

# Metode ved utarbeiding av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere

---

Rapport

IS-2730



# Innhold

<b>I Innledning</b>	<b>3</b>
1 Bakgrunn	4
2 Hovedtrekk i opplegget for utarbeiding av prioriteringsveilederne	11
3 Endringer i lov og forskrift. Revisjon av prioriteringsveilederne (Prio2)	14
<b>II Metode for utarbeiding av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere</b>	<b>18</b>
<b>Prio2</b>	<b>19</b>
Bruksanvisning for revisjon av prioriteringsveilederne	19
Del 1: Bakgrunn og lovgrunnlag	21
Del 2: Fremgangsmåte ved revisjon av veiledertabeller	31
5 Revidert utseende på vurderingsskjemaet	48
<b>Arbeidsprosedyre for harmonisering (Prio2)</b>	<b>52</b>
1 Innledning	54
2 Gruppesammensetning ved harmonisering av rett og frist	55
3 Grense for rett eller ikke rett til spesialisthelsetjenester	57
4 Frist for start helsehjelp	58
5 Arbeidsprosedyre for gruppearbeid	59
6 Forarbeid av deltakerne i harmoniseringsarbeidet	60
7 Diskusjon i vurderingsgruppa 26. november	66
8 Sammenlikning av resultatet av diskusjonene i vurderingsgruppene	67
Vedlegg 1: Instruks for deltakernes forarbeid i tabellform	68
Vedlegg 2: Gradering av prioriteringsvilkår og dimensjoner av prioriteringsvilkår	71
Prosessleder: Opplegg og oppgaver	79
<b>Prio1</b>	<b>82</b>
Bruksanvisning for utarbeiding av veiledertabeller Samarbeidsprosjektet «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten»	82
Del 1: Bakgrunn, formål, lover	84
Del 2: Framgangsmåte ved utarbeiding av veiledertabell	93
<b>Lenker til oversikter over deltakere og resultater</b>	<b>113</b>

# I Innledning

Denne delen forklarer kort behovet for prioriteringer og bakgrunnen for oppdraget med å utvikle prioriteringsveiledere. Målet for oppdraget beskrives, samt organisasjonsmodell og opplegg som ble valgt. Videre redegjøres det for hovedtrekkene i endringene pasientrettighetslov og prioriteringsforskrift som trådte i kraft 1. november 2015. Dette medførte et nytt oppdrag om å revidere prioriteringsveilederne i samsvar med endringene. Ny organisasjonsmodell vises i korte trekk.

# 1 Bakgrunn

## 1.1 Prioritering i helsetjenesten. Lov og forskrift.

I Norge er helsetjenester i all hovedsak tilbudt og betalt av det offentlige. Rettferdig og likeverdig fordeling av helsetjenester har stor politisk oppslutning. Alle, uansett sosial rang, etnisitet, kjønn og bosted skal ha lik tilgang til helsetjenester, og manglende betalingsevne skal ikke hindre noen i å få nødvendig helsehjelp. Når egenbetalingen for helsetjenester er liten eller gratis for pasientene, blir etterspørselen stor og det oppstår køer.

Selv om det aldri har vært produsert flere helsetjenester enn i dag og befolkningen aldri har vært friskere, opplever mange at det ikke gjøres nok. Opplevelsen av knapphet er reell. Det er ikke nok helsepersonell til å tilfredsstille alle behov og oppfylle alle ønsker. I tillegg øker behovene med aldrende befolkning og helse-skadelig livsstil, behandlingsmulighetene øker med bedret teknologi og medisinsk utvikling, og kravene til kvalitet øker med økende levestandard.

Siden ressursene er begrenset og offentlige budsjetter skal overholdes, vil en beslutning om å bruke mer til noe alltid gå ut over noe annet. Brukes det mer til helsetjenester, blir det mindre til skole eller veier. Brukes det mer til psykisk helsevern, blir det mindre til andre deler av helsesektoren. Sies det ja til noe, sies det samtidig nei til noe annet, uansett hvor ubehagelig det føles. Selv med økte ressursrammer vil en ikke slippe unna å prioritere.

Men å prioritere er likevel positivt. Det er å gjøre det beste ut av mulighetene: Når vi sier nei til noe, sier vi samtidig ja til noe bedre. Å ikke prioritere er uetisk. Det medfører vilkårlighet i beslutninger og øker risikoen for at de sykeste ikke blir behandlet først. Å prioritere aktivt er å bidra til større grad av rettferdighet fordi gode prioriteringer betyr å bruke ressursene der behovene er størst, der tiltakene har stor nytte og der kostnadene er rimelige sammenliknet med det som oppnås.

All akutt helsehjelp blir i Norge behandlet umiddelbart. Kø-diskusjonen og prioriteringsdebatten dreier seg derfor om helsehjelp for tilstander som ikke er så alvorlige at de må behandles øyeblikkelig. Slike helsetjenester omtales som elektiv eller planlagt helsehjelp.

Blant dem som står i kø for elektiv helsehjelp, må det tas stilling til hvem som skal behandles først siden det ikke har vært aktuell politikk å redusere etterspørselen og fjerne ventelistene ved å sette opp egenbetalingen. Noen av dem som skal ha elektiv helsehjelp har lette sykdomstilstander som ikke gir store plager og kanskje heller ikke krever mye ressurser for å bli børt på. Andre kan ha svært alvorlige plager, og kanskje noen av dem krever stor innsats for å rette på. Siden helseproblemene er forskjellige blant dem som venter, bør det være enighet om kriterier som skal brukes for å ordne køen og prioritere pasientene på en rettferdig måte og i samsvar med hva som pasientens tilstand krever.

I internasjonal sammenheng var Norge tidlig ute med å diskutere prioriteringer i helsektoren. Allerede i 1985 ble det første prioriteringsutvalget nedsatt. Det skulle belyse prosessene bak prioriteringene i helsektoren og diskutere ulike kriterier og retningslinjer som kunne legges til grunn for prioriteringer av både pasientgrupper og enkeltpasienter.

Utvalget, som ble ledet av Inge Lønning, leverte sin utredning i 1987<sup>1</sup>. Der ble det anbefalt at alvorlighetsgrad skulle veie tyngst ved prioritering av enkeltindivider i klinikken og ved mer overordnede helsepolitiske prioriteringer.

Det viste seg imidlertid at dette ga for stort rom for skjønn og ulike tolkninger. I 1996 nedsatte regjeringen et nytt utvalg for å operasjonalisere prioriteringsvilkår. Inge Lønning ble satt til å lede dette utvalget også. Rapporten ble levert i 1997 og omtales ofte som «Lønning 2»<sup>2</sup>.

Lønning 2-utvalget konkluderte med at det er tre kriterier som er relevante i prioriteringssammenheng:

1. Tilstandens alvorlighet
2. Tiltakets nytte
3. Tiltakets kostnadseffektivitet

I 1999 ble kriteriene tatt inn i lov om pasientrettigheter og skulle gjelde for spesialisthelsetjenesten. I § 21, andre avsnitt, står det:

*«Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp»*

Kriteriene ble konkretisert i prioriteringsforskriften fra 2000, der det i § 2 står:

*«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 21 annet ledd når:*

- 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2. pasienten, med det unntak som er nevnt i § 3 annet ledd<sup>3</sup>, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt»*

Alle tre vilkår måtte være oppfylt for at pasienten skulle ha rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp<sup>4</sup>.

---

1 NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

2 NOU 1997:18 Prioriteringer på ny

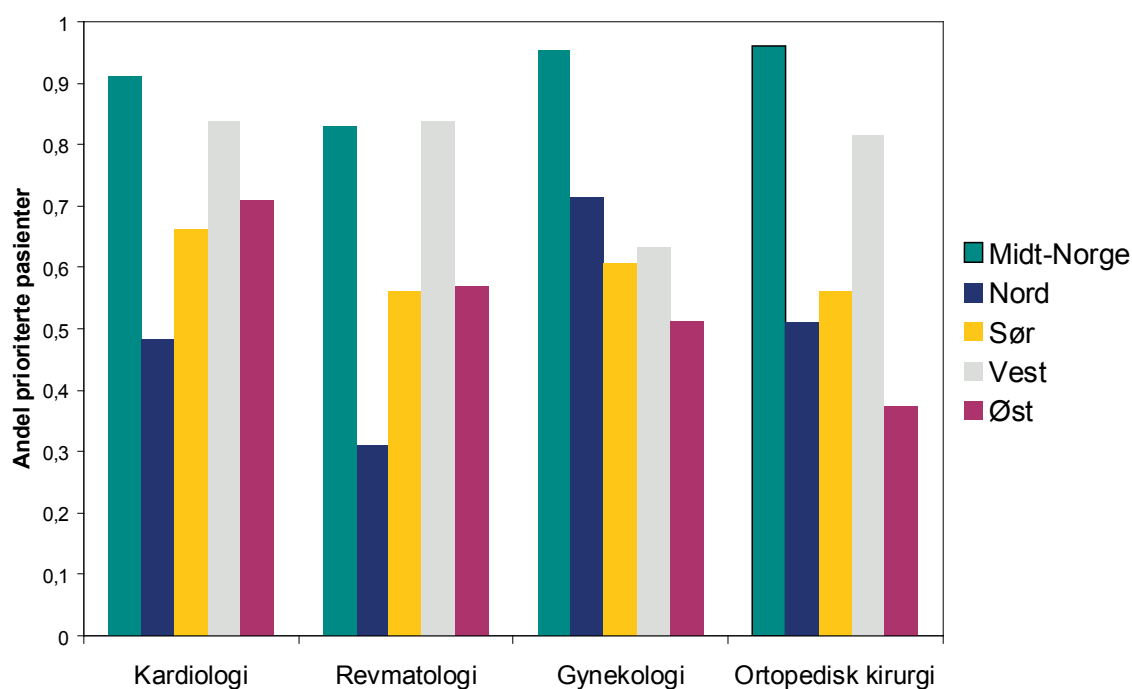
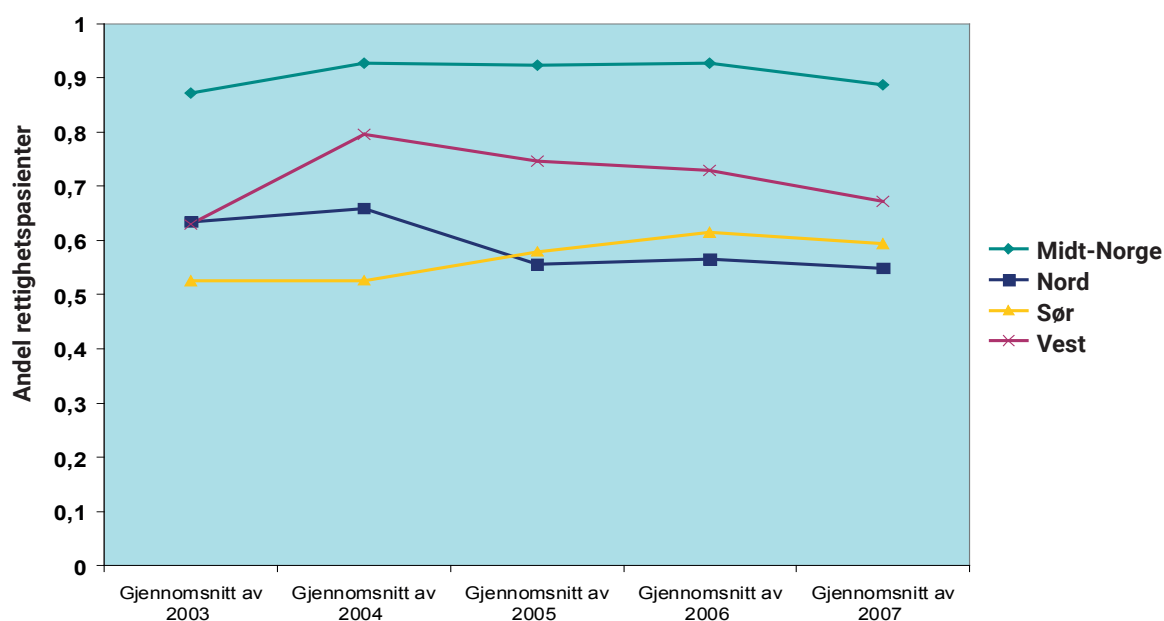
3 § 3 annet ledd omhandler helsehjelp i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge

4 I 2013 ble det nedsatt nok et prioriteringsutvalg. Dette ble ledet av Ole Frithjof Norheim. Utvalget leverte sine anbefalinger i 2014. Disse blir ikke omtalt her siden de ikke har vært aktuelle for prioriteringsveilederne

## 1.2 Oppdrag om utvikling av prioriteringsveiledere

Til tross for vedtak i lov og forskrift, viste det seg at prioriteringsvilkårene ble praktisert svært forskjellig i de ulike helseforetakene og innenfor ulike fagområder. Andelen pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp i de ulike regionale helseforetakene varierte fra over 90 % i en helseregion til rund 40 % i en annen. Det var også store forskjeller innenfor ulike fagområder og mellom regioner innenfor fagområder se figur 1 a) og b).

**Figur 1 a) Andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, ulike regionale helseforetak. Årsgjennomsnitt. 2001–2007. b) Andel rettighetspasienter i ulike fagområder og regionale helseforetak. Årsgjennomsnitt i 2006**



Slike forskjeller i oppfylging av pasientrettigheter var politisk uakseptable og førte til at Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2005 ga Helse- direktoratet<sup>5</sup> (den gang Sosial- og helsedirektoratet, SHdir) og de regionale helseforetakene (RHF-ene) i oppdrag å etablere et samarbeidsprosjekt for «å lage en helhetlig strategi og indentifisere tiltak som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering». Dette ble fulgt opp i rundskriv IS-2-2006 hvor det sto:

*«SHdir skal lede et to-årig prosjekt i samarbeid med RHFene om rett prioritering i spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til større faglig enighet om hvordan kriteriene i prioriteringsforskriftene skal praktiseres»*

Planleggingen av samarbeidsprosjektet startet i januar 2006. Det ble utarbeidet et [prosjektdirektiv](#) med mål for prosjektet og beskrivelse av organisasjonsmodell. Prosjektdirektivet fikk tilslutning av ledermøtet i SHdir 29.8.2006 og av direktør- møtet til de regionale helseforetakene 25.8.2006. Prosjektet ble kalt «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten». I det følgende er dette prosjektet ofte omtalt som Prio1 for å skille det fra arbeidet med revisjonen som fulgte ved endringene i pasient- og brukerrettighetsloven som ble vedtatt i 2013. Revisjons- prosjektet blir omtalt som Prio2.

## 1.2.1 Mål

Prosjektdirektivet anga mål, delmål og hva som var målgruppe for prosjektet. De ble formulert som følger:

### Overordnet mål

*«Å ha utviklet en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialist- helsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering»*

### Delmål

1. Å ha utviklet veiledere til spesialisthelsetjenesten som hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling og annen veiledning som sikrer riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten og som bidrar til stor grad av felles forståelse og legitimitet for prioriteringer i klinisk praksis
2. Å ha utviklet prinsipper eller mekanismer for harmonisering mellom ulike fagområder/spesialiteter/pasientgrupper
3. Å ha utviklet styringsverktøy og pedagogiske hjelpemidler for ledere og ledende fagpersoner på RHF-/HF-/institusjons- og klinikk-/avdelingsnivå til analyse og bruk av data basert på det nasjonale systemet for monitorering innen prioritering
4. Å ha videreutviklet et nasjonalt system for monitorering innen prioritering for «følge med» ansvaret for å fange opp både de ventende og avviklede pasientene

---

<sup>5</sup> 1. april 2008 ble det noen endringer i Shdir sine oppgaver og navnet ble endret til Helsedirektoratet. I det følgende brukes stort sett Helsedirektoratet som navn også for den perioden da navnet var Sosial- og helsedirektoratet

## Målgruppe

1. For strategien: Ledelsen i RHFene, i HFene og helseforvaltningen
2. For tiltakene: Ledere og ledende fagpersoner på RHF-, HF-, institusjons- og klinikk/avdelingsnivå

## 1.2.2 Organisasjonsmodell og mandat

Prosjektet fikk en *styringsgruppe* med to representanter fra Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) og to fra de regionale helseforetakene. Styringsgruppa ble ledet av Shdir. Legeforeningen fikk observatørstatus i styringsgruppa. Shdir fikk sekretariatsfunksjonen for prosjektet.

En *nasjonal prosjektgruppe* med representanter fra hvert av de da fem regionale helseforetakene, fra Legeforeningen og fra Norsk forening for allmenntilleggsmedisin fikk som mandat:

- Prosjektledelse og prosjektkoordinering av arbeidet med å utvikle forslag til veiledere til spesialisthelsetjenesten som hjelp ved fastsetting av rettighets-tildeling
- Understøtte arbeidet i arbeidsgruppene
- Søke råd og veiledning fra referansegruppe og ekspertgruppe
- På vegne av arbeidsgruppene, fremme forslag til veiledere for styringsgruppen
- Ledes av sekretariatet
- Sekretariatet er styringsgruppens sekretær og rapportere til styringsgruppens leder
- Utvikle forslag til videreføring etter prosjektets avslutning

Det ble videre bestemt at det skulle settes ned *arbeidsgrupper* for hvert av fagområdene som det skulle utarbeides prioriteringsveiledere for. De skulle bestå av

1. Leder og oppmann/veileder
2. En til to medlemmer fra hvert av RHFene.
3. En representant fra universitet HF
4. Fastlege
5. Brukerrepresentant
6. skulle suppleres med:
  - a. En representant fra annet fagområde
  - b. Andre relevante faggrupper/disipliner
  - c. En representant fra RHF-ene med ledelse- og budsjettansvar

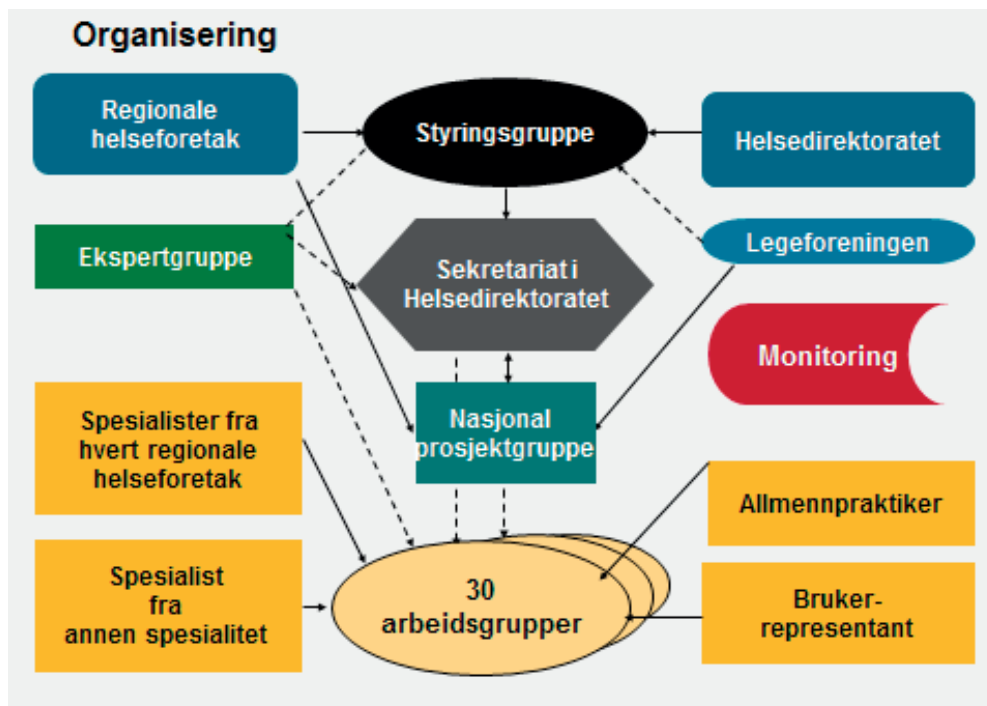


I praksis viste det seg at det var vanskelig å oppfylle alle disse kravene. Hver arbeidsgruppe ble bestående av en spesialist fra hvert RHF, en spesialist fra et annet fagområde, en allmennlege og en brukerrepresentant.

Det ble også nedsatt en *ekspertgruppe* med spesialkompetanse i prioritering, juss, retningslinjearbeid, kunnskapsoppsummering, prosess, helseøkonomi, kommunehelsetjeneste og etikk. Denne fikk som mandat:

1. Gi råd under hele prosjektperioden til arbeidsgruppene, nasjonal prosjektgruppe og styringsgruppen
2. Bistå i avklaring av prinsipielle og faglige spørsmål som har betydning for prosjektet
3. Bidra til utvikling av forslag til mal for veiledere
  - a. Utforming og struktur
  - b. Innhold
  - c. Betydningen av relevante lover, forskrifter og rundskriv
  - d. Prinsipper eller mekanismer for harmonisering mellom ulike fagområder/spesialiteter/pasientgrupper
4. Bistå i utvikling av spilleregler og ankeordning når konsensus ikke er oppnådd i arbeidsgruppene
5. På vegne av styringsgruppen vurdere
  - a. Arbeidsgruppenes prosjektplan
  - b. Arbeidsgruppenes forslag til veiledere til spesialisthelsetjenesten som hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling
    - i. Faglige spørsmål
    - ii. Juridiske spørsmål og avklaringer
    - iii. Helseøkonomiske spørsmål
    - iv. Politiske spørsmål
6. Vurdere forslag til plan for utvikling av veiledere til spesialisthelsetjenesten som hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling
7. Fungere som ankeordning når konsensus ikke er oppnådd i arbeidsgruppene

Figur II Organisasjonsmodell Prio1



Det ble bestemt at betegnelsen på prioriteringsverktøyet som skulle utvikles skulle være prioriteringsveiledere.

Arbeidet med utviklingen av veiledere i prioritering skulle deles i tre trinn eller puljer:

Trinn 1. Oppstart med 10 prioriterte fagområder i spesialisthelsetjenesten høst 2006

Trinn 2. Innfasing av 10 nye prioriterte fagområder vår 2007

Trinn 3. Innfasing av resterende fagområder (8–10) innen tidsrammen for samarbeidsprosjektet med tilrettelegging av videreføring av arbeidet høst 2007–vår 2008

Det viste seg at prosjektet var mer komplisert og trengte mer forberedelse enn først antatt. Den første puljen av arbeidsgrupper for 10 fagområder hadde første samling i januar 2007 og tredje pulje hadde første samling i februar 2008. De første prioriteringsveilederne ble publisert i desember 2008. Senere ble det utarbeidet veiledere for tre andre fagområder: Barnehabilitering, voksenhabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB.

## 2 Hovedtrekk i opplegget for utarbeiding av prioriteringsveilederne

Prioriteringsveilederne er ikke faglige retningslinjer, men veiledere i praktisering av lov og forskrift ved vurdering av henvisninger til elektiv helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Slike veiledere var ikke utarbeidet tidligere. Fra prosjektledelsens side var det viktig at vurderingene av henvisningene til spesialisthelsetjenesten i så stor grad som mulig skulle bygge på samme type vurderinger, og at de måtte være i tråd med vilkårene i lov og forskrift. Det ble derfor utarbeidet et strukturert skjema og en arbeidsmetode for utvikling av prioriteringsveilederne slik at de kunne bidra til at dette kunne oppfylles. Hovedtrekkene ved metoden ble videreført i arbeidet med Prio2.

Arbeidsmetoden/arbeidsprosessen er beskrevet i del II, hhv Bruksanvisning for Prio2 (se side 19) og Bruksanvisning for Prio1 (se side 82). I korthet gikk den ut på at prioriteringsveilederne skulle utarbeides av arbeidsgruppene i tre samlinger. Disse gikk over to dager og var intense arbeidsøkter med definerte oppgaver. (I Prio2 var det én samling over to dager).

For hvert fagområde skulle det først lages en liste over de mest alminnelige henvisningene, slik at 75–80 % av henvisningstypene (tilstandene) ble dekket. Deretter skulle hver av tilstandene vurderes mot hvert av vilkårene for prioritering, før det til slutt ble konkludert om rettighetsstatus og eventuell maksimal frist for start helsehjelp.

Siden tidsløpet for prosjektet var kort, var det ikke tid til å gjennomføre en pilot for å teste arbeidsmetoden og det strukturerte skjemaet. Det førte til at selve prosjektet fungerte som en pilot, og det ble foretatt enkelte endringer i vurderings-skjemaet i løpet av prosjektperioden. Endringene var imidlertid ikke substansielle, men mer av kosmetisk karakter. Skjemaet som er beskrevet i Bruksanvisning er slik det så ut i tredje og siste runde av arbeidet i Prio1.

Før første samling i hver av arbeidsøktene var det egne møter både for gruppeledere og for brukerrepresentanter. Her ble opplegg og metode gjennomgått. På hver av samlingene var det formøter med gruppelederne, egne møter for brukerrepresentantene, og gruppelederne møttes sammen med sekretariatet etter hver arbeidsøkt for å diskutere problemer og uklarheter. På hver samling var det plenumsinnledninger av eksperter, og både ekspertene og sekretariatet var tilgjengelige for arbeidsgruppene dersom de trengte bistand.

Opplegg og metode ble diskutert både i ekspertgruppa og i nasjonal prosjektgruppa. I tillegg var styringsgruppa sterkt engasjert.

Internt i Helsedirektoratet var det tett kontakt mellom sekretariatet og ledelsens representanter i styringsgruppa. Sekretariatet hadde løpende kontakt med gruppelederne under hele prosjektperioden. Gruppelederne var ansvarlig for kontakten med de andre medlemmene i sine respektive grupper.

Da arbeidet med prioriteringsveilederne nærmet seg slutten, ble det holdt ekstrasamlinger for noen av fagområdene. Det var også en samling der en diskuterte anbefalingene på tvers av fagområdene.

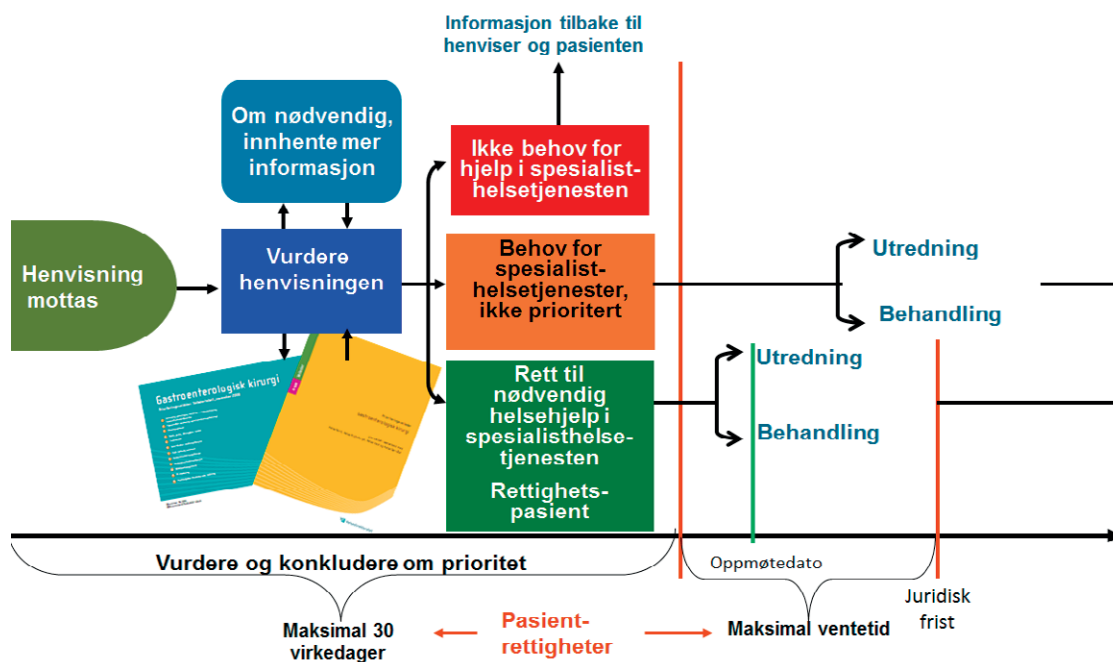
Gjennom arbeidet med prioriteringsveilederne ble det klart at det var viktig å ha med *tekst som inneholdt lov og forskrift* knyttet til prioritering og hvordan disse skulle forstås, samt en innledende tekst som redegjorde for spesielle forhold knyttet til hvert enkelt av fagområdene, såkalte *fagspesifikke innledninger*. Disse kom i tillegg til selve *anbefalingene om rettighet og frist* for start helsehjelp for tilstandene innenfor hvert av fagområdene.

Utkast til prioriteringsveiledere i Prio1 ble prøvd ut ved at spesialister på sykehus rundt i landet ble forelagt faktiske henvisninger som skulle vurderes. Hensikten var å undersøke om like henvisninger ble vurdert likt og gitt like anbefalinger om rettighet og frist på ulike sykehus og i ulike regioner. Det ble utarbeidet en [protokoll for utprøving](#) med et [evalueringsskjema](#) som skulle besvares. Utprøvingen viste at anbefalingene i utkastene til prioriteringsveiledere ble forstått nokså likt i ulike deler av landet og innenfor fagområdene som var inkludert i utprøvingen ([resultater utprøving](#) og [resultater for hver henvisning](#)).

Utkastene til prioriteringsveiledere, både i Prio1 og Prio2, ble sendt på intern høring i Helsedirektoratet og på bred høring til relevante instanser i helsesektoren. Siden det var mange prioriteringsveiledere og svært mange høringsinstanser, ble det utarbeidet et skjema for høringssvar for å få oversikt og å kunne systematisere innspillene. Representanter fra alle fagområdene møttes sammen med sekretariatet og ekspertgruppa til gjennomgang av høringssvar og endelige anbefalinger.

Prioriteringsveilederne skal brukes ved rettighetsvurderinger av pasienter. Vurderingene baseres på informasjonen i henvisningen som blir sendt til spesialisthelsetjenesten. Fram til 1.11.2015 skulle spesialisthelsetjenesten innhente supplerende informasjon dersom henvisningene var mangelfulle. Dette kravet ble frafalt ved revisjon i prioriteringsforskriften. Figur III viser hvor i henvisningsforløpet prioriteringsveilederne skal brukes. Figuren gjelder for tiden de første prioriteringsveilederne var i bruk, altså fram til 1. november 2015. Men hovedtrekkene i forløpet gjelder fremdes. Figur IV side 13 viser henvisningsforløp for Prio2, altså etter 1. november 2015.

**Figur III Henvisningsforløp, Prio1**



I mars 2009 ble det satt i gang arbeid med å utarbeide prioriteringsveiledere for barnehabilitering og voksenhabilitering. I arbeidet med disse kom det fram at det var særskilte juridiske problemer som måtte adresseres. Professor Aslak Syse utarbeidet en betenking knyttet til lovverket og praktiseringen overfor pasienter innenfor habilitering. Betenkingen står i prioriteringsveilederne for disse fagområdene. Disse prioriteringsveilederne ble publisert i juli 2010.

Det ble også utarbeidet en prioriteringsveileder for TSB. Denne ble publisert (bare digitalt) i desember 2012.

# 3 Endringer i lov og forskrift. Revisjon av prioriteringsveilederne (Prio2)

Stortinget vedtok ved lov 21. juni 2013 nr. 79 endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Disse trådte i kraft 1. november 2015.

Det er fire sentrale endringer i loven:

## 1 Skillet mellom «rettighetspasient» og «behovspasient» opphører

Den som blir henvist til spesialisthelsetjenesten skal enten få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller ikke. Alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir rettighetspasienter og skal få en juridisk frist for når nødvendig helsehjelp senest skal starte.

## 2 Vurderingstiden forkortes fra 30 til 10 virkedager

Rettighetsvurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere rettighetsvurdering enn 10 virkedager. Den forkortede fristen utelukker ikke kontakt mellom henviser eller pasient i denne perioden.

## 3 Utvidet informasjonsplikt

Alle pasienter som er henvist skal innen 10 virkedager få informasjon om utfallet av rettighetsvurderingen.

Dersom rettighetsvurderingen konkluderer med at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager gi pasienten følgende informasjon:

- Frist for når helsehjelpen senest skal starte. Dette er den juridiske fristen.
- Om denne fristen gjelder oppstart behandling eller oppstart utredning.
- Tidspunkt for første oppmøte.

Henviser skal få samme informasjon som pasienten.

## 4 Ny ordning ved fristbrudd

Spesialisthelsetjenesten skal selv kontakte HELFO dersom de ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Det samme gjelder dersom tidspunkt for oppmøte må endres slik at fristen ikke kan holdes. Tidligere måtte pasienten selv kontakte HELFO. Pasienter kan fortsatt kontakte HELFO ved fristbrudd.

Spesialisthelsetjenesten kan gi taushetsbelagte helseopplysninger til HELFO hvis opplysningene er:

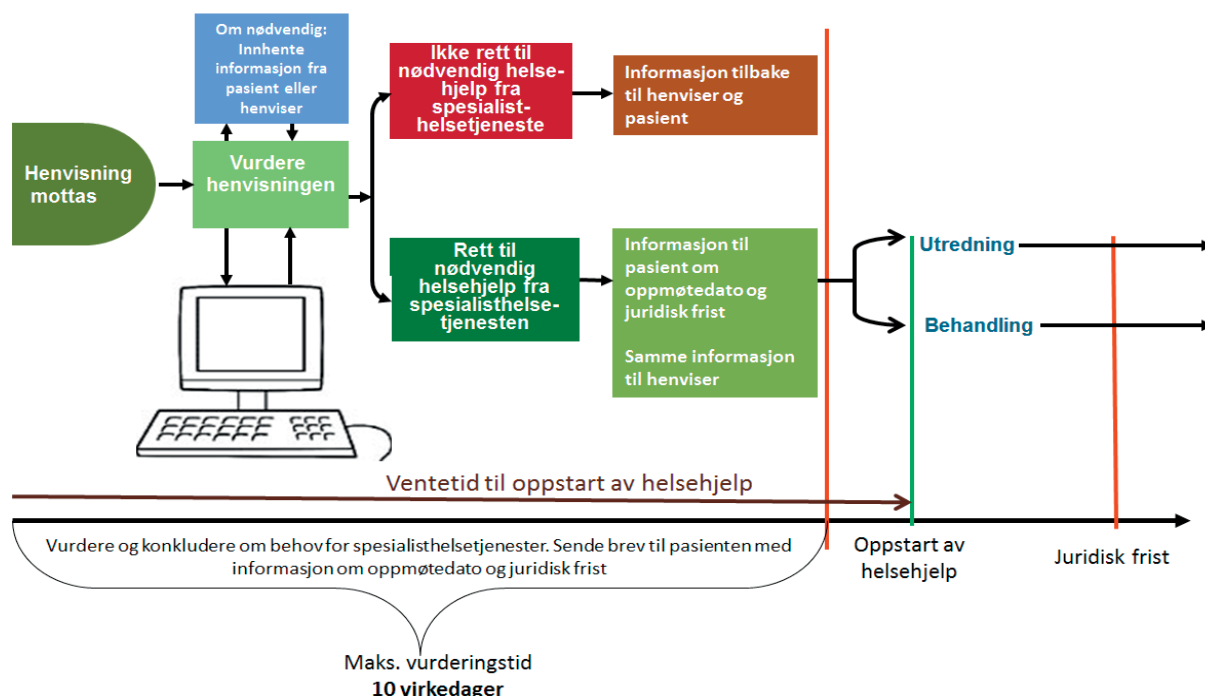
- Nødvendige for at HELFO skal kunne kontakte pasienten
- Nødvendige for at HELFO skal kunne formidle et alternativ tilbud

Pasienten kan velge å stå på venteliste på opprinnelig behandlingssted selv om fristen er overskredet. Pasienten må informeres om at det kan være medisinsk uforsvarlig.

Lovendringen i pasient- og brukerrettighetsloven<sup>6</sup> innebærer at alle pasienter som etter en konkret medisinsk vurdering har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal få rett til nødvendig helsehjelp. Prioriteringsforskriften er endret på bakgrunn av dette.

Det er nå to vilkår som må være oppfylt for at en pasient skal få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten: Vilkåret om forventet nytte av helsehjelp og vilkåret om at kostnadene skal stå i et rimelig forhold til effekten av tiltaket. Det tidligere vilkåret om alvorlighet er ikke lenger et vilkår for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men skal vurderes når det skal settes frist for når helsehjelp senest skal starte for rettighetspasienter.

**Figur IV Henvisningsforløp, Prio2**



6 § 21 b andre ledd

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven krevde revisjon av prioriteringsveilederne. HOD ga Helsedirektoratet i brev 4. juni 2014 i [oppdrag](#) å foreta revisjonen. Det var en forutsetning at revisjonen var ferdig før lovendringen kunne tre i kraft. Dette var omtalt i Prop. 118. L der det blant annet sto:

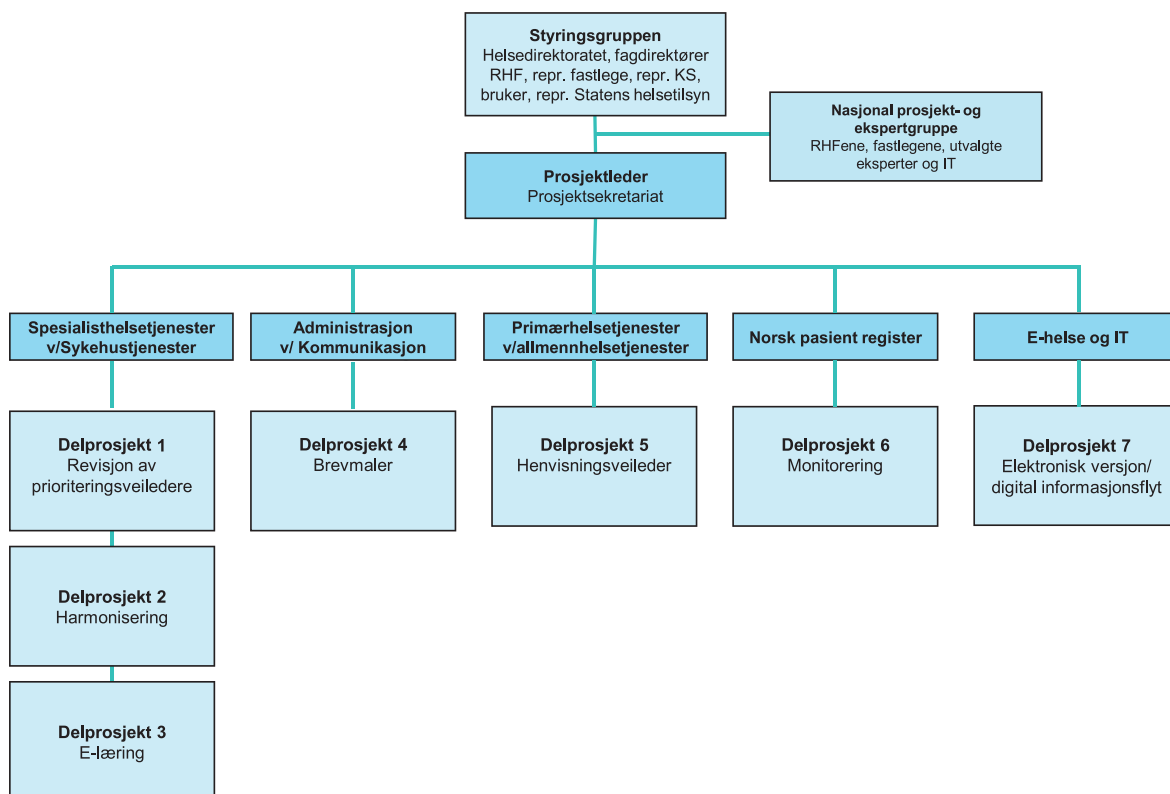
*«De eksisterende prioriteringsveilederne må revideres slik at de inneholder anbefalinger om fristfastsettelse til pasientgrupper som i dag ikke har rett til nødvendig helsehjelp.*

*I forbindelse med revidering av prioriteringsveilederne, skal det gjennomføres et arbeid med å harmonisere anbefalingene om frist for start helsehjelp på tvers av fagområdene i prioriteringsveilederne.*

*Det skal lages elektroniske versjoner av prioriteringsveilederne og de skal foreligge slik at de kan knyttes til nye IKT-løsninger i sykehusene.»*

Det ble foretatt en mindre revisjon i prosjektorganiseringen basert på erfaringene fra arbeidet med de første prioriteringsveilederne. Internt i Helsedirektoratet ble delansvar for underprosjekter fordelt på relevante divisjoner og avdelinger (se figur V). I denne publikasjonen er det delprosjektene 1. *Revisjon av prioriteringsveilederne* og delprosjekt 2. *Harmonisering* som blir omtalt.

**Figur V Prosjektorganisering Prio2**

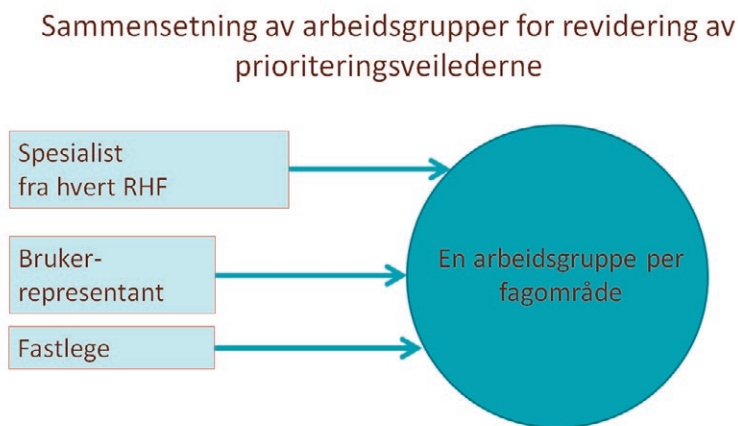




Arbeidsmetoden skulle være den samme som ved utarbeidingen av de første prioriteringsveilederne. Fra HOD sin side ble det forutsatt at en klarte seg med en samling med en intens arbeidsøkt.

Det lyktes imidlertid ikke å få spesialist fra annen spesialitet til å være med i arbeidsgruppene. For enkelte fagområder var det ikke mulig å få med brukerrepresentant. Figur VI viser sammensetningen av arbeidsgruppene i Prio2

**Figur VI Organisasjonsmodell for arbeidsgrupper, Prio2**



Arbeidsopplegg for revisjonsarbeidet, som fikk arbeidstittelen Prio2, er omtalt i Bruksanvisning for revisjon av prioriteringsveilederne, se side 31.

Også i Prio2 ble det arrangert ekstra samlinger. Hensikten med disse var å samordne anbefalinger fra fagområder som grenset opp til hverandre.

Nytt i Prio2 var harmonisering av anbefalingene på tvers av fagområdene, dvs. at det skulle være samsvar mellom premisser (gradering av prioriteringsvilkårene) og anbefalingene av rett og frist på tvers av fagområder. Alle anbefalinger ble gjennomgått og systematisert av sekretariatet, og det ble utarbeidet en metode for systematisk vurdering av disse, se side 52.

Utkast til prioriteringsveiledere var først på intern høring i Helsedirektoratet før de ble sendt på en omfattende ekstern høringsrunde. Også denne gangen ble det utarbeidet et høringsskjema for å kunne holde orden på og samordne innspillene. Etter høringsrunden ble det arrangert samlinger for å gjennomgå og innarbeide høringsinnspillene.

Det var tett og løpende kontakt mellom gruppelederne og sekretariatet i hele prosjektperioden.

Det var bestemt at prioriteringsveilederne skulle foreligge i elektronisk format. De ble derfor inkludert i Helsedirektoratets prosjekt om digitalisering av veiledere.

## II Metode for utarbeiding av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere

I denne delen vises metodedokumenter som ble brukt ved utarbeidingen av prioriteringsveilederne. Først vises metode for Prio2. Det første dokumentet er det som er kalt «Bruksanvisning». Det ble delt ut til alle deltakerne i arbeidsgruppene, og gir forklaring av lov og forskrift og viser i detalj hvordan vurderingsskjemaene skal fylles ut.

Deretter presenteres dokumenter om framgangsmåte og metode ved harmonisering. Disse hadde deltakerne fått tilsendt før harmoniserings-samlingen.

Bruksanvisning for Prio1 presenteres også. Den ligger til grunn for bruksanvisningen for Prio2, og er med for fullstendighetens skyld. Spesielt interesserte kan da se forskjellene mellom Prio2 og Prio1.

# Prio2

## Bruksanvisning for revisjon av prioriteringsveilederne

# Innhold

<b>Del 1: Bakgrunn og lovgrunnlag</b>	<b>21</b>
1 Bakgrunn	21
2 Pasient- og brukerrettighetsloven og utkast til ny prioriteringsforskrift	23
2.1 Henvisning og vurderingsgaranti	23
2.2 Definisjon av helsehjelp	23
2.3 Hovedvilkårene i utkast til ny prioriteringsforskrift	23
2.3.1 Vilkåret om forventet nytte	24
2.3.2 Vilkåret om kostnadseffektivitet	24
2.3.3 Samlet vurdering av begge vilkårene sett under ett	25
2.4 Fastsettelse av frist til start helsehjelp	26
3 Om veilederen og veiledertabeller	29
<b>Del 2: Fremgangsmåte ved revisjon av veiledertabeller</b>	<b>31</b>
4 Arbeidsgruppens oppgaver	31
4.1 Hovedtrekk	31
4.2 Revisjon av lista over tilstander i prioriteringsveilederen	32
4.3 Eventuell revisjon av frister for tilstander i eksisterende veiledere	32
4.4 Gi frist til tilstander som i dag ikke har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i eksisterende prioriteringsveiledere	33
4.5 Vurderinger av eventuelle nye tilstander i henhold til vilkårene i prioriteringsforskriften	33
4.5.1 Vurderingsskjema – Excel-arbeidsbok	34
4.5.2 Utfylling av Førsteside	36
4.5.3 Vilkåret om forventet nytte	38
4.5.4 Vilkåret om kostnadseffektivitet	40
4.5.5 Samlet vurdering og konklusjon om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	42
4.5.6 Fristfastsettelse – alvorlighet og hastegrad	43
4.5.7 Individuelle forhold	45
4.5.8 Veileder for tilstand	46
4.5.9 Tallgradering	47
5 Revidert utseende på vurderingsskjemaet	48

# Del 1:

## Bakgrunn og lovgrunnlag

### 1 Bakgrunn

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har samarbeidet om å utvikle prioriteringsveiledere for 33 fagområder<sup>7</sup>. Veilederne gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til start helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Hensikten med veilederne er å få en mer lik praktisering av regelverket. Data fra Norsk Pasientregister (NPR) tydet på at regelverket ble praktisert ulikt både mellom helse-regionene og mellom helseforetakene i de ulike helseregionene og innenfor samme fagområde.

Prioriteringsveilederne er beslutningsstøtte i den kliniske hverdagen når spesialisthelsetjenesten skal avgjøre hvilke pasienter som skal få rett til prioritert helsehjelp og hvilken frist som skal settes for start helsehjelp. Dette skal bidra til at de sykeste får hjelp først, at de som trenger det mest får behandling i tide og beslutninger tas med større grad av trygghet.

Det lovmessige grunnlaget for prioriteringer i Norge er pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Stortinget har ved lov 21. juni 2013 nr. 79 vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2<sup>8</sup>. Disse vil trolig tre i kraft 1.7.2015.

Det er fire sentrale endringer:

- Skillet mellom «rettighetspasient» og «behovspasient» oppheves. Den som henvises til spesialisthelsetjenesten skal enten få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller ikke. Alle pasienter som har behov for helsehjelp blir rettighetspasienter og alle pasienter som får et tilbud om spesialisthelsetjenester, skal få en juridisk frist for når de senest skal få nødvendig helsehjelp. (I dag får ikke behovspasienter frist.)
- Vurderingsfristen forkortes til 10 virkedager. (I dag 30 dager.)
- Alle pasienter som er henvist skal innen 10 virkedager få informasjon om utfallet av vurderingen. Viser vurderingen at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager
  - gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest skal starte (juridiske fristen) (som før)

---

<sup>7</sup> Bakgrunnen for dette var at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2006 ga Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene i oppdrag «å utforme en strategi som kunne gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten ville drive sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering»

<sup>8</sup> Se ny § 21 b andre ledd og § 22

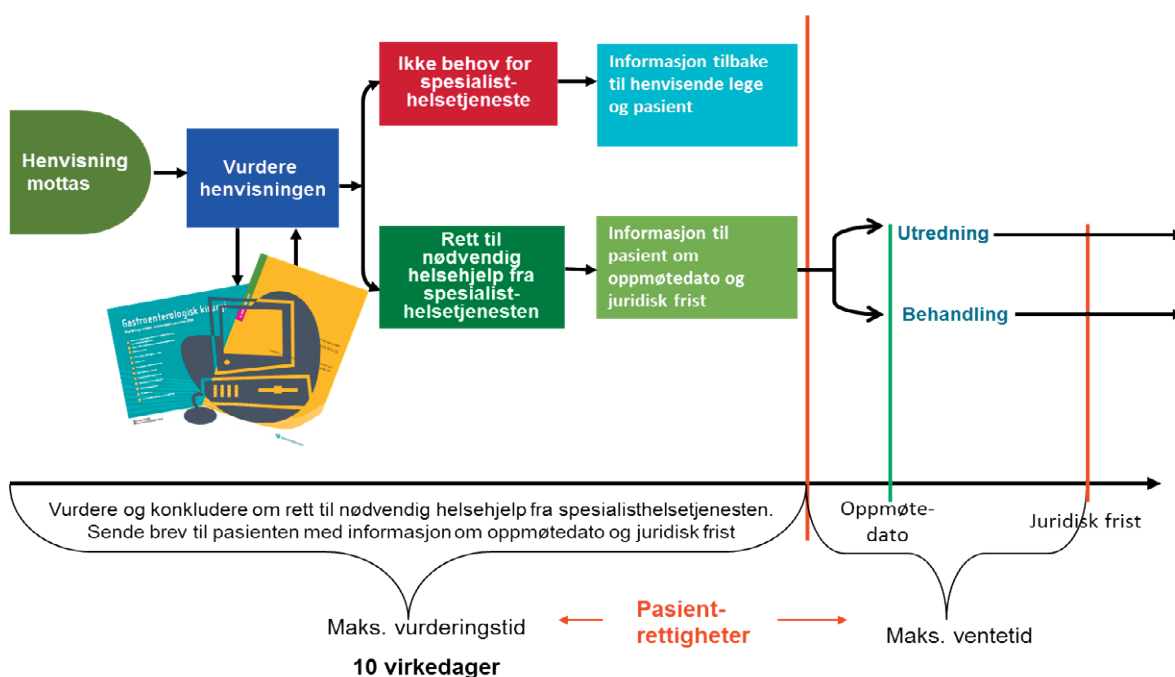
- gi informasjon om tidspunkt for oppmøte (dato/klokkeslett) eller forventet tidspunkt, presisert ned til et tidsrom som ikke skal overstige en uke

- Spesialisthelsetjenesten skal selv kontakte HELFO dersom de ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. (1 dag må pasienten selv kontakte HELFO.)

Pasient- og brukerrettighetsloven er som nevnt innledningsvis vedtatt endret, og det er nødvendig med en revidering av prioriteringsveilederne i henhold til dette.

Figur 1 gir et forenklet, skjematisk bilde av et henvisningsforløp etter endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Figuren viser hvor i pasient/henvisningsforløpet veilederne er tenkt brukt som beslutningsstøtte. Den viser også hvor i forløpet vurderingene om rettighetstildeling og fristfastsettelse finner sted.

**Figur 1** Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder i et henvisningsforløp



# 2 Pasient- og brukerrettighetsloven og utkast til ny prioriteringsforskrift

## 2.1 Henvisning og vurderingsgaranti

Når spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning, har pasienten rett til å få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten<sup>9</sup>. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Henvisningene må ses på og vurderes raskt, herunder om henvisningen skal vurderes av en annen enhet.

## 2.2 Definisjon av helsehjelp

I pasient- og brukerrettighetsloven innebærer helsehjelp det følgende:

*«handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell»*

## 2.3 Hovedvilkårene i utkast til ny prioriteringsforskrift

Alle henviste pasienter skal vurderes i forhold til prioriteringsforskriftens vilkår om forventet nytte og kostnadseffektivitet.

### § 2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 21 b andre ledd, når:

- a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

<sup>9</sup> Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 22.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.

### 2.3.1 Vilkåret om forventet nytte

Vilkåret om *forventet nytte* krever vurdering av om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil påvirke pasientens tilstand til det bedre eller om den vil hindre forverring. Som nevnt foran, omfatter helsehjelp handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Det sentrale vurderingstemaet er om helsehjelpen vil bedre pasientens livslengde og/eller livskvalitet, eller om den vil hindre forverring av pasientens tilstand. Helsehjelpen gir også nytte dersom behandlingsmulighetene blir forspilt hvis helsehjelpen utsettes.

Under vilkåret om forventet nytte må det vurderes hva som er et aktuelt behandlingsforløp for den enkelte pasient. Hvis det foreligger tilstrekkelige opplysninger til å planlegge hvilken behandling som vil kreves, skal forventet nytte vurderes i forhold til helsehjelpen i hele behandlingsforløpet. Hvis det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å framskaffe tilstrekkelig informasjon til å kunne fastslå en tentativ diagnose med tilhørende behandlingsforløp, skal forventet nytte vurderes i forhold til nytten av den helsehjelpen som vil være relevant for en *svært alvorlig sykdom blant de mulige alvorlige sykdommene som det er en viss risiko for at vil forekomme* og som det finnes behandlingstiltak for (se kapittel 2.4 for ytterligere forklaringer).

Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen krever at det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon eller anerkjent klinisk praksis som tilsier at forholdene kan forandres til det bedre ved aktiv behandling.

### 2.3.2 Vilkåret om kostnadseffektivitet

Vilkåret om *kostnadseffektivitet* krever at det skal være et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandling og behandlingens forventede effekt. En skal se bort fra eventuelle kostnader som har påløpt ved tidligere behandling av samme pasient.

Yrkesaktivitet i seg selv er ikke et kriterium for vurdering. Det betyr at en i kostnadsvurderingene ikke skal inkludere den økte produksjonen som vil finne sted ved at pasienten kommer tilbake i arbeid. En skal heller ikke inkludere eventuell besparelser i trygdeutbetalinger ved at pasienten kommer i arbeid. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved å være i arbeid.



### 2.3.3 Samlet vurdering av begge vilkårene sett under ett

Når vilkårene forventet nytte og kostnadseffektivitet er vurdert hver for seg, skal de vurderes under ett. Begge vilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til prioritert helsehjelp.

Den samlede vurderingen skal konkludere med ett av følgende utfall:

1. Pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
2. Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og har følgelig ikke rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

#### Avklart eller uavklart tilstand

Dersom det i løpet av vurderingsperioden er mulig med stor grad av sannsynlighet å fastslå hva som vil være en riktig behandling, er pasientens tilstand *avklart*. Når pasientens tilstand er å anse som avklart, skal det settes en individuell frist for når helsehjelpen i form av *behandling* senest skal starte.

For mange pasienter er det slik at det i løpet av vurderingsperioden *ikke* kan fastslås hva slags helsehjelp som er mest relevant. I disse tilfellene vil pasientens tilstand anses å være *uavklart*. Da skal det settes frist for når helsehjelp i form av *utredning* senest skal starte.

Helsehjelp i form av *utredning* kan imidlertid ikke vurderes i henhold til prioriteringsforskriftens vilkår om forventet nytte og kostnadseffektivitet *slik de er spesifisert i forskriften*. I Rundskriv IS-12/2004 sies det at en i slike tilfeller skal vurdere pasienten «som om videre undersøkelse kan komme til å vise at pasientens tilstand vil kreve den helsehjelpen som er mest tidskritisk av de behandlingsalternativene man står overfor når vurderingen blir foretatt». Dette blir ofte omtalt som «verstefallet».

For nesten alle symptombilder/kliniske bilder er det en viss sannsynlighet for at den tilhørende, foreløpig ukjente, medisinske tilstanden kan være det mest alvorlige. En skal da ikke legge en mekanisk verstefallstenkning til grunn. I så fall vil de aller fleste med uavklart tilstand få en svært kort frist. Det er neppe hensikten med formuleringen. Hensikten er at pasienter som har en viss sjanse for alvorlig sykdom skal få helsehjelp innen en forsvarlig frist.

I det følgende vil vi istedenfor «tidskritisk helsetilstand» eller «verstefallet» bruke begrepet «alvorlig sykdom» eller «alvorligste sykdom som det er (realistisk) mistanke om».

Ved uavklarte tilstander vil helsehjelp for pasienten være utredning, mens det som arbeidsgruppene skal vurdere i forhold prioriteringsforskriften og som skal munne ut i veiledende frist, er helsehjelpen for **den alvorligste tilstanden som det er en realistisk mistanke om**.

For uavklarte tilstander er det viktig å skille mellom hva som er helsehjelpen som i praksis skal gis til enkeltpasienter som faller innenfor en av de uavklarte tilstandene, og den helsehjelpen som dette prosjektets arbeidsgrupper skal legge til grunn for vurderingene av effekt og kostnads-effektivitet for helsehjelpen for tilstanden:

- Helsehjelpen for en faktisk pasient som tilhører en uavklart tilstandsgruppe, vil være utredning. Utredning vil være den helsehjelpen som i praksis vil bli gitt til en pasient med uavklart/usikker tilstand. Når tilstanden er avklart, skal videre helsehjelp skje innenfor kravet om medisinsk forsvarlighet.
- Helsehjelpen som skal legges til grunn når arbeidsgruppene skal vurdere om tilstandsgruppen skal ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, og hvilken frist som i ev skal settes, er helsehjelpen for den alvorligste tilstanden som det kliniske bildet/tilstandsgruppe-beskrivelsen gir mistanke om.
- Ved fristfastsettelse er det alvorligheten og hastegraden av den alvorligste tilstanden som skal legges til grunn.

Det finnes imidlertid ingen nasjonale retningslinjer eller bestemmelser for hvor stor sannsynligheten for en tilstand skal være for at en pasient skal få en kort frist når den medisinske tilstanden er uavklart. I dette prosjektet ber vi arbeidsgruppene notere hvilken sannsynlighet de har anslått for at den alvorligste tilstanden vil inntreffe.

## 2.4 Fastsettelse av frist til start helsehjelp

Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få helsehjelp. Dette innebærer at alle pasienter skal få en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden på 10 virkedager.

### § 2a Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut i fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.

I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. I dette ligger at det må skje en vurdering av hvor alvorlig pasientens tilstand er og hvilken utvikling pasienten mest sannsynlig vil ha dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes, dvs. hvor mye haster det med å få helsehjelpen i form av utredning eller

behandling. Konsekvensene av å vente med utredning/behandling av noen sykdommer er større enn for andre.

Det er viktig å understreke at oppfyllelsen av fristen skal være en reell start av pasientforløp uavhengig av om pasientforløpet starter med utredning eller behandling.

I mange tilfeller vil behandling og utredning være integrerte deler i et pasientforløp, for eksempel ved at utredning og behandling skjer samtidig eller at pasienten gis flere ulike behandlinger i sekvens. Selv om fristen kun gjelder starten på pasientforløpet, skal ventetiden underveis i pasientforløpet være forsvarlig og i tråd med normal medisinsk praksis for det aktuelle pasientforløpet. Dersom man for eksempel har gitt frist til utredning, er det ikke anledning til å sette opp en time kun med en intensjon om å oppfylle fristen, for deretter å la pasienten vente uforsvarlig lenge på det videre pasientforløp. Det er heller ikke slik at en forundersøkelse kan gjelde som oppfylt frist til behandling.

Som nevnt tidligere skal en ved **avklarte** tilstander sette fristen til når **behandlingen** senest skal starte.

Ved **uavklarte** tilstander skal fristen settes etter en vurdering av alvorlighet og hastegrad for den **alvorligste tilstanden som det er en realistisk mistanke om**.

Sannsynlighetene for at pasienten har en alvorlig sykdom vil være forskjellige for ulike symptombilder, og hvor alvorlig den alvorligste tilstanden er, vil variere. Det vil derfor være rimelig at det kreves en *høyere* sannsynlighet for å få en kort frist hvis den «alvorligste tilstanden» *ikke* er så alvorlig enn det som vil kreves dersom «den alvorligste tilstanden» er mer alvorlig (for eksempel dødelig uten behandling), – gitt at det finnes helsehjelp som forventes å gi nytte.

Det har vært stilt spørsmål om hvor stor usikkerheten knyttet til pasientens tilstand må være for at man kan sette fristen til utredningsstart. Det sentrale er om den som vurderer henvisningen mener å ha tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hva som i det enkelte tilfelle vil være riktig behandling eller ikke. Det er derfor avgjørende at det alltid blir gjort en konkret faglig vurdering. For å tilstrebe størst mulig grad av likhet i vurderingene, bør de som vurderer henvisninger ha en løpende faglig diskusjon om hvordan dette bør gjøres innen sitt eget fagområde. *Arbeidsgruppene vil derfor bli utfordret på om det kan gis noen anbefalinger om dette for de enkelte tilstandsgruppene i de nye prioriteringsveilederne.*

Fristen skal gi sikkerhet for at de aktuelle helsehjelpstiltakene kan påbegynnes og fullføres i et forsvarlig forløp. Fristen må altså settes slik at helsehjelpen kan ytes på et tidspunkt hvor en oppnår forbedring av pasientens helsetilstand, og at en unngår at tilstanden forverres eller at undersøkelses- eller behandlingsmuligheter går til spille. Det må være faglig forsvarlig å utsette helsehjelpen til den fristen som settes uten at dette går ut over pasientens prognose.

Fristen skal enten settes til senest forsvarlige oppstart på den behandlingen som planlegges eller, dersom pasientens tilstand ikke er avklart, til senest forsvarlige oppstart på en utredning av pasientens tilstand. Fristen skal settes slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp for den mest tidskritiske tilstanden som det er realistisk mistanke om at pasienten kan ha.

Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Alle pasienter har krav på et godt og forsvarlig pasientforløp uavhengig av om tilstanden er avklart eller ikke på vurderingstidspunktet.

Det følger videre av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må også sees i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet, jf. spesialisthelsetjenesten § 22. Forsvarlig virksomhet innebærer at det tilbudet pasienten får, må være forsvarlig, og at eiere og ledere har et ansvar for å legge til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Bestemmelsene innebærer derfor at både ledelsen og helsepersonellet ved sykehuset skal påse at pasienter får et forsvarlig og omsorgsfullt pasientforløp.

Fristen skal, som nevnt, settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

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

Når en setter frist, skal det ikke tas hensyn til kapasiteten til å få gjort utredning, behandling eller andre tiltak, verken i det foretaket hvor henvisningen vurderes eller for øvrig i spesialisthelsetjenesten.

Innenfor fagområdene psykiatri og rus har Stortinget bestemt at vurderingsperioden for unge under 23 år er maksimalt 10 virkedager, og at fristen for start helsehjelp ikke kan overstige 65 virkedager.

# 3 Om veilederen og veiledertabeller

Det vil i det følgende bli brukt to begreper knyttet til veilederen: Veiledertabell og veileder – generell del.

Veiledertabell viser oversikten over veiledende rettighetsstatus og ev. frist for ulike tilstander innenfor et fagområde og vil være spesifikk for hvert fagområde. **Arbeidsgruppene skal revidere veiledertabellene.**

*Veileder – generell del* inneholder omtale av relevante paragrafer fra pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften og forklare sentrale begreper som forventet nytte, kostnadseffektivitet og alvorlighet og medisinsk forsvarlig frist. Sekretariatet for prosjektet er ansvarlig for å skrive den reviderte veilederen.

Veilederen og veiledertabellen skal *gi råd* til lege- eller psykologspesialisten som vurderer henvisninger og som skal konkludere om rettighetsstatus og frist. Veiledertabellen skal *gi veiledende* rettighetsstatus for tilstander innenfor hvert av 33 fagområder. Der veiledertabellen konkluderer med at en tilstand skal ha rett til prioritert helsehjelp, skal den *gi råd* om hva som er *veiledende* siste medisinsk forsvarlige frist for når helsehjelp skal starte.

Det ligger en motsetning i det at pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler *individuelle* pasienters rettigheter mens en veileder vil være på *gruppenivå*. Veiledertabellen tar hensyn til dette ved den inneholder forhold som kan komme i betraktning ved vurderingen av *enkeltpasienter*, ut over det som er kjennetegn for *den typiske eller gjennomsnittlige pasienten* innenfor den aktuelle tilstandsgruppen. Dette skal være forhold som kan være argumenter for at enkeltpasienters rettighetsstatus endres eller at fristen skal være annerledes enn den veiledende for tilstanden/gruppen som pasienten sannsynligvis tilhører. Disse individuelle forholdene skal tas med i vurderingen av henvisningen før det konkluderes med rettighetsstatus og eventuell siste medisinske frist for når helsehjelpen skal starte for den individuelle henvisningen/pasienten.

Tabell 1 viser utdrag fra *veiledertabellen* for psykisk helsevern for barn og unge, Prio1.

**Tabell 1** Eksempel på hvordan veiledende rettighetsstatus og forsvarlig frist ser ut innenfor psykisk helsevern for barn og unge



**ANGST/TVANG MED LITEN BEGRENSNING AV LIVSUTFOLDELSE**  
**ANGST/TVANG MED BEGRENSNING AV LIVSUTFOLDELSE**

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp Andre effektive behandlings- metoder kan være aktuelle	Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften	Veiledende rettighet og frist for start helsehjelp for tilstandsgruppen	Individuelle forhold som kan påvirke rettighet og frist for den enkelte pasient
<b>Angst/tvang med liten begrensning av livsutfoldelse</b>	Oppfølging 1. linje  Samtaleterapi med kognitiv tilnærming og pedagogisk opplæring om angstreaksjoner, avspenning og trening	Tilstanden anses ikke å være alvorlig  Helsehjelpen anses ikke å være nyttig  Helsehjelpen anses ikke å være kostnadseffektiv	<b>Ikke rett</b> til prioritert helsehjelp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• depresjon og suicidalitet</li> <li>• komorbiditet, for eksempel alkoholmisbruk, misbruk av benzodiasepiner eller illegale rusmidler</li> </ul> Kortere frist ved <ul style="list-style-type: none"> <li>• stort symptomtrykk</li> <li>• høy grad av, eller raskt oppstått, funksjonssvikt</li> <li>• komorbiditet, for eksempel alkoholmisbruk, misbruk av benzodiasepiner eller illegale rusmidler</li> </ul>
<b>Angst/tvang med begrensning av livsutfoldelse</b>	Utredning  Samtaleterapi med kognitiv tilnærming evt. eksponeringsøvelser og restrukturering  Psykoedukasjon  Fysisk trening og avspenning  Vurdere medikamentelle tilnærminger med SSRI / Busperion / RIMA  Benzodiasepiner bør unngås	Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig  Helsehjelpen anses å være nyttig  Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv	<b>Rett</b> til prioritert helsehjelp  <b>Frist:</b> 30 uker  For pasienter under 23 år er fristen 13 uker <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• depresjon og suicidalitet</li> <li>• komorbiditet, for eksempel alkoholmisbruk, misbruk av benzodiasepiner eller illegale rusmidler</li> </ul> Kortere frist ved <ul style="list-style-type: none"> <li>• stort symptomtrykk</li> <li>• høy grad av, eller raskt oppstått, funksjonssvikt</li> <li>• komorbiditet, for eksempel alkoholmisbruk, misbruk av benzodiasepiner eller illegale rusmidler</li> </ul>

<sup>1</sup> Fristen følger av ventetidsgarantien for barn og unge (Ot.prp.nr 53 (2006–2007)), godkjent i statsråd 27. april 2007) og overstyrer den faglige anbefalingen.

2

Veilederen og veiledertabellen skal foreligge i papirversjon og på sikt i elektronisk versjon knyttet opp til de pasientadministrative systemene ved sykehusene.

Det understrekes at rådene som skal gis i veiledertabellene er veiledende for pasientgrupper og at de utelukkende skal være en støtte ved den individuelle vurderingen av hver henvisning.

# Del 2:

## Fremgangsmåte ved revisjon av veiledertabeller

### 4 Arbeidsgruppenes oppgaver

#### 4.1 Hovedtrekk

Arbeidsgruppene har 8 oppgaver (disse blir beskrevet i detalj i de følgende kapitlene):

- a) Å gå gjennom lista over tilstander i veiledertabellen og eventuelt revidere denne.
- b) Å vurdere om fristene i eksisterende veiledere fremdeles er rimelige. Hvis de ikke er rimelige, gi ny frist.
- c) Å gi frist for start helsehjelp for tilstander som ikke er gitt frist i eksisterende veiledere.
- d) Å vurdere eventuelle nye tilstander i henhold til de to vilkårene om forventet nytte og rimelig forhold mellom forventet nytte og kostnader. På bakgrunn av en samlet vurdering av disse to vilkårene, konkludere om pasienter med tilstanden har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke.
- e) Å gi frist for start helsehjelp for eventuelle nye tilstander som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Notere tilstander der det eventuelt er tvil om behovet for spesialisthelsetjenester
- f) For eventuelle nye tilstander: Notere *individuelle* forhold: Kjenne tegn som enkeltpasienter kan ha, *utover* dem som kjennetegner tilstandsgruppen som pasienten hører inn under, og som kan være argumenter for at frist for enkeltpasienter kan bli annerledes enn det som er veiledende for tilstandsgruppen.
- g) Gå gjennom fagspesifikk innledning og om nødvendig revidere denne.
- h) Gi en oversikt over informasjon som er ønskelig i henvisningene fra fastlegene for å kunne gi gode anbefalinger om frist for start helsehjelp.

## 4.2 Revisjon av lista over tilstander i prioriteringsveilederen

Gå fram på følgende måte:

1. Vurder om tilstandene i veiledertabellen fremdeles er dekkende for om lag 80 % av henvisningene.
2. Dersom lista ikke er dekkende, stryk eventuelle tilstander som ikke er aktuelle, foreslå eventuelle nye tilstander eller revider eventuelt betegnelsen på eksisterende tilstander.
3. Vurder og noter om det for noen av tilstandene er tvil om det bør gis rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
4. Noter om det er undergrupper av tilstander (eksisterende eller foreslåtte) der det er tvil om det bør gis rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Sorter lista over tilstander i tre grupper:

- de som uten tvil **bør** ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten,
- de som uten tvil **ikke bør** ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten,
- de der dere er i **tvil** om det bør ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Konsentrer diskusjonen om tilstander som dere er i tvil om bør ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

I praksis kan det være store variasjoner i kvaliteten på henvisningene. Helse- direktoratet har fått i oppdrag å utvikle en henvisningsveileder. Denne skal bidra til bedret kvalitet på henvisningene.

## 4.3 Eventuell revisjon av frister for tilstander i eksisterende veiledere

Gå gjennom fristene for tilstander i eksisterende veileder. Se på graderingen av alvorlighetsvilkåret. Vurder om fristen er rimelig når det i tillegg skal vurderes hastegrad.

Dersom fristen ikke er rimelig, gi nytt forslag til frist basert på gradering av alvorlighet og en vurdering av hastegrad, innenfor det som anses som medisinsk forsvarlig.



## 4.4 Gi frist til tilstander som i dag ikke har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i eksisterende prioriteringsveiledere

I dagens prioriteringsveiledere er det tilstander der det anbefales at det ikke gis rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette ble konklusjonen etter at tilstandene hadde blitt vurdert og gradert i lys av de tre prioriteringsvilkårene som den gang gjaldt. (Gradering av prioriteringsvilkårene er notert i prioriteringsveilederens veiledertabell.) Disse tilstandene ble ansett til å ha behov for spesialisthelsetjenester. I lys av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven skal disse tilstandene nå gis en frist<sup>10</sup>.

Se på graderingen av alvorlighetsvilkåret i den eksisterende prioriteringsveilederen. Gi så en frist for start helsehjelp. Fristen skal baseres på graderingen av alvorlighet og en vurdering av hastegrad, innenfor det som anses som medisinsk forsvarlig. Se kapittel 2.5 for hva som menes med alvorlig og medisinsk forsvarlig. Dersom det ikke er medisinsk uforsvarlig å sette fristen flere år fram i tid, vurder om det kan lages ny(e) tilstand(er) som innebærer tilfeller der fristen bør være kortere.

## 4.5 Vurderinger av eventuelle nye tilstander i henhold til vilkårene i prioriteringsforskriften

Formålet med prioriteringsveilederne å få en mer ensartet praktisering av prioriteringsforskriften slik at pasientenes rettigheter blir så lik som mulig uansett hvor i landet de bor og uansett hva slags sykdom de måtte ha. Derfor er det viktig å sikre at alle pasienter blir grundig vurdert i forhold til vilkårene i prioriteringsforskriften og en felles forståelse av denne. Nye tilstander skal derfor, i likhet med tilstander som ble vurdert i de eksisterende prioriteringsveilederne, vurderes og graderes i henhold til prioriteringsvilkårene.

Vurderingene av hvert av vilkårene skal så sees under ett og danne grunnlaget for anbefalingen om pasientgruppen med tilstanden skal ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvis så er tilfelle, skal det gis en frist for når helsehjelpen senest skal starte, basert på graderingen av alvorlighet og vurdering av hastegrad. Fristen skal angis i uker og **regnes fra tidspunktet henvisningen blir vurdert**. Se kapittel 2.5 for nærmere forklaring av hva som skal ligge til grunn for fristfastsettelse.

Tilstander som er dekkende og relevante i dagens prioriteringsveiledere, skal ikke vurderes på nytt med mindre en mener at medisinsk utvikling skulle tilsi at de ikke lenger har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. De av disse tilstandene som tidligere ikke var gitt rett til prioritert helsehjelp, og som anses å ha behov for spesialisthelsetjenester, skal gis frist for start helsehjelp basert på graderingen av

---

<sup>10</sup> Ved ny pasient- og brukerrettighetslov kan det se ut som om det er en forskyvning i styrken i kravene til hva som skal rett til nødvendig helsehjelp.

alvorlighetsvilkåret som ble gjort i første runde og en vurdering av hastegrad, jf. kap 2.5.

Nye tilstander skal vurderes mot vilkårene i prioriteringsforskriften og vurderingsskjema skal brukes for alle. **Det skal legges størst vekt og foretas grundigst vurdering av tilstander der en er i tvil om det er behov for spesialisthelsetjenester («gråsone-tilstander»).**

### 4.5.1 Vurderingsskjema – Excel-arbeidsbok

Til hjelp til vurderingen i forhold til prioriteringsforskriften er det utarbeidet et **skjema** i form av en Excel-arbeidsbok. Dette er laget for å lette arbeidsgruppenes arbeid og for å sikre at alle dimensjonene av vilkårene i prioriteringsforskriften blir vurdert.

Skjemaene som skal brukes ved revisjon av prioriteringsveilederne, er endret i lys av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og erfaringer i bruk av dem da prioriteringsveilederne ble utviklet.

I skjemaet skal en beskrive og gradere tilstander i henhold til dimensjonene av vilkårene i prioriteringsforskriften. I tillegg skal en gi dokumentasjon og referanser så langt det er mulig.

**Det som skal besvares og som det skal vurderes mot, er det lovmessige grunnlaget for prioriteringer i Norge.** Det er altså ikke noe som Helsedirektoratet eller RHF-ene eller sekretariatet i prosjektet selv har funnet på.

Vurderingsskjemaet som skal brukes er et verktøy som arbeidsgruppene skal bruke for å utarbeide veilederen. Skjemaet skal IKKE brukes i praksis ved rettighetstildeling.

Gruppene skal skrive inn alt som det bes om i vurderingsskjemaene. Et viktig prinsipp for prioriteringer både i Norge og internasjonalt er at de skal være åpne og gjennomsiktlige. Det må derfor være mulig å gå tilbake og se på hva slags vurderinger og faktagrunnlag som lå til grunn for de anbefalingene som blir gitt i den endelige veiledertabellen.

Excel-arbeidsboka som skal brukes ved vurderingene har 8 ark:

- Førsteside
- Forventet nytte
- Kostnadseffektivitet
- Konklusjon om rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Alvorlighet-hastegrad, frist
- Individuelle forhold
- Veileder for tilstand
- Tallgradering

Arkene om **forventet nytte og kostnadseffektivitet** handler om vilkårene i prioriteringsforskriften som er avgjørende for om pasienter med den tilstanden som vurderes, anses å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Arket om **alvorlighet – hastegrad, frist** skal ligge til grunn for fristfastsettelse for tilstander som anses å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Hvert av disse arkene har tre områder som arbeidsgruppene skal redegjøre for:

- A. Beskrivelser i henhold til dimensjoner av vilkårene
- B. Gradering av vilkåret og begrunnelse for graderingen og eventuell uenighet.  
I *arket om alvorlighet-hastegrad, frist*, skal det også settes **frist** for når helsehjelp senest skal starte
- C. Dokumentasjon og referanser som støtter vurderinger og konklusjon

Arket «Individuelle forhold» skal ivareta hensynet til at hver pasient skal vurderes individuelt. Her skal en notere mulige individuelle forhold utover det som medgår i tilstandsbeskrivelsen, som er relevant i vurderingen av enkelthenvvisninger, og som kan føre til at konklusjonen av vurderingen av enkeltpasienter blir annerledes enn for tilstandsgruppen. Eksempler på individuelle forhold er komorbiditet, tidligere behandlingserfaringer, sosiale forhold.

**Det viktig at det skrives i de riktige feltene på hvert av arkene.** Grunnen er at det som blir skrevet i noen av feltene blir overført til andre ark i arbeidsboken. Dette letter arbeidet og reduserer skrivearbeidet i gruppene. **Det skal bare skrives i hvite celler/felter, dvs i celler/felter uten farge.**

**Det understrekes igjen at skjemaene er et verktøy for arbeidsgruppene for å kunne komme fram til en konklusjon. Skjemaet skal ikke brukes i praksis ved rettighets-tildeling.**

For hver tilstand som vurderes med skjemaet, hentes tomt skjema som så gis navn som tilstanden som vurderes.

Før det noteres noe i vurderingsskjemaet, må det «lagres som» med navnet på tilstanden.

Bilde 1 viser hvordan «Førstesida» ser ut. Nederst på sida ser dere arkfanene for vilkårene i prioriteringsforskriften, for samlet vurdering, for konklusjon om rett til nødvendig helsehjelp, for frist – alvorlighet – hastegrad, or individuelle forhold, for veileder for tilstand og for tallgradering. En ser altså hvordan arbeidsboka er organisert med ulike ark for de ulike områdene som skal vurderes.

## Bilde 1 Førsteside og arbeidsbokas oppbygging

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Fagområde/arbeidsgruppe:								
2									
3	Tilstandsgruppe/klinisk bilde:								
4	Om nødvendig kan det i feltet under skrives inn ytterligere beskrivelse av tilstandsgruppe, kommentarer eller forutsetninger som ligger til grunn for hva som er innebefattet i tilstandsgruppen:								
5									
6									
7	Vurder om tilstanden er avklart eller uavklart. Hvis tilstanden er avklart skriv ja i feltet under. Hvis tilstanden er uavklart, skriv nei i feltet under:								
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

### 4.5.2 Utfylling av Førsteside

Husk! Det skal bare skrives i hvite celler/felt, og i feltene rett under de fargede cellene i excel-skjemaet.

Husk å «lagre som» med navn på tilstanden som vurderes.

Skjemaet vil se forskjellig ut for avklarte og uavklarte tilstander.

**Gå nøye gjennom instruksjonen for utfyllingen.**

For avklarte tilstander vil Førstesida se ut som bilde 2. For uavklart tilstander ser Førstesida ut som bilde 3.

## Bilde 2 Førsteside, avklarte tilstander

A10		fx		
A				
1	<b>Fagområde/arbeidsgruppe:</b>			Skriv navnet på fagområdet for arbeidsgruppa
2				
3	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>			Skriv den av tilstandene fra tilstandslista som skal vurderes i det aktuelle skjemaet
4				
5	<b>Om nødvendig kan det i feltet under skrives inn ytterligere beskrivelse av tilstandsgruppe, kommentarer eller forutsetninger som ligger til grunn for hva som er innebefattet i tilstandsgruppen:</b>			
6				Gi en ytterligere beskrivelse av tilstanden dersom det er ønskelig eller nødvendig for å kunne vurdere forventet nytte og kostnads-effektivitet av helsehjelp
7	<b>Vurder om tilstanden er avklart eller uavklart. Hvis tilstanden er avklart skriv ja i feltet under. Hvis tilstanden er uavklart, skriv nei i feltet under:</b>			
8	ja			Vurder om tilstanden er avklart, i den forstand at en med stor sikkerhet vet hva som vil være helsehjelpstiltaket for tilstanden, eller om den er uavklart. Skriv Ja dersom tilstanden er avklart
9	<b>Noter hva som er relevant helsehjelp for tilstanden:</b>			
10				
11				
12				Skriv det som vil være helsehjelpen som gir helseeffekt for pasienter innenfor gruppen. Dette kan være spesielle kirurgiske inngrep, spesielle behandlingsprosedyrer og andre konkrete helsehjelpstiltak
13				
14				
15				
16				
17				

Bilde 3 Førsteside, uavklarte tilstanderv

A	
1	<b>Fagområde/arbeidsgruppe:</b>
2	
3	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>
4	
5	<b>Om nødvendig kan det i feltet under skrives inn ytterligere bes tilstandsgruppe, kommentarer eller forutsetninger som ligger t hva som er innebefattet i tilstandsgruppen:</b>
6	
7	<b>Vurder om tilstanden er avklart eller uavklart. Hvis tilstanden er avklart s feltet under. Hvis tilstanden er uavklart, skriv nei feltet under:</b>
8	nei
9	
10	
11	<b>Hva er den mest tidskritiske av de tilstandene som det er realistisk mi om? Skriv i feltet under:</b>
12	
13	<b>Noter hva gruppa mener er sannsynligheten for at pasienten vil h tidskritiske tilstanden:</b>
14	
15	<b>Noter hva som vil være helsehjelp for den mest tidskritiske tilsta det er realistisk mistanke om:</b>
16	
17	<b>Hvilke andre tilstander kan det kliniske bildet gi mistanke om?</b>
18	
19	

Vurder om tilstanden er avklart, i den forstand at en med stor sikkerhet vet hva som vil være helsehjelpstiltaket for tilstanden, eller om den er ukjent/ uavklart. Skriv **Nei** dersom tilstanden er ukjent/uavklart

Her skal en tenke slik en gjør når en får inn en henvisning hvor det er usikkert hva som feiler pasienten: En vurderer hva slags sykdom henvisningen gir grunn til å tro at pasienten kan ha, og en vurderer om det finnes helsehjelp for denne mulige tilstanden. Den alvorligste tilstanden som en har en realistisk mistanke om, ut fra beskrivelsen av tilstandsgruppen/det kliniske bildet, skal noteres

Her skal en gi et anslag i % for hva en tror er sannsynligheten/sjansen for at tilstanden kan være den som ble nevnt over. Det skal bare gis grove anslag. Anslagene skal ikke brukes videre i vurderingene, men gir informasjon om grunnlaget for vurderingene

Her skriver en inn det som vil være helsehjelpen for den alvorligste tilstanden som det er realistisk mistanke om. En skal skrive inn både utredning/diagnostiske tiltak og selve behandlingstiltaket i **grove trekk**. (Denne veilederen er ikke en retningslinje for riktig behandlingspraksis.)

Om ønskelig, kan en her skrive inn andre alvorlige sykdommer som det kliniske bildet kan gi mistanke om i tillegg til den som er den mest tidskritiske

### 4.5.3 Vilåret om forventet nytte

Her skal en vurdere forventet nytte av helsehjelpen for aktuelle tilstanden.

Dersom tilstanden er avklart, vurderes forventet effekt eller nytte av helsehjelpen for den avklarte tilstanden. Både tilstand og helsehjelp som skal vurderes er blitt automatisk overført fra Førstesida. Disse står under de rosa feltene til venstre i arket.

Dersom tilstanden er uavklart, er det effekten/forventet nytte av **helsehjelpen for den alvorligste tilstanden en har mistanke om**, som skal vurderes. Både den mistenkte alvorligste tilstanden og tilhørende helsehjelpen er blitt overført fra Førstesida og står i de rosa feltene til venstre i arket.

1A

Her skal forventet nytte av helsehjelp beskrives ved **prognosegevinst** relatert til prosentvis sjanse for absolutt økning i femårs overlevelse og ved livskvalitetsforbedring knyttet fysisk og psykisk funksjonsforbedring og ved smertelindring. Dersom det er relevant, skal arbeidsgruppa angi om helsehjelpen bidrar til at av ulike spesifiserte grunnleggende behov kan bli dekket.

**Arbeidsgruppa skal også notere om tilstanden forverres uten helsehjelp eller om behandlingsmuligheter forspilles hvis helsehjelp utsettes.**

1B

Her skal det gis en gradering av den beskrevne forventede nytten av helsehjelpen. Tallet for gradering skrives i det hvite feltet. Teksten for gradering kommer så automatisk i det gule feltet for valgt gradering. Uenighet skal noteres og den valgte graderingen skal begrunnes.

1C

Her skal en notere eventuell dokumentasjon og/eller referanser som støtter konklusjonen.

Bilde 4 viser arket for vurdering av vilkåret om forventet nytte.

## Bilde 4 Vilåret om forventet nytte

1	<b>1 Vilåret om forventet nytte</b>			
2	Tilstandsgruppe/klinisk bilde:			
3	0	0		
4	<b>1A Forventet nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for tilstanden</b>		<b>1B Gradering av forventet nytte av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten</b>	
5	Dimensjoner knyttet til vurderingen av forventet nytte av helsehjelpen	Beskriv dimensjonene knyttet til forventet nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for tilstanden:	Vurder beskrivelsen av alle dimensjonene under ett av forventet nytte. Helsehjelpen skal gis en av følgende graderinger: • 3. Helsehjelpen forventes å være nyttig • 2. Helsehjelpen forventes sannsynligvis å være nyttig • 1. Helsehjelpen forventes under tvil å være nyttig • 0. Helsehjelpen forventes ikke å være nyttig	
6	Det foreligger god dokumentasjon på at aktiv medisinsk behandling kan gi:		Angi graderingen av helsehjelpen ved tall som angitt over	
7	• Prognosegevinst: Gi anslag for prosentvis sjanse for absolutt økning i femårs overlevelse		Valgt gradering av forventet nytte av helsehjelp	Gradering i ord kommer automatisk her
8	• Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring: Angi i hvilken grad helsehjelpen gir hel eller delvis gjenoppretelse av tidligere helsetilstand.		Begrunn gradering og særlig hvis valgt gradering er 0: "Helsehjelpen forventes ikke å være nyttig". Noter eventuell uenighet	Her skrives begrunnelsen for graderingen av forventet nytte. Noter eventuell uenighet
9	• Smertelindring: Angi hvorvidt helsehjelpen gir smertelindring som er så god at det fører til bedret funksjonsnivå			
10	Hvis relevant: Angi om helsehjelpen sikrer dekning av grunnleggende behov, som tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning eller mulighet for ytre stimulering og sosial kontakt			Her skriver en inn eventuell dokumentasjon eller referanser
11	<b>1C Dokumentasjon/referanser</b>			
12	Forverring av tilstanden uten helsehjelp			
13	Forspilling av behandlingsmuligheter hvis helsehjelpen utsettes			
14				

### 4.5.4 Vilåret om kostnadseffektivitet

Her skal en vurdere kostnadene av helsehjelpen knyttet til **den effekten som er beskrevet på arket om forventet nytte**. Også her vil det framgå på rosa felt øverst på arket hva slags helsehjelp som skal vurderes og hvilken tilstand det gjelder: Avklart tilstand og helsehjelp står i rosa felt til venstre i arket, og usikker/uavklart i de rosa feltene til høyre.

#### 2A

Her skal det gis anslag for forventede kostnader i form av ressursbruk knyttet til den aktuelle helsehjelpen. For uavklart tilstand er dette kostnaden for behandling av den mest tidskritiske tilstanden, se rosa felt til høyre.

I motsetning til for vilåret for forventet nytte, gir prioriteringsforskriften ingen nærmere beskrivelse av hvordan kostnadseffektivitet skal forstås. Det skal derfor bare gis **skjønnsmessige** anslag av størrelsen på ulike ressurskomponenter som brukes i helsehjelpen, som liggetid, helserelatert personell, bruk av legemidler/



medikamenter, bruk av avansert medisinsk utstyr. Dette skjønnnet skal vurderes i forhold til medgåtte ressursen til en gjennomsnittspasient eller en «normalpasient» i den avdelingen hvor pasienten med den aktuelle tilstanden blir behandlet.

For uavklarte tilstander skal en under «avansert medisinsk utstyr» inkludere avansert medisinsk utstyr som brukes til utredning og diagnostikk. I vurderingen skal en ta i betraktning at dersom det er svært liten sannsynlighet for at det foreligger alvorlig tilstand, vil en legge beslag på mye medisinsk utstyr før en faktisk finner en alvorlig tilstand, og kostnadene knyttet til bruk av utstyret blir stor pr funnet alvorlig tilfelle.

Det skal også gis skjønnsmessig anslag på andre forventede ressurser knyttet til helsehjelp til den aktuelle tilstanden, eller ressurser som vil medgå dersom helsehjelp ikke gis.

**NB! Det skal IKKE gis kroneanslag, bare skjønnsmessige anslag som *for eksempel***

- svært store i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- store i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- om lag det sammen som for gjennomsnittspasienten ved relevant avdeling
- små i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling

Dersom det er helt umulig å knytte kostnadene til noen av de nevnte kostnads-komponentene, kan en gi et *samleanslag* for kostnadene og gi en av vurderingene:

- Svært høye i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- Høye i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- Omlag det samme som for en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- Lave i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling

## 2B

Her skal kostnadene sees i sammenheng med forventet nytte slik den ble beskrevet og vurdert i arket «Forventet nytte». Kostnadseffektiviteten (kostnader i forhold til effekt) skal så gis en gradering, og graderingen skal begrunnes. Tallet for valgt gradering skrives i det hvite feltet, så kommer teksten for graderingen automatisk i det gule feltet. Graderingsalternativene er de samme som for vilkåret om forventet nytte, og ett skal velges. Også her skal eventuell uenighet noteres.

## 2C

Her skal arbeidsgruppa angi hvorvidt og evt. hvor god dokumentasjonen om kostnadseffektivitet er for behandling av den aktuelle tilstanden.

Det finnes lite dokumentasjon om kostnadseffektivitet, men hvis det foreligger dokumentasjon, skal arbeidsgruppa spesielt angi hva som er effektmålet i de refererte arbeidene og hvilke kostnadskomponenter som er med.

Dersom gruppa ikke kjenner til dokumentasjon om kostnadseffektivitet, skriver en det.

Bilde 5 viser arket om vurdering av vilkåret for kostnadseffektivitet.

**Bilde 5** Vilkåret om kostnadseffektivitet

1	<b>2 Vilkåret om kostnadseffektivitet</b>			Her skrives det inn <b>tall</b> for valgt gradering av kostnadseffektivitet
2	Tilstand:			
3	0	0	0	
4	2A Forhold knyttet til vurdering av kostnadseffektivitet i spesialisthelsetjenesten		2B Gradering av helsehjelpens kostnadseffektivitet i spesialisthelsetjenesten	
5	Kostnader/ressursbruk til helsehjelpen	Gj en skjønnsmessig beskrivelse av størrelsen av ressursbruken. NB! Det skal <b>IKKE</b> gjøres <b>kronanslag</b> . (En skal sammenlikne med ressursinnsatsen for en gjennomsnittspasient på avdelingen innenfor fagfeltet.)	Kostnadene/ressursbruken som er nevnt i ark "Kostnadseffektivitet" skal vurderes mot effekten/forventet nytte av helsehjelpen slik den er beskrevet i ark "Forventet nytte". Kostnadseffektiviteten av helsehjelpen skal så gis en av følgende graderinger <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3. Helsehjelpen anses som kostnadseffektiv</li> <li>• 2. Det anses at helsehjelpen sannsynligvis er kostnadseffektiv</li> <li>• 1. Det anses at helsehjelpen under tvil er kostnadseffektiv</li> <li>• 0. Helsehjelpen anses som ikke kostnadseffektiv</li> </ul>	
6	Skjønnsmessige anslag av liggetid		Angi graderingen av kostnader i forhold til effekt. Bruk tall for gradering som vist over	
7	Skjønnsmessig anslag av bruk av helsepersonell		Valgt gradering av kostnadseffektivitet	Gradering i ord kommer automatisk her
8	Skjønnsmessig anslag av bruk av legemidler/medikamenter		Begrunn gradering og særlig hvis valgt gradering er 0: "Helsehjelpen anses som ikke kostnadseffektiv". Noter uenighet	
9	Skjønnsmessig anslag for bruk av avansert medisinsk utstyr			Her skrives begrunnelsen for graderingen av kostnadseffektivitet, og noterer eventuell uenighet
10	Skjønnsmessig anslag for bruk av helsepersonell etter endt behandling			
11	Skjønnsmessig anslag på andre ressurser knyttet til helsehjelp til denne tilstanden, eller som vil medgå dersom helsehjelp ikke gis			
12	Sammenliknet med gjennomsnittspasienten ved avdelingen, anses de samlede kostnadene ved denne helsehjelpen anses å være		2C Dokumentasjon/referanser	
13	- Svært høye - Høye - Om lag som gjennomsnittet - Lave			Her skriver en inn eventuell dokumentasjon eller referanser

### 4.5.5 Samlet vurdering og konklusjon om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

I arket «Konklusjon om rett til helsehjelp» skal arbeidsgruppa vurdere de valgte graderingene av vilkårene om forventet nytte og kostnadseffektivitet under ett. Graderingene av vilkårene blir automatisk overført til dette arket fra arkene der de er vurdert.

Siden begge vilkårene må være oppfylt for at det skal gis rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, vil det at ett av vilkårene graderes som «anses ikke å være nyttig/kostnadseffektiv» føre til konklusjonen blir at det ikke skal gis rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Når en har foretatt en samlet vurdering, skal en konkludere om det skal anbefales rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Dersom konklusjonen er at det skal anbefales rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skriver en «ja» i feltet. Dersom konklusjonen er at det ikke anbefales rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skrives det «nei» i feltet.

Eventuell uenighet skal noteres.

Eventuell uenighet i arbeidsgruppa skal noteres og beskrives.

Bilde 6 viser hvordan arket for Samlet vurdering ser ut.

**Bilde 6 Samlet vurdering. Konklusjon om rett til nødvendig helsehjelp**

	A	B	C	D
1	<b>3 Samlet vurdering. Konklusjon om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten</b>			
2	Tilstandsgruppe/klinisk bilde:			
3	0			
4		Forventet nytte.	Rimelighet i forholdet mellom nytte og kostnader	
5	Valgt gradering			Valgt gradering av forventet nytte og kostnadseffektivitet kommer automatisk inn her
6	<b>Konklusjon:</b>			
7	Pasientgruppen har sannsynligvis behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skriv "ja" eller "nei" i feltet		Begrunn dersom ett eller begge vilkårene er gitt laveste gradering (0). Noter eventuell uenighet	
8	Her skriver en «ja» dersom en mener at pasienter i tilstandsgruppen anbefales å få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvis ikke skrives «nei»		Dersom svaret er «ja» for rett til helsehjelp: Begrunn dersom ett eller begge vilkår har fått laveste gradering (0). Begrunn også dersom svaret er «nei» til rett til nødvendig helsehjelp. Noter eventuell uenighet	

#### 4.5.6 Fristfastsettelse – alvorlighet og hastegrad

Bilde 4 viser vurderingsskjemaet for alvorlighet og fristfastsettelse. Dette skal bare fylles ut for tilstander som anses å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Bilde 7 viser arket for vurdering av vilkåret av alvorlighet.

## Bilde 7 Fristfastsettelse for tilstander som anses å ha rett til nødvendig helsehjelp

	A	B	C	D
1	<b>4 Fristfastsettelse for tilstander som anses å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten</b>			
2	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>			
3	0			
4	<b>3A Beskrivelse av alvorlighet for tilstanden hvis helsehjelp i spesialisthelsetjenesten utsettes</b>		<b>3B Gradering av tilstandens alvorlighet</b>	
5	Dimensjoner knyttet til alvorlighet dersom den aktuelle helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten utsettes	Beskriv dimensjonene knyttet til alvorlighet for denne pasientgruppen hvis helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten utsettes:	Angi graderingen av tilstandens alvorlighet. Bruk tall for gradering som vist over:	Her skrives det inn <b>tall</b> for valgt gradering av alvorlighet
6	Prognosestap mht levetid: Angi anslag for dødelighet de første fem år uten behandling		Valgt gradering av alvorlighet av tilstand	Gradering i ord kommer automatisk her
7	Redusert livskvalitet i form av smerte eller lidelse som krever mer enn ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter		Begrunn gradering og særlig godt dersom valgt gradering er 0: "Tilstanden anses ikke å være alvorlig". Noter eventuell uenighet	Her skrives begrunnelsen for graderingen av alvorlighet. Noter evt. uenighet
8	Redusert livskvalitet i form problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak		<b>FRIST FOR START HELSEHJELP BASERT PÅ GRADERING AV ALVORLIGHET SAMT AV HASTEGRAD</b>	Her skriver en frist (i uker) for start helsehjelp
9	Redusert livskvalitet i form nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå i forhold til evne til å utføre daglige gjøremål		<b>3C Dokumentasjon/referanser</b>	Her skriver en inn eventuell dokumentasjon eller referanser
10				
11				
12				

### 3A

Her skal en beskrive alvorligheten av den aktuelle tilstanden.

Dersom tilstanden er avklart, er det den avklarte tilstanden som skal beskrives. Denne kommer automatisk opp under det rosa feltet der det står «Tilstandsgruppe/klinisk bilde».

Dersom tilstanden er uavklart, er det den **alvorligste tilstanden som det kliniske bildet kan gi en realistisk mistanke om** som skal beskrives. Denne kommer automatisk opp under det rosa feltet til høyre i bildet der det da vil stå «Alvorligste tilstand som det kliniske bildet gir mistanke om».

Hvilken tilstand som skal vurderes blir altså automatisk overført til denne sida.

Alvorligheten skal beskrives ved prognosestap mht til *levetid* dersom helsehjelpen utsettes, og til dimensjoner av *livskvalitet*: smerte og lidelse, vitale livsfunksjoner samt fysisk og psykisk funksjonsnivå. Dersom behandlingen ikke påvirker levetid, **skal** dette også skrives ned.

Arbeidsgruppa bør forsøke å lage så fullstendige beskrivelser av de ulike dimensjonene av livskvalitet slik at de er forståelige for en utenforstående leser. **Det er viktig at en har dannet seg et felles bilde av alvorligheten av tilstanden når en skal gradere alvorlighet, som skal gjøres i 3B.**

3B

Her skal det gis en gradering av alvorligheten av tilstanden som er beskrevet. Tallet for gradering skrives i det hvite feltet. Teksten for gradering kommer så automatisk i det gule feltet for valgt gradering. Uenighet skal noteres og den valgte graderingen skal begrunnes.

Så skal arbeidsgruppa angi lengste **medisinsk** forsvarlige ventetid (eller siste medisinske **frist** for når helsehjelpen bør finne sted), jf. kap 2.5. Fristen skal settes på grunnlag av gradering av alvorlighet og av hastegrad.

Frist for start helsehjelp skal angis i uker fra tidspunktet for når henvisningen til spesialisthelsetjenesten blir vurdert.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen settes ut fra en vurdering av hva som er den alvorligste sykdommer som det er en realistisk sannsynlighet for at kan bli avdekket, ved utredningen. Fristen skal settes slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp for den mest tidskritiske av de tilstandene som det er realistisk å ha mistanke om.

Fristen skal være **uavhengig** av behandlingsskapitet, og er altså en **medisinsk-faglig** siste frist.

Det er viktig at arbeidsgruppas eventuelle uenigheter noteres og beskrives.

3C

Her skal en skrive inn eventuell dokumentasjon og/eller referanser som støtter konklusjonen

#### 4.5.7 Individuelle forhold

Her skal arbeidsgruppa angi eventuelle sentrale individuelle forhold som kan påvirke vurderingen av enkeltpasienter utover det som vil være forventet for «gjennomsnittspasienten» eller «normalpasienten» med tilstanden. Dette kan være vurderingen av om pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke, eller om fristen skal være annerledes for enkeltpasienten enn for «gjennomsnittspasienten». Dette vises i bilde 8.

**Bilde 8 Individuelle forhold**

1	5 Individuelle forhold	
2	Tilstandsgruppe/klinisk bilde:	
3	0	0
4	Noter mulige individuelle forhold ved pasienten, utover det som medgår i tilstandsbeskrivelsen, som er relevant i vurderingen av henvisningen til enkeltpasienter, og som kan føre til at konklusjonen av vurderingen av den enkelte pasient blir annerledes enn for konklusjonen for tilstandsgruppen.	
5	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;">                     Her skrives individuelle forhold utover det som medgår i tilstandsbeskrivelsen som kan føre til at konklusjonen av vurderingene for enkeltpasienter bli annerledes enn konklusjonen for tilstandsgruppen                 </div>	

### 4.5.8 Veileder for tilstand

Det siste arket i arbeidsboka heter «Veileder for tilstand». Her skal det ikke skrives noe, men informasjon om hvilken tilstand som er vurdert, veiledende rettighetsstatus og frist samt de individuelle forholdene knyttet til hvert av vilkårene blir automatisk overført til dette skjemaet. Dette vises i bilde 9.

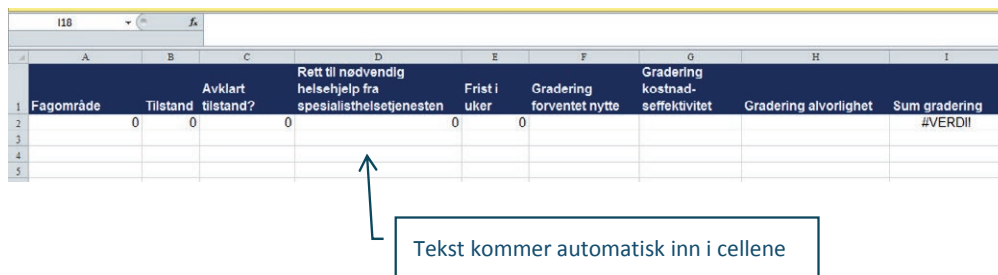
**Bilde 9 Veiledende anbefalinger**

2	Veiledende anbefaling om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, veiledende frist og individuelle forhold				
3	Tilstand	Helsehjelp for enkelt-pasienter i tilstandsgruppen	Veiledende anbefaling om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	Veiledende frist for start helsehjelp for pasient-gruppe/tilstand	Forhold ved enkeltpasienter som - hvis relevant - skal tas med ved den individuelle vurdering av om enkeltpasienter oppfyller vilkårene i prioriteringsforskriften
4	0	USANN	USANN	0	0
5	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     «0» og «USANN» kommer i cellene dersom det ikke er fylt ut i riktige celler i de respektive arkene                 </div>				
6	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     Tekst kommer automatisk inn i cellene                 </div>				

## 4.5.9 Tallgradering

Det siste arket i arbeidsboka heter tallgradering. Her skal det heller ikke skrives noe. Til dette arket blir det overført informasjon fra de andre arkene. Arket skal brukes i arbeidet med harmonisering av anbefalinger på tvers av fagområder. Dette arket vises i bilde 10.

**Bilde 10** Tallgradering



The image shows a screenshot of an Excel spreadsheet titled 'Tallgradering'. The spreadsheet has columns A through I and rows 1 through 5. The header row (row 1) contains the following text: 'Fagområde', 'Tilstand', 'Avklart tilstand?', 'Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten', 'Frist i uker', 'Gradering forventet nytte', 'Gradering kostnad-seffektivitet', 'Gradering alvorlighet', and 'Sum gradering'. The second row (row 2) contains the values '0', '0', '0', '0', '0', and '0' in columns B through G, respectively. The cell in column I, row 2, contains the text '#VERDI!'. A blue callout box with a white border and an arrow pointing to the empty cell in column D, row 3, contains the text 'Tekst kommer automatisk inn i cellene'.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Fagområde	Tilstand	Avklart tilstand?	Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	Frist i uker	Gradering forventet nytte	Gradering kostnad-seffektivitet	Gradering alvorlighet	Sum gradering
2		0	0	0	0	0			#VERDI!
3									
4									
5									

# 5 Revidert utseende på vurderingsskjemaet

Ved bearbeidningen av de nye anbefalingene ble utseendet på vurderingsskjemaene endret. Det substansielle innholdet er ikke endret. Eksemplet som vises er tatt for anorectale lidelser i fagområdet barnekirurgi. Førstesida, som betegnes tilstandsveileder, inneholder anbefalingene om rett og frist samt individuelle forhold som kan endre rett og frist for enkeltpasienter med gjeldende tilstand.

Helsedirektoratet

## Tilstandsveileder

<b>Fagområde</b>	Barnekirurgi
<b>Tilstand</b>	Anorectale lidelser/obstipasjon/analfissur/rectalprolaps i fremre anus
Eventuelt utdypende forklaring på tilstand	Tilstandsgruppen inneholder tilstander med svært ulik alvorlighet og ulik grad av nytte av kirurgisk behandling. For eksempel vil obstipasjon ha liten nytte, mens anorectalmisdannelse vanligvis har stor nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
Er tilstanden avklart eller uavklart	Uavklart
Veiledende rettighet i spesialisthelsetjenesten	Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Utredning
Maksimumsfrist for start helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, oppgitt i antall uker	12
Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter	<ul style="list-style-type: none"><li>• graden av obstipasjon og/eller inkontinens</li><li>• pasientens alder</li><li>• smerter</li><li>• relaterte organlidelser eller infeksjoner</li><li>• eventuelle tilleggslidelser</li></ul>
<b>Begrunnelse for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b>	
Gradering av forventet nytte	Helsehjelpen anses å være nyttig
Gradering av kostnadseffektivitet	Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv
<b>Begrunnelser for maksimumsfrist for start av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b>	
Gradering av alvorlighet	Tilstanden anses ikke å være alvorlig
Eventuelle kommentarer	
Skjema kontrollert av	

Klar

Tilstandsveileder / 1. Uavklart tilstand / 2. Nytt / 3. Kostnadseffektivitet / 4. Alvorlighet

Dersom tilstanden er *uavklart*, gis det ytterligere informasjon. Dette fylles, naturligvis, ikke ut ved avklart tilstand.



## 1. Vurdering av uavklart tilstand

Fagområde	Barnekirurgi
Tilstand	Anorectale lidelser/obstipasjon/analfissur/rectalprolaps i fremre anus
<b>1A Vurdering av uavklart tilstand</b>	
Den mest tidskritiske tilstanden som det er realistisk mistanke om	anorectal misdannelse
Sannsynligheten for at pasienten vil ha den mest tidskritiske tilstanden	svært liten sannsynlighet for tidskritisk tilstand
Helsehjelpen for den mest tidskritiske tilstanden som det er realistisk mistanke om	ikke relevant
Andre tilstander som det kliniske bildet kan gi mistanke om	

## 2. Vilkårer om forventet nytte

Fagområde	Barnekirurgi
Tilstand	Anorectale lidelser/obstipasjon/analfissur/rectalprolaps i fremre anus
<b>2A Forventet nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for tilstanden</b>	
Dimensjoner knyttet til vurderingen av forventet nytte av helsehjelpen. Det foreligger god dokumentasjon på at aktiv medisinsk behandling kan gi:	Beskriv dimensjonene knyttet til forventet nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
Prognosegevinst: Anslag for prosentvis sjanse for absolutt økning i femårs overlevelse	Ikke aktuelt for denne problemstillingen
Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring: I hvilken grad helsehjelpen gir hel eller delvis gjenoppretting av tidligere helsetilstand	I enkelte tilfeller betydelig bedring av helsetilstanden.
Smertelindring: Hvorvidt helsehjelpen gir smertelindring som er så god at det fører til bedret funksjonsnivå	I enkelte tilfeller kan helsehjelpen / kirurgien gi betydelig smertelindring.
Hvis relevant: I hvilken grad helsehjelpen sikrer dekning av grunnleggende behov, som tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning eller mulighet for ytre stimulering og sosial kontakt	Ja, kan gjenopprette de naturlige funksjoner og sosial kontakt.
Forverring av tilstanden uten helsehjelp	Ja.
Forspilling av behandlingsmuligheter hvis helsehjelpen utsettes	muligens i enkelte tilfeller.
<b>2B Gradering av forventet nytte av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten</b>	
Gradering av forventet nytte	Helsehjelpen anses å være nyttig
Begrunnelse for gradering, særlig hvis valgt gradering er 0: "Helsehjelpen forventes ikke å være nyttig". Noter eventuell uenighet	Ingen Ingen
<b>2C Gi begrunnelse av graderingen i forhold til dokumentasjon</b>	
Dokumentasjon med referanser	Lærebok: Donnellan WL: Abdominal Surgery of infancy an Childhood

### 3. Vilåret om kostnadseffektivitet

<b>Fagområde</b>	Barnekirurgi
<b>Tilstand</b>	Anorectale lidelser/obstipasjon/analfissur/rectalprolaps i fremre anus
<b>3A Forhold knyttet til vurdering av kostnader til helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten</b>	
Kostnader/ressursbruk til helsehjelpen	Gi en skjønnsmessig beskrivelse av størrelsen av ressursbruken. NB! Det skal IKKE gjøres kroneanslag (sammenlign med ressursinnsatsen for en gjennomsnittspasient på avdelingen innenfor fagfeltet).
Skjønnsmessige anslag av liggetid	0 - 10
Skjønnsmessig anslag av bruk av behandlingsrelatert personell	Mindre enn normalt
Skjønnsmessig anslag av bruk av legemidler/medikamenter	lite
Skjønnsmessig anslag for bruk av avansert medisinsk utstyr	lite til svært mye ved alvorlige tilfelle av anorectale misdannelser
Skjønnsmessig anslag for bruk av behandlingsrelatert personell etter endt behandling	Lite
Skjønnsmessig anslag på andre ressurser knyttet til helsehjelp til denne tilstanden, eller som vil med gå dersom helsehjelp ikke gis	Lite
Sammenliknet med gjennomsnittspasienten ved avdelingen, anses de samlede kostnadene ved denne helsehjelpen å være svært høye, høye, om lag som gjennomsnittet eller lave?	Lave
<b>3B Gradering av helsehjelpens kostnadseffektivitet i spesialisthelsetjenesten</b>	
Gradering av kostnader i forhold til effekt	Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv
Begrunnelse for gradering, særlig hvis valgt gradering er 0: "Helsehjelpen anses som ikke kostnadseffektiv". Noter uenighet	Skjønnsmessig vurdert: små ressurser og god nytte. Ingen
<b>3C Gi begrunnelse av graderingen i forhold til dokumentasjon</b>	
Dokumentasjon, med referanser	Prosser LA, Hammitt JK, Keren R. Center for Child Health Care Studies, Department of Ambulatory Care and Prevention, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care, Boston, Massachusetts 02215, USA. lprosser@hms.harvard.edu

Graden av *alvorlighet* vurderes ved fistfastsettelse.

#### 4. Frist for start helsehjelp for tilstander som anses å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

<b>Fagområde</b>	Barnekirurgi
<b>Tilstand</b>	Anorectale lidelser/obstipasjon/analfissur/rectalprolaps i fremre anus
<b>4A Beskrivelse av alvorlighet for tilstanden hvis helsehjelp i spesialisthelsetjenesten utsettes</b>	
Dimensjoner knyttet til alvorlighet dersom den aktuelle helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten utsettes	Beskriv dimensjonene knyttet til alvorlighet for denne pasientgruppen hvis helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten utsettes
Prognoseetap mht levetid: Angi anslag for dødelighet de første fem år uten behandling	Ikke aktuelt
Redusert livskvalitet i form av smerte eller lidelse som krever mer enn ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter	Nei
Redusert livskvalitet i form av problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak	ja, kan være aktuelt
Redusert livskvalitet i form av nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå i forhold til evne til å utføre daglige gjøremål	ja, kan være aktuelt
<b>4B Gradering av tilstandens alvorlighet</b>	
Gradering av alvorlighet	Tilstanden anses ikke å være alvorlig
Begrunnelse for gradering, særlig hvis valgt gradering er 0: "Tilstanden anses ikke å være alvorlig". Noter eventuell uenighet.	Ingen innad i gruppen Nei
Frist i uker for start helsehjelp basert på gradering av alvorlighet samt av hastegrad	12
<b>4C Gi begrunnelse av graderingen i forhold til dokumentasjon</b>	
Dokumentasjon, med referanser	Lærebok: Donnellan WL: Abdominal Surgery of infancy an Childhood



# Arbeidsprosedyre for harmonisering (Prio2)

Informasjon om bakgrunn, deltakernes  
forarbeid samt metode ved harmonisering

Hver deltaker fikk på forhånd tilsent oversikt over hva som skulle  
vurderes

# Innhold

<b>Arbeidsprosedyre for harmonisering (Prio2)</b>	<b>52</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>54</b>
<b>2 Gruppesammensetning ved harmonisering av rett og frist</b>	<b>55</b>
2.1 Medlemmer i vurderingsgruppene	55
2.2 Fagområder som vurderes i hver av gruppene	55
<b>3 Grense for rett eller ikke rett til spesialisthelsetjenester</b>	<b>57</b>
<b>4 Frist for start helsehjelp</b>	<b>58</b>
4.1 Inndeling i fristintervaller	58
<b>5 Arbeidsprosedyre for gruppearbeid</b>	<b>59</b>
<b>6 Forarbeid av deltakerne i harmoniseringsarbeidet</b>	<b>60</b>
6.1 Harmonisering av rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	60
6.1.1 Innledning	60
6.1.2 Harmonisering av rett eller ikke rett	61
6.2 Harmonisering av frist for start helsehjelp	62
6.2.1 Innledning	62
6.2.2 Harmonisering av frist for overlappende tilstander	63
6.2.3 Harmonisering av frist	64
<b>7 Diskusjon i vurderingsgruppa 26. november</b>	<b>66</b>
<b>8 Sammenlikning av resultatet av diskusjonene i vurderingsgruppene</b>	<b>67</b>
<b>Vedlegg 1: Instruks for deltakernes forarbeid i tabellform</b>	<b>68</b>
Harmonisering av rettighetsstatus	68
Harmonisering av frister for tilstander som forekommer i flere fagområder (overlappende tilstander)	69
Harmonisering av frist for start helsehjelp	70
<b>Vedlegg 2: Gradering av prioriteringsvilkår og dimensjoner av prioriteringsvilkår</b>	<b>71</b>
Forventet nytte	71
Kostnadseffektivitet	72
Alvorlighet	72

# 1 Innledning

Forslag til anbefalinger fra 33 fagområder om rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og frist for start helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal vurderes mot hverandre for å se om det er rimelighet i anbefalingene når en ser alle fagområder under ett.

Det er ingen absolutt sannhet eller fasit for hva som er riktige anbefalinger for rett og frist<sup>11</sup> for ulike tilstander i prioriteringsveilederne. Det er likevel et mål å redusere vilkårligheten i anbefalingene. Vurderingsskjemaet som er brukt ved vurdering av hver enkelt tilstand, har til hensikt å bidra til dette. Vurderingsskjemaet skal sikre at alle tilstander blir beskrevet og vurdert i lys av samme dimensjoner av forventet nytte, kostnadseffektivitet og alvorlighet. Beskrivelsene og vurderingene som er notert i skjemaene, legger premissene for konklusjonene om rett og frist. Ulike fagområder kan imidlertid ha lagt seg på ulike nivåer i sine anbefalinger: F.eks. kan noen fagområder jevnt over sette kortere frister enn et annet fagområde for tilstander med tilnærmet lik alvorlighet. Og enkelte fagområder kan ha laget en lavere terskel for forventet nytte og kostnadseffektivitet for å komme inn i spesialisthelsetjenesten.

Harmoniseringsarbeidet skal bidra til at nivåene for rett og frist er noenlunde rimelige og konsistente med vurderingen av prioriteringsvilkårene når vi ser alle fagområder under ett. Den skal også bidra til at tilstander som kan være representert i forskjellige fagområder, som f.eks. kreft, er vurdert på samme måte og har frister som er harmoniserte på tvers av fagområdene.

Sekretariatet har markert med farge de tilstandene som de mener at bør diskuteres særskilt (se dokumentet Harmoniseringsskjema.) Det betyr ikke at anbefalingene som er markert nødvendigvis er gale, men at konklusjonen kan se ut til ikke å være i harmoni med graderingen. **Fargemarkeringene er ment som hjelp til å strukturere diskusjonen, og er ikke en «retting» av det faggruppa har kommet fram til.** Sekretariatet har ikke vurdert om gradering og frist er rimelig for den aktuelle tilstanden som er vurdert. Det skal derimot deltakerne i harmoniseringsarbeidet gjøre: Vurder tilstanden mot gradering av prioriteringsvilkår og konklusjonen om rett eller frist.

---

11 Når det i det følgende skrives «anbefaling om rett», menes det «anbefaling om rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten», og når det skrives «frist», menes «frist for start helsehjelp i spesialisthelsetjenesten»

## 2 Gruppesammensetning ved harmonisering av rett og frist

Arbeidet skal foregå i grupper som går gjennom anbefalingene om rett og frist på en systematisk måte.

### 2.1 Medlemmer i vurderingsgruppene

Gruppelederne fra hvert fagområde er invitert til arbeidet med harmonisering av anbefalingene i prioriteringsveilederne. Hvis noen av gruppelederne ikke kan møte, stiller annen representant fra aktuell faggruppe. I tillegg skal det være en brukerrepresentant og en fastlege i hver av gruppene. Hver vurderingsgruppe skal ha en prosessleder og en sekretær, og evt. en ressursperson fra prosjektet.

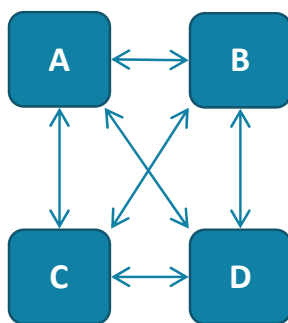
### 2.2 Fagområder som vurderes i hver av gruppene

Hver vurderingsgruppe skal vurdere de 8 fagområdene som er representert med gruppeleder + 8 andre fagområder, som følgelig *ikke* er representert med gruppeleder. (Barnesykdommer ble ikke ferdig til denne harmoniseringsøkten.)

Fagområdene er fordelt på fire fagområdegrupper: A, B, C og D:

A	B	C	D
Sykelig overvekt	Plastikk-kirurgi	Nevrokirurgi	Øre-nese-hals
Kardiologi	Hud og veneriske sykdommer	Thoraxkirurgi	Endokrinologi
Øyesykdommer	TSB	Blodsykdommer	Fordøyelses-sykdommer
Geriatrici	Gastrokirurgi	Urologi	Smertetilstander
Kjevekirurgi	Onkologi	Habilitering av voksne	Barnekirurgi
Psykisk helsevern for voksne	Fysikalsk medisin og rehabilitering	Psykisk helsevern for barn og unge	Kvinnesykdommer
Ortopedisk kirurgi	Nevrologi	Revmatologi	Habilitering av barn og unge
Lungemedisin	Nyresykdommer	Infeksjonssykdommer	Karkirurgi

Når fagområdene blir delt inn i 4, er det 6 forskjellige fagområdepar: AB, AC, AD, BC, BD, CD:



I første omgang kan vi bare vurdere og sammenlikne 4 fagområdepar. De parene som ikke er vurdert, kan eventuelt bli vurdert i en ny vurderingsomgang.

Vi har valgt en «sirkulær» måte å sammenlikne fagområdene på fordi det gir mer spredning i vurderingene enn om vi hadde vurdert parvis to og to.

Vurderingsgruppe	Egne fagområder, antall tilstander	Andres fagområder, antall tilstander	Tilstander til sammen i vurderingsgruppe
<b>Rød (A+B)</b>	A: 111	B: 127	238
<b>Blå (B+C)</b>	B: 127	C: 123	250
<b>Gul (C+D)</b>	C: 123	D: 109	232
<b>Grønn (D+A)</b>	D: 109	A: 111	220

Fagområdene i hver av gruppene er forsøkt satt sammen slik at de både representerer spredning og likhet, samtidig som antallet tilstander som skal vurderes i hver av gruppene er om lag det samme. Dessuten har vi forsøkt å få til at det er om lag samme antall tilstander som særskilt skal drøftes i hver av vurderingsgruppene.



# 3 Grense for rett eller ikke rett til spesialisthelsetjenester

Anbefalingen om rett eller ikke rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal fattes etter vurdering av forventet nytte og kostnadseffektivitet. Begge disse to vilkårene er blitt gradert med 4 alternativer: Helsehjelpen er

- nyttig/kostnadseffektiv (tallnotasjon 3)
- sannsynligvis nyttig/kostnadseffektiv (tallnotasjon 2)
- under tvil nyttig/kostnadseffektiv (tallnotasjon 1)
- ikke nyttig/kostnadseffektiv (tallnotasjon 0)

Prioriteringsforskriften som gjaldt da prioriteringsveilederne ble utviklet i 2006–2008, krevde at alle vilkår måtte være oppfylt for å få rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom ett av prioriteringsvilkårene ble gradert til 0, skulle de ikke ha rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp.

I utkast til ny prioriteringsforskrift er det vilkårene om forventet nytte og kostnadseffektivitet som avgjør om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke. Nasjonal prosjekt- og ekspertgruppe har diskutert om det samme prinsippet skal gjelde nå som det bare er to vilkår som må være oppfylt for å få rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er enighet om at det skal gjelde, dvs. at **dersom ett av de to inngangsvilkårene (forventet nytte og kostnadseffektivitet) har gradering 0, skal anbefalingen være at det ikke anbefales helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.** I tråd med dette, er det slik at dersom begge inngangsvilkår er gradert større enn null, skal de gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

# 4 Frist for start helsehjelp

Dersom inngangsvilkårene er oppfylt (både forventet nytte og kostnadseffektivitet er gitt gradering 1 eller høyere) skal det settes en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Frist for start helsehjelp skal i følge utkast til ny prioriteringsforskrift settes på bakgrunn av alvorlighet og hastegrad. Alle tilstander er blitt gradert mht. alvorlighet (tilstanden er alvorlig (tallnotasjon 3), tilstanden er sannsynligvis alvorlig (tallnotasjon 2), tilstanden er under tvil alvorlig (tallnotasjon 1) og tilstanden er ikke alvorlig (tallnotasjon 0)).

Men det er ikke nødvendigvis alltid slik at høy gradering av alvorlighet skal gi kort frist. Det kan være alvorlige tilstander som godt kan vente, og det kan være ikke så alvorlige tilstander som bør behandles raskt. Å bruke alvorlighetsgradering alene for å anbefale frist, kan derfor bli galt. En måte å komme unna dette problemet, kan være å ta utgangspunkt i ulike fristintervaller som gir uttrykk for hastegrad.

## 4.1 Inndeling i fristintervaller

Prioriteringsveilederne gjelder for elektiv helsehjelp. Tilstandene som er omfattet er derfor slike som ikke trenger øyeblikkelig hjelp.

Det er ingen helt klar grense for når ventetiden blir medisinsk uforsvarlig. Dette reflekteres i fristene som arbeidsgruppene har satt: Fristene klumper seg i tre-månedersintervaller:

- 1–4 uker
- 12 uker
- 26 uker (et halvt år)
- 52 uker

Når en skal harmonisere fristene, kan det være til hjelp å diskutere fristintervaller i tillegg til at en må se hen til graderingen av alvorlighet. Å dele inn i ulike intervaller kan bidra til at vi slipper ufruktbare diskusjoner om hva som *egentlig* er alvorlig og om graderingen av alvorlighet og frist er strengt korrelert. Hvis fristen for start helsehjelp for tilstanden tilordnes et fristintervall, kan en også lettere diskutere rimeligheten i fristen.

Vi har delt fristene inn i fem intervaller:

- 1–5 uker
- 6–13 uker
- 14–26 uker
- 27–52 uker
- 53+ uker

Fristene som arbeidsgruppene har foreslått, plasseres følgelig i et intervall ut fra denne inndelingen.

# 5 Arbeidsprosedyre for gruppearbeid

Det kan være vanskelig å oppnå enighet om anbefalinger på tvers av fagområdene. Vi legger derfor opp til en arbeidsprosedyre der vi «samlar opp» uenigheter og eventuelt diskuterer i flere omganger.

Det viktigste spørsmålet å besvare er hvorvidt en tilstand på gruppenivå skal gis rett eller ikke til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er dette som kan utløse de største diskusjonene når prioriteringsveilederne er publisert. Det er derfor nødvendig at dette drøftes grundig.

Derneft er det viktig at tilnærmet like tilstander som kan forekomme innenfor flere fagområder, får anbefaling om rett og frist som er i harmoni med hverandre (f.eks. krefttilstander).

Arbeidsgruppene har gradert alle tre prioriteringsvilkår. Gradering av forventet nytte og kostnadseffektivitet er avgjørende for om det skal gis rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke. De er altså inngangsvilkår til spesialisthelsetjenesten. Dersom det gis rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, er det gradering av alvorlighet som skal ligge til grunn for fastsettelse av frist. Gradering av alvorlighet er følgelig et fristvilkår. Det bør være en rimelig grad av konsistens mellom valgt gradering av inngangsvilkår og anbefaling om rett eller ikke, og det bør være konsistens mellom vilkår for frist og anbefaling om frist, med mindre det er gode grunner til noe annet. Dette markeres i så fall av sekretær og prosessleder i gruppearbeidet.

Deltakerne i harmoniseringsarbeidet har fått tilsendt oversikter over rettighetsanbefalinger og frister på forhånd. Sekretariatet har sortert og markert tilstander som det er viktigst at blir diskutert. **Det forutsettes og er nødvendig at deltakerne har gått gjennom tilsendt materiale før samlingen.**

# 6 Forarbeid av deltakerne i harmoniseringsarbeidet

## 6.1 Harmonisering av rett eller ikke rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

### 6.1.1 Innledning

Hver deltaker i harmoniseringsarbeidet har fått tilsendt dokumentet Harmoniserings skjema. I kapittel 1 *Harmonisering av rett – ikke rett* er tilstandene de skal vurdere sortert etter styrken av gradering av forventet nytte og kostnadseffektivitet. Tilstander der minst en av graderingene er 0, skal i prinsippet ikke ha rett. Disse tilstandene er ikke markert med farge fordi konklusjon er i tråd med dette prinsippet.

Sekretariatet har markert med rød farge tilstander med høy gradering av forventet nytte og kostnadseffektivitet og som ikke er gitt rett. Diskusjonen av slike tilstander er viktig fordi graderingen skulle tilsi at det bør gis rett. Det kan godt være at konklusjonen om ikke rett er riktig, men i så fall bør graderingen endres. Dersom disse tilstandene heller skal ha rett, må konklusjonen om anbefaling av rett endres.

Sekretariatet har marker med rosa farge andre tilstander der graderingen av vilkårene er større enn null. Tilsvarende som de «røde tilstandene», bør anbefalingen om ikke rett for disse tilstandene diskuteres.

Sekretariatet markert «gråsoner-tilstander» med grått. Det er tilstander med svært lav gradering av forventet nytte og kostnadseffektivitet, som er gitt rett. Det bør vurderes om disse anbefalingene er rimelige sett i lys av tilstander som ikke er gitt rett.

En del tilstander i de innsendte veilederne har deltilstander/undertilstander og ulike frister som er beskrevet i samme vurderingsskjema. Disse deltilstandene/undertilstandene burde kanskje ha hatt annen gradering av inngangsvilkår enn «hovedtilstanden» som er gradert. I oversiktene som deltakerne har fått tilsendt, er deltilstander/undertilstander gitt samme gradering som «hovedtilstanden». Dette kan ha som resultat at gradering ser urimelig ut, og derfor har fått fargemarkering i harmoniseringsverktøyet som er tilsendt. Vi har laget egne tilstander for under/deltilstander for å kunne harmonisere. **Tilstander som har- og er under/deltilstander er markert med bokstaven d i kolonne «Deltilstand».**

Deltakerne i harmoniseringsarbeidet skal ikke endre gradering av prioriteringsvilkår, men skal helst bli enige om konklusjon om rett/ikke rett. Dersom gradering må revurderes, skal det gjøres i faggruppa der den aktuelle tilstanden hører hjemme, etter samlingen 26. november.

## 6.1.2 Harmonisering av rett eller ikke rett

Ta fram dokument Harmoniseringsskjema, *kapittel 1 Harmonisering rett-ikke rett*.

(Instruksjon for gjennomgang er også beskrevet i tabellform i vedlegg 1 på sidene 68 til 70.)

1. Se på tilstander som er markert med **rød** farge (tilstander der anbefalt rettighet er nei, ingen av inngangsvilkårene er 0, og det er høy gradering av forventet nytte og kostnadseffektivitet):

- Hvis du er enig i at det ikke skal gis rett?

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig og mener at det skal gis rett:

- Skriv ÷ i første grønne kolonne
- Skriv Ja i andre grønne kolonne

- Hvis du er usikker

- Skriv ? i første grønne kolonne

2. Se på tilstander som er markert med **rosa** farge (tilstander der anbefalt rettighet er nei, ingen av inngangsvilkårene er 0, og gradering er nokså høy):

- Hvis du er enig i at det ikke skal gis rett?

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig og mener at det skal gis rett:

- Skriv ÷ i første grønne kolonne
- Skriv Ja i andre grønne kolonne

- Hvis du er usikker

- Skriv ? i første grønne kolonne

3. Se på tilstander som **ikke er markert med farge** (tilstander der minst ett av vilkårene er gradert til 0):

- Hvis du er enig i at det ikke skal gis rett?

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig og mener at det skal gis rett:

- Skriv ÷ i første grønne kolonne

- Skriv **Ja** i andre grønne kolonne
  - Hvis du er usikker
    - Skriv ? i første grønne kolonne
4. Se på tilstander som er markert med **grå farge** (tilstander der inngangsvilkårene gradert til 1 (under tvil nyttig og under tvil kostnadseffektivt). Vurder tilstandene som har ikke fått rett og fått rett mot hverandre
- Hvis du er enig i konklusjonen i skjema?
    - Skriv + i første grønne kolonne
  - Hvis du er uenig og mener at det ikke skal gis rett:
    - Skriv ÷ i første grønne kolonne
    - Skriv **Ja** i andre grønne kolonne
  - Hvis du er usikker
    - Skriv ? i første grønne kolonne
5. Se til slutt på lista over tilstander som er **gitt rett, og ikke markert med farge**. Ikke bruk mye tid på disse, her er det neppe tvil om at det skal gis rett.
- Hvis du er uenig og mener at det ikke skal gis rett:
    - Skriv ÷ i første grønne kolonne
  - Hvis du er usikker
    - Skriv ? i første grønne kolonne

## 6.2 Harmonisering av frist for start helsehjelp

### 6.2.1 Innledning

I kapittel 2 og 3 i dokumentet Harmoniseringsverktøy er det en liste over tilstander som er sortert etter frist (og følgelig også fristintervaller) og gradering av alvorlighetsvilkåret. Sekretariatet har på forhånd markert tilstander som bør diskuteres spesielt. Det er tilstander med høy alvorlighet og lang frist, og tilstander med lav alvorlighet og kort frist. Dette kan være riktig, men det må likevel sees spesielt på siden det kan se ut som om det ikke er konsistens mellom premisser (gradering) og konklusjon (frist). Også her er noen tilstander markert med rødt og noen med rosa. De røde tilstandene bør først og fremst diskuteres. Deretter diskuteres de som er markert med rosa farge.

Sekretariatet markert «gråsoner-tilstander» med grått. Det er slike som ligger i grenselandet for fristintervaller, og der graderingen kan tilsa at de kanskje skal ligge i et tilstøtende fristintervall.

En del tilstander i de innsendte veilederne har deltilstander/undertilstander og ulike frister som er beskrevet i samme vurderingsskjema. Disse deltilstandene/undertilstandene kan ha annen grad av alvorlighet enn «hovedtilstanden» som er gradert. I oversiktene som deltakerne har fått tilsendt, er deltilstander/undertilstander gitt samme gradering som «hovedtilstanden». Dette kan ha som resultat at gradering og frist ser urimelig ut, og derfor har fått fargemarkering i harmoniseringsverktøyet som er tilsendt. Vi har laget egne tilstander for under/deltilstander for å kunne harmonisere. **Tilstander som har- og er under/deltilstander er markert med bokstaven d i kolonne «Deltilstand».**

Det understrekes at fargemarkeringen er ment som hjelp til å strukturere debatten, og er ikke en «retting» av noe som nødvendigvis er galt. Sekretariatet har ikke vurdert selve tilstandene som er gradert, kun sett på forholdet mellom premiss (= gradering) og konklusjon (=anbefaling om frist). Deltakerne i harmoniseringsarbeidet skal vurdere tilstandene og diskutere om gradering og konklusjon er rimelige når en ser alle fagområder under ett.

I tabellruter som er markert med gult, mangler vi informasjon.

Deltakerne i harmoniseringsarbeidet skal ikke endre gradering av prioriteringsvilkår, men skal helst bli enige om konklusjon om frist. Dersom gradering må evurderes, skal det gjøres i faggruppa der den aktuelle tilstanden hører hjemme, etter samlingen 26. november.

## 6.2.2 Harmonisering av frist for overlappende tilstander

Se i dokument Harmoniseringsskjema, *kapittel 2 Harmonisering overlappende tilstander*.

(Instruksjon for gjennomgang er også beskrevet i tabellform i vedlegg 1 på sidene 68 til 70.)

- Hvis du er enig i frist?
  - Skriv + i første grønne kolonne
- Hvis du er uenig i frist:
  - Skriv ÷ i førstes grønne kolonne
  - Skriv evt. ny frist i andre grønne kolonne
- Hvis du er usikker
  - Skriv ? i førstes grønne kolonne

(På samlingen 26. november vil sekretær noterer dersom vurderingsgruppa mener at gradering bør revurderes.)

## 6.2.3 Harmonisering av frist

Se i dokument Harmoniseringsskjema, *kapittel 3 Harmonisering overlappende tilstander*.

Diskusjonsrekkefølgen som er beskrevet under gjentas for hvert fristintervall.

(Instruksjon for gjennomgang er også beskrevet i tabellform i vedlegg 1 på sidene 68 til 70.)

1. Se på tilstander med **rød** farge, og sammenhold frist/fristintervall og gradering av alvorlighet

- Hvis du er enig i fristintervall/frist:

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig i fristintervall/frist:

- Marker med ÷ i første grønne kolonne
- Skriv evt. nytt fristintervall og evt. ny frist i andre grønne kolonne

- Hvis du er usikker

- Skriv ? i første grønne kolonne

2. Se på tilstander med **rosa** farge

- Hvis du er enig i fristintervall/frist:

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig i fristintervall/frist:

- Marker med ÷ i første grønne kolonne
- Skriv evt. nytt fristintervall og evt. ny frist i andre grønne kolonne

- Hvis du er usikker

- Skriv ? i første grønne kolonne

3. Se på tilstander som er markert med **grått**

- Hvis du er enig i fristintervall/frist:

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig i fristintervall/frist:

- Marker med ÷ i første grønne kolonne
- Skriv evt. nytt fristintervall og evt. ny frist i andre grønne kolonne

- Hvis du er usikker

- Skriv ? i første grønne kolonne



4. Se på tilstander som **ikke** er markert med farge. Disse gås raskt gjennom.

- Hvis du er enig i fristintervall/frist:

- Skriv + i første grønne kolonne

- Hvis du er uenig i fristintervall/frist:

- Marker med ÷ i første grønne kolonne
- Skriv evt. nytt fristintervall og evt. ny frist i andre grønne kolonne

- Hvis du er usikker

- Skriv ? i første grønne kolonne

# 7 Diskusjon i vurderingsgrupper 26. november

På samlingen 26. november tar deltakerne sine forhåndsvurderinger med seg inn i diskusjonen i vurderingsgrupper de er plassert i.

Diskusjonen ledes av en prosessleder, mens en sekretær noterer eventuelle endringer i konklusjoner, at graderinger må revurderes eller andre merknader vurderingsgrupper eventuelt måtte ha.

Rekkefølgen på diskusjonen i vurderingsgrupper blir tilsvarende den som beskrevet over.

Det kan være tilstander/graderinger/frister som ikke er markert av sekretariatet og som deltakerne i harmoniseringsarbeidet mener bør diskuteres. Det er det selvfølgelig full mulighet til. Saker om lovtolkninger etc. skal ikke diskuteres i grupper, men tas evt i plenum.

Dersom deltakerne i vurderingsgrupper ser at det er tilstander eller problemer som bør diskuteres i plenum, noteres dette av prosessleder og sekretær og tas med i plenumsdiskusjon.

Dersom det ikke oppnås enighet i vurderingsgrupper om konklusjonen for en tilstand etter innen rimelig tid, noterer sekretæren dette. Dersom det blir tid til overs etter at er gjennom diskusjonstemaene, kan en ta opp igjen diskusjonen av tilstander der det ikke var enighet.

## 8 Sammenlikning av resultatet av diskusjonene i vurderingsgruppene

Sekretariatet (prosessledere og sekretærer) samler inn resultater fra gruppene og sammenlikner anbefalinger. En får da sammenliknet anbefalinger gjort av egne fagområder og anbefalinger gjort av spesialister fra andre fagområder. Disse sorteres og systematiseres.

Vi vet ikke hvor store uenigheter vi vil ende opp med. Vi legger opp til diskusjon av disse i plenum, men vil ha et alternativt opplegg klart dersom det er svært mange og store uenigheter.

Dersom plenumsdiskusjonen ikke gir enighet, tas uenigheter med til diskusjon nasjonal prosjekt- og ressursgruppe, men ressurspersoner og evt i styringsgruppa for prosjektet.

# Vedlegg 1: Instruks for deltakernes forarbeid i tabellform

## Harmonisering av rettighetsstatus

Ta fram dokumentet «Harmoniseringsskjema», kapittel 1 *Harmonisering rett-ikke rett*

*Tilstander der anbefalingen er ikke rett («nei» i kolonne: Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten)*

Tema som vurderes	Din konklusjon	Du noterer i tabell
Tilstander som er markert med rød farge	Du enig i «ikke rett»	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstanden skal ha «rett»	÷ første grønne kolonne «ja» i andre grønne kolonne
	Du er usikker	? i første grønne kolonne
	Du enig i «ikke rett»	+ i første grønne kolonne
Tilstander som er markert med rosa farge	Du er uenig: Tilstanden skal ha «rett»	÷ første grønne kolonne «ja» i andre grønne kolonne
	Du er usikker	? i første grønne kolonne
	Du enig i konklusjonen i tabellen	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig	÷ første grønne kolonne «ja» i andre grønne kolonne
Tilstander som er markert med grått	Du er usikker	? i første grønne kolonne
	Du enig i «ikke rett»	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstanden skal ha «rett»	÷ første grønne kolonne «ja» i andre grønne kolonne
Tilstander som ikke er markert med farge, og der minst ett av inngangsvilkår er gradert til 0	Du er usikker	? i første grønne kolonne
	Du enig i «ikke rett»	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstanden skal ha «rett»	÷ første grønne kolonne «ja» i andre grønne kolonne

## Harmonisering av frister for tilstander som forekommer i flere fagområder (overlappende tilstander)

Ta fram dokumentet «Harmoniseringsskjema», kapittel 2 Harmonisering av overlappende tilstander

Tema som vurderes	Din konklusjon	Du noterer i tabell
Se på fristene for de ulike tilstandene	Du er enig i frist/fristintervall	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig:	÷ i første grønne
	Tilstand skal ha annen frist	Evt. nytt fristintervall eller ny frist i andre grønne kolonne
	Du er usikker	? i første grønne kolonne

# Harmonisering av frist for start helsehjelp

Ta fram dokumentet «Harmoniseringsskjema», kapittel 3 Harmonisering av frist

Tema som vurderes	Din konklusjon	Du noterer i tabell
Tilstander som er markert med rød farge	Du er enig i frist/ fristintervall	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstand skal ha annen frist	÷ i første grønne Evt. nytt fristintervall eller ny frist i andre grønne kolonne
	Usikker	? i første grønne kolonne
Tilstander som er markert med rosa farge	Du er enig i frist/ fristintervall	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstand skal ha annen frist	÷ i første grønne Evt. nytt fristintervall eller ny frist i andre grønne kolonne
	Usikker	? i første grønne kolonne
Gråsonetilstander	Du er enig i frist/ fristintervall	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstand skal ha annen frist	÷ i første grønne Evt. nytt fristintervall eller ny frist i andre grønne kolonne
	Usikker	? i første grønne kolonne
Tilstander som ikke er markert med farge	Du er enig i frist/ fristintervall	+ i første grønne kolonne
	Du er uenig: Tilstand skal ha annen frist	÷ i første grønne Evt. nytt fristintervall eller ny frist i andre grønne kolonne
	Usikker	? i første grønne kolonne

# Vedlegg 2:

## Gradering av prioriteringsvilkår og dimensjoner av prioriteringsvilkår

### Forventet nytte

#### Gradering

- 3 Helsehjelpen forventes å være nyttig
- 2 Helsehjelpen forventes sannsynligvis å være nyttig
- 1 Helsehjelpen forventes under tvil å være nyttig
- 0 Helsehjelpen forventes ikke å være nyttig.

#### Dimensjoner knyttet til vurderingen av forventet nytte

Det foreligger god dokumentasjon på at aktiv medisinsk behandling kan gi:

- **Prognosegevinst:** Gi anslag for prosentvis sjanse for absolutt økning i femårs overlevelse
- **Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring:** Angi i hvilken grad helsehjelpen gir hel eller delvis gjenoppretelse av tidligere helsetilstand.
- **Smertelindring:** Angi hvorvidt helsehjelpen gir smertelindring som er så god at det fører til bedret funksjonsnivå
- **Hvis relevant:** Angi om helsehjelpen sikrer dekning av grunnleggende behov, som tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning eller mulighet for ytre stimulering og sosial kontakt
- **Forverring av tilstanden uten helsehjelp**
- **Forspilling av behandlingsmuligheter hvis helsehjelpen utsettes**

# Kostnadseffektivitet

## Gradering

- 3 Helsehjelpen forventes å være nyttig
- 2 Helsehjelpen forventes sannsynligvis å være nyttig
- 1 Helsehjelpen forventes under tvil å være nyttig
- 0 Helsehjelpen forventes ikke å være nyttig

## Kostnader/ressursbruk til helsehjelpen

- Skjønnsmessig anslag av liggetid
- Skjønnsmessig anslag av bruk av behandlingsrelatert personell
- Skjønnsmessig anslag av bruk av legemidler/medikamenter
- Skjønnsmessig anslag for bruk av avansert medisinsk utstyr
- Skjønnsmessig anslag for bruk av behandlingsrelatert personell etter endt behandling
- Skjønnsmessig anslag på andre ressurser knyttet til helsehjelp til denne tilstanden, eller som vil medgå dersom helsehjelp ikke gis
- «Sammenliknet med gjennomsnittspasienten ved avdelingen, anses de samlede kostnadene ved denne helsehjelpen anses å være
- Svært høye, høye, om lag som gjennomsnittet, eller lave

## Alvorlighet

### Gradering

- 3 Tilstanden anses å være alvorlig
- 2 Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig
- 1 Tilstanden anses under tvil å være alvorlig
- 0 Tilstanden anses ikke å være alvorlig



## Dimensjoner knyttet til alvorlighet av tilstand dersom den aktuelle helsehjelpen utsettes

- Prognosestap mht levetid: Angi anslag for dødelighet de første fem år uten behandling
- Redusert livskvalitet i form av smerte eller lidelse som krever mer enn ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter
- Redusert livskvalitet i form problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak
- Redusert livskvalitet i form nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå i forhold til evne til å utføre daglige gjøremål

# Vurderingsgrupper og vurderingsskjemaer

Deltakerne var før samlingen delt inn i vurderingsgrupper. I tillegg var det utpekt prosessleder og sekretær. Disse hadde gått gjennom opplegget før samlingen.

## Vurderingsgrupper

Vurderingsgruppe	Prosessleder	Sekretær	Grupperom
<b>Gul</b>	Ånen Ringard	Synnøve Sandberg	
<b>Grønn</b>	Jørgen Holmboe	Elida Wirkola	
<b>Blå</b>	Finn Holm	Olaug Kråkmo	
<b>Rød</b>	Elizabeth Nygaard	Hanne Kathrine Rolstad	

## GUL gruppe

Revmatologi	Hans Christian Gulseth
Infeksjonssykdommer	Harald Steinum
Blodsykdommer	Jens Petter Strømsheim
Urologi	Karsten Vada
Psykisk helsevern barn og unge	Lars Conrad Moe
Barnesykdommer	Leif Brunvand
Habilitering voksne	Mai Britt Bunes
Nevrokirurgi	Sissel Reinlie
Fastlege	Camilla Holter Huseby
Revmatikerforbundet – Bruker representant	Kjerstin Fjeldstad

## GRØNN gruppe

Fordøyelsesykdommer	Einar Huseby
Barnesykdommer	Elisabeth Siebke
Karkirurgi	Gustav Pedersen
Øre-nese-hals	Hans Kristian Røkenes
Kvinnesykdommer	Heidi Thornhill
Habilitering barn og unge	Kari Krum Bang
Smertetilstander	Petter Borchgrevink
Barnekirurgi	Ranghild Emblem
Endokrinologi/endokrinkirurgi	Turid Aas
NOFUS - Brukerrepresentant	Kristin Paulsen Evensen
Fastlege	Lise Anett Nohr

## BLÅ gruppe

Nevrologi	Elisabeth Gulowsen Celius
Gastrokirurgi	Gerd Tranø
Nyresykdommer	Harald Bergem
Plastikkirurgi	Kjartan Arctander
TSB	Rune Tore Strøm
Hud og veneriske sykdommer	Sonali Rathour Hansen
Onkologi	Terje Nordberg
Fys.med	Thomas Glott
Fastlege	Gry Elise Albrktsen
CP-foreningen - brukerrepresentant	Eva Buschmann

## RØD gruppe

Psykisk helsevern voksne	Anne Marit Rosenlund
Sykkelig overvekt	Bård Kulseng
Kjevekirurgi	Evelyn Neppelberg
Hjertemedisin	Lars Aaberge
Lungemedisin	Olaf Kåre Refvem
Geriatrici	Sgurd Vatn
Ortopedi	Tarjei Egeberg
Øyesykdommer	Tor Elsås
NFU – Brukerrepresentant	Grete Muller
Fastlege	Marit Karlsen

# Ekempel på skjema for vurdering av rettighetsstatus

Kapitel 1: Harmonisering RETT/IKKE RETT

GUL vurderingsgruppe

Harmoniseringsskjema

Fagområde	Nr	Tilstand	Avklart tilstand?	Gradering forventet nytte	Gradering kostnad-seffektivitet	Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialist-helsetjenesten	Del-tilstand	Skriv + hvis enig - hvis uenig ? hvis usikker	Evt. ny konklusjon
Fordøyelsesykdommer	46	Friskt blod på toalett-papiret med negativ anorektoskopi og eksplorasjon	ja	0	0	nei			
Fordøyelsesykdommer	54	Lett og ukomplisert dyspepsi <45 år	nei	0	0	nei	d		
Psykisk helsevern for barn og unge	375	Spesifikke språk- og lærevansker uten alvorlige psykiske symptomer	nei	0	0	nei			
Smertetilstander	406	Langvarige smertetilstander kan eller skal ivaretas i andre deler av helsetjenesten	nei	0	0	nei			
Karkirurgi	213	Venøs insuffisiens, C0-C2	ja	1	0	nei	d		
Revmatologi	398	Muskel- skjelettsmerter uten leddhevelser og uten inflammasjonparametre	nei	1	1	nei	d		
Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten	102	Lette vansker knyttet til seksualitet og samliv i målgruppen	nei	2	2	nei			
Psykisk helsevern for barn og unge	374	Skolevegning	nei	2	2	nei			
Thoraxkirurgi	416	Medfødte thoraxveggdeformiteter	ja	2	2	nei			
Infeksjonsmedisin	185	Spesielle problemer vedrørende vaksinerings/profylakse ifm reise	ja	3	2	nei			
Psykisk helsevern for barn og unge	359	Lettere Angsttilstander	nei	2	3	nei			
Barnekirurgi / kirurgi på barn	3	Fimose. Barn > 5år uten symptomer tilbys ikke helsehjelp	nei	3	3	nei	d		
Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten	101	Lette atferdsvansker i målgruppen	ja	3	3	nei			
Karkirurgi	207	Aneurismesykdom der operasjonsindikasjon ikke foreligger.	Oppfølging	3	3	nei	d		
Psykisk helsevern for barn og unge	360	Mistanke lettere depresjon	nei	3	3	nei			
Blodsykdommer	24	Venøs blodproppendens	nei			nei			
Blodsykdommer	16	Blødningstendens	nei			ja			
Barnekirurgi / kirurgi på barn	13	Vesicooureteral reflux mer enn grad II	ja	1	1	ja			
Fordøyelsesykdommer	50	Uforklart endring i avføringsmønster <45 år	nei	1	1	ja	d		
Fordøyelsesykdommer	52	Refraktær obstipasjon	nei	1	1	ja			
Revmatologi	393	Artroser	ja	1	1	ja	d		
Revmatologi	394	Artroser i vektbærende ledd	ja	1	1	ja	d		
Øre-nese-hals	441	Kosmetisk nesedeformitet	nei	1	1	ja	d		

# Eksempel på skjema for vurdering av frist for start helsehjelp

Kapittel 3: Harmonisering FRISTER

GUL vurderingsgruppe

Harmoniseringsskjema

Fagområde	Nr	Tilstand	Gradering alvorlighet	Frist i uker	Fristintervall	Deltilstand	Skriv + hvis enig - hvis uenig ? hvis usikker	Evt. ny konklusjon
Blodsykdommer	24	Venøs blodpropp/tendens		0	?			
Infeksjonsmedisin	169	Akutt virushepatitt: ved god allmenntilstand	3	1	1-5 ukers maksfrist	d		
Infeksjonsmedisin	177	Nevroborreliose: ved akutt nevroborreliose	3	1	1-5 ukers maksfrist	d		
Infeksjonsmedisin	180	Syfilis, lues (mistanke om latent og/eller sekundær/tertiær syfilis): gravide	3	1	1-5 ukers maksfrist	d		
Infeksjonsmedisin	181	Infeksjon / kolonisering med resistensproblem (MRSA, ESBL, VRE): ved behandlingstrengende infeksjon med resistente bakterier	3	1	1-5 ukers maksfrist	d		
Infeksjonsmedisin	165	Kronisk hepatitt C med tegn til alvorlig leversvikt eller skade	2	1	1-5 ukers maksfrist	d		
Infeksjonsmedisin	168	Kronisk hepatitt B: unntak: tegn til alvorlig leversvikt eller skade	2	1	1-5 ukers maksfrist	d		
Blodsykdommer	22	Proliferative tilstander - cytoser som omfatter en, to eller tre cellelinjer - Ved mistanke om KML	3	2	1-5 ukers maksfrist	d		
Endokrinologi	29	Nyoppdaget høyt blodsukker, trolig Diabetes type 1	3	2	1-5 ukers maksfrist			
Endokrinologi	31	Pasienter med kjent diabetes type 1 og 2, som blir gravide.	3	2	1-5 ukers maksfrist			
Endokrinologi	38	Tyreotoksikose - For gravide - unntak	3	2	1-5 ukers maksfrist	d		
Fordøyelsessykdommer	42	GI-blødning med jernmangelanemi > 40 år	3	2	1-5 ukers maksfrist	d		
Fordøyelsessykdommer	47	Klinisk signifikant ikke forklart vekttap >=40 år	3	2	1-5 ukers maksfrist	d		
Fordøyelsessykdommer	57	Ikterus	3	2	1-5 ukers maksfrist			



## Dessuten skulle gruppene harmonisere tilstander som kunne være overlappende

### Kapittel 2: Harmonisering OVERLAPPENDE TILSTANDER

### Harmoniserings skjema

Fagområde	Nr	Tilstand	Gradering alvorlighet	Frist i uker	Fristintervall	Skriv + hvis enig - hvis uenig ? hvis usikker	Evt. ny konklusjon
Blodsykdommer	22	Proliferative tilstander - cytoser som omfatter en, to eller tre cellelinjer - Ved mistanke om KML	3	2	1-5 ukers maksfrist		
Fordøyelsessykdommer	59	Avvikende prøvesvar, kreftsykdom påvist eller overveiende sannsynlig	3	2	1-5 ukers maksfrist		
Nevrokirurgi	257	Maligne CNS svulster	3	2	1-5 ukers maksfrist		
urologi	436	Tumor testis	3	2	1-5 ukers maksfrist		
Øre-nese-hals	438	Mistanke om kreft	3	2	1-5 ukers maksfrist		
Endokrinologi	36	Knuter i skjoldbruskkjertelen/ atoxisk knutestruma - Ved utalte symptomer eller maligntetsmistanke kortere tid	2	2	1-5 ukers maksfrist		
Kvinnesykdommer	228	Begrunnet mistanke om gynekologisk kreft	2	2	1-5 ukers maksfrist		
Fordøyelsessykdommer	60	Avvikende prøvesvar, klar risiko for kreftsykdom eller annen alvorlig tilstand	3	4	1-5 ukers maksfrist		
Thoraxkirurgi	411	Lungemetastase	3	4	1-5 ukers maksfrist		
Øre-nese-hals	460	Hudtumores - uavklarte	3	4	1-5 ukers maksfrist		
Thoraxkirurgi	412	Mediastinale svulster	2	4	1-5 ukers maksfrist		
Urologi	429	Blæretumor	3	6	6-13 ukers maksfrist		

# Prosessleder: Opplegg og oppgaver

## 1. Rekkefølge diskusjon, opplegg for diskusjon

1. Presentasjonsrunde
2. Eventuelle feil i fargede tilstander i harmoniserings-skjemaet kan rettes opp før vi begynner diskusjonene
3. Gjenta at sekretariatet har måttet lage egne «rader» i harmoniserings-verktøyet for under/deltilstander – disse deltilstandene er gradert som «hovedtilstand», det kan ha bidratt til mye rødt
4. Gjenta at fargemarkeringen er for å strukturere diskusjonen, og markerer ikke nødvendigvis at noe er galt, men at det må diskuteres
5. Presentere rekkefølgen:
  - a. Rett/ikke rett:
    - i. Alt som er fargemarkert.
    - ii. Hvis noen har umerkede tilstander om de vil diskutere, så skal det gjøres
  - b. Overlappende tilstander/krefttilstander.
    - i. Først rødt, så rosa.
    - ii. Hvis noen vil diskutere umerkede tilstander, skal det gjøres
    - iii. Ser det for øvrig ok ut, alt sett under ett
  - c. Frist:
    - i. Først rødt, så rosa så grått
    - ii. Så eventuelle umerkede tilstander som ønskes diskutert
6. Informere om tidsbegrensninger. Starter med begrensning på 10 min pr tilstand. Ser så hvordan det går. (Vi tror det går fortere etter hvert, derfor starte med maxtid på 10 min)
7. Diskusjoner uten enighet etter 10 min legges til side, tas evt opp igjen hvis det er tid. Hvis ikke diskuteres det i plenum
8. Informere om intensjonen med ny pasient- og brukerrettighetslov er at ikke færre skal inn i spesialisthelsetjenesten, med mindre tilbudet nå gis andre steder. Dette skal eventuelt stå i de endelige veilederne
9. Vi skal ikke ta privatiseringsdiskusjonen. Spørsmålet er ja eller nei til spesialisthelsetjenester i offentlig helsetjeneste

10. Ikke diskutere gjeldende lov og forskrift. De er (blir) vedtatt, og vi må forholde oss til det
11. Oppfordre til konstruktive diskusjoner og velvilje: Dette er nybrottsarbeid!

## 2. Starte diskusjonen – i prioritert rekkefølge

1. Sørge for framdrift i diskusjonen
2. Stoppe diskusjonen når det ikke kommer fram flere argumenter
3. Stoppe diskusjon etter 10 minutter for en gitt tilstand
4. Hvis diskusjon går radig, diskuter lavere og lavere prioriterte områder (grått – evt ikke farge). Løs opp på stramt opplegg
5. Uttale konklusjonen på diskusjonen slik at sekretær kan notere
6. Uttale konklusjon på eventuelle saker/temaer/problemområder som løftes til plenum eller til Helsedir/HOD/andre. Dette skal også noteres av sekretær
7. Det er **bare** anbefalinger en skal kunne forslå endringer i.
  - a. Forslag om at gradering må endres eller revurderes, tas tilbake til faggruppa der tilstanden hører hjemme.
  - b. Hvis gruppeleder har forslag til ny gradering, kan den evt markeres av sekretær, men gruppeleder bør konsultere gruppa si
8. Kladd for veileder for alle tilstander som skal diskuteres ligger på bordet. Her kan en evt slå opp individuelle forhold
9. Dersom det er behov for å se en deltilstand i sammenheng med «hovedtilstand» eller andre deltilstander under samme «hovedtilstand», filtrerer sekretær slik at det vises.

## 3. Ved uenighet

1. Artikuler uenighet om rett:
2. Uenighet om frist
  - a. Uenighet om fristintervall: Mener noen at frist skal være korte, eller mener noen at den skal være lengre
3. Andre ting som bør diskuteres og som det er uenighet om, skrives i merknader av sekretær



## 4. Problemområder

### 4.1 Vilje/uvilje til oppgaven

1. Dersom noen mener de ikke kan bidra, be dem i det minste vurdere anbefalinger for «egne» tilstander i lys av anbefalinger for tilstander fra andre fagområder.
2. Be dem vente og se hvordan diskusjonen går, kanskje de likevel har noe å bidra med.
3. Vi har fått i oppdrag å harmonisere, vi må forsøke så godt vi kan. Vi mener det er bedre at de som har vært med å utvikle veilederne gjør det enn at helt utenforstående gjør det. Dersom vi ikke lykkes med noe her i dag, må vi be andre personer harmonisere.

### 4.2 Misfornøyd med opplegg

1. Synd.
2. Vi har hatt grundig diskusjon om opplegg, også med akademikere, og prøvd det ut. Faktisk fått veldig gode tilbakemeldinger på opplegg. Men det er selvfølgelig dagen i dag som vil vise om opplegget er godt.
3. Nå må vi forsøke opplegget å se hvordan det går. Be om at de gjør sitt beste og bidrar så godt de kan på en konstruktiv måte.

### 4.3 Tid

1. Hvis tida blir knapp: Si fra i gruppa, og be om å forsøke å være presise i budskap, ikke gjenta ting andre har sagt. Ønsker å komme gjennom mer enn det «røde»
2. Hvis tida faller lang – får god tid: Tillat mer diskusjon, diskuter grått og evt ikke med farge. Be om grundigere vurderinger av gråsonetilstander

### 4.4 Oppgaveforståelse

1. For uavklarte tilstander skal graderingen være av verstefallet (det som det er en realistisk sannsynlighet for at pasienten kan ha – og som de har lagt til grunn for frist)
2. Tilkall ressursperson. Be om korte svar – har ikke tid til lange diskusjoner
3. Kreftpakkeløp: Vi skal koordinere med disse, men har ikke hatt anledning til det ennå.
4. Det er slik at kreftpakkeløpene ikke bør ha lengre frister enn oss. Det har de neppe. Skal gå ha møte med kreftpakkeløpsmedarbeider på fredag. Men både de og vi har meget stramme tidsfrister og vi rekker rett og slett ikke alt vi gjerne skulle gjort.

# Prio1

## Bruksanvisning for utarbeiding av veiledertabeller

Samarbeidsprosjektet  
«Riktigere prioriteringer  
i spesialisthelsetjenesten»

# Innhold

<b>Del 1: Bakgrunn, formål, lover</b>	<b>84</b>
1 Bakgrunn	84
2 Formål	86
3 Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften	87
3.1 Henvisning og vurderingsgaranti	87
3.2 Definisjon av helsehjelp	87
3.3 Hovedvilkårene i prioriteringsforskriften	87
3.3.1 Vilkåret om alvorlighet (prognosetap)	87
3.3.2 Vilkåret om forventet nytte	88
3.3.3 Vilkåret om kostnadseffektivitet	88
3.3.4 Samlet vurdering av alle vilkårene sett under ett	89
3.4 Fastsettelse av frist til start helsehjelp	89
4 Om veilederen og veiledertabeller	91
<b>Del 2: Framgangsmåte ved utarbeiding av veiledertabell</b>	<b>93</b>
5 Arbeidsgruppens oppgaver	93
5.1 Utarbeiding av lister over medisinske tilstander	93
5.2 Vurderinger i forhold til prioriteringsforskriften	96
5.2.1 Vurderingsskjema – excel arbeidsbok	96
5.2.2 Førsteside – avklaringer og utfyllingsveiledning	97
5.2.3 Vilkåret om alvorlighet/prognosetap	101
5.2.4 Vilkåret om forventet nytte	104
5.2.5 Vilkåret om kostnadseffektivitet	106
5.2.6 Samlet vurdering (foreløpig)	109
5.2.7 Samlet vurdering (endelig – etter tredje samling)	110
5.2.8 Veileder for tilstand	111

# Del 1:

## Bakgrunn, formål, lover

### 1 Bakgrunn

Det normative grunnlaget for prioriteringer i Norge er Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften.

Pasientrettighetsloven fastslår at pasienten har «rett til nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten har en alvorlig lidelse og under den forutsetning at «pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Dette er en utvidelse av tidligere lovfestet rett til øyeblikkelig hjelp, og det er ment å for å sikre de sykeste rettigheter i forhold til helsehjelp.

Prioriteringsforskriften utdyper at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes,
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. De forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Alle henvisninger som fastleger/allmennleger og privatpraktiserende spesialister sender til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i forhold til prioriteringsforskriften for å kunne avgjøre om

- pasienten har rett til nødvendig helsehjelp,
- om pasienten har behov for annen helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten,
- om pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

De pasientene som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp skal få en medisinsk forsvarlig og juridisk bindende frist for når helsehjelp senest skal starte.

Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften omtales nærmere i kapittel 3. Det står utfyllende om disse i Rundskriv IS-12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet [Lov om pasientrettigheter](#).

Når en pasient gis «rett til nødvendig helsehjelp» betyr det at han eller hun blir prioritert i tid i forhold til de pasientene som «ikke får rett til nødvendig helsehjelp», men som like vel har krav på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. At noen ikke skal rett til nødvendig helsehjelp, men skal ha krav på helsehjelp, er høres ut underlig ut og er vanskelig å forstå. I dette prosjektet vil vi erstatte begrepet «rett til nødvendig helsehjelp» med begrepet «rett til prioritert helsehjelp», og «ikke rett til nødvendig helsehjelp» med «behov for annen helsehjelp».

- Med *prioritert helsehjelp* menes helsehjelp til pasienter/tilstander som får rett til nødvendig helsehjelp og som følgelig får en juridisk bindende frist for start helsehjelp som gir dem prioritet i tid. *Prioritert pasient/tilstandsgruppe/klinisk bilde* henviser til dem som er blitt tildelt rett til nødvendig helsehjelp
- Med *annen helsehjelp* menes helsehjelp til pasienter/tilstander/kliniske bilder som ikke blir gitt rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men som blir vurdert til å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Til tross for det felles normative grunnlaget i Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften er praktiseringen av dem svært forskjellige, både mellom regionale helseforetak, innenfor samme RHF og innenfor samme fagområde. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga derfor Sosial og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene i oppdrag «å utforme en strategi som kunne gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten ville drive sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering». Samarbeidsprosjektet «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten» er satt i gang som svar på oppdraget fra HOD, og utarbeiding av nasjonale veiledere for rettighetstildeling og fristfastsettelse innenfor hver av 30 fagområder er en viktig del av dette prosjektet.

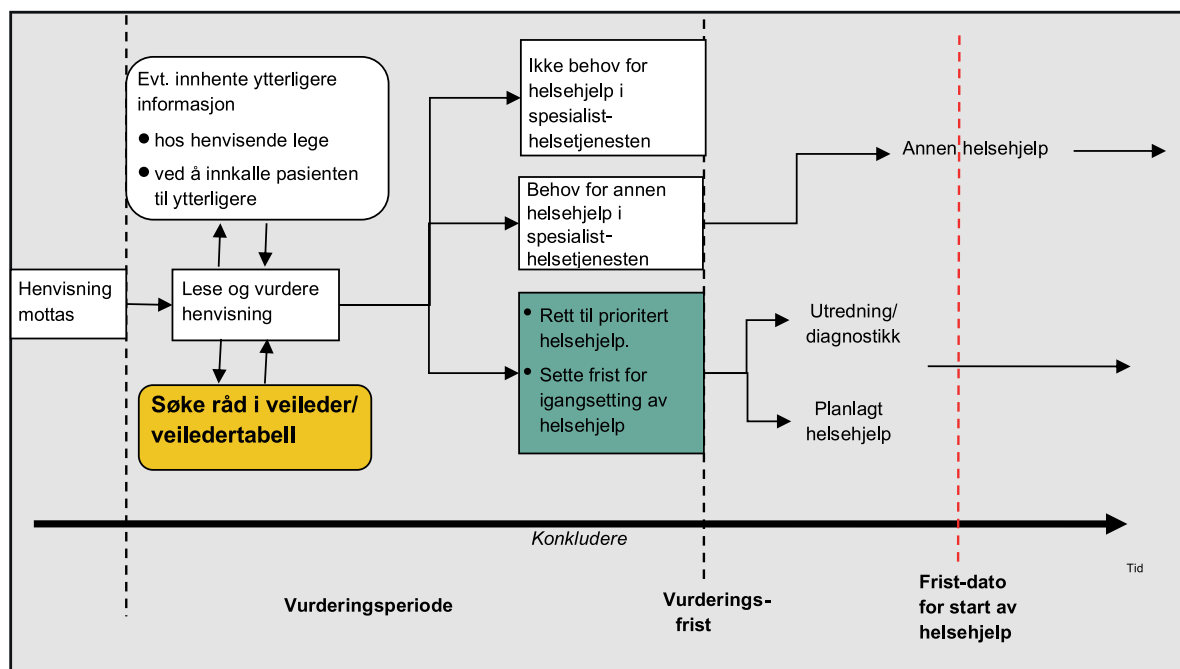
For hvert av fagområdene skal arbeidsgrupper med representanter fra hvert RHF, representant fra et annet fagområde, en allmennlege og en brukerrepresentant arbeide sammen om utarbeidingen av veilederne. Dette skjer i løpet av 3 samlinger som går over 2 dager. Om nødvendig blir det avholdt en fjerde dagssamling.

## 2 Formål

Arbeidsgruppene skal utarbeide en veileder som skal være et praktisk hjelpemiddel når spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til om pasienter som henvises har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og om de eventuelt har rett til prioritert helsehjelp. For prioriterte pasienter skal veilederen gi en veiledende siste medisinsk forsvarlig frist for når hjelpen skal starte.

Figur 1 gir et forenklet, skjematisk bilde av et henvisningsforløp. Figuren viser hvor i pasient/henvisningsforløpet veilederne er tenkt brukt som beslutningsstøtte. Den viser også hvor i forløpet vurderingene om rettighetstildeling/prioritet og fristfastsettelse finner sted.

**Figur 1** Skjematisk framstilling av henvisningsforløp



# 3 Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften

## 3.1 Henvisning og vurderingsgaranti

Når spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning fra fastleger/allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende legespesialister, leger i fengselshelsetjenesten eller annet helsepersonell som har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten, har pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert (jf. pasientrettighetsloven § 22). (Henvisninger fra andre deler av spesialisthelsetjenesten er blitt vurdert i forhold til pasientrettigheter tidligere i pasientforløpet og skal som hovedregel ikke vurderes på nytt.)

Henvisningen skal inneholde opplysninger som er sentrale for å vurdere pasientens tilstand. Hvis henvisningen er mangelfull, må det innhentes supplerende opplysninger. Det kan være nødvendig å innkalle pasienten til samtale eller undersøkelse.

Henvisningene må ses på og vurderes raskt, herunder om henvisningen skal vurderes av en annen enhet.

Henvisningen skal vurderes i løpet av maksimalt 30 virkedager fra den er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering. Innenfor rus og psykiatri skal henvisninger for pasienter under 23 år vurderes i løpet av maksimalt 10 virkedager.

## 3.2 Definisjon av helsehjelp

I pasientrettighetsloven innebærer helsehjelp det følgende:

*«Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.»*

## 3.3 Hovedvilkårene i prioriteringsforskriften

Alle pasienter som er henvist fra allmennleger eller privatpraktiserende spesialister skal vurderes i forhold til prioriteringsforskriftens tre hovedvilkår: alvorlighet/prognosetap, forventet nytte og kostnadseffektivitet.

### 3.3.1 Vilkåret om alvorlighet (prognosetap)

*Alvorlighetsvilkåret* krever vurdering av pasientens tilstand og hvilken utvikling pasienten mest sannsynlig vil ha dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

Vilkåret om alvorlighet er oppfylt dersom ett av de to følgende alternativene er til stede:

1. Pasientens livslengde vil mest sannsynlig bli redusert med en viss varighet dersom helsehjelp ikke gis.
2. Pasientens livskvalitet vil mest sannsynlig bli mer enn ubetydelig nedsatt som følge av at den aktuelle helsehjelpen ikke gis.

Med «ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet» menes det at pasientens livskvalitet vil bli merkbart redusert på grunn av smerte eller lidelse, på grunn av problemer med vitale livsfunksjoner (for eksempel næringsinntak) eller fordi pasienten har nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Dersom det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å framskaffe tilstrekkelig informasjon til å kunne fastslå hva slags sykdom/tilstand pasienten har, må en vurdere alvorlighetsvilkåret ut fra hvilke alvorlige sykdommer som er *sannsynlige* ut fra de opplysningene som foreligger.

### 3.3.2 Vilkåret om forventet nytte

Vilkåret om *forventet nytte* krever vurdering av om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil påvirke pasientens tilstand til det bedre eller om den vil hindre forverring. Som nevnt foran, omfatter helsehjelp handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Det sentrale vurderingstemaet er om helsehjelpen vil bedre pasientens livslengde og/eller livskvalitet, eller om den vil hindre forverring av pasientens tilstand. Helsehjelpen gir også nytte dersom behandlingsmulighetene blir forspilt hvis helsehjelpen utsettes.

Under vilkåret om forventet nytte må det vurderes hva som er et aktuelt behandlingsforløp for den enkelte pasient. Hvis det foreligger tilstrekkelig opplysninger til å planlegge hvilken behandling som vil kreves, skal forventet nytte vurderes i forhold til helsehjelpen i hele behandlingsforløpet. Hvis det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å framskaffe tilstrekkelig informasjon til å kunne fastslå en tentativ diagnose med tilhørende behandlingsforløp, skal forventet nytte vurderes i forhold til nytten av den helsehjelpen som vil være relevant for en svært alvorlig sykdom blant de mulige alvorlige sykdommene som det er en viss risiko for at vil forekomme og som det finnes behandlingstiltak for.

Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen krever at det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon eller anerkjent klinisk praksis som tilsier at forholdene kan forandres til det bedre ved aktiv behandling.

### 3.3.3 Vilkåret om kostnadseffektivitet

Vilkåret om *kostnadseffektivitet* krever at det skal være et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandling og behandlingens forventede effekt når det gjelder å bedre pasientens helsetilstand eller forhindre forverring av helsetilstanden.



En skal se bort fra eventuelle kostnader som har påløpt ved tidligere behandling av samme pasient.

Prioriteringsforskriften åpner ikke for at yrkesaktivitet i seg selv er et kriterium for vurdering. Det betyr at en i kostnadsvurderingene ikke skal inkludere den økte produksjonen som vil finne sted ved at pasienten kommer tilbake i arbeid. En skal heller ikke inkludere eventuell besparelser i trygdeutbetalinger ved at pasienten kommer i arbeid. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved å være i arbeid.

### 3.3.4 Samlet vurdering av alle vilkårene sett under ett

Når vilkårene om alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet er vurdert hver for seg, skal de vurderes under ett. Alle vilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til prioritert helsehjelp fordi hovedvilkårene er relative i forhold til hverandre. Det betyr at en lav vektning av ett hovedvilkår kan oppveies av at et annet hovedvilkår er oppfylt i høyere grad. For eksempel kan lav nytte oppveies av høy grad av alvorlighet. Et vilkår har lav vekt dersom det er tvil om vilkåret er oppfylt.

Den samlede vurderingen skal konkludere med ett av følgende utfall:

1. Pasienten tildeles rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
2. Pasienten har behov for annen helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
3. Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

## 3.4 Fastsettelse av frist til start helsehjelp

Dersom pasienten har fått rett til prioritert helsehjelp, skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få helsehjelp.

Fristen skal gi sikkerhet for at de aktuelle helsehjelpstiltakene kan påbegynnes og fullføres i et forsvarlig forløp. Fristen må altså settes slik at helsehjelpen kan ytes på et tidspunkt hvor en oppnår forbedring av pasientens helsetilstand, og at en unngår at tilstanden forverres eller at undersøkelses- eller behandlingsmuligheter går til spille. Det må være faglig forsvarlig å utsette helsehjelpen til den fristen som settes uten at dette går ut over pasientens prognose.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen settes ut fra en vurdering av hvilke alvorlige sykdommer som kan bli avdekket ved utredningen. Fristen skal settes slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp for den mest tidskritiske tilstanden som det er realistisk at pasienten kan ha.

Når en setter frist, skal det ikke tas hensyn til kapasiteten til å få gjort utredning, behandling eller andre tiltak, verken i det foretaket hvor henvisningen vurderes eller for øvrig i spesialisthelsetjenesten.

**Som hovedregel skal det bare settes en frist.** Hvis et behandlingsopplegg viser seg ikke å føre fram slik at det av faglige grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg, har pasienten krav på at det settes en ny frist for det nye behandlingsopplegget. **Men slike tilfeller anses å være unntak.**

Innenfor fagområdene psykiatri og rus har Stortinget bestemt at vurderingsperioden for unge under 23 år er maksimalt 10 virkedager, og at fristen for start helsehjelp ikke kan overstige 65 virkedager.

# 4 Om veilederen og veiledertabeller

Det vil i det følgende bli brukt to begreper knyttet til veilederen: Veiledertabell og veileder.

Veiledertabell vil vise til oversikten over veiledende rettighetsstatus og evt. frist for ulike pasientgrupper/kliniske bilder/tilstander innenfor et fagområde og vil være spesifikk for hvert fagområde. **Arbeidsgruppene skal utarbeide forslag til veiledertabell.**

*Veilederen* skal inneholde omtale av relevante paragrafer fra pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften og forklare sentrale begreper som alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet og medisinsk forsvarlig frist. Sekretariatet for prosjektet er ansvarlig for å skrive veilederen.

Veilederen og veiledertabellen skal *gi råd* til den lege- eller psykologspesialisten som vurderer henvisninger og som skal konkludere om rettighetsstatus og frist. Veiledertabellen skal *gi veiledende* rettighetsstatus for pasientgrupper / kliniske bilder / tilstander innenfor hvert av 30 fagområder. Der veiledertabellen konkluderer med at en pasientgruppe/tilstand skal ha rett til prioritert helsehjelp, skal den *gi råd* om hva som er *veiledende* siste medisinsk forsvarlige frist for når helsehjelp skal starte for en pasientgruppe/tilstand.

Det ligger en motsetning i det at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler *individuelle* pasienters rettigheter mens en veileder vil være på *gruppenivå*. Veiledertabellen skal ta hensyn til dette ved den skal inneholde forhold som kan komme i betraktning ved vurderingen av *enkeltpasienter*, ut over det som er kjennetegn for *den typiske eller gjennomsnittlige pasienten* innenfor den aktuelle tilstandsgruppen. Dette skal være forhold som kan være argumenter for at enkelt-pasienters rettighetsstatus endres eller at fristen skal være annerledes enn den veiledende for tilstanden/gruppen som pasienten sannsynligvis tilhører. Disse individuelle forholdene skal tas med i vurderingen av henvisningen før det konkluderes med rettighetsstatus og eventuell siste medisinske frist for når helsehjelpen skal starte for den individuelle henvisningen/pasienten.

Tabell 1 viser utdrag fra hvordan en *veiledertabell* for en pasientgruppe/tilstand kan se ut. Eksempelet er fra utkastet til veiledertabell for øyesykdommer

**Tabell 1** Eksempel på hvordan veiledende rettighetsstatus og forsvarlig frist kan se ut for en pasientgruppe innenfor øyesykdommer

Veiledende anbefalinger på gruppenivå		Individuelle forhold		
Pasientgruppe / klinisk bilde / tilstand	Vurdering av sannsynlighet for at pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp	Frist for når medisinsk forsvarlig krever at helsehjelpen senest skal gis for den enkelte pasient	Faktorer som bør vurderes knyttet til alvorlighet, forventet nytte og kostnads-effektivitet, og som kan tilsi at rettighetsstatus eller frist skal være annerledes for den individuelle pasienten som vurderes, enn for pasientgruppen som helhet	Samlet vurdering av forhold på gruppenivå og individuelle og andre forhold
Tørt øye med synspåvirkning og/eller betydelig ubehag eller smerte	Sannsynligvis rett til nødvendig helsehjelp	6 uker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komorbiditet, spesielt revmatiske lidelser, foreligger ofte.</li> <li>• Tørt øye disponerer for konjunktivitt og keratitt, og vanskeliggjør kontaktlinsebruk.</li> <li>• I noen tilfeller kan det oppstå irreversible skader ved for lang venting.</li> <li>• I noen tilfeller kan venting medføre en mer kostbar behandling.</li> <li>• Andre relevante forhold.</li> </ul>	Samlet vurdering av rettighetsstatus og frist for hver enkelt pasient noteres i pasientens journal

Veilederen og veiledertabellen skal foreligge i papirversjon og på sikt i elektronisk versjon knyttet opp til de pasientadministrative systemene ved sykehusene.

Det understrekes at rådene som skal gis i veiledertabellene er veiledende for pasientgrupper og at de utelukkende skal være en støtte ved den individuelle vurderingen av hver henvisning.

# Del 2:

## Framgangsmåte ved utarbeiding av veileder-tabell

### 5 Arbeidsgruppene oppgaver

Arbeidet med utvikling av veiledertabell består av fire oppgaver:

1. Å utarbeide en **liste** over medisinske tilstander eller kliniske bilder som skal være dekkende for om lag 80 % av henvisningene fra allmennleger eller privatpraktiserende spesialister (jf. tabell 2). Det er på grunnlag av henvisningene og eventuelle nyinnhentede tilleggsopplysninger at legen skal avgjøre rettighetsstatus, og tilstandene eller beskrivelsene må være slik at det er enkelt å finne en passende tilstandsgruppe/klinisk bilde for de vanligste (ca. 80 %) av henvisningene. Lista skal omfatte både tilstander som sannsynligvis vil få prioritert helsehjelp og tilstander som vil ikke bli prioritert.
2. Å **vurdere** hver av tilstandene på lista i forhold til de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften og gi en samlet vurdering av alle tre vilkårene sett under ett som grunnlag for å **konkludere** om pasientgruppen/tilstanden sannsynligvis skal gis **rett til prioritert helsehjelp** eller om pasientgruppen sannsynligvis ikke skal gis slik rett.
3. Finne fram til forhold og kjennetegn som enkeltpasienter kan ha, *utover* dem som kjennetegner tilstandsgruppen som pasienten hører inn under, og som kan være argumenter for at rettighetsstatus og eventuell frist for enkeltpasienter kan bli annerledes enn det som er veiledende for tilstandsgruppen.
4. For de pasientgruppene der det gis en veiledende sannsynlig rett til prioritert helsehjelp skal det settes en veiledende lengste medisinsk forsvarlig **frist** for når helsehjelpen til denne tilstandsgruppen/dette kliniske bilde senest skal starte.

#### 5.1 Utarbeiding av lister over medisinske tilstander

For å kunne utarbeide en veileder av håndterlig størrelse, skal gruppene lage en liste over pasientgrupper/medisinske tilstander/kliniske bilder som skal være dekkende for ca 80 % av henvisningene innenfor fagfeltet. Meningen er at opp-

lysninger som oftest er tilstedet på henvisninger skal kunne sorteres i kategoriene på lista slik at en stor andel av pasientmassen skal kunne innebefattes i tilstandene på lista. *Dette betyr at lista også skal inneholde tilstander som sannsynligvis ikke vil bli gitt rett til prioritert helsehjelp.*

Å lage denne lista kan være komplisert fordi symptomene, medisinske tilstander/ kliniske bilder som beskrives i henvisningene ofte er diffuse (for eksempel svimmelhet, vondt i magen, brystmerter). Lista kan derfor om nødvendig bestå både av kliniske bilder og av en mer presis angivelse av hva som er antatt sykdomstilstand.

I tabell 2 er det utdrag fra lister over tilstander i tre av fagområdene som var med i første runde av prosjektet «Riktigere prioriteringer ...»

**Tabell 2** Liste over pasientgrupper/kliniske bilder/tilstander innenfor neurologi, lungesykdommer og psykiatri

Neurologi (utdrag)	Øre-nese-hals (utdrag)		Psykiatri (utdrag)
Alvorlig migrene og klasehodepine	<b>A Mistanke om malignitet</b>	<p>a0</p> <p>Symptomer, funn og anamnese som gir mistanke som cancer.</p>	Angst/tvang
Utredning av demens / kognitiv svikt	<b>B Nesetetthet</b>	<p><b>b1: Komplettnesetetthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Massiv nasalpolypose</li> <li>• Uttalt nasalstenose med opphevet luktesans og sekresjon og smerter</li> <li>• Coanalatresi</li> </ul>	Tilstand: Mistanke om bipolar lidelse
Dystoni		<p><b>b2: Uttalt nesetetthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nese­polypose,</li> <li>1. Uttalt septumdeviasjon</li> <li>2. Uttalt nesedefor­mitet</li> <li>3. Uttalt rhinitt.</li> </ul>	F20–29 Forverring av symptomer ved kjent psykotisk lidelse
Epilepsi og mistanke om epilepsi eller epileptiske anfall		<p><b>b3: Moderat nesetetthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Allergisk/kronisk rhinitt,</li> <li>5. Septumdeviasjon</li> <li>6. Moderat nese­polypose uten obstruksjon</li> <li>7. Nesedefor­mitet med moderat besvær</li> </ul>	Symptomer på mulig psykoseutvikling
Mononevropatier		<p><b>b4: Kosmetisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8. Ervervet nese­deformitet med beskjedne besvær</li> </ul>	Psykisk utviklingshemning

I praksis kan det være store variasjoner i kvaliteten på henvisningene. Når henvisningene er mangelfulle, er det vanskelig å kunne vurdere hva som er pasientens tilstand og følgelig hva som er forventet nytte og kostnadseffektivitet av helsehjelpen. Dette kan føre til at forholdsvis like pasientsituasjoner med samme tilstand vurderes ulikt alt etter hvordan henvisningen er utformet. *Kvaliteten på henvisningene er et problem som Shdir er opptatt av og vil forsøke å gjøre noe med i andre sammenhenger.*

## 5.2 Vurderinger i forhold til prioriteringsforskriften

Som nevnt innledningsvis er formålet med prosjektet å få en mer ensartet praktisering av prioriteringsforskriften slik at pasientenes rettigheter blir så lik som mulig uansett hvor i landet de bor og uansett hva slags sykdom de måtte ha. Derfor er det viktig å sikre at alle pasienter blir grundig vurdert i forhold til alle tre vilkårene i prioriteringsforskriften og i forhold til den forståelsen av vilkårene som er angitt i forskriften.

I prosjektet skal derfor hver av tilstandene på lista vurderes i forhold til prioriteringsforskriftens hovedvilkår. Vurderingene av hvert av vilkårene skal så sees under ett og danne grunnlaget for den veiledende rettighetsstatusen for den aktuelle tilstandsgruppen.

### 5.2.1 Vurderingsskjema – excel arbeidsbok

Til hjelp til vurderingen i forhold til prioriteringsforskriften er det utarbeidet et **skjema** i form av en excel arbeidsbok. Dette er laget for å lette arbeidsgruppenes arbeid og for å sikre at alle dimensjonene av alle vilkårene i prioriteringsforskriften blir vurdert.

I skjemaet skal en beskrive og vurdere tilstander i forhold dimensjonene av de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften. I tillegg skal en gi dokumentasjon og referanser så langt det er mulig.

**Det som skal besvares og som det skal vurderes i forhold til, er det normative grunnlaget for prioriteringer i Norge, vedtatt av Stortinget.** Det er altså ikke noe som Shdir eller RHF-ene eller sekretariatet i prosjektet selv har funnet på.

Vurderingsskjemaet som skal brukes er et verktøy som arbeidsgruppene skal bruke for å utarbeide veilederen. Skjemaet skal IKKE brukes i praksis ved rettighetstildeling.

Det er nødvendig at gruppene skriver inn alt som det bes om i vurderingsskjemaene. Et viktig prinsipp for prioriteringer både i Norge og internasjonalt er at de skal være åpne og gjennomsiktlige. Det må derfor være mulig å gå tilbake og se på hva slags vurderinger og faktagrunnlag som lå til grunn for anbefalingene som blir gitt i den endelige veiledertabellen.



Excel-arbeidsboken som skal brukes ved vurderingene har 7 ark: Førsteside, Alvorlighet, Forventet nytte, Kostnadseffektivitet, Samlet vurdering (foreløpig), Samlet vurdering (endelig) og Veileder for tilstand.

Arkene om alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet handler om hovedvilkårene i prioriteringsforskriften. Hvert av disse tre arkene har fire områder som arbeidsgruppene skal redegjøre for:

- A. Beskrivelser i forhold til dimensjoner av hovedvilkårene slik de er spesifisert i prioriteringsforskriften
- B. Gradering av vilkåret og begrunnelse for graderingen
- C. Begrunnelse av graderingen i forhold til dokumentasjon
- D. Redegjøring for særskilte individuelle forhold, ut over dem som er beskrevet for tilstandsgruppen, og som kan påvirke vurderingen av den enkelte pasient.

Område D i skjemaet vil ivareta hensynet til at hver pasient skal vurderes individuelt. Her er det gruppene skal notere mulige individuelle forhold utover de som medgår i pasient/tilstandsgruppebeskrivelsen, som er relevante i vurderingen av enkelt-henvisninger, og som kan føre til at konklusjonen av vurderingen blir annerledes enn for tilstandsgruppevurderingen. Dette skal gjøres for hvert av de tre hovedvilkårene. Eksempler på individuelle forhold er komorbiditet, tidligere behandlingserfaringer, alder, sosiale forhold.

**Det viktig at det skrives i de riktige feltene på hvert av arkene.** Grunnen er at det som blir skrevet i noen av feltene blir overført til andre ark i arbeidsboken. Dette letter arbeidet og reduserer skrivearbeidet i gruppene. **Det skal bare skrives i hvite celler/felter, dvs i celler/felter uten farge.**

Det understrekes igjen av skjemaene er et verktøy for arbeidsgruppene for å kunne komme fram til en konklusjon. Skjemaet skal ikke brukes i praksis ved rettighetstildeling.

## 5.2.2 Førsteside – avklaringer og utfyllingsveiledning

Bilde 1 viser hvordan «Førstesida» ser ut. Nederst på sida vises arkfanene for hvert av vilkårene i prioriteringsforskriften og for samlede vurderinger. En ser altså hvordan arbeidsboka er organisert med ulike ark for de ulike områdene som skal vurderes.

## Bilde 1

	A	B	C	D	E	F
1	Arbeidsgruppe:					
2						
3	Tilstandsgruppe/klinisk bilde:					
4						
5	Vurder om tilstanden er avklart eller usikker/uavklart. Hvis tilstanden er avklart skriv ja i feltet under. Hvis tilstanden er usikker/uavklart, skriv nei i feltet under.					
6	ja					
7	Noter hva som er relevant helsehjelp for tilstanden:					
8						
9						
10						
11						
12						
13						

### 5.2.2.1 Avklart eller uavklart/ukjent tilstand, tilhørende helsehjelp og vurderinger

Prioriteringsforskriften bygger på en logikk der en i løpet av vurderingsperioden i et henvisningsforløp vil kunne ha skaffet tilstrekkelig informasjon til å kunne fastsette hva som sannsynligvis er relevant helsehjelp/behandling: Både vilkåret om forventet nytte og om kostnadseffektivitet krever vurdering av *den helsehjelpen som påvirker pasientens helsetilstand*, og da må en vite eller ha en formening om hva slags helsehjelp dette er.

For *avklarte* tilstander er helsehjelpen i hovedtrekk klar. Men for mange pasienter er det slik at det i løpet av vurderingsperioden *ikke* kan fastslås hva slags helsehjelp som er mest relevant fordi pasientens sykdomstilstand først kan avklares etter ytterligere utredninger. I slike situasjoner vil helsehjelp, i følge prioriteringsforskriften, være undersøkelser og diagnostikk. Denne typen helsehjelp kan imidlertid ikke vurderes i forhold til prioriteringsforskriftens vilkår om forventet nytte og kostnadseffektivitet *slik de er det er spesifisert i forskriften*. I Rundskriv IS12/2004 sies det at en i slike tilfeller skal vurdere pasienten «som om videre undersøkelse kan komme til å vise at pasientens tilstand vil kreve den helsehjelpen som er mest tidskritisk av de behandlingsalternativene man står overfor når vurderingen blir foretatt». Denne vurderingen blir i merknader til § 21 omtalt som verstoffallsvurdering. I følge forskriften skal en altså i slike tilfeller vurdere

forventet nytte og kostnadseffektivitet av det som vil være helsehjelpen for «verstefallet».

For nesten alle symptombilder/kliniske bilder er det en viss sannsynlighet for at den tilhørende, foreløpig ukjente, medisinske tilstanden kan være det mest alvorlige. Skal en legge en mekanisk verstefallstenkning til grunn for rettighets-tildeling, vil de aller fleste med usikre tilstander tildeles rett til nødvendig helsehjelp. **Det er neppe hensikten med formuleringen i forskriften og er trolig ikke framtreddende i dagens praksis. Hensikten med formuleringen er å sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for pasienter som har en viss sjanse for alvorlig sykdom.**

I det følgende vil vi istedenfor «tidskritisk helsetilstand» eller «verstefallet» bruke begrepet «alvorlig sykdom» eller «alvorlig sykdom som det er (realistisk) mistanke om».

Ved ukjente eller uavklarte tilstander vil helsehjelp for pasienten være utredning, mens det som arbeidsgruppene skal vurdere i forhold prioriteringsforskriften og som skal munne ut i veiledende rettighet og evt. frist er den alvorlige tilstanden som det er en realistisk mistanke om.

For ukjente/uavklarte tilstandsgrupper er det viktig å skille mellom hva som er helsehjelpen som i praksis skal gis til enkeltpasienter som faller innenfor en av de ukjente/uavklarte tilstandsgruppene, og den helsehjelpen som dette prosjektets arbeidsgrupper skal legge til grunn for vurderingene om rettighetsstatus og eventuell frist:

- Helsehjelpen for en faktisk pasient som tilhører en ukjent/uavklart tilstandsgruppe som kan gi mistanke om alvorlig sykdom, vil være utredning. Utredning vil være den helsehjelpen som i praksis vil bli gitt til en pasient med uavklart/usikker tilstand. Når tilstanden er avklart, vil videre helsehjelp skje innenfor kravet om medisinsk forsvarlighet.
- Helsehjelpen som skal legges til grunn når arbeidsgruppene skal vurdere om tilstandsgruppen skal få rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, er det som er helsehjelp for den alvorlige tilstanden som det kliniske bildet/tilstandsgruppebeskrivelsen gir mistanke om. I vurderingene som skal gjøres for tilstandsgruppen, er det alvorligheten av den alvorlige tilstanden som skal vurderes, og det er forventet nytte og kostnadseffektivitet av helsehjelpen for den alvorlige tilstanden som skal vurderes.

Sannsynlighetene for at pasienten har en alvorlig sykdom vil være forskjellige for ulike symptombilder, og hvor alvorlig den alvorlige tilstanden er, vil variere. Det vil derfor være rimelig at det kreves en *høyere* sannsynlighet for å få rett til prioritert helsehjelp hvis den «alvorlige tilstanden» *ikke* er så alvorlig enn det som vil kreves dersom «den alvorlige tilstanden» er mer alvorlig (for eksempel dødelig uten behandling), – gitt at det finnes helsehjelp som forventes å gi nytte. Det finnes imidlertid ingen nasjonale retningslinjer eller bestemmelser for hvor stor sannsynligheten for en alvorlig tilstand skal være for at en pasient skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp når den medisinske tilstanden er uavklart. I dette prosjektet

ber vi arbeidsgruppene notere hvilken sannsynlighet de har anslått for at den alvorlige tilstanden vil inntreffe.

### 5.2.2.2 Utfylling av Førsteside

Husk! Det skal bare skrives i hvite celler/felt, og i feltene rett under de fargede i excel-skjemaet.

Skjemaet vil se forskjellig ut for avklarte og ukjente/uavklarte tilstander.

Gå nøye gjennom instruksjonen for utfyllingen.

For avklarte tilstander vil Førstesida se ut som bilde 2. For ukjente/uavklart tilstander ser Førstesida ut som bilde 3.

#### Bilde 2 Avklarte tilstander

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled "R3 bruksanv Skjema for vurdering ifht prioriteringsforskriften". The spreadsheet has columns A and B, and rows 1 through 9. The rows are as follows:

	A	B
1	<b>Arbeidsgruppe:</b>	
2		
3	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>	
4		
5	<b>Vurder om tilstanden er avklart eller usikker/uavklart.</b> Hvis tilstanden er avklart skriv <b>ja</b> i feltet under. Hvis tilstanden er usikker/uavklart, skriv <b>nei</b> i feltet under.	
6	ja	
7	<b>Noter hva som er relevant helsehjelp for tilstanden:</b>	
8		
9		

Four text boxes with arrows pointing to the spreadsheet:

- Box 1: "Skriv navnet på fagområdet for arbeidsgruppa." (Points to row 1, column A)
- Box 2: "Skriv den av tilstandene fra tilstandslista som skal vurderes i det aktuelle skjemaet." (Points to row 3, column A)
- Box 3: "Vurder om tilstanden er avklart, i den forstand at en med stor sikkerhet vet hva som vil være helsehjelpstiltaket for tilstanden, eller om den er uavklart. Skriv **Ja** dersom tilstanden er avklart." (Points to row 5, column A)
- Box 4: "Skriv det som vil være helsehjelpen som gir helseeffekt for pasienter innenfor gruppen. Dette kan være spesielle kirurgiske inngrep, spesielle behandlingsprosedyrer og andre konkrete helsehjelpstiltak." (Points to row 7, column A)

### Bilde 3 Ukjente/uavklarte tilstander

The image shows a screenshot of a medical assessment form with 15 numbered rows. The form is titled 'Bilde 3 Ukjente/uavklarte tilstander'. The rows contain the following text:

- 1 **Arbeidsgruppe:**
- 2
- 3 **Tilstandsgruppe/klinisk bilde:**
- 4
- 5 **Vurder om tilstanden er avklart eller usikker/uavklart.** Hvis tilstanden er avklart, skriv **ja** i feltet under. Hvis tilstanden er usikker/uavklart, skriv **nei** i feltet under.
- 6 Nei
- 7
- 8
- 9 **Hva er den mest tidskritiske av de alvorlige tilstandene som det er mistanke om? Skriv i feltet under:**
- 10
- 11 **Noter hva gruppa mener er sannsynligheten for at pasienten vil ha den mest tidskritiske tilstanden:**
- 12
- 13 **Noter hva som vil være helsehjelp for den mest tidskritiske, alvorlige tilstanden som det er mistanke om:**
- 14
- 15 **Hvilke andre alvorlige tilstander kan det kliniske bildet gi mistanke om?**

Callout boxes provide instructions for each row:

- Box 1: Vurder om tilstanden er avklart, i den forstand at en med stor sikkerhet vet hva som vil være helsehjelpstiltaket for tilstanden, eller om den er ukjent/uavklart. Skriv **Nei** dersom tilstanden er ukjent/uavklart.
- Box 2: Her skal en tenke slik en gjør når en får inn en henvisning hvor det er usikkert hva som feiler pasienten: En vurderer om henvisningen gir grunn til å tro at pasienten kan ha en alvorlig tilstand, og en vurderer om det finnes helsehjelp for denne mulig alvorlige tilstanden. Den alvorlige tilstanden som en har en realistisk mistanke om ut fra beskrivelsen av tilstandsgruppen/det kliniske bildet, skal noteres.
- Box 3: Her skal en gi et anslag i % for hva en tror er sannsynligheten/sjansen for at tilstanden kan være den som ble nevnt over. Det skal bare gis grove anslag. Anslagene skal ikke brukes videre i vurderingene, men gir informasjon om grunnlaget for vurderingene.
- Box 4: Her skriver en inn det som vil være helsehjelpen for den alvorlige tilstanden som det er realistisk mistanke om. En skal skrive inn både utredning/diagnostiske tiltak og selve behandlingstiltaket i **grove trekk**. (Denne veilederen er ikke en retningslinje for riktig behandlingspraksis.)
- Box 5: Her skal en skrive inn andre alvorlige sykdommer som det kliniske bildet kan gi mistanke om i tillegg til den som er den mest tidskritiske.

### 5.2.3 Vilkåret om alvorlighet/prognosetap

Bilde 4 viser vurderingsskjemaet for område A og B for vilkåret om alvorlighet.

1A

Her skal en **beskrive** alvorligheten av den aktuelle tilstanden.

Dersom tilstanden er avklart, er det den avklarte tilstanden som skal beskrives. Denne kommer automatisk opp under det rosa feltet der det står «Tilstandsgruppe/klinisk bilde».

Dersom tilstanden er ukjent/uavklart, er det den alvorlige tilstanden som det kliniske bildet kan gi en realistisk mistanke om som skal beskrives. Denne kommer automatisk opp under det rosa feltet til høyre i bildet der det står «Alvorlig tilstand som det kliniske bildet gir mistanke om».

Hvilken tilstand som skal vurderes blir altså automatisk overført til denne siden.

Alvorligheten skal beskrives i forhold til prognosetap mht til *levetid* dersom helsehjelpen utsettes, og til dimensjoner av *livskvalitet*: smerte og lidelse, vitale livs-

funksjoner samt fysisk og psykisk funksjonsnivå. Dersom behandlingen ikke påvirker levetid, skal dette også skrives ned.

Arbeidsgruppene bør forsøk å lage så fullstendige beskrivelser av de ulike dimensjonene av livskvalitet slik at de er forståelige for en utenforstående leser. Det er viktig at en har dannet seg et felles bilde av alvorligheten av tilstanden når en skal gradere alvorlighet, som skal gjøres i 1B.

**Bilde 4**

	A	B	C	D
1	<b>1 Vilkåret om alvorlighet</b>			
2	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>		<b>Alvorlig tilstand som det kliniske bildet gir mistanke om:</b>	
3	0		0	
4	<b>1A Beskrivelse av alvorlighet for tilstanden hvis helsehjelp utsettes</b>		<b>1B Gradering av tilstanden i forhold til alvorlighet</b>	
5	<b>Dimensjoner knyttet til alvorlighet dersom den aktuelle helsehjelpen utsettes</b>		<b>Vurder beskrivelsen av alle dimensjonene av forventet nytte under ett for tilstande. Tilstanden skal gis en av følgende graderinger:</b>	
6	<b>Beskriv dimensjonene knyttet til alvorlighet for denne pasientgruppen hvis helsehjelpen utsettes:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tilstanden anses å være alvorlig</li> <li>▪ Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig</li> <li>▪ Tilstanden anses under tvil å være alvorlig</li> <li>▪ Tilstanden anses ikke å være alvorlig</li> </ul> <b>Angi graderingen av tilstandens alvorlighet:</b>	
7	Prognosestap mht levetid: Angi anslag for dødelighet de første fem år uten behandling		Noter eventuell uenighet	
8	Redusert livskvalitet i form av smerte eller lidelse som krever mer enn ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter		Gi begrunnelse for graderingen i forhold til: Prognosestap mht levetid	
9	Redusert livskvalitet i form problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak		· redusert livskvalitet	
10	Redusert livskvalitet i form nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå i forhold til evne til å utføre daglige gjøremål		Eventuell uenighet skal beskrives	

1B

Her skal den beskrive alvorligheten gis én av fire mulige graderinger:

- Tilstanden anses å være alvorlig
- Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig
- Tilstanden anses under tvil å være alvorlig
- Tilstanden anses ikke å være alvorlig

Ett av alternativene skal velges. Den valgte graderingen skal begrunnes i forhold til levetid og livskvalitet.

Det er viktig at arbeidsgruppas eventuelle uenigheter noteres og beskrives.

1C

Her skal arbeidsgruppa *begrunne* graderingen i forhold til dokumentasjon, og det skal gis referanser. Også her er det viktig å notere uenigheter

1D

Her skal arbeidsgruppa notere sentrale individuelle forhold ved enkeltpasienter, utover det som er innebefattet i beskrivelsen eller kjennetegnet til tilstandsgruppen, og som kan påvirke alvorlighetsvurderingen for enkeltpasienter.

Bilde 5 viser 1C og 1D.

**Bilde 5**

	A	B	C	D	E
10	<b>1C Gi begrunnelse av graderingen i forhold til dokumentasjon:</b>		<b>1D Sentrale individuelle forhold som kan påvirke alvorlighetsvurderingen</b>		
11	- Det foreligger god dokumentasjon eller det er faglig anerkjent at tilstanden er alvorlig		Angi mulige individuelle forhold i pasientgruppebeskrivelsen som er relevante i vurderingen av alvorlighet for denne		
12	- Det er stor variasjon i resultatene i dokumentasjonen				
13	- Det er usikkert om det foreligger dokumentasjon				
14	- Det er usikkert om dokumentasjonen tilsier at tilstanden er alvorlig nok				
15	Eventuell andre begrunnelse av gradering i forhold til dokumentasjon				
16	Beskriv eventuell uenighet				
17	Dokumentasjon, gi referanser				
18					
19					
20					
21					

## 5.2.4 Vilkåret om forventet nytte

Her skal en vurdere forventet nytte av helsehjelpen for aktuelle tilstanden.

Dersom tilstanden er avklart, vurderes forventet effekt eller nytte av helsehjelpen for den avklarte tilstanden. Både tilstand og helsehjelp som skal vurderes er blitt automatisk overført fra Førstesida. Disse står under de rosa feltene til venstre i arket.

Dersom tilstanden er ukjent/uavklart, er det effekten/forventet nytte av helsehjelpen for den alvorlige tilstanden en har mistanke om, som skal vurderes. Både den mistenkte alvorlige tilstanden og tilhørende helsehjelp er blitt overført fra Førstesida og står i de rosa feltene til venstre i arket.

### 2A

Her skal forventet nytte av helsehjelp beskrives i forhold til **prognosegevinst** relatert til prosentvis sjanse for absolutt økning i femårs overlevelse og i forhold til livskvalitetsforbedring knyttet fysisk og psykisk funksjonsforbedring og i forhold til smertelindring. Dersom det er relevant, skal arbeidsgruppa angi om helsehjelpen sikrer dekning av ulike spesifiserte grunnleggende behov.

Arbeidsgruppa skal også notere om tilstanden forverres uten helsehjelp eller om behandlingsmuligheter forspilles hvis helsehjelp utsettes.

### 2B

Her skal det gis en gradering av den beskrevne forventede nytten av behandlingen. Graderingsalternativene er de samme som for alvorlighet. Uenighet skal noteres og den valgte graderingen skal begrunnes.

2A og 2B vises i bilde 6.



Bilde 6

2 Vilkåret om forventet nytte				
Tilstandsgruppe/Klinisk bilde:		Avorlig tilstand som det kliniske bildet gir mistanke om:		Helsehjelp for den alvorlige tilstanden som det kliniske bildet gir mistanke om:
0		0		0
2A Forventet nytte av helsehjelp for tilstanden			2B Gradering av forventet nytte av helsehjelpen	
<b>Dimensjoner knyttet vurderingen av forventet nytte av helsehjelpen</b> Det foreligger god dokumentasjon på at aktiv medisinsk behandling kan gi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prognosegevinst: Gi anslag for prosentvis sjanse for absolutt økning i femårs</li> <li>• Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring: Angi i hvilken grad helsehjelpen gir hel eller delvis gjenopprettelse av tidligere helsetilstand.</li> <li>• Smertelindring: Angi hvorvidt helsehjelpen gir smertelindring som er så god at det fører til bedret</li> </ul> Hvis relevant: Angi om helsehjelpen sikrer dekning av grunnleggende behov, som tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning eller mulighet for ytre		<b>Beskriv dimensjonene knyttet til forventet nytte av helsehjelp for tilstanden:</b>  <b>Vurder beskrivelsen av alle dimensjonene av forventet nytte under ett for tilstanden. Tilstanden skal gis en av følgende graderinger:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsehjelpen forventes å være nyttig</li> <li>• Helsehjelpen forventes sannsynligvis å være nyttig</li> <li>• Helsehjelpen forventes under tvil å være nyttig</li> <li>• Helsehjelpen forventes ikke å være nyttig</li> </ul> <b>Angi graderingen av tilstanden.</b>		
Forverring av tilstanden uten helsehjelp  Forspilling av behandlingsmuligheter hvis helsehjelpen utsettes		Noter eventuell uenighet  Gi begrunnelse for graderingen i forhold til at <ul style="list-style-type: none"> <li>• det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens levetid eller livskvalitet med en viss varighet</li> <li>• at tilstanden forverres uten helsehjelp</li> <li>• behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen</li> </ul> Eventuell uenighet skal beskrives		

2C

Her skal graderingen begrunnes i forhold til dokumentasjon, det skal gis referanser, og uenighet skal noteres.

2D

Her skal arbeidsgruppa angi eventuelle sentrale individuelle forhold som kan påvirke vurderingen forventet nytte eller effekt av helsehjelpen for enkeltpasienter, og utover det som vil være forventet for «gjennomsnittspasienten» eller «normalpasienten» innenfor tilstandsgruppen.

Bilde 7 viser 2C og 2D.

## Bilde 7

	A	B	C	D
14	2C Gi begrunnelse av graderingen i forhold til dokumentasjon		2D Sentrale individuelle forhold som kan påvirke vurderingen av forventet nytte av helsehjelpen	
15	Det foreligger god dokumentasjon om forventet nytte		Angi forhold som er relevante ved individuell vurderingen av forventet nytte av helsehjelp for denne tilstanden	
16	Det er stor variasjon i resultatene i dokumentasjonen av forventet nytte			
17	Det er usikkert om det foreligger dokumentasjon om forventet nytte			
18	Det er usikkert om helsehjelpen er nyttig nok			
19	Eventuelle andre begrunnelser av gradering i forhold til dokumentasjon			
20	Beskriv eventuell uenighet			
	Dokumentasjon, gi referanser			

### 5.2.5 Vilkåret om kostnadseffektivitet

Her skal en vurdere kostnadene av helsehjelpen i forhold til den effekten som er beskrevet på arket om forventet nytte. Også her vil det framgå øverst på arket hva slags helsehjelp som skal vurderes og hvilken tilstand det gjelder: Avklart tilstand og helsehjelp står i rosa felt til venstre i arket, og usikker/uavklart i feltene til høyre i arket.

#### 3A

Her skal det gis anslag for forventede kostnader i form av ressursbruk knyttet til den aktuelle helsehjelpen.

I motsetning til for vilkårene for alvorlighet og forventet nytte, gir prioriteringsforskriften ingen nærmere beskrivelse av hvordan kostnadseffektivitet skal forstås. Det skal derfor bare gis **skjønnsmessige** anslag av størrelsen på ulike ressurskomponenter som brukes i helsehjelpen, som liggetid, helsepersonell, bruk av legemidler/medikamenter, bruk av avansert medisinsk utstyr. Dette skjønnnet skal vurderes i forhold til medgåtte ressursen til en gjennomsnittspasient eller en «normalpasient» i den avdelingen hvor pasienten med den aktuelle tilstanden blir behandlet.

For uavklarte tilstander skal en under «avansert medisinsk utstyr» inkludere avansert medisinsk utstyr som brukes til utredning og diagnostikk. I vurderingen skal en ta i betraktning at dersom det er svært liten sannsynlighet for at det foreligger alvorlig tilstand, vil en legge beslag på mye medisinsk utstyr før en faktisk finner en alvorlig tilstand, og kostnadene knyttet til bruk av utstyret blir stor pr funnet alvorlig tilfelle.

Det skal også gis skjønnmessig anslag på andre forventede ressurser knyttet til helsehjelp til den aktuelle tilstanden, eller ressurser som vil medgå dersom helsehjelp ikke gis.

**NB! Det skal IKKE gis kroneanslag, bare skjønnsmessige anslag som for eksempel**

- svært store i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- store i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- om lag det samme som for gjennomsnittspasienten ved relevant avdeling
- små i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling

Dersom det er helt umulig å knytte kostnadene til noen av de nevnte kostnads-komponentene, kan en gi et *samleanslag* for kostnadene og gi en av vurderingene:

- Svært høye i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- Høye i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- Omlag det samme som for en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling
- Lave i forhold til en gjennomsnittspasient ved relevant avdeling

Bilde 8 viser 3A og 3B

**Bilde 8**

A	B	C	D	E	F	G	H
3 Vilkåret om kostnadseffektivitet							
Tilstand:		Alvorlig tilstand som det kliniske bildet gir mistanke om:	Helsehjelp for den alvorlige tilstanden som det kliniske bildet gir mistanke om:				
0		0	0				
3A Forhold knyttet til vurdering av kostnader til helsehjelpen		3B Gradering av helsehjelpens kostnadseffektivitet					
Kostnader/ressursbruk til helsehjelpen		Kostnadene/ressursbruken som er nevnt i ark "Kostnadseffektivitet" skal vurderes mot effekten/forventet nytte av helsehjelpen slik den er beskrevet i ark "Forventet nytte". Kostnadseffektiviteten av helsehjelpen skal så gis en av følgende graderinger <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Helsehjelpen anses som kostnadseffektiv</li> <li>▪ Det anses at helsehjelpen sannsynligvis er kostnadseffektiv</li> <li>▪ Det anses at helsehjelpen under tvil er kostnadseffektiv</li> <li>▪ Helsehjelpen anses som ikke kostnadseffektiv</li> </ul>					
Skjønnsmessige anslag av liggetid		Angi graderingen av kostnader i forhold til effekt. Eventuell uenighet skal noteres					
Skjønnsmessig anslag av bruk av helsepersonell							
Skjønnsmessig anslag av bruk av		Gi begrunnelse for graderingen i forhold til beskrivelse av ressursbruk og forventet nytte.					
Skjønnsmessig anslag for bruk av avansert medisinsk utstyr							
Skjønnsmessig anslag for bruk av helsepersonell etter endt behandling		Eventuell uenighet skal beskrives					
Skjønnsmessig anslag på andre ressurser knyttet til helsehjelp til denne tilstanden, eller som vil medgå dersom helsehjelp ikke gis							
I forhold til gjennomsnittspasienten ved avdelingen anses de samlede kostnadene ved denne helsehjelpen anses å være <input type="checkbox"/> Svært høye <input type="checkbox"/> Høye <input type="checkbox"/> Om lag som gjennomsnittet <input type="checkbox"/> Lave							

3B

Her skal kostnadene sees i sammenheng med forventet nytt slik den ble beskrevet og vurdert i arket «Forventet nytte». Kostnadseffektiviteten (kostnader i forhold til effekt) skal så gis en gradering, og graderingen skal begrunnes. Graderingsalternativene er de samme som for de andre to vilkårene, og ett skal velges. Også her skal eventuell uenighet noteres.

3C

Her skal arbeidsgruppa angi hvorvidt og evt. hvor god dokumentasjonen om kostnadseffektivitet er for behandling av den aktuelle tilstanden.

Det finnes lite dokumentasjon om kostnadseffektivitet, men hvis det foreligger dokumentasjon, skal arbeidsgruppa spesielt angi hva som er effektmålet i de refererte arbeidene og hvilke kostnadskomponenter som er med.

Dersom gruppa ikke kjenner til dokumentasjon om kostnadseffektivitet, skriver en det.

3D

Her skal arbeidsgruppa angi individuelle forhold som kan påvirke vurderingen av kostnadseffektivitet for enkeltpasienter.

Bilde 9 viser 3C og 3D

**Bilde 9**

	A	B	C	D	E	F
13	<b>3C Gi begrunnelse i forhold til dokumentasjon</b>		<b>3D Sentrale individuelle forhold som kan påvirke vurderingen av kostnadseffektivitet</b>			
14	- Det foreligger god dokumentasjon om kostnadseffektivitet.		<b>Angi forhold som er relevante ved individuell vurderingen av forventet kostnadseffektivitet av helsehjelp for denne tilstanden</b>			
15	- Det er stor variasjon i resultatene i dokumentasjonen om kostnadseffektivitet.					
16	- Det er usikkert om det foreligger dokumentasjon om kostnadseffektivitet					
17	- Det er usikkert om dokumentasjonen tilsier at helsehjelpen er kostnadseffektiv nok					
18	- Noter spesielt hva som er nytte- eller effektmålet i dokumentasjonen og hva som inngår i kostnadene. Gi en vurdering i hvilken grad de er relevante i forhold til den tilstanden som er vurdert					
19	Eventuell uenighet skal beskrives					
20	Dokumentasjon, gi referanser					
21						
22						
23						

## 5.2.6 Samlet vurdering (foreløpig)

I arket «Samlet vurdering (foreløpig)» skal arbeidsgruppa vurdere de valgte graderingene av alle de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften under ett. Graderingene for hvert av vilkårene blir automatisk overført til dette arket fra arkene der hvert av dem er vurdert.

**Siden alle vilkårene må være oppfylt for at det skal gis rett til prioritert helsehjelp, vil det at ett av vilkårene graderes som «anses ikke å være henholdsvis alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv» føre til konklusjonen blir at det sannsynligvis ikke skal tildeles rett til prioritert helsehjelp.**

Foreløpig konklusjon når en har foretatt en samlet vurdering skal så krysses av. Det er tre alternativer:

- Pasienter innenfor pasientgruppen/tilstandsgruppen bør sannsynligvis tildeles rett til prioritert helsehjelp
- Det er usikkert om pasienter innenfor pasientgruppen/tilstandsgruppen bør tildeles rett til prioritert helsehjelp
- Pasienter innenfor pasientgruppen/tilstandsgruppen bør sannsynligvis ikke tildeles rett til prioritert helsehjelp.

Den foreløpige konklusjonen skal begrunnes og uenighet noteres. Arbeidsgruppa skal også relatere konklusjonen til det som evt. finnes av dokumentasjon i forhold til hvert av de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften slik det er referert til i arkene om disse vilkårene.

### 5.2.6.1 Medisinsk forsvarlig frist

Dersom den foreløpige konklusjonen er enten at pasientgruppen sannsynligvis bør tildeles rett til prioritert helsehjelp, eller om det er usikkert om pasientene skal tildeles rett, skal arbeidsgruppa angi lengste **medisinsk** forsvarlige ventetid (eller siste medisinske **frist** for når helsehjelpen bør finne sted), jf. kap 3.4.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen settes ut fra en vurdering av hvilke alvorlige sykdommer som kan bli avdekket ved utredningen. Fristen skal settes slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp for den mest tidskritiske av de tilstandene som det er realistisk å ha mistanke om.

Fristen skal være **uavhengig** av behandlingsskapasitet, og er altså en **medisinsk-faglig** siste frist.

Fristen skal begrunnes og eventuell uenighet i arbeidsgruppa skal beskrives.

Bilde 10 viser hvordan arket for Samlet vurdering (foreløpig) ser ut.

Bilde 10

	A	B	C	D
1	<b>4 Samlet vurdering (foreløpig)</b>			
2	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>			
3	Ø			
4		<b>Vilkåret om alvorlighet</b>	<b>Vilkåret om forventet</b>	<b>Vilkåret om kostnadseffektivi</b>
5	<b>Foreløpig gradering</b>	0	0	0
6				
7	<b>Foreløpig konklusjon:</b>			
8	1. Pasientgruppen bør sannsynligvis tildeles rett til prioritert helsehjelp			
9	2. Det er usikkert om pasientgruppen bør tildeles rett til prioritert helsehjelp			
10	3. Pasientgruppen bør sannsynligvis ikke tildeles rett til prioritert helsehjelp			
11				
12	Begrunnelse for (foreløpig) konklusjon om rettighetsstatus			
13	Noter eventuell uenighet			
14	Begrunnelse for (foreløpig) konklusjon i forhold til det som finnes av dokumentasjon om alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet			
15	Noter eventuell uenighet			
16	<b>Hvis aktuelt: Angi lengste forsvarlige</b>			
17	Noter eventuell uenighet om lengste forsvarlige ventetid			
18	Begrunnelse for lengste forsvarlige ventetid			
19	Angi eventuell uenighet			

### 5.2.7 Samlet vurdering (endelig – etter tredje samling)

På tredje samling, skal arbeidsgruppene gi en endelig konklusjon mht rettighetsstatus og eventuell siste medisinske frist for den aktuelle tilstanden/det kliniske bildet. Den foreløpige konklusjonen skal arbeidsgruppa diskuteres **en gang til** for alle tre vilkårene, og det skal tas hensyn til mulige argumenter og tanker omkring hver vurdering som kan ha dukket opp siden andre samling. Så skal arbeidsgruppa foreta en endelig samlet vurdering av graderingene av hvert av de tre vilkårene sett under ett, og det skal gis en anbefaling om denne tilstanden skal gis en veiledende sannsynlig rett til prioritert helsehjelp eller sannsynligvis ikke rett til

rioritert helsehjelp. Dersom det anbefales å gi en veiledende sannsynlig rett, skal det angis en veiledende siste medisinske frist for når helsehjelpen skal starte.

Bilde 11 viser arket for endelig samlet vurdering.

**Bilde 11**

	A	B	C	D
1	<b>4B Samlet vurdering (endelig – etter tredje samling)</b>			
2	<b>Tilstandsgruppe/klinisk bilde:</b>			
3	0		0	
4		<b>Vilkåret om alvorlighet</b>	<b>Vilkåret om forventet nytte</b>	<b>Vilkåret om kostnads-effektivitet</b>
5	<b>Gradering (Angi den endelige graderingen for hvert av vilkårene)</b>			
6	<b>Endelig konklusjon:</b>			
8	<b>Pasientgruppen bør sannsynligvis tildeles rett til prioritert helsehjelp, skriv "ja" eller "nei"</b>			
9	<b>Begrunnelse for sannsynlig rettighetsstatus</b>			
10	<b>Hvis aktuelt: Lengste forsvarlige ventetid (uker)</b>			
	<b>Begrunnelse for lengste forsvarlige ventetid</b>			

## 5.2.8 Veileder for tilstand

Det siste arket i arbeidsboken heter «Veileder for tilstand». Her skal det ikke skrives noe, men informasjon om hvilken pasientgruppe/tilstand/klinisk bilde som er vurdert, veiledende rettighetsstatus og frist samt de individuelle forholdene knyttet til hvert av vilkårene blir automatisk overført til dette skjemaet. Dette vises i bilde 12.

**Bilde 12**

	A	B	C	D	E	F	G
1	Veiledende rettighetsstatus og veiledende frist,						
2	og forhold som skal vurderes i forhold til den enkelte pasient						
3	Pasientgruppe / klinisk bilde/tilstand	Helsehjelp for enkelt-pasienter i tilstandsgruppen	Generelle, veiledende anbefalinger for pasientgruppe/ kliniske bilder/ tilstander		Forhold knyttet til den individuelle vurdering av hver enkelt pasient		
4					Angi særlig relevante argumenter/kriterier som skal tas med -hvis relevant - ved den <u>individuelle</u> vurdering av hovedvilkårene i prioriteringsforskriften		
5			Veiledende rettighets-status for pasient-gruppe/tilstand	Veiledende frist for mottak av helsehjelp for pasient-gruppe/tilstand	Alvorlighet - individuelle forhold som er av betydning for alvorlighets-vurderingen for denne tilstanden	Forventet nytte - individuelle forhold som er av betydning for vurderingen av forventet nytte av helsehjelpen for denne tilstanden	Nytte-kostnad - Individuelle forhold som er av betydning for vurderingen av kostnadseffektivitet for helsehjelpen for denne tilstanden
	0	0	0	0	0	0	0

Det endelige forslaget til veilederen vil ikke se ut som bilde 10. Men opplysningene der vil bli redigert samlet i en forenklet tabell, jf. tabell 1.



# Lenker til oversikter over deltakere og resultater

## **Deltakere og involverte i arbeidet med prioriteringsveilederne:**

Prio1 [Deltakere Prio1](#)

Prio2 [Deltakere Prio2](#)

## **Oversikt over vurderinger og anbefalinger gjennom arbeidsprosessen i Prio2**

Oversikter over endringer gjennom arbeidsprosessen i antall tilstander og betegnelse på tilstander, gradering og vurdering av tilstandene og anbefalinger om rett og frist:

[Anbefalinger, graderinger og vurderinger alle faser](#)

Oversikt over hvordan anbefalinger om rett og frist endret seg gjennom arbeidsprosessen i Prio2:

[Anbefalinger om rett og frist, endringer gjennom prosess](#)

Svar fra ekstern høring, Prio2:

[Høringssvar Prio2](#)

**Metode ved utarbeiding  
av Helsedirektoratets  
prioriteringsveiledere**

**Utgitt**

Oktober 2018

**Bestillingsnummer**

IS-2730

**Utgitt av**

Helsedirektoratet

**Postadresse**

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

**Besøksadresse**

Vitaminveien 4, Oslo

**Telefon** 810 20 050

**E-post** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

**Forfatter:**

Elizabeth Nygaard

**[helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no)**