Helse Midt-Norge i gjennomsnitt 47,8 dager i samme tertial (kilde: Norsk pasientregister). Også i Helse Sør-Øst venter pasienter innen russektor med rett lenger enn pasienter uten rett.

Tabell 4 for 2007 viser at pasienter ved sykehusene i Molde og Kristiansund i prioriteringsgruppe 2 (med lengste anbefalte ventetid på 12 uker i følge prioriteringsveileder), ventet lenger enn pasienter i prioriteringsgruppe 3 med lengste anbefalte ventetid på 26 uker. Pasienter i prioriteringsgruppe 1 ventetnlenger enn pasienter både i prioriteringsgruppe 2 og 3, i gjennomsnitt 157 dager mot anbefalt ventetid på 4 uker, mens pasienter i prioriteringsgruppe 2 i hovedsak ventet lenger enn pasienter i prioriteringsgruppe 3 (tabell 4). Pasientene i Kristiansund venter i følge tabell 4 lenger enn pasientene i Molde for de utvalgte diagnosene i undersøkelsen. Tabell 4 gir likevel ikke en pålitelig ventetidsoversikt for sykehusene blant annet pga for få observasjoner, eldre tallmateriale og eventuelle feil i registreringen. For eksempel sier diagnose M 23.2 (menisklidelse) ikke noe om det foreligger låsning i kneet, som tilsvarer kort ventetid eller om det er en tilstand som kan vente.

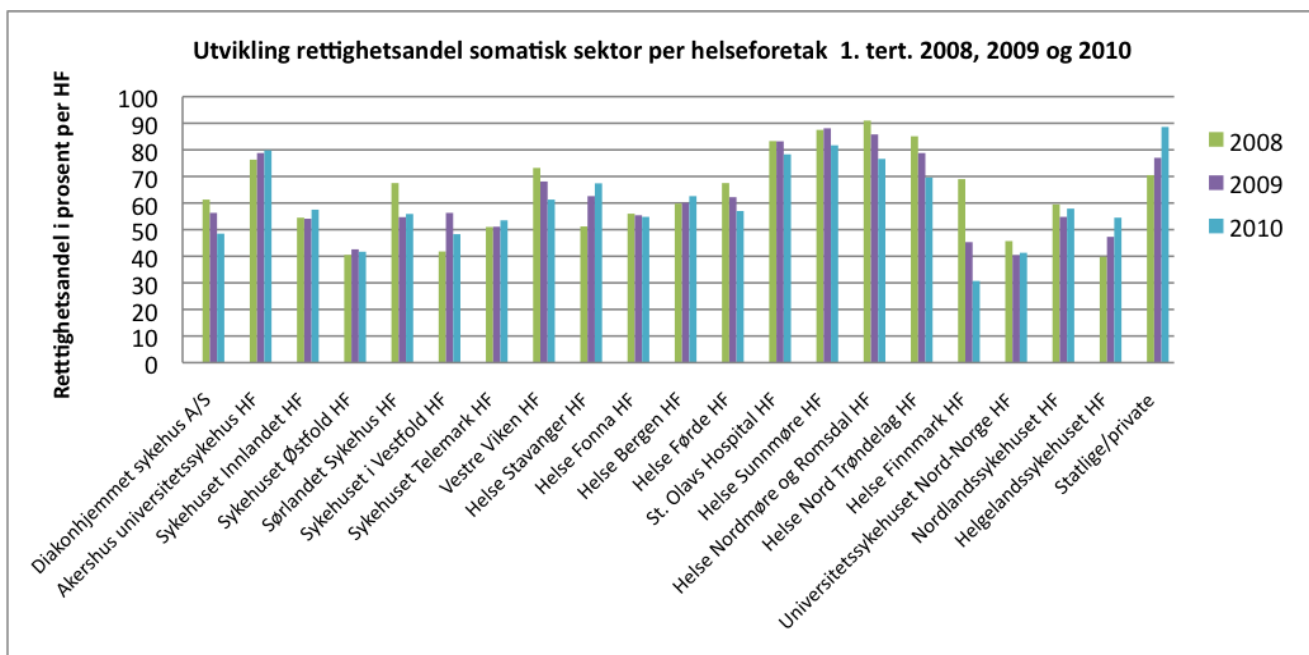
Prioriteringsdiskusjonen var i fokus også i 2007, mens prioriteringsveilederne med anbefalte maksimumsventetider ikke var gjeldende før tidligst i slutten av 2008.

Tabell 4: Gjennomsnittlig faktisk ventetid (M) Molde og (K) Kristiansund (standard avvik) 2007

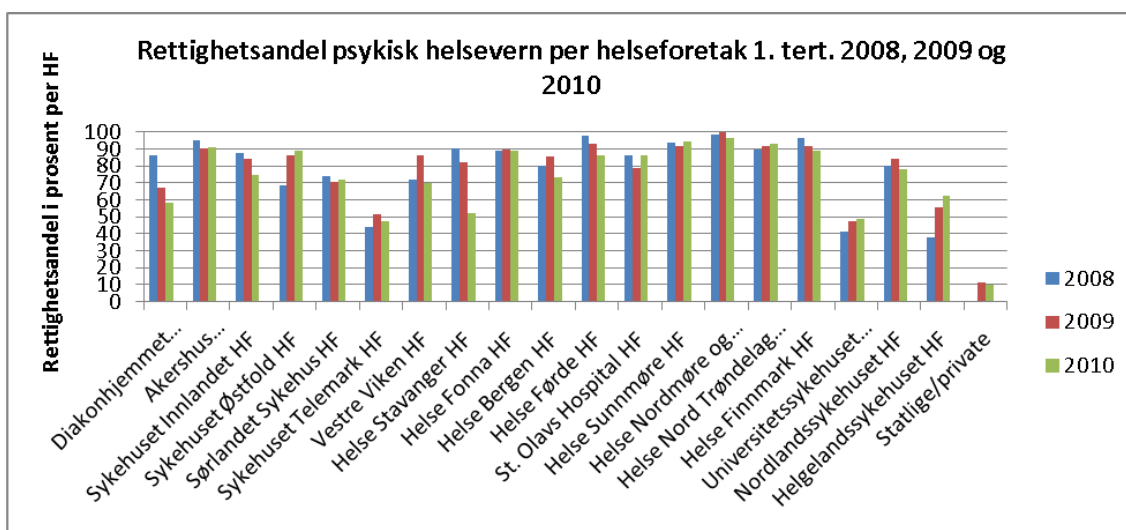
ICD-10 diagnose	Prioriteringsgruppe	Antall pasienter	Faktisk ventetid	Anbefalt maksimum ventetid
I34.0	2	(M) 52 (K) 34	179.3462 (173.3709) 198.0588 (181.7732)	12 uker
I35.1	2	(M) 40 (K) 14	185.1 (146.3532) 212 (199.9238)	12 uker
I48	2	(M) 270 (K) 382	97.2815 (100.6393) 84.3717 (97.75444)	12 uker
K59.0	3	(M) 22 (K) 176	98.3636 (114.6816) 88.1932 (119.8932)	26 uker
M16.1	3	(M) 184 (K) 793	157.087 (138.9665) 255.0378 (177.6194)	26 uker
M23.2	1	(M) 132 (K) 1005	134.9167 (79.06844) 157.0199 (112.0485)	4 uker (26 uker)

### 6.1.2 Rettighetstildeling

Figurene nedenfor viser utviklingen i rettighetstildeling innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus i årene 2008 – 2010. I somatisk sektor er det store forskjeller mellom helseforetakene og helseregionene. Sykehuset Østfold HF har den strengeste praksisen med en rettighetsandel som holder seg på ca 40 % alle årene, mens Helse Sunnmøre HF (HSM HF) tildeler i 1. tertial 2010 flest pasienter (81,7 %) rett til nødvendig helsehjelp, en nedgang fra 87,5 % i 2008 og 2009. I somatisk sektor går utviklingen i alle regionene i retning av lavere andel rettighetspasienter, det vil si motsatt utvikling av psykisk helsevern og russektoren.

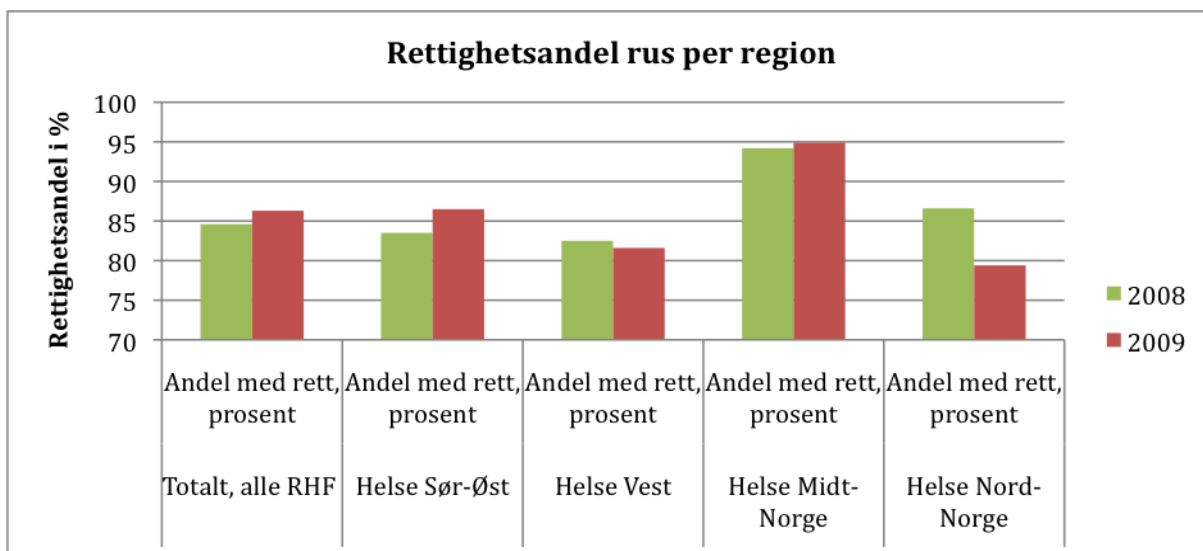


Figur 9. Rettighetsandel somatisk sektor per helseforetak i 1. tertial 2008, 2009 og 2010. Kilde: Norsk pasientregister.



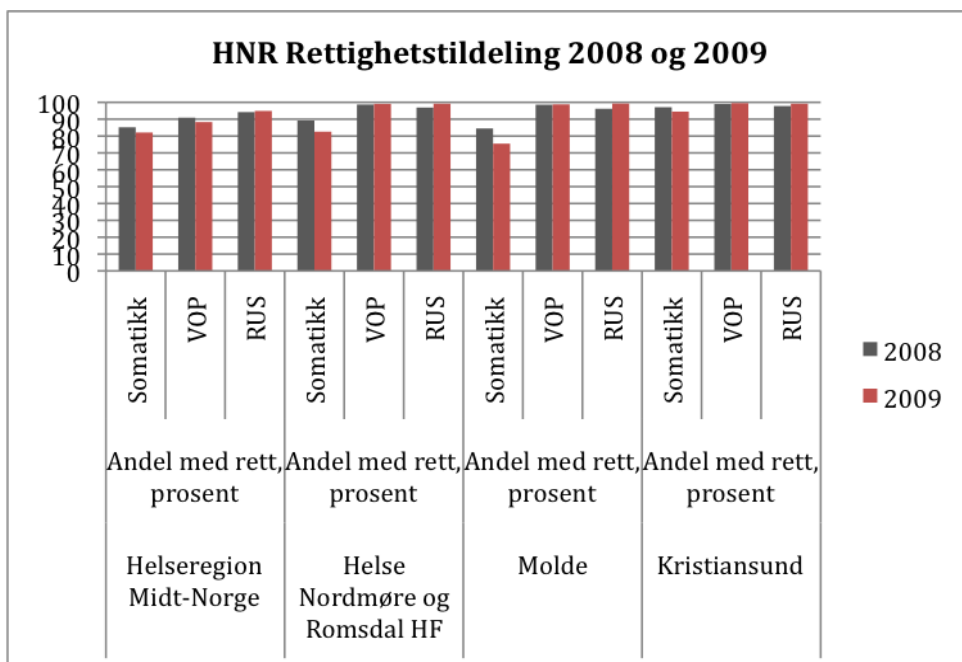
Figur 10. Rettighetsandel psykisk helsevern per helseforetak i 1. tertial 2008, 2009 og 2010. Kilde: Norsk pasientregister

Også innen psykisk helsevern er det store forskjeller mellom helseforetakene i tildeling av rett, jfr. figur 10. Helse Nordmøre og Romsdal gir 96,3 % av pasientene rett til helsehjelp i 2010, mens Sykehuset Telemark HF tildeler 47,7 % av pasientene rett. Tall fra NPR viser at Helse Midt-Norge gir 88 % av pasientene status som rettighetspasienter, mens Helse Nord gir slik rettighet til ca 67 %. Det er skjedd en tilnærming mellom regionene i perioden i retning av at de øvrige regionene har nærmet seg prioriteringspraksisen til Helse Midt-Norge, som gjennom hele perioden har ligget stabilt på en høy andel rettighetspasienter.



Figur 11: Rettighetsandel innen rus sektor per region 2008 og 2009. Kilde: Norsk pasientregister

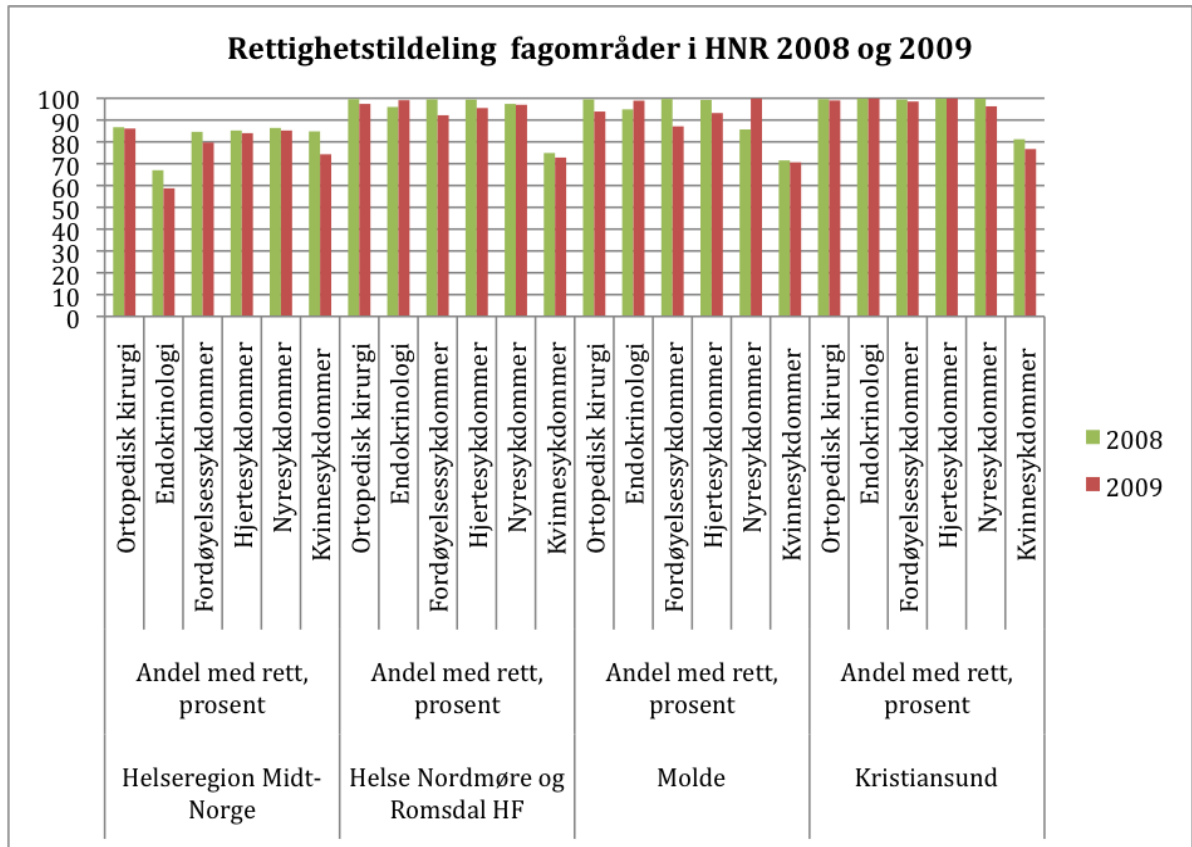
Figur 11 viser at også innen russektoren skiller Helse Midt-Norge seg ut i tildeling av rett. Andelen rettighetspasienter i Midt Norge er høy både i 2008 og 2009 (ca 95 %). I 2009 har det skjedd en utvikling i retning av at både regionene totalt, Helse Sør Øst og Helse Midt-Norge har økt sin andel rettighetspasienter. I Helse Nord Norge har andelen rettighetspasienter gått ned fra 87 % i 2008 til 79 % i 2009.



Figur 12: Rettighetstildeling Helse Nordmøre og Romsdal (HNR). Kilde: Norsk pasientregister

Ved sykehusene i Molde og Kristiansund er rettighetstildelingen innen rus og psykisk helsevern tett opp imot 100 % i 2009 (fig.12). Sammenlignet med Helse Midt-Norge og

Kristiansund viser figur 12 at somatisk sektor i Molde gir ca 75 % av pasientene status som rettighetspasienter, mens Kristiansund gir 95 % av pasientene rett til nødvendig helsehjelp i 2009.



Figur 13: Rettighetstildeling somatiske fagområder i Helse Nordmøre og Romsdal (HNR). Kilde: Norsk pasientregister

Rettighetstildeling innenfor undersøkelsens utvalgte fagområder viser at det ved sykehusene i Kristiansund og Molde er noe forskjell i rettighetstildelingen (fig.13). I 2009 viser Molde en nedgang i tildeling av rett, med unntak av fagområdet nyresykdommer. Kristiansund tildeler rett til nødvendig helsehjelp til bortimot 100 % av pasientene, med unntak av pasienter innen kvinnesykdommer, hvor i overkant av 75 % av pasientene tildeles rett.

## 6.2 Presentasjon av kvalitative data – intervjuene

Overskriftene i dette underkapittelet er en temaformulering av hovedspørsmålene i intervjuguiden. Spørsmålene som er understreket er oppgavens forskningsspørsmål. Det ble også stilt underspørsmål, og dette går fram av avsnitt i teksten og i intervjuguide, se vedlegg. På grunn av få informanter og oversiktlig og strukturert informasjonstilgang, er

ikke intervjuene kodet. For å gjøre presentasjonen mer oversiktlig, har jeg skilt mellom informanter som er ledere og spesialister ved å understreke hvilken gruppe informantene hører til.

### **6.2.1 Organisering av prioriteringsarbeidet i avdelingene**

Hvilke rutiner har sykehuset for å identifisere rettighetspasienter – og hva sikrer at disse faktisk gis prioritet?

- Informantene som var spesialister, ga relativt samstemt uttrykk for at de brukte de ulike prioriteringsveilederne som metodisk tilnærming i sin vurdering av henvisninger. I somatikken blir henvisningene mottatt og stemplet av kontorpersonalet og lagt til legen som skal vurdere henvisningen. En avdeling er inndelt etter ”organ eller kroppsdel” slik at den legen som er for eksempel spesialist i gastroenterologi eller lungesykdommer, vurderer henvisninger som dreier seg om disse fagområdene, mens ved en annen avdeling blir henvisningene lagt til spesialisten som har dagvakt. Alle henvisninger innen somatikk blir vurdert av en legespesialist som selv setter behandlingsfrist, og henvisningene blir vurdert daglig. Kontorpersonalet ser gjennom henvisningene og plukker ut de som haster mest. Ingen henvisninger blir liggende uten at noen ser på disse. Både innen rus, psykisk helsevern for voksne, og psykisk helsevern for barn og unge blir henvisningene vurdert i tverrfaglige inntaksmøte. Behandlingsfrist blir satt i møtet.

Enkelte ledere gir inntrykk av å ha oversikt over prioriteringspraksis i enhetene som tilhører avdelingen, og sier at prioriteringsveilederne er i bruk som metode. Etter at henvisningene er fordelt til lege og vurdert, går de tilbake til et logistikkontor som behandler og effektuerer i forhold til planlagt prioritering. En leder synes at selve organiseringen av arbeidet og gjennomføring i forhold til mottak, prioritering og tildeling av time fungerer bra. Samme informant antar at prioriteringsveilederne brukes slik intensjonen er og sier at ”*det tas som en selvfølge at prioritet i forhold til nytteverdi og alvorlighet er kriterier som brukes ved prioriteringer*”.

- Når det gjelder den nye vurderingsfristen for unge under 23 år innenfor fagområdene rus og psykisk helsevern, er det ulik praksis. Ved en enhet tilbys pasienten en vurderingssamtale med henviser, pasient og familie før pasienten tas inn. I denne samtalen avklares hvem som skal gjøre hva i ventetiden. Denne ordningen kommer i



følge informanten (leder) i konflikt med vurderingsfristen på 10 dager, men praksisen begrunnes i at måten dette gjøres på, oppleves som positivt for alle parter.

- På spørsmål om det brukes standard henvisningsskjema, svarer 2 informanter ja, en respondent svarer vet ikke, mens resten svarer nei eller delvis. Flere sier at det jobbes mye med innholdet i henvisningsskjema og hva sykehuset forventer skal være med i en henvisning.

-På spørsmål om hvem som er involvert i prioriteringsarbeidet, svarer alle informantene innen somatikk at det er overlegene som gjør selve prioriteringen. Alle informantene oppgir at sekretærene har en viktig funksjon i prioriteringsarbeidet ved at de registrerer henvisningene i PAS (pasientadministrativt system) og administrerer oppfølging av ventelister. Spesialistene sier at det vanligvis er den enkelte overlege som foretar vurderingen, men hvis det er tvil, diskuteres henvisningen med andre spesialister. Det hender at det oppstår uenighet om fristfastsettelse. Dette løses for eksempel ved at pasienten får den korteste fristen som blir foreslått, felles enighet eller at den som har mottatt henvisningen bestemmer fristen. I psykisk helsevern bestemmes den individuelle behandlingsfristen alltid i ukentlige tverrfaglige inntaksmøter.

- Mangelfulle henvisninger håndteres i følge noen informanter, særlig spesialistene, ved at pasienten innkalles til en time. En spesialist sier at henvisningen blir sendt tilbake der det bes om utfyllende opplysninger. Samtidig taper pasienten tid på dette og pasienten settes likevel opp til en time. Denne undersøkelsen er en del av vurderingen, og prioriteringen gjøres på bakgrunn av pasientens tilleggsopplysninger samt eventuelle funn. Gjennom undersøkelsen kan man også finne at vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp ikke er tilstede, og pasienten tilbakeføres til fastlegen eller gis ikke prioritet. Noen ganger bes fastlegen om å følge opp pasienten i mellomtiden med supplerende utredning innen pasienten møter til time ved poliklinikken. Også i psykisk helsevern innkalles pasienten til vurderingssamtale eller forvernssamtale samtidig som det tas kontakt med henviser pr. telefon eller brev for utfyllende opplysninger.

- Ni av ti informanter opplyser at kommunikasjon med henviser og pasient foregår via brev etter helseforetakets brevmal. En informant oppgir at de ringer direkte til pasienten.

- Når settes pasienten opp på venteliste og hvordan registreres ”ventetid slutt dato”? Når starter helsehjelpen, og hvem bestemmer og registrerer dette? Spørsmålene stilles for å vite om pasienten settes opp på venteliste når henvisningen mottas, eller når henvisningen vurderes. Ingen ledere kunne svare på om når pasienten ble satt på venteliste. Spesialistene svarte her at det var kontoret som gjorde dette. Henvisningene stemples og legene skriver inn vurderingsfrist og behandlingsfrist. En informant sier at pasientene aldri blir satt på venteliste og at de får time med en gang og at det er sekretærene som ordner dette. *”De som blir satt på venteliste er de som skal komme til halvårskontroller, men det har jo ingenting med dette å gjøre. Ellers så bruker vi ikke ventelistesystemet. Vi setter opp time til folk med en gang. På denne måten vil poliklinikkene være oversiktlig for sekretærene slik at de vet når vi har ledige timer. De trykker ut lister fra PAS slik at hvis noen ringer og skal ha fremskyndet timer, så kan de med en gang se om det er mulig å fremskynde timen.”*

- Hvordan håndteres og registreres situasjoner der pasienten ikke møter til avtalt time? To ledere kjenner ikke til enhetenes praksis her. En spesialist sender et kort notat til fastlegen slik at det blir opp til fastlegen og pasienten om pasienten skal henvises igjen. Pasienten blir ikke satt opp til ny time hvis han ikke møter opp og ikke selv tar kontakt og oppgir en forklaring. Pasientene må betale for timen de ikke møter til. Andre informanter går gjennom journal og henvisning på nytt og vurderer om pasienten bør kalles inn på nytt.

- På spørsmål om prioriteringsspørsmål som tema og bruk av prioriteringsveilederne, svarer de fleste informantene at prioriteringsspørsmål er tema i avdelingen/enhetene. Nye klinikere gis opplæring i dette, også for å unngå at nyansatte leger gir alle pasienter samme korte behandlingsfrist. En spesialist opplyser i denne sammenheng at *”hvis det kommer for mange henvisninger innenfor et tidsrom, så må vi gjøre noe med det. Da har vi også endret brev – ikke etter at de er lagt inn i systemet, men før de legges inn, med spørsmål fra sekretærene om vi ikke kan forlenge fristen med for eksempel 4 uker. Men det er egentlig sjeldent at det er nødvendig”*. Prioriteringsspørsmål er regelmessig opp i ledermøter der statistikk, ventelisteproblematikk, fristbrudd og annet tas opp. Dette har også fått ekstra oppmerksomhet etter det som skjedde ved Bærum sykehus. En leder mener at legene har for få fora eller møteplasser å diskutere prioriteringsspørsmål i, og sier *”det er veldig opp til leder å ta fatt i dette”*. Alle informantene oppgir at de har

tatt i bruk prioriteringsveilederne. Enkelte spesialister sier at bruk av prioriteringsveilederen forenkler arbeidet, andre svarer litt, mens en svarer at veilederen forenkler arbeidet på den måten at man vet hvilke frister man skal bruke - ”ellers er de for tungvinte, lange og upraktiske i daglig bruk”.

- På spørsmål om hvordan klinikken jobber med implementering av veilederne, svarer en spesialist: ”Vi gjør minst mulig. Vi leser dem og tar innholdet inn over oss, men ellers er det såpass kjedelige greier, at å sitte og spikke på de veilederne er en sikker måte å få en misfornøyd medarbeider på. Men tenkningen i de nasjonale veilederne på de ulike fagområdene er jo et tankearbeid og en filosofi knyttet til sykdommens alvorlighetsgrad. De (pasientene) skal ikke forspille sine sjanser fordi vi ikke har lest veiledere”.

#### Oppsummering av funn i Organisering av prioriteringspraksis i avdelingene:

- Alle henvisninger blir vurdert av spesialist, og alle prioriteringsbeslutninger blir gjort av spesialister.
- Merkantilt personell har sentrale arbeidsoppgaver knyttet til prioriteringsarbeidet.
- Det er ulik praksis der pasienter ikke møter til avtalt time.
- Ledere og spesialister kjenner ikke til hvordan det pasientadministrative arbeidet gjennomføres når det gjelder registrering av pasienter på venteliste eller når pasienten settes opp på venteliste.
- Mangelfulle henvisninger håndteres ved at pasienten blir innkalt til en time samtidig som det bes om utfyllende opplysninger fra fastlegen.
- Prioriteringsspørsmål er regelmessig tatt opp i ledermøter, men i mindre grad et tema på enhetene. Det kan oppstå ”kreative løsninger” i perioder med mange henvisninger.
- Prioriteringsveilederne ser ut til å benyttes i begrenset utstrekning, og flere setter spørsmålstegn ved veiledernes nytteverdi.

#### **6.2.2 Forhold som tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger**

Hva ligger til grunn for tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp?

Påvirkes tildelingen av hjelp av andre forhold enn sykdommens alvorlighet, nytte og kostnad i forhold til nytten?

De fleste spesialister sier at det er medisinske betraktninger som tillegges størst vekt ved prioriteringsbeslutninger og at kapasitet er mindre tungveiende. En informant sier at *”det kan jo hende at lavt prioriterte får kanskje en ventetid på 3 – 4 mnd. mens de i perioder med god kapasitet ville fått 8 uker”*. En annen informant sier at det er kapasiteten som tillegges størst vekt, og at henvisninger der det også er rusproblematikk, kan avslås pga uheldige pasientsammensetninger. De fleste hevder at det foreligger en felles praksis og faglig tankegang for prioritering og at dette ikke er utelukkende lagt til den enkelte klinikers individuelle skjønn. Flesteparten av spesialistene bruker veileder sammen med klinisk skjønn. Også lederne sier at det er de medisinske behovene som ligger til grunn for prioriteringsbeslutningene. En leder understreker at driftshensyn ikke tillegges vekt og at de ikke manipulerer pasienter i forhold til kodene de har.

- På spørsmål om det noen ganger kan være medisinskfaglige grunner til ikke å igangsette behandling eller tiltak umiddelbart, gir flere spesialister eksempler på tilstander hvor dette er aktuelt, mens for andre er ikke spørsmålet aktuelt. Spørsmålet stilles for å belyse om det kan være medisinske forhold som gjør at behandling som ellers ville ha blitt gitt kort individuell frist må utsettes for lengre tid og om pasienten blir satt på ny venteliste. Graviditet og komorbide tilstander er eksempler på dette.

#### Oppsummering av funn i Forhold som tillegges vekt i prioriteringsbeslutninger:

- Medisinske behov tillegges størst vekt ved prioriteringsbeslutninger.
- Kapasitet har innvirkning på fastsettelse av individuelle frister.
- Pasientsammensetning i en enhet kan ha betydning for om pasienten blir tildelt rett til helsehjelp eller om henvisningen avslås.
- Medisinske årsaker og komorbide tilstander kan gi utsatt behandlingsfrist.

### **6.2.3 Vurdering av kriteriene i Prioriteringsforskriften, tilstandens alvorlighetsgrad, forventet nytte og kostnadene sett i forhold til nytten, i forhold til prioriteringsarbeidet i egen avdeling**

#### Hvilke kriterier er prioriteringsbeslutninger basert på?

En leder sier at alle kriteriene i Prioriteringsforskriften blir brukt ved prioritering, mens de andre lederinformantene sier at de antar at kriteriene blir brukt. De fleste

spesialistene sier at tilstandens alvorlighetsgrad og forventet nytte er de kriteriene som brukes. En spesialist oppgir ikke å kjenne til Prioriteringsforskriften og forstår ikke kriteriene. Samme informant sier at *”Vi vet ikke hvilken behandling pasienten skal få ved henvisningen – da må vi først se pasienten. Ved prioritering av henvisningen, bryr vi oss ikke om behandlingen, det tar vi senere. Ved kreft for eksempel, spiller det ingen rolle”*.

#### Oppsummering av funn i Vurdering av kriteriene i Prioriteringsforskriften:

- Klinikerne bruker kriteriene tilstandens alvorlighetsgrad og forventet nytte ved prioriteringsbeslutninger, mens lederne antar alt alle kriteriene blir brukt.
- Ingen klinikere bruker kriteriet ”kostnader sett i forhold til nytten”.

#### **6.2.4 Dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger**

- På spørsmål om begrunnelser for prioriteringsbeslutninger dokumenteres, svarer to av lederne at de ikke kjenner til om prioriteringsbeslutningene journalføres, mens en sier at all pasientinformasjon skannes i journal og dokumenteres med dette. En kliniker sier at prioriteringsbeslutningene skrives på papir, men ikke i pasientjournalen, fordi henvisningen skannes før beslutningene tas. Informanten sier dette er en svakhet. En annen informant sier at beslutningene skannes inn sammen med henvisningen i pasientjournalen, men blir ikke journalført separat som eget journalnotat. Fire spesialister bekrefter at de ikke journalfører begrunnelsene for prioriteringsbeslutningene.

#### Oppsummering av funn i Dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger.

Prioriteringsbeslutninger og begrunnelse for prioriteringen føres ikke i pasientjournalen.

#### **6.2.5 Ventetider**

- Under dette punktet blir informantene spurt om erfaringer med favorisering av ”lette” pasienter i inntektssystemet, og hvilke pasientgrupper fokusering på nedkorting av ventetider, kommer til gode.

Alle lederne svarer nei på spørsmål om favorisering av lette pasienter i inntektssystemet. En informant sier at de er redd for dette. *”Når det er konflikt mellom fag og økonomi, så er det sagt at økonomien styrer. Men her må faget styre. Hvis vi skal*

*jobbe med hodet hevet, så må det være sånn*". I forhold til spørsmål om nedkorting av ventetider svarer en leder at dette kan komme pasienter som kommer til dagbehandling til gode. To ledere svarer at nedkorting av ventetider kommer alle til gode.

- Alle klinikere svarer nei på spørsmål om favorisering av lette pasienter i inntektssystemet. Om pasientgrupper og fokus på nedkorting av ventetider svarer en overlege at avdelingen har få sengeplasser og at det er større kapasitet når det gjelder dagkirurgi. *"Vi har 12 dagkirurgiplasser i uka, og da har vi rikelig plass. Og da kan de bli tatt inn på kort varsel, rett og slett for å fylle opp listene"*. En annen informant svarer at dette for eksempel kommer pasienter med kreftsykdom til gode. I følge en informant tar man av og til en eller to kvelders kveldspoliklinikk for å ta unna ventelister og kontroller. Denne oppgir at hvis de har en pasient som egentlig skulle ha ventet lenger, så kan denne få raskt time hvis det byr seg en åpning. Pasienter som allerede er tildelt time blir ikke puttet inn her, mens de sist henviste pasientene får time. I psykisk helsevern kommer fokus på ventetid unge pasienter til gode.

#### Oppsummering av funn i Ventetider:

- I følge respondentene favoriseres ingen pasienter av inntektssystemet.
- Det er ingen systematisk praksis på hvem som blir prioritert ved fokus på nedkorting av ventetider, for eksempel de alvorligst syke, pasienter som er henvist sist, eller de som har ventet lengst.

#### **6.2.6 Rammevilkår for prioritering**

- Med rammevilkår for prioritering menes ressurser med tanke på personell, økonomi og for eksempel overordnede føringer med pålegg om økt aktivitet. De fleste informantene oppgir at de har rammevilkår for prioritering. Når det gjelder finansieringssystemets innvirkning på prioritering, oppgir flere ledere at de anser det som problematisk at inntektssystemet varierer fra år til år og at *"det er et fryktelig urolig marked"*. En informant sier at *"siden det beveger seg hele tiden, så kan man også si at man ikke har økonomiske baktanker"*. En leder har fått fjernet betydelige midler fra avdelingens budsjett, og dette skal tas inn gjennom økt poliklinikkaktivitet og høyere krav til inntjening. Alle spesialister sier at finansieringssystemet ikke har innvirkning på prioriteringen.

Oppsummering av funn i Rammevilkår for prioritering:

- Alle opplever å ha rammevilkår for prioritering.
- Finansieringssystemet har ikke innvirkning på prioriteringen.

## **7. Diskusjon**

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan helseforetakene gjør sine vurderinger ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell tidsfrist, og om pasienter faktisk får tilgang til behandling i henhold til tilstandens alvorlighet, nytte av behandling og behandlingens kostnadseffektivitet.

### **7.1 Erfaringer med metode og gjennomføring av intervjuene.**

I denne undersøkelsen har jeg intervjuet både ledere og spesialister som foretar prioriteringsbeslutninger for å finne om føringene lederne hadde var i overensstemmelse med vurderingspraksis. Det var i utgangspunktet ønskelig med et større utvalg av spesialister, og forespørsel om intervju ble sendt til 9 overleger og 2 psykologspesialister. Det var vanskelig for legene å avse tid til intervju, og avgjørende spørsmål om funksjonsfordeling mellom sykehusene i helseforetaket skulle vedtas i styret i tidsrommet mens intervjuene pågikk. Sykehusene var preget av krisestemning og stor møtevirksomhet. Spesialistenes tidsressurs var knapp, noe som preget intervjusituasjonen og muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. Lederne ga mer tid til intervjuet, og det var lettere å stille oppfølgingsspørsmål. Når det gjelder bruk av registerdata som metode, kunne jeg pga få observasjoner kun bruke et lite utvalg av diagnosene som er skissert i metodedelen og i tabell 3 og 4. Det er viktig å understreke at det å hente ut ventetidsdata på enkelte diagnoser og koble disse til anbefalt ventetid, ikke nødvendigvis er en riktig kobling fordi diagnosen i seg selv ikke sier noe om alvorlighetsgraden og klinisk tilstand. Andre registerdata som er anvendt, er hentet fra rapportgeneratoren i NPR og kan også være av varierende kvalitet.

### **7.2 Prioriteringspraksis**

#### **7.2.1 Rettighetspasienter – identifisering og sikring av prioritet**

Gjennom å undersøke organiseringen av prioriteringsarbeidet i de inkluderte enhetene i helseforetaket, ønsker jeg å få kunnskap om hvorvidt det er utarbeidet en metodisk tilnærming til prioriteringsarbeidet i form av sjekklister, om Prioriteringsforskriften er brukt, om det foreligger en presisering/utdyping av Prioriteringsforskriftens kriterier og



hvem som deltar i dette arbeidet. Helseforetaket har utarbeidet egen prosedyre som gir anvisninger for hvordan henvisningene skal vurderes i tråd med Prioriteringsforskriften. I intervjuene oppgir alle informantene at de bruker prioriteringsveilederen for sitt fagområde som en overordnet metodisk tilnærming i vurderingen av henvisningene, men det er ikke utarbeidet sjekklister eller noen form for presisering av prioriteringskriteriene verken innen somatikk eller psykisk helsevern. Innen russektoren er prioriteringskriteriene i veilederen for behandling av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) operasjonalisert ut fra faglige momenter. Både alvorlighetskriteriet, kriteriet om forventet nytte og kriteriet om kostnadseffektivitet er satt inn i en sjekklister som gir en gradert og forenklet oversikt over innhold i hovedkriteriene (IS-1505, 2008). Veileder for russektoren er den eneste som har denne inndelingen. Fagområdene rus og psykisk helsevern vies litt større oppmerksomhet pga den høye rettighetsandelen og hvordan ventetiden ser ut.

Ved sykehusene i Kristiansund og Molde gis bortimot 100 % av pasientene innen rus og psykisk helsevern rett til nødvendig helsehjelp, og Kristiansund sykehus skiller seg ut ved at det ga over 90 % av pasientene rett også innen somatisk sektor i 2009, mens Molde sjukehus ga rett til 75 % (fig.12). Selv om prioriteringsveilederen innen TSB har en tilsynelatende god og oversiktlig sjekklister for hovedkriteriene, er det usikkert om bruk av veilederen har hatt innvirkning på andel rettighetspasienter. Av intervju kommer det heller ikke frem om sjekklister brukes. Dette kan tyde på at det også kan være andre forhold enn kriteriene i prioriteringsveilederne som legges til grunn ved rettighetsvurdering, og at klinisk skjønn er det viktigste utgangspunktet for prioriteringsbeslutningene. Samtidig viser dette at spørsmål om prioritering er vanskelig og at rettighetsvurderinger ikke alltid er satt i sammenheng med Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften.

Det er flere forhold som kan ha innvirkning på den høye rettighetsandelen innen fagområdene rus og psykisk helsevern. Etter oppstart av ambulante akutt-team i de psykiatriske poliklinikkene, har det utviklet seg en tendens til økt tilgjengelighet til disse helsetjenestene. Pasienter og nærstående kan selv kontakte poliklinikkene direkte ved disse teamene, og pasientene mottar helsehjelp innen samme dag. Det er også en tendens til at enkelte fastleger bruker denne akutthjelpordningen for å få igjennom en raskere tilgang til helsetjenesten. Pasientene kan gjennom henvisning til den akutte

helsehjelpen både få tildelt rett til nødvendig helsehjelp og aktuell behandler utenfor det ordinære inntaksmøtet, dvs. at pasienten blir tatt rett inn til behandling uten rettighetsvurdering. Mangel på interne rutiner for kommunikasjon med ordinært inntaksteam har også bidratt til den økte tilgjengeligheten. Innen rus og psykisk helsevern settes dessuten alle førstegangshenviste pasienter opp til en undersøkelsessamtale hos psykolog eller lege innen vurderingsfristen på hhv 10 og 30 dager. Undersøkelsessamtalene har inntil nå vært registrert som rett til helsehjelp, og dato for undersøkelsessamtalen registreres som start på behandling. Hvis psykolog eller lege vurderer at behandling skal gis på primærhelsetjenestenivå, avsluttes behandlingen. På grunn av tilbudet om undersøkelsessamtale, får mange pasienter tilsynelatende sine rettigheter oppfylt i tillegg til at fristen for helsehjelp er innfridd. Hensikten med undersøkelsessamtaler er å få opplysninger som skal gi bedre grunnlag for å vurdere om pasienten har rett til helsehjelp. I følge prioriteringsveilederen innebærer derimot eventuelle møter til forundersøkelser for vurdering av rett til helsehjelp før selve tiltaket eller behandlingen, ikke at fristen er innfridd. Sykehusene har nå gjort endringer i det pasientadministrative systemet for å legge bedre til rette for både riktig registrering og riktig praksis.

Generelt sett kan det også være flere årsaker til ulik prioriteringspraksis mellom somatikk og psykisk helsevern. De somatiske lidelsene kan for eksempel være presist beskrevet, mens de ulike tilstandene innenfor psykisk helsevern er rundere beskrevet og gir mer rom for tolkning. Det kan også stilles spørsmål om det er en tendens til at henvisninger til psykisk helsevern inneholder mer mangelfulle opplysninger og er dårligere begrunnet enn for eksempel henvisninger til somatisk sektor. Mangelfulle henvisninger gjør det vanskeligere å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Når det gjelder forventet nytte av behandlingen, kan det oppstå etiske utfordringer ved at de dårligste pasientene både innenfor både russektoren og psykisk helsevern erfaringsmessig ser ut til å ha liten nytte av behandlingen. Det er et dilemma om det skal gis tilbud til de som trenger det mest (og har mest lidelse) eller om tilbudet skal gis til de som har mest nytte av behandlingen, dvs. ofte pasienter som er litt friskere (Sveri 2006, s. 24). Sveri holder også fram et annet dilemma knyttet til kost/nytte: Skal man gi pasienter behandling før pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fremfor å vente til pasienten har rett til helsehjelp (som også kan gi dårligere prognoser)? I

psykisk helsevern og russektoren er dette daglige problemstillinger der det enkleste vil være å gi pasienten rett til nødvendig helsehjelp (Mundal, Reitan, Ingeberg, 2009). Vurderingen ”ikke rett til helsehjelp” brukes i liten grad i psykisk helsevern, og i prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne er det kun 2 tilstandsgrupper som er anbefalt ikke å tildeles rett til prioritert helsehjelp. Veilederen for behandling av henvisninger i russektoren spesifiserer ikke tilstandsgrupper slik det er gjort i de andre veilederne. Denne er nå i ferd med å revideres, med tanke på at alle veilederne skal ha en mer lik utforming.

Både russektoren og psykisk helsevern er rammefinansiert, og det foreligger ingen insitamenter til ønsket atferd som for eksempel krav om produksjon, DRG poeng eller aktivitetsnivå utover det som er angitt i Oppdragsdokumentet og arbeidsgivers krav om måltall (gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag). I merknadene til Prioriteringsforskriften står det at ”*i situasjoner hvor kapasiteten i helsevesenet ikke er tilstrekkelig til å dekke etterspørselen etter helsetjenester, skal pasienter med rett til nødvendig helsehjelp prioriteres foran andre pasienter*”. Når etterspørselen etter helsetjenester er høyere enn tilbudet, vil det oppstå et behov for rangering (sortere etter prioritet) og også rasjonering ved at man ikke kan gi behandling til alle. Der det er lange ventetider, køer og fristbrudd, kan dette tyde på at sykehusene ikke har nok personell eller utstyr til å yte tjenester til alle som etterspør helsehjelp. Kapasitetsproblemer kan også vise seg når pasienter gjør krav på sin rett til fritt sykehusvalg. Sykehusene er forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til sykehuset, uavhengig av bosted. Unntaket er når sykehuset må prioritere pasienters rett til undersøkelse eller behandling fra egen bostedsregion (jfr. Fritt sykehusvalg Norge) og gir pasienten som velger seg sykehuset avslag. Retten til fritt sykehusvalg kan svekkes dersom sykehusene ikke prioriterer. Det er et konkurranselement i retten til fritt sykehusvalg der sykehusene kan trekke til seg pasienter pga kvalitet, omdømme og lokalisering. Sykehus som må avslå rettighetspasienter fra andre bostedsregioner, avviser med rett rettighetspasienter av kapasitetsårsaker selv om dette samtidig strider mot pasientrettighetslovgivingen.

Hvor lenge venter rettighetspasienter i forhold til pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp? Høy rettighetsandel kan innvirke på ventetiden, men det behøver ikke nødvendigvis være en sammenheng. Figur 5 viser at gjennomsnittlig ventetid i russektoren i 2009 er nesten 70 dager i Kristiansund mens den i Molde er 35 dager.

Rettighetsandelen for russektorene er bortimot 100 % ved begge sykehusene og i underkant av 95 % i Helse Midt-Norge. Figur 8 viser at pasienter i russektoren uten rett i Helse Midt-Norge venter kortere enn rettighetspasienter. Andel pasienter uten rett utgjør i Helse Midt-Norge en liten gruppe pasienter (5,6 %), og inntrykket av at rettighetspasienter venter lenger enn pasienter uten rett, kan på denne måten fremstå som misvisende. Der rettighetsandelen er 100 %, vil ikke dette være en problemstilling, jfr. Kristiansund og Molde.

Selv om alle informanter oppgir at de bruker prioriteringsveilederne som metodisk tilnærming ved vurdering av henvisninger, viser tallene fra NPR vedrørende rettighetstildeling og ventetider at det fortsatt er variasjoner i prioriteringspraksis både mellom regionene og også innad i Helse Midt-Norge. For de utvalgte fagområdene i denne undersøkelsen, kommer Kristiansund dårligst ut når det gjelder å ha en forventet prioriteringspraksis. Med forventet prioriteringspraksis menes at Oppdragsdokumentet for 2009 ga tydelige forventninger til sykehusene om at prioriteringsveilederne skal tas i bruk.

Denne undersøkelsen viser at selv om det er spesialistene som foretar rettighetsvurderingene, har også merkantilt personell viktige funksjoner i forhold til prioritering og det å sikre at rettighetspasienter faktisk får prioritet. For eksempel kan sekretæren be spesialisten om å få forlenge behandlingsfristen hvis denne ser at det kommer for mange henvisninger innenfor et tidsrom, jfr. kapittel 6.2.1. Merkantilt personell kan da med spesialistens godkjenning forskyve pasientens tildelte og medisinsk forsvarlige behandlingsfrist med begrunnelse i kapasitet og logistikk. Om en slik praksis er medisinsk forsvarlig eller lovlig, avhenger av om den første tildelte fristen er begrunnet med utgangspunkt i prioriteringskriteriene, og om den gitte fristen faktisk er vurdert til å være den lengste medisinsk forsvarlige fristen. Pasienter kan også ta kontakt for å få fremskyndet sin time, noe pasienten får hvis sekretæren finner en ledig time. Av intervjuet kommer det ikke fram om det er bekvemmelighet eller sykdommens alvorlighet som gjør at pasienten ønsker å fremskynde timen. Det er merkantilt personell som sitter med disse opplysningene. Denne praksisen strider mot prinsippet om at det ikke skal tas kapasitetshensyn ved tildeling av frister, og at det er medisinskfaglig forsvarlighet som skal bestemme fristen.

Gjennom intervjuene kommer det også fram at enkelte somatiske enheter oppretter kveldspoliklinikker når henvisningene hopper seg opp. Timene til utredning og behandling i kveldspoliklinikkene blir tildelt de siste henviste pasientene. Pasientene som allerede er gitt prioritet, får ikke framskyndet sin time og rykker dermed ikke fram i køen. Da det ikke kommer tydelig fram om de sist henviste pasientene har alvorlige eller mindre alvorlige medisinske behov, er det derfor ikke grunnlag for å hevde at disse pasientene kommer foran pasienter som er mer alvorlig syk. På bakgrunn av intervjuene vil jeg anta at de alvorligst syke pasientene raskt får medisinsk forsvarlig behandling. Det kan være mer tvil om rettighetspasienter på generelt grunnlag er sikret prioritet. Enhetene som deltar i denne undersøkelsen har en lik praksis når det gjelder ufullstendige henvisninger. Nesten alle enheter praktiserer at pasienten kalles inn til en time for at pasienten ikke skal tape tid, og det er fokus på at pasienten skal vente kortest mulig.

### **7.2.2 Kriterier som tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger**

De fleste spesialistene sier at det er de medisinske betraktningene som tillegges størst vekt ved prioriteringsbeslutninger, mens en sier at kapasitet også veier tungt. Innenfor rus og psykisk helsevern spiller også sosiale forhold en rolle samt om pasienten har ansvar for små barn. Noen ganger kan slike forhold spille en større rolle enn sykdommens alvorlighetsgrad. På en annen side kan rusproblemer også være årsak til at pasienter ikke tas inn til døgnopphold innen psykisk helsevern pga eksisterende pasientsammensetning. Slike hensyn gjenspeiler at det ikke er pasientens medisinske behov som avgjør hvorvidt pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, og kan forårsake at pasienten ikke får medisinsk forsvarlig behandling. Behandlingsnytte og kostnadseffektivitet er heller ikke med i vurderingen når pasienten tildeles rett til helsehjelp. De fleste hevder å ha en felles praksis og faglig tankegang når det gjelder prioriterings spørsmål og beslutningen. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at det ikke er kriteriene i Prioriteringsforskriften som legges til grunn ved prioriteringsbeslutninger, men heller klinisk skjønn og andre forhold. Andre forhold kan her være at det er de siste henviste pasientene som raskest får time og korteste ventetid når enheter oppretter kveldspoliklinikker. I følge Norheim (2001) bryter prioriteringsbeslutninger som er basert på tilfeldige kriterier med kravene til likhet, rettferdighet og effektivitet. Selv om det foreligger andre begrunnelser enn Prioriteringsforskriftens kriterier ved rettighetsvurderinger, kan disse også være riktige

vurderinger. Av intervjuene framkommer det at kapasitet tillegges noe vekt og at de individuelle fristene gis også på bakgrunn av kapasitet. Selv om det tas kapasitetshensyn, er det ikke holdepunkter for at de individuelle fristene ikke er medisinsk forsvarlige. En leder sier at alle kriteriene i Prioriteringsforskriften brukes. Undersøkelsen viser at lederne antar at alle prioriteringskriteriene tillegges vekt ved prioriteringsbeslutningene, mens spesialistene i hovedsak sier de bruker kriteriene om tilstandens alvorlighetsgrad og forventet nytte.

### **7.2.3 Åpenhet og dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger**

Denne undersøkelsen viser at prioriteringsbeslutningene ikke dokumenteres eller begrunnes i journal. Dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger og begrunnelse for disse i pasientjournal gjør de faglige resonnementer som ligger bak begrunnelsene for prioriteringene tilgjengelige for pasienten, og gjør det også mulig for pasienten å klage på prioriteringsbeslutningene, jfr. Daniels og Sabin (2002). Det kan også bidra til å skape tillit til avgjørelsene, selv om dette kan innebære et avslag der beslutningene fastholdes. Dokumentasjon i pasientjournal muliggjør også senere helsetjenesteforskning. Dersom begrunnelsen for vurderingene ikke dokumenteres, kan verken pasienten, andre prioriteringsbeslutningstakere eller leder stille spørsmål ved om beslutningen er relevant. Det at pasienten nektes rett til helsehjelp uten å få vite hvilke kriterier som ligger til grunn for dette, bidrar til å underkjenne Pasientrettighetsloven, Prioriteringsforskriften og rettferdighetsprinsippene. Ved å skriftliggjøre og journalføre prioriteringsbeslutningene i tråd med kriteriene i lov og forskrift og samtidig også begrunne det medisinske skjønn, vil det sannsynligvis skje en bevisstgjøring med tanke på å se prioriteringskriteriene i sammenheng med hverandre, og også se selve beslutningen i sammenheng med andre prioriteringer som må gjøres.

## **7.3 Sentrale utfordringer i prioriteringsarbeidet**

Prioriteringsarbeid gjøres på mange nivåer og har vist seg å være komplisert. I denne undersøkelsen peker spesialistene på flere utfordringer. Rettighetstildelingen er vanligvis basert på vurdering av henvisninger der diagnose ikke er satt, og skal gis på bakgrunn av kriteriene i Prioriteringsforskriften og ikke nødvendigvis selve diagnosen. En diagnose eller tilstandsgruppe kan både gi rett og ikke rett til nødvendig helsehjelp.

Den medisinske tilstanden kan vanligvis ikke fastsettes i vurderingsperioden, og diagnosen settes som oftest etter at pasienten er utredet og er et utgangspunkt for behandling. Fristfastsettelse og ventetid knyttet til diagnose eller tilstandsgruppe gir i denne sammenheng i følge spesialistene ikke et helt korrekt bilde.

Spesialistene sier at de bruker prioriteringsveilederne som metodisk tilnærming mens flere setter spørsmålstegn ved veiledernes nytteverdi. Generelt prioriterer leger fellesskapets ressurser gjennom sine faglige valg for den enkelte pasient. Legene opplever det som en etisk utfordring både å ha et samfunnsansvar og et ansvar for den enkelte pasient (Lang, lang rekke s. 1). Dette kommer også fram i denne undersøkelsen, der det ser ut til at det i hovedsak er alvorlighetskriteriet evt. sammen med kriteriet om forventet nytte som blir brukt. Kriteriet ”kostnader sett i forhold til nytten” blir ikke brukt. Det er fagfolkene som må problematisere de vanskelige valgene og gi prioritering et meningsinnhold (Søreide, 2006, s. 3). Flere ledere i denne undersøkelsen uttrykte bekymring for at spesialistene ikke har nok tid eller møteplasser for å drøfte vanskelige prioriteringsspørsmål.

Også fastlegene spiller en viktig rolle i prioriteringsarbeidet. Tidligere forskning viser at fastlegene synes det er vanskelig å kombinere rollen som portvakt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette begrunnes med at det er vanskelig å kombinere det å være pasientens advokat og rollen som portvakt. I tillegg finner man manglende forståelse for behov for rasjonering fulgt av lav grad av lojalitet knyttet til nasjonale retningslinjer. Det er også rapportert om mangel på signal fra helsemyndighetene om hvordan prinsipp for prioritering og rangering kan anvendes i primærhelsetjenesten. Samtidig ser det ut som en del av forklaringen ligger hos fastlegenes bekymring knyttet til opprettholdelse av egen profesjonell autonomi i relasjon til helsemyndighetene. (Carlsen, Norheim, 2005).

Denne undersøkelsen viser at det er variasjoner i rettighetstildeling og ventetid mellom sykehusene i helseforetaket. Ventetider er brukt som mål på prioriteringspraksis, men sier ikke noe om det faktiske medisinske behovet til pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Forskjeller i ventetider skyldes ikke nødvendigvis ulik prioriteringspraksis og kan teoretisk sett være basert på gode faglige vurderinger og medisinsk forsvarlighet i tråd med Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne

(Askildsen, Holmås, Kaarbøe, 2008, s.20). Medisinsk forsvarlighet setter en slags minimumsstandard for sykehuset. Det er også grunn til å stille spørsmål om opplysninger om ventetider er riktig registrert. Registrering av pasientadministrative data gjøres på flere måter, og har tidligere ikke bidratt til korrekt og entydig informasjon til NPR. Det kan også være uenighet om hvordan ventetiden skal tolkes og føres inn i PAS. Innen psykisk helsevern og rus i denne undersøkelsen, har ventestatus inntil nylig blitt avsluttet når pasienten har møtt til en undersøkelsessamtale, der samtalen er et ledd i rettighetsvurderingen. For å registrere riktig ventetid, blir ventestatusen endret først når pasienten blir tatt inn til behandling. Helseforetakets administrasjon som videresender informasjonen til NPR, hevder at ventestatus skal endres ved undersøkelsessamtalen fordi tiltak da er iverksatt. Feilkilder i ventelistedata kan også ha sammenheng med at behandlere ikke gir beskjed til merkantilt personell om at pasienten er tatt inn til behandling, og det kan skje feilregistreringer. Helseforetakets administrasjon gir enhetene tilbakemeldinger på pasienter som har ventet svært lenge. Riktig registrering av ventelistedata krever opplæring av behandlere og også god kommunikasjon mellom behandlere og merkantilt personell. Variasjonene i tildeling av rett til helsehjelp kan også komme av ulike demografiske forhold, som for eksempel at opptaksområdet for Kristiansund sykehus kommer dårligere ut i levekårsundersøkelser enn for Molde ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Faktorer som er tatt med er andel barn med barnevernstiltak, andel sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige, uførepensjonister, alderspensjonister, bruttoinntekt og legeårsverk. Sosiale forhold og omsorg for små barn har som nevnt betydning for rettighetstildeling innenfor russektoren og psykisk helsevern. Sett i lys av Grossman-modellen vil levekår kunne ha betydning for etterspørsel av helsetjenester. Grossman-modellen indikerer at en yngre befolkning med høy sosial status (høyere utdanning og inntekt) har bedre forutsetninger for å produsere helse og har mindre behov for å etterspørre helsetjenester. Alderssammensetningen vil være av betydning da evnen til å produsere helse avtar med alderen.

Også prioriteringsveilederne har utfordringer ved områder de ikke har tatt hensyn til. Flere problemstillinger er reist under arbeidet med å utvikle og implementere veilederne (Lang lang rekke, 2007). Noen av disse er:

- Hva betyr prioritering av pasientgrupper for kostnader?



- Skal evaluering av prioriteringsveilederne også være i form av økonomisk evaluering?
- Er det kostnadseffektivt i samfunnsøkonomisk perspektiv å prioritere en pasientgruppe fremfor en annen slik at noen pasientforløp blir raskere? Jmfør figur 2 om helseforbedring og helselikhet.
- Det er ikke tatt hensyn til kapasitet i forhold til å innfri anbefalte utrednings- eller behandlingsfrister.
- Det er ikke tatt stilling til hvordan utredning og behandling skal gjennomføres innenfor tidsfristene.
- Prioriteringsveilederne inneholder anbefalinger på gruppenivå mens Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften handler om individuelle pasienters rettigheter

## 7.4 Videre forskning

Forskning på prioriteringspraksis er gjerne overordnet og basert på tall fra registerdata og analyser av informasjon om ventetid, diagnosegrupper, demografiske data m.m. Det har til nå vært rettet lite oppmerksomhet mot det kliniske praktiske nivået, og på hvilket grunnlag prioriteringsbeslutningene faktisk gjøres. Det er det kliniske nivået som utløser ressursbruk og gir tallmaterialet til registerdata og som utgjør grunnlag for nasjonale beslutninger. Hvis man vil endre prioriteringspraksis, kan det være hensiktsmessig å kartlegge prioriteringspraksis der prioriteringsbeslutningene tas og ressursene utløses, særlig hvis det ikke tas kostnadseffektivitetshensyn. Det hadde også vært interessant å se om prioriteringspraksis i Helse Midt-Norge tenderer til å endre seg etter at de nye prioriteringsveilederne kom. Trolig har de vært i bruk i for kort tid til at eventuelle endringer i praksis kan sies å tilskrives dette. Det vil også være nødvendig å undersøke om de nye prioriteringsveilederne fungerer som støtte til prioriteringsbeslutningene i det daglige, slik intensjonen er at de skal gjøre. Hvis de ikke fungerer etter intensjonen, hva skal til for at de skal gjøre det? Større oppmerksomhet og forskning på dette feltet vil derfor være nødvendig.

## 8.0 Oppsummering

Fortsatt rivende teknisk utvikling, ny forskning og nye behandlingsmuligheter vil sannsynligvis ikke gjøre det lettere å gjøre prioriteringsbeslutninger i fremtiden.

Kliniske retningslinjer for prioritering er laget for å skape aksept for prioriteringsprosessene så vel som at de er et verktøy for prioritering. Selv om tydelige retningslinjer er laget, så er disse laget på gruppenivå og kan ikke disse formuleres spesifikt nok til å dekke og begrunne alle individuelle krav på helsehjelp. Det vil derfor alltid være nødvendig å støtte seg til det kliniske skjønnnet. Tildeling av rett til helsehjelp skal kun være basert på medisinske vurderinger, der andre forhold som kapasitet og pasientens sosiale forhold ikke skal tas i betraktning. Russektoren og psykisk helsevern er ved tildeling og prioritet ved rett til helsehjelp særlig forpliktet til å ta pasientens sosiale forhold i betraktning, hvis pasienten har omsorg for mindreårige barn.

I et helsetjenestesystem av god kvalitet der de medisinske mulighetene stadig øker, der aldringen øker etterspørselen og prismekanismer ikke er et virkemiddel, vil køer og ventelister være uunngåelige. Det norske helsevesenet vil fortsatt ha knappe ressurser, og etterspørselen vil trolig være større enn tilbudet. Helsemyndighetene vil sannsynligvis opprettholde og også øke fokus på hvordan helsepersonell kan utøve godt prioriteringsarbeid.

Denne undersøkelsen viser at lege- og psykologspesialister innen flere fagområder i hovedsak vektlegger pasientens medisinske tilstand når de vurderer og prioriterer henvisninger, mens kriteriet om kostnadseffektivitet ikke brukes. Det foreligger variasjoner i rettighetstildeling i eget foretak, og det er usikkert om prioriteringsveilederne gir støtte til prioriteringsbeslutninger i det daglige.

Prioriteringsbeslutningene verken begrunnes eller dokumenteres i journal, og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell tidsfrist framstår i denne undersøkelsen som tilfeldig. Prioriteringsbeslutninger som er basert på tilfeldige kriterier, bryter med kravene til likhet, rettferdighet og effektivitet. Merkantil personell har også innflytelse på prioriteringspraksis og også prioriteringsbeslutningene. Det bør derfor rettes større oppmerksomhet mot det kliniske prioriteringsarbeidet, som faktisk gir utgangspunktet for all informasjon til ulike helseregister, overordnet forskning, helsepolitiske diskusjoner og myndighetskrav.

## 9. Referanseliste

Alter, A.D., Naylor, C.D., Austin, P., Tu, J.V. Effect of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 1999; 321:1359-67.

Andersen, C, Brekke, K., Kjerstad, E. m.fl. (2006). Konkurransen i spesialisthelsetjenesten? Helseøkonomi Bergen. Notatserie i Helseøkonomi Nr 06/06

Askildsen, J.E., Brekke K.R. (2001). Er konkurranse i helsesektoren en god ide? I Askildsen, J.E. og K. Haug (red): *Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen forlag

Askildsen, J.E., Holmås T. H., Kaarbøe, O. *Hvordan måle prioriteringspraksis i helsesektoren, Samfunnsøkonomen*, nr. 3 2008

Askildsen, J.E. Vil mer ressurser til helseforetakene gi mer helse? *RØST* 2008

Bærøe, K. (2005). Klinisk skjønn og prioriteringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol.8. Nr.2

Bærøe, K. (2009). Priority setting in health care: A framework for reasonable clinical judgments. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD), University of Bergen, Norway 2009

Carlsen B, Norheim, OF. (2005): Saying no is no easy matter. A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5:70

Carlsen F, Kaarbøe, O. (2009). Distributional consequences of prioritization. Helseøkonomi Bergen. Notatserie i helseøkonomi Nr 03/09

Carlsen, F., Kaarbøe, O. (2009). Norwegian priority guidelines: Estimating the distributional implications across age, gender and SES. Working paper in economics. No. 08/09. Department of Economics. University of Bergen

Daniels, N, Sabin J.E. (2002). *Setting limits fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford: Oxford University Press

Drummond, M. (2002). The societal value of a QALY – Where science and decisionmaking find it difficult to meet. Presentasjon på konferansen “Verdien av liv og helse”. Oslo 12. November 2002.

Erlandsen, E., Iversen, T. (1998). Helseøkonomi – en innføring i noen helseøkonomiske problemstillinger. Helseøkonomisk forskningsprogram. Universitetet i Oslo.

- Evensen, S. (2009). Et helsevesen uten grenser? I Haug, K., Kaarbøe, O.M., Olsen, T. (red). *Et helsevesen uten grenser?* Cappelen Akademiske Forlag.
- Feiring, E. (2003). Rettferdig rasjonering av sykehusbehandling. Om den norske modellen for prioritering mellom pasienter med behov for spesialisert helsehjelp. Dr. polit. Avhandling. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Folland, S, Goodman, AC, Stano M (1997). *The economics of health and healthcare*. New Jersey: Prentice- Hall
- Gravelle, H., Siciliani, L. (2008). Is waiting-time prioritization welfare improving? *Health Economics*, 17, 167-184.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, mars-april 1972:223-255
- Hagen, K.P., Kjerstad, E. 2001. Styring og regulering av helsesektoren. I Askildsen, J.E. og Haug, K. (red): *Helse, økonomi og politikk. Utdfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelens forlag
- Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasonable rationing: International experience of priority setting in health care*. Open University Press, Maidenhead, Philadelphia
- Iversen, T., Kopperud, G.S 2001. De ventendes helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 121:2256-20
- Kaarbøe, O. 2004. Egenandeler og effektivitet.. Helseøkonomi i Bergen. Notatserie i Helseøkonomi Nr. 04/04.
- Kaarbøe, O.M. 2009. Er egenandeler i norsk spesialisthelsetjeneste effektivitetsfremmende? I Haug, Kaarbøe og Olsen: *Et helsevesen uten grenser*. Cappelens Akademiske Forlag
- Kristiansen, I.S. 2008. To pasienter i sengen eller én i korridoren? *Tidsskr Nor Lægeforen* 128:16
- Kristiansen, I.S., Gyrd-Hansen, D. Hvor stor pris skal vi sette på hverandre? *RØST* 2008
- Kverndokk, S.(2006). Sammenhengen mellom inntekt, inntektsulikhet og helse. Helseøkonomisk forskningsprogram ved UiO. Skriftserie 2006:8.
- Larsen, B. 2001. Ventelister, helsetap og sykehuskapasitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 121:2255
- Laudicella, M., Siciliani, L., Cookson, R. Waiting time and socioeconomic status: Evidens from England. Mimeo, York.

- Lilletvedt, B. 2009. Rapport. Kartlegging av håndtering av henvisninger, vurdering og prioritering av pasienter og håndtering av ventelister – generelle funn og konklusjoner. Forsknings- og utviklingsavdelingen. Seksjon for kvalitetsutvikling og smittevern. Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus.
- Magnussen, J. Finansieringsordninger i helsesektoren. *RØST* 2008
- Mandag morgen (2006). Visjon helse 2015. Temamøte 5: Prioriteringer i helsetjenesten. Inspirasjonsnotat, utarbeidet av prosjektgruppen. Oslo, mai 2006
- Mundal, I., Reitan, E.K., Ingeberg, S. (2009). Rettighetspasienter. Gruppeoppgave ved SEVU, Universitetet i Bergen.
- Nord, E. (2002). Helseøkonomi – kort innføring i nytte-kostnads-analyser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 122:2720
- Nord, E., Richardson, J., Street, A., Kuhse, H., Singer, P. Who Cares About Costs? Does Economic Analysis Impose or Reflect Social Values? *Health Policy* 1995; 34:79-94
- Norheim, O.F. (2005): *Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest*. Sluttrapport.
- Norheim, O.F. (2008). Clinical priority setting. *BMJ* 2008; 337:a1846
- Pedersen, I. (2007). Private helseforsikringer – status og betydning for utvikling i sosiale helseskilnader. Helseøkonomi i Bergen. Notatserie i helseøkonomi 13/07.
- Piene, H., Loeb, M., Hem, K. (2000). Sykehuskapasitet og ventetid for behandling – er det noen sammenheng? *Tidsskr Nor Lægeforen* 120: 2616
- Prosjektrapport (2005). Rett Prioritering i Helse Øst. Fastsetting av individuelle frister for rettighetspasienter. Samarbeidsprosjekt mellom Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet.
- Ringdal, K (2009). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen: Fagboklaget
- Siciliani, L., Verzulli, R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: Evidens from SHARE. *Health Economics* 2009; 18, 1295-1306.
- Sosial og Helsedirektoratet (2008). Saksdokument til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.
- Sosial- og helsedirektoratet (2009). Prioriteringsforskriftens innvirkning på henvisninger Nasjonal Praksiskonsulentkonferanse Hamar 11. juni 2009
- Sveri, T. (2006). Prioritering innen spesialisthelsetjenesten – om utarbeiding av faglige veiledere for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Bergen: Rokkansenteret
- Sælensminde, K. (2009). Helse-/samfunnsøkonomi i retningslinjearbeid.

Helsedirektoratet. Divisjon helseøkonomi og finansiering

Søreide, O. Prioritering i helsetenesta – rammeverk og ansvar. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Januar 2006

Tidsskr Nor Legeforening (2007). Lang, lang rekke – hvem skal vente hvem skal få?  
En statusrapport om prioritering i helsetjenesten.

Tjeldnes, K. (2007). Rett til nødvendig helsehjelp i Helse Nord.  
Masteroppgave ved Handelshøgskolen i Bodø

Torjesen, D.O.(2008). Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Dr. polit – avhandling, UiB. ATM - Skriftserie Nr. 26/2008

Aarset, H. P. (2008). Prioritering og behandling og livskvalitetsforbedrende tiltak for kronisk syke. Sosial og Helsedirektoratet.

### **Offentlige dokumenter:**

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd fra 2009-01-01

Forskningsrådet (2007). Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Norges forskningsråd Helse og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2010 Helse Midt-Norge RHF

Helse og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2009 Helse Midt-Norge RHF

IS12-1796 (2010) *Ventetider og pasientrettigheter 2009*. Helsedirektoratet

IS-1200 (2007) *Skjønnsmessig fastsettelse av forventet ventetid for rapportering til Fritt sykehusvalg Norge*. Sosial og Helsedirektoratet 02/2007

IS-1479 (2007) *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten*. Sosial og Helsedirektoratet 07/2007

ISSN 1650 – 8475 (2007). *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälsa-og sjukvård*. Prioriteringscentrum 2007:1

IS-1505 (2008). *Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helsedirektoratet 08/2008

Lov om pasientrettigheter 2010-04-09-13

Lov om spesialisthelsetjenesten 2010-01-01

NOU 1997: 7. Piller, prioritering og politikk

NOU 1997:18. ”Prioritering på ny”

Riksrevisjonen. (2009-2010) *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene*. Dokument 3:3

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

[www.helsedirektoratet.no/prioritering](http://www.helsedirektoratet.no/prioritering)

www.ssb.no

## 10. Vedlegg

### Intervjuguide

Informantens bakgrunn:

Klinikk/avdelingen/seksjon:

Kjønn:

Stilling:

Spesialisering og subspecialisering eller faglig interesseområde?

Hvor lenge har du jobbet ved denne avdelingen?

i) Hvordan organiseres prioriteringsarbeidet i praksis i din avdeling?

- Hvordan vurderes henvisninger i seksjonen/avdelingen? Herunder:
  - Metodisk tilnærming i vurderingen (sjekklister/hjelpemiddel eller presiseringer av prioriteringsforskriften)? Jfr. vurdering av **alvorlighetsgrad** (prognosetap mht. redusert livslengde, ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet), **forventet nytte av behandlingen og kostnadene sett i forhold til nytten**
  - Bruk av prioriteringsveiledere?
  - Fastsettelse av behandlingsfrister?
  - Rett til annen helsehjelp?
- Brukes standard henvisningsskjema?
- Hvem er involvert i prioriteringsarbeidet?

Stikkord:

- Tas prioriteringsdiskusjoner/fastsettelse av frister i plenum? Vurderings-team? Formelt, for eksempel på morgenmøtet? Eller felles, men uformelt?
- Hender det at overleger er uenige om fastsettelse av frist for medisinsk forsvarlig behandlingstid? - Hvis ja, hvordan håndteres dette?
  
- Hvordan håndteres mangelfulle opplysninger eller ufullstendig informasjon i henvisningene?
- Hvordan foregår kommunikasjon med pasient/henvisende instans?
  - Bruk av brevmal
- Når settes pasienten på venteliste? (Før eller etter det er foretatt en vurdering av om pasienten skal undersøkes eller behandles ved institusjonen?)
- Hvordan registreres ”ventetid slutt”- dato? Når er helsehjelpen begynt? Og hvem bestemmer og registrerer dette?
- Hvordan håndteres og registreres situasjoner der pasienten ikke møter til avtalt time?
- Er prioriteringsspørsmål tema i avdelingen/enheten?
- Er de faglige veilederne tatt i bruk på seksjonen/avdelingen? Herunder:
  - Hvis nei, hvorfor ikke? Er det ønske om å ta dem i bruk?
  - Hvis ja, forenkler dette prioriteringsarbeidet?
- Hvordan jobber avdelingen/klinikken med implementeringen av de faglige veilederne?
- Hvem er involvert i dette arbeidet?



ii) Hvilke forhold tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger?

- Hvilke kriterier blir tatt tillagt vekt når dere gjør prioriteringsbeslutninger?  
Eksempler på dette:
  - Medisinske betraktninger?
  - Kapasitet?
  - Forhold/praksis/faglige anbefalinger intern på sykehuset, egen og andre avdelinger?
  - Påvirkes valgene av faglig prestisje/interesser (for eksempel mellom sykehus)?
  - Forhold i kommunehelsetjenesten?
  - Prioriteringskriteriene?
- Kan det noen ganger være medisinfaglige grunner til å ikke igangsette behandling/tiltak umiddelbart?
- Har avdelingen hatt en felles praksis på prioritering, eller har dette vært lagt til den enkelte (over-)leges individuelle skjønn?

iii) Hvordan vurderer du/dere de tre punktene i prioriteringsforskriften, (1) tilstandens alvorlighets grad; (2) forventet nytte av behandlingen; og (3) kostnadene sett i forhold til nytten, i forhold til prioriteringsarbeidet i din avdeling?

iv) Dokumentasjon av prioriteringsbeslutninger

- Journalføres begrunnelsene for prioriteringsbeslutningene?
- Hvem får informasjonen om prioriteringsbeslutningene?
  - Hvis utsendelse av brev, står det hvem som har gjort prioriteringsbeslutningene?

v) Ventetider

- Har du erfaring med at ”lette” pasienter favoriseres i inntektssystemet?
- Ved fokus på nedkorting av ventetider, hvilke pasientgrupper kommer dette til gode?

vi) Rammevilkår for rett prioritering

- Opplever du at du har rammevilkår (personell, økonomi, krav til økt aktivitet osv) for rett prioritering?
- Hvordan innvirker finansieringssystemet/budsjettet på prioritering?

vii) Hva savnes av redskaper, veiledere, data, veiledning etc.?

- Generelt sett, savner dere noen ”redskaper”, oppklaringer eller annet til hjelp for å overholde sykehusets plikter i forhold til pasientene rett til grunnleggende helsehjelp?
- Etterspørres status for rett til nødvendig helsehjelp i din avdeling?
- Gir slike data viktig informasjon?