

Prioriteringsveileder Sykelig overvekt

Utarbeidet i samarbeid med
Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst

Heftets tittel: Prioriteringsveileder
Sykelig overvekt

Utgitt: 06/2009

Bestillingsnummer: IS-1702
ISBN 978-82-8081-156-1

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avd. Kvalitet og prioritering
Pb. 7000 St. Olavsplass, 0130 Oslo
Universitetsgata 2, OSLO

TIF.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
TIF.: 24 16 33 68 (firs-tors 12-14)
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1702

Heftet kan lastes ned i PDF-format fra følgende adresse:
www.helsedirektoratet.no/prioritering

Forfattere: Elizabeth Nygaard
Vidar Kårikstad

Utarbeidet i samarbeid med:

HELSE  NORD HELSE  MIDT-NORGE HELSE  VEST HELSE  SØR-ØST

Heftets tittel: Prioriteringsveileder
Sykelig overvekt

Utgitt: 06/2009

Bestillingsnummer: IS-1702
ISBN 978-82-8081-156-1

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avd. Kvalitet og prioritering
Pb. 7000 St. Olavsplass, 0130 Oslo
Universitetsgata 2, OSLO

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68 (tirs-tors 12-14)
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1702

Heftet kan lastes ned i PDF-format fra følgende adresse:
www.helsedirektoratet.no/prioritering

Forfattere: Elizabeth Nygaard
Vidar Kårikstad

Utarbeidet i samarbeid med:

HELSE  **NORD** HELSE  **MIDT-NORGE** HELSE  **VEST** HELSE  **SØR-ØST**

Forord

Spesialisthelsetjenesten mottar årlig over en million henvisninger. For at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp med god kvalitet er det avgjørende at vurderingene av henvisningene skjer raskt, er faglig betryggende og at pasientenes rettssikkerhet ivaretas.

Lov om pasientrettigheter og forskrift om prioritering av helsetjenester mv. er det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til at de pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen.

Til tross for et felles lovmessig grunnlag, har det vært store forskjeller i praktisering av prioriteringsforskriften, både mellom regionale helseforetak, mellom fagområder og innenfor foretak og fagområder. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene fikk derfor i 2006 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en strategi som skulle bidra til at spesialisthelsetjenesten utøvte sin praksis i tråd med lov og forskrift for prioritering. Samarbeidsprosjektet "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten" er et ledd i denne strategien.

I prosjektet har Helsedirektoratet samarbeidet med fagmiljøene i de regionale helseforetakene (RHFene), fastleger og brukerrepresentanter om å utvikle veiledere for rettighetstildeling og fristfastsettelse innenfor 30 fagområder i spesialisthelsetjenesten. Den norske legeförening har deltatt i prosjektets nasjonale prosjektgruppe og som observatør i styringsgruppen for prosjektet.

Arbeidet med prioriteringsveilederne har foregått i grupper, en for hvert fagområde. Arbeidsgruppene har bestått av spesialister fra hvert RHF, spesialister fra et annet fagområde, fastlege og brukerrepresentanter. Spesialisten fra annet fagområde, fastlegen og brukerrepresentanten har vært avgjørende for vurderingene på tvers av fagområder, samarbeidet mellom fastlegene og sykehusene, og brukernes perspektiver på prioritering og kvalitet.

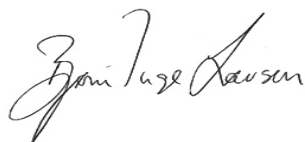
Veilederen skal være beslutningsstøtte for de som vurderer eller deltar i vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I hovedsak vil dette dreie seg om spesialister med kompetanse til å kunne tilby spesialisthelsetjeneste innenfor det fagområde henvisningen gjelder. Prioriteringsveilederens *generelle del* informerer om innholdet i prioriteringsforskriften og forklarer hvordan prioriteringsveilederen er ment som beslutningsstøtte ved vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederen inneholder også en *veiledertabell* som er spesifikk for hvert fagområde. Veiledertabellen inneholder veiledende anbefaling om prioritet og eventuell siste frist for start helsehjelp for de vanligste henvisningstypene innenfor hvert fagområde. Veiledertabellen har også en fagspesifikk innledning som forklarer hvordan arbeidsgruppen for det aktuelle fagområdet har tilnærmet seg oppgaven med å lage prioriteringsveilederen.

Prioriteringsveilederen foreligger på internett (www.helsedirektoratet.no/prioritering) og i egne publikasjoner for hvert fagområde.

Prioriteringsveilederne vil bli revidert på grunnlag av de erfaringene som den praktiske bruken gir, og i tråd med utviklingen på de ulike fagområdene.

Prioriteringsveilederen har status som faglig veileder og er, som direktoratets øvrige veiledere, ikke bindende for tjenesteyteren. Prioriteringsveilederen beskriver imidlertid nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk. Prioriteringsveilederen gir også uttrykk for den felles oppfatningen som Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har om god faglig praksis i prioriteringsarbeidet. Dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederen, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene takker deltakerne i arbeidsgruppen for sykkelig overvekt for den store innsatsen de har bidratt med i samarbeidsprosjektet "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten". En oversikt over hvem som har deltatt i arbeidsgruppen, samt over medlemmer i prosjektets styringsgruppe, nasjonale prosjektgruppe, ekspertgruppe og sekretariat finnes i vedlegget bak i veilederen. Vi ser fram til videre samarbeid i videreutviklingen av prioriteringsveilederen.



Bjørn-Inge Larsen
Direktør
Helsedirektoratet

Innhold

Generell del	6
1 Bakgrunn	6
2 Formål med prioriteringsveilederen	8
3 Begrepsbruk	10
3.1 Prioriteringsveileder - generell del, fagspesifikk innledning og veiledertabell	10
3.2 Prioritert helsehjelp	10
3.3 Rettighetspasient	11
3.4 Avklart og uavklart tilstand	11
3.5 Helsehjelp, utredning og behandling	11
4 Når rettighetsvurdering skal finne sted	12
4.1 Hovedregel	12
4.2 Unntak	12
5 Om pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften	13
5.1 Henvisning og vurderingsgaranti	13
5.2 Vilkårene for rett til prioritert helsehjelp	14
5.2.1 Vilkåret om alvorlighet	14
5.2.2 Vilkåret om forventet nytte	15
5.2.3 Vilkåret om kostnadseffektivitet	15
5.2.4 Samlet vurdering av alle vilkårene sett under ett	15
5.3 Fastsettelse av frist for start helsehjelp - ventetidsgaranti for noen grupper	16
5.4 Oppfyllelse av retten til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og det videre forløpet	17
5.5 Helsehjelp til pasienter som ikke gis rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	17
6 Nærmere om vurderinger og beslutninger ved avklart og uavklart tilstand	18
6.1 Vurderinger ved avklart tilstand	18
6.2 Vurderinger ved uavklart tilstand	19
7 Prosessen bak utarbeiding av veiledertabellene	22
Vedlegg	24
Veiledertabell	27

Generell del

1 Bakgrunn

Pasientrettighetsloven¹ slår fast at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp* fra spesialisthelsetjenesten dersom "pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt". Prioriteringsforskriften² utdyper dette ved at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp* fra spesialisthelsetjenesten når

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Alle tre vilkårene må være oppfylt for at en pasient skal ha *rett til nødvendig helsehjelp*. Pasienten gis derved forrang i forhold til andre som også vurderes å ha behov for spesialisthelsetjenester, men med lavere prioritet. De pasientene som blir tildelt *rett til nødvendig helsehjelp*, skal få en frist for når faglig forsvarlighet krever at helsehjelpen senest skal starte.

Enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få helsetilstanden vurdert innen maksimalt 30 virkedager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør det være en maksimumsfrist på 15 dager³. For barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet er fristen 10 virkedager⁴.

I løpet av vurderingsperioden er spesialisthelsetjenesten forpliktet til å vurdere henvisningen for å avgjøre om

- pasienten har rett til "nødvendig" helsehjelp
- pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til "nødvendig" helsehjelp
- pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

¹ LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

² FOR 2000-12-01 nr 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til høvdvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

³ Jfr. merknad til § 4 i prioriteringsforskriften

⁴ Gjelder fra 1. september 2008. Jfr. ny § 4a i prioriteringsforskriften av 1. desember 2000 nr 1208, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833 (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

I kapittel 5 gjennomgås hovedtrekk ved prioriteringsforskriften og de vilkårene som må være oppfylt for at en pasient skal tildeles *rett til nødvendig helsehjelp*. Fristfastsettelse blir også omtalt nærmere der. Se forøvrig [IS-12/2004 Rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet](#), Lov om pasientrettigheter.

2 Formål med prioriteringsveilederen

Prioriteringsveilederen skal bidra til at "like" pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor og uavhengig av hvilket sykehus de henvises til. De som vurderer henvisningene må derfor ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene. Prioriteringsveilederen skal være et praktisk hjelpemiddel når spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til om en pasient som er henvist, skal ha "nødvendig" (prioritert) helsehjelp. For prioriterte pasienter gir veiledertabellen en veiledende frist for når helsehjelpen senest skal starte.

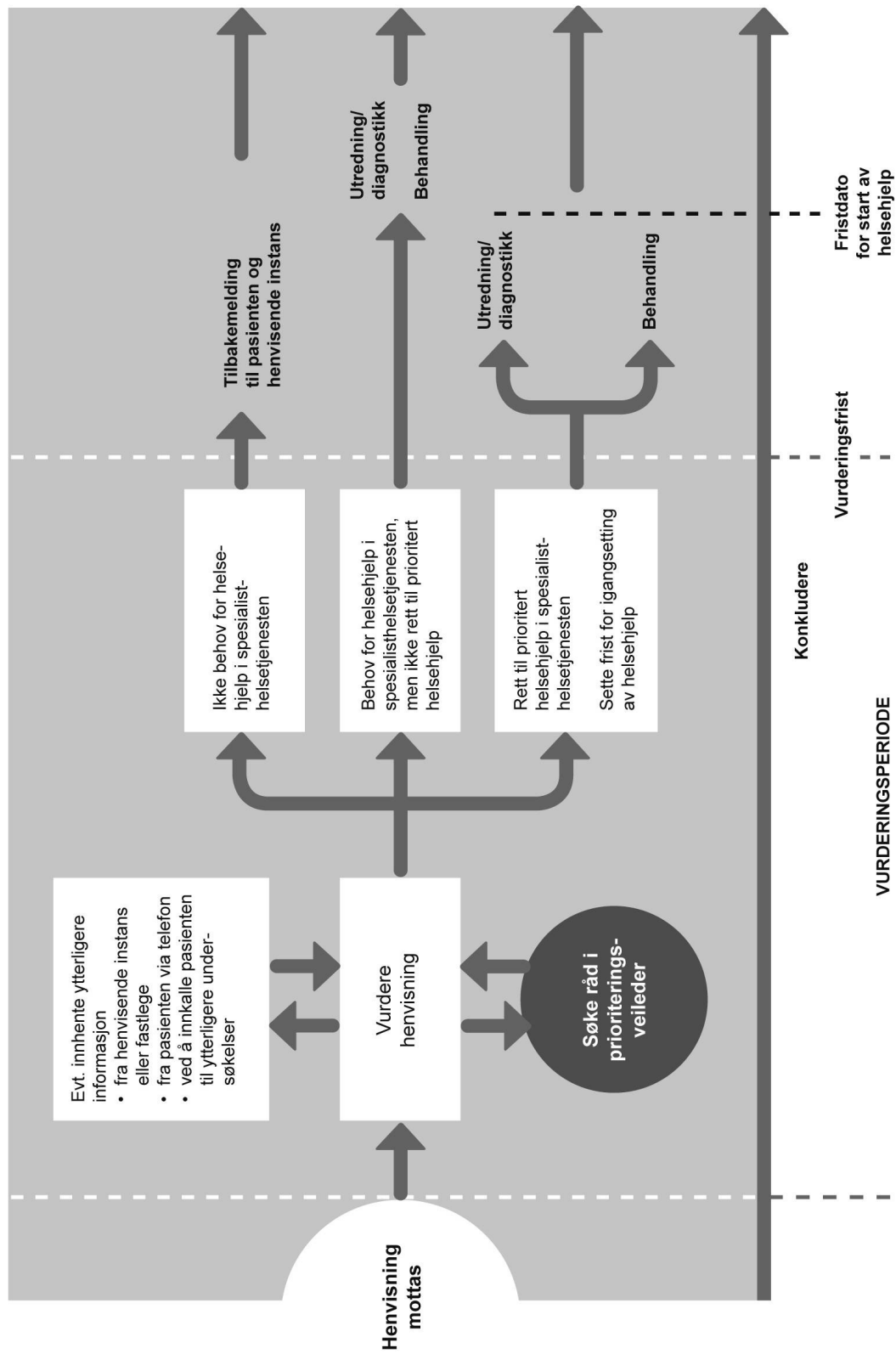
I tillegg til veiledende rettighetsstatus og frist for når helsehjelpen senest skal starte, gir prioriteringsveilederen en oversikt over *individuelle* forhold utover dem som generelt beskriver tilstandsgruppen. Det er fordi veiledertabellen inneholder anbefalinger på *gruppenivå*, mens pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler *individuelle* pasienters rettigheter. Individuelle forhold kan tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

Veilederne er laget med tanke på at 75-80% av henvisningene innenfor et fagområde vil dekkes av tilstandene i fagområdets veiledertabell. Pasienter med andre og sjeldnere tilstander skal også vurderes i forhold til prioriteringsforskriften, men de er ikke innbefattet i veiledertabellen. *Det betyr ikke at pasienter med disse tilstandene er lavere prioritert.*

Figur 1 viser hvor i henvisningsforløpet prioriteringsveilederen skal brukes.

Figur 1

Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettighet og frist for start helsehjelp



3 Begrepsbruk

3.1 Prioriteringsveileder - generell del og veiledertabell

Prioriteringsveilederen består av to deler, generell del og veiledertabell. Den generelle delen er felles for alle fagområdene. Den skal forklare bruken av veiledertabellen og gi svar ved eventuell tvil.

I det daglige arbeidet med rettighetsvurderinger vil det være de kortfattede veiledertabellene som vil bli brukt. Veiledertabellen er spesifikk for hvert fag og består av en liste over tilstander eller kliniske bilder med veiledende rettighet og frist for hver tilstand. For hver tilstand er det også en oversikt over *individuelle* forhold som skal vurderes før det blir bestemt hva som skal være rettighet og frist for den enkelte pasient. Individuelle forhold kan tilsi at rettighet og frist for en enkelt pasient blir annerledes enn det som er anbefalt for den tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

Veiledertabellen inneholder også en fagspesifikk innledning som beskriver spesielle forhold ved det aktuelle fagområdet og hvordan de som har utarbeidet veiledertabellen har nærmet seg oppgaven med å gi rettighet og frist.

Veiledertabellen finnes sist i dette dokumentet. Den foreligger også i separate dokumenter for hvert fagområde.

3.2 Prioritert helsehjelp

Når en pasient oppfyller vilkårene for å få "rett til nødvendig helsehjelp" skal han eller hun bli prioritert foran andre pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som ikke har slik rett. Pasienter som ikke får "rett til nødvendig helsehjelp" og ikke får en juridisk bindende frist, men som spesialisthelsetjenesten mener bør få tilbud om helsehjelp, skal også gis forsvarlig helsehjelp. Prioriteringen mellom pasienter med og uten juridisk "rett til nødvendig helsehjelp" er ment å sikre at de som trenger helsehjelpen mest (dvs. pasienter med rett til nødvendig helsehjelp) skal prioriteres foran de som vurderes ikke å ha et like stort behov for helsehjelp.

I det følgende benyttes begrepet "*rett til prioritert helsehjelp*" synonymt med lovens begrep "*rett til nødvendig helsehjelp*". Hensikten er å synliggjøre at det sentrale med rettighetsvurderingen er å prioritere pasienter ut fra den enkeltes behov. Begrepet "prioritert helsehjelp" er også mer i samsvar med den allmenne forståelsen av prioriteringsforskriften. Dette innebærer at det brukes to begreper for samme lovmessige forhold.

3.3 Rettighetspasient

Pasienter som har fått rett til prioritert helsehjelp vil i det følgende bli omtalt som *rettighetspasienter*.

At en rettighetspasient har fått innfridd fristen, innebærer ikke nødvendigvis at helsehjelpen er fullført. Rettighetspasienten kan være i et forløp og motta helsehjelp enten fra samme enhet eller fra en annen enhet eller et annet helseforetak. Det videre helsehjelpsforløpet må ta hensyn til at pasienten fortsatt er en rettighetspasient. Det betyr at pasienten skal prioriteres foran pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp. Dersom det gis helsehjelp som avklarer at pasientens tilstand ikke lenger oppfyller vilkårene for prioritert helsehjelp, er det ikke grunnlag for å opprettholde statusen som rettighetspasient.

3.4 Avklart og uavklart tilstand

Dersom det i løpet av vurderingsperioden er mulig, med stor grad av sannsynlighet, å fastslå hva som vil være helsehjelpsforløpet for pasienten, sier vi at pasientens tilstand er kjent eller *avklart*. I de tilfellene der det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å fastslå hva som sannsynligvis er pasientens tilstand, og det derfor ikke er mulig å vite hva som vil være behandlingsforløpet, sier vi at pasientens tilstand er ukjent eller *uavklart*. Vurderinger ved avklart og uavklart tilstand omtales nærmere i kapittel 6.

3.5 Helsehjelp, utredning og behandling

Begrepet helsehjelp defineres i pasientrettighetslovens § 1-3 som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Når henvisninger til spesialisthelsetjenesten vurderes, skal hele spekteret av det som er definert som helsehjelp tas i betraktning. For rettighetspasienter som har en avklart tilstand, vil det være mulig å planlegge mer konkret hvilken helsehjelp som skal tilbys enn det som er mulig hvis pasientens tilstand er uavklart.

For å kunne skille helsehjelp som tilbys ved avklart tilstand fra helsehjelp i form av utredning, vil begrepet *behandling* bli brukt om den helsehjelpen som aktivt gjør noe med pasientens helsetilstand, enten i form av bedring eller ved å hindre forverring.

4 Når rettighetsvurdering skal finne sted

4.1 Hovedregel

Rettighetsvurderingen skal som hovedregel gjøres når henvisningen til elektiv helsehjelp mottas i spesialisthelsetjenesten.

En pasient som er i et forløp og i dette forløpet henvises videre innenfor spesialisthelsetjenesten, skal ved den interne henvisningen som hovedregel ikke vurderes på nytt i forhold til rettighetsstatus og juridisk frist. Pasienten er allerede i et henvisnings-/behandlingsforløp som forutsettes å være medisinskfaglig forsvarlig. Dette gjelder også dersom den videre henvisningen er til en annen avdeling i samme helseforetak eller til et annet helseforetak.

4.2 Unntak

Hovedregelen om rettighetsvurdering når henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten, gjelder ikke ubetinget. I noen tilfeller blir det oppdaget forhold ved pasientens helsetilstand som ikke er berørt i henvisningen. Nyoppdaget problematikk som er av en slik karakter at den normalt ville vært henvist til spesialisthelsetjenesten, bør henvises på vanlig måte til rett instans i spesialisthelsetjenesten. En slik henvisning skal rettighetsvurderes i forhold til den nyoppdagede problematikken.

For pasienter som er blitt innlagt som øyeblikkelig hjelp, kan det være aktuelt å gjøre en rettighetsvurdering etter at akutfasen er over. Noen av disse pasientene kan ha behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Den som har ansvar for å gi øyeblikkelig hjelp, må vurdere om pasientens helsetilstand etter den akutte behandlingen fortsatt er av en slik karakter at den ville falle innenfor prioriteringsforskriftens vilkår for rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I så fall må pasienten prioriteres som en rettighetspasient. Hvis det i et videre forløp er nødvendig å flytte pasienten til en annen avdeling, må mottakende avdeling vurdere om det er grunnlag for å sette en frist for når helsehjelpen senest skal gis, siden det dreier seg om start på et elektivt forløp som pasienten ikke tidligere er rettighetsvurdert i forhold til.

I praksis vil ikke enhver helsehjelp ut over øyeblikkelig hjelp tilsi at pasienten skal rettighetsvurderes. Her må det utøves et skjønn hvor siktemålet må være at pasienter som trenger elektiv helsehjelp skal sikres riktig prioritet.

5 Om pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften

5.1 Henvisning og vurderingsgaranti

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenester som omfattes av fritt sykehusvalg, har rett til å få en vurdering av sin helsetilstand jfr. pasientrettighetsloven § 2-2. Rettighetsvurderingen skal som hovedregel bare foretas én gang, ved startpunktet for et pasientforløp, og vurderingen skal gjøres i forhold til, og er bindende for, spesialisthelsetjenesten som *helhet*. Det vises i denne forbindelse til det som står om fastsettelse av frist i kap 5.3.

Henvisningen skal være vurdert i løpet av maksimalt 30 virkedager fra den er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør det være en maksimumsfrist på 15 dager⁵.

Fra 1. september 2008 er vurderingsperioden for unge under 23 år innenfor fagområdene rus og psykisk helsevern maksimalt 10 virkedager⁶.

Henvisningen skal inneholde de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens tilstand⁷. Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Det må om nødvendig innhentes supplerende opplysninger, eller pasienten må innkalles til undersøkelse slik at det kan gjøres en faglig forsvarlig vurdering av helsetilstanden.

Hvis henvisningen ikke har kommet til rett sted skal den ikke returneres, men videresendes. Det bør derfor etableres rutiner for mottak av henvisninger og for hvilke tiltak som eventuelt skal settes i gang dersom henvisningene er mangelfulle, dersom de skal vurderes av en annen enhet, eller dersom pasienten har krav på en raskere vurdering.

Pasienten og henvisende instans skal få tilbakemelding om hvordan pasientens helsetilstand er blitt vurdert og hvilken helsehjelp som det eventuelt planlegges at pasienten skal gis. Det skal også informeres om når behandlingen eventuelt forventes å bli gitt. Dersom pasienten har rett til prioritert helsehjelp, skal pasienten og henvisende instans informeres om dette og om den juridisk bindende fristen som i så fall er fastsatt for når helsehjelpen senest kan gis. Pasienten vil derved på et tidlig tidspunkt få klarlagt om han/hun er rettighetspasient og når rettigheten senest skal oppfylles.

⁵ Jfr. merknader til § 4 i prioriteringsforskriften

⁶ Se ny § 4a i prioriteringsforskriften av 1. desember 2000 nr 1208, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833

⁷ Henvisning kan komme fra fastlege/allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende legespesialister, leger i fengselshelsetjenesten, leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten ved nyoppdaget problematikk, sosialtjenesten (inkl. barnevernet), annet helsepersonell som har rett til å henvide til spesialisthelsetjenesten (kiropraktorer og manuelleterapeuter). Henvisningen bør inneholde tydelig beskrivelse av pasientens problem, god anamnese som redegjør for aktuelle problem/lidelser, resultat av relevante utredninger og undersøkelser, hva som er prøvd av behandling tidligere, uttalelse fra andre relevante instanser, status om individuell plan, forslag til og/eller ønske om type tiltak

5.2 Vilkårene for rett til prioritert helsehjelp

Rettighetsvurderingen innebærer at alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftens tre hovedvilkår: alvorlighet/prognosetap, forventet nytte og kostnadseffektivitet.

Ved vurdering av om pasienten skal få rett til prioritert helsehjelp 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.

Pasientens kjønn, etniske tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, produktivitet, livssyn, seksuelle orientering og sosiale status er ikke relevant som del av vurderingen knyttet til tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet⁸. Det betyr at disse kriteriene ikke kan tillegges vekt i vurderingen av om pasienten har rett til prioritert helsehjelp. Derimot kan en for eksempel i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved å være i arbeid.

5.2.1 Vilkåret om alvorlighet

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

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

1. pasientens livslengde vil mest sannsynlig bli redusert med en viss varighet dersom helsehjelp utsettes
2. pasientens livskvalitet vil mest sannsynlig bli mer enn ubetydelig nedsatt dersom den aktuelle helsehjelpen utsettes

Med "mer enn ubetydelig nedsatt livskvalitet" menes det at pasientens livskvalitet vil bli merkbart redusert hvis helsehjelpen utsettes. Livskvaliteten kan være redusert på grunn av smerte eller lidelse, problemer med vitale livsfunksjoner (for eksempel næringsinntak), eller fordi pasienten har nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Pasientens mestring i hverdagen er også et viktig aspekt som må tas i betraktning når livskvaliteten vurderes.

I noen tilfeller er det i løpet av vurderingsperioden ikke mulig å framskaffe tilstrekkelig informasjon til å kunne fastslå hva slags sykdom/tilstand pasienten har. Da må en, på grunnlag av de opplysningene som foreligger og med godt klinisk skjønn, vurdere alvorlighetsvilkåret ut fra hvilke alvorlige sykdommer som en anser at det er en realistisk mulighet for at kan forekomme. Dette er nærmere omtalt i kapittel 6.2.

⁸ Jfr. NOU 1997:18 Prioritering på ny (Lønning II) side 95

5.2.2 Vilkåret om forventet nytte

Vilkåret om *forventet nytte* krever en vurdering av om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil påvirke pasientens tilstand (livslengde og/eller livskvalitet) til det bedre, eller om den vil hindre forverring. Helsehjelpen vil også gi forventet 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 hele behandlingsforløpet. Hvis det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å framskaffe tilstrekkelig informasjon til å kunne fastslå en foreløpig 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 alternativene som det er en realistisk risiko for at vil forekomme og som det finnes behandlingstiltak for. Se kapittel 6 for nærmere omtale av dette.

Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen krever at det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon, eller anerkjent klinisk praksis, som tilsier at forholdene kan forandres til det bedre dersom det blir gitt relevant helsehjelp.

5.2.3 Vilkåret om kostnadseffektivitet

Vilkåret om *kostnadseffektivitet* krever at det skal være et rimelig forhold mellom kostnadene ved helsehjelpen og helsehjelpens forventede nytteeffekt. Her er det forholdet mellom kostnadene på den ene siden og nytten av helsehjelpen på den andre siden, som skal vurderes. Kostnadene isolert sett skal ikke være avgjørende. En skal se bort fra eventuelle kostnader knyttet til tidligere behandling av samme pasient.

Prioriteringsforskriften åpner ikke for at yrkesaktivitet i seg selv er et kriterium for vurdering. Det betyr i denne sammenhengen 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 eventuelle besparelser i trygdeutbetalinger ved at pasienten kommer i arbeid. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid.

5.2.4 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. Vilkaene er relative i forhold til hverandre. Det betyr at en lav vektning av ett hovedvilkår kan oppveies av at et annet hovedvilkår oppfylles i høyere grad. For eksempel kan lav forventet nytte av helsehjelpen oppveies av høy grad av alvorlighet ved tilstanden. Et vilkår har lav vekt dersom det er tvil om vilkåret er oppfylt.

En må være oppmerksom på at pasientens diagnose ikke er avgjørende for retten til prioritert helsehjelp. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter kunne ha rett til prioritert helsehjelp, og andre ikke.

Den samlede vurderingen kan gi ett av følgende utfall:

- pasienten har rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men har ikke rett til prioritert helsehjelp
- pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

I veiledertabellene gis det en veiledende anbefaling om rettighet på gruppenivå. Når en konkret henvisning skal vurderes, skal spesialisten vurdere om noen av de individuelle forholdene som er nevnt i veiledertabellen er tilstede. Det skal også vurderes om det er andre forhold ved den aktuelle pasienten som skulle tilsi en annen rettighetsvurdering og eventuell frist enn det som er anbefalingen for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

5.3 Fastsettelse av frist for start helsehjelp - ventetidsgaranti for noen grupper

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 startes 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 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 det går ut over prognosen. Fristen må ikke settes så knapt at det ikke blir mulig å skaffe pasienten et forsvarlig tilbud privat eller i utlandet innen fristen går ut.

Dersom pasientens tilstand er avklart i løpet av vurderingsfasen, skal fristen indikere seneste faglig forsvarlige start på den behandlingen som planlegges. Dette skal pasienten informeres om.

Hvis pasienten i et elektivt forløp etter en øyeblikkelig hjelp situasjon er rettighetsvurdert og gitt rett til prioritert helsehjelp, og dersom pasienten skal følge et antatt standardisert forløp, settes fristen normalt i tråd med det standardiserte behandlingsopplegget.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen indikere hva som er seneste faglig forsvarlige start på en videre utredning. Fristen må da settes ut fra en vurdering av hvilke alvorlige tilstander som kan bli avdekket ved utredningen, slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp i hele det videre forløpet.

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.

Helsehjelpen skal planlegges slik at aktuelle tiltak kan gis fra spesialisthelsetjenesten som en helhet, for eksempel fra flere behandlingseenheter. Det kan bety at den som vurderer en henvisning må planlegge tiltak fra for eksempel andre regionale enheter.

Som hovedregel skal det bare settes én frist. Selv om en pasient vil få et behandlingsforløp som består av flere ledd (ved ulike avdelinger eller helseforetak), skal det i utgangspunktet ikke settes nye juridiske frister når en mottar en intern henvisning fra annen avdeling eller annet HF. Dersom et behandlingsopplegg viser seg ikke å føre fram, eller det viser seg 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. Hva som skal til av endring i pasientens behandlingsopplegg for å være i en slik situasjon, er det gitt lite føringer om. Situasjonen må vurderes konkret, men slike tilfeller forutsettes å være unntak⁹.

Fra 1. september 2008 er fristen for start helsehjelp for unge under 23 år innenfor fagområdene psykisk helsevern og rus maksimalt 65 virkedager¹⁰.

5.4 Oppfyllelse av retten til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og det videre forløpet

Hvis helsehjelpen (enten i form av utredning eller behandling) påbegynnes innen utløpet av den individuelle fristen som pasienten har fått, har pasienten fått oppfylt sin rett til å komme inn i spesialisthelsetjenesten. Brytes fristen kan pasienten be NAV-pasientformidling om å motta helsehjelp fra et annet helseforetak, eventuelt i utlandet om nødvendig.

Det grunnleggende forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 styrer prioriteringen av pasienter som er i et forløp. For rettighetspasienter må det i tillegg sikres at de blir forsvarlig prioritert i det videre behandlingsforløpet og at det tas hensyn til at de ennå ikke er behandlet ut av sin rettighetsstatus. Dette vil særlig gjelde for de pasientene som får en frist i forhold til utredningsstart og der utredningen viser at pasienten har behov for behandling.

I mange tilfeller vil en kunne støtte seg på faglige retningslinjer som gir føringer om den videre helsehjelpen. Dette vil også bidra til å skape forutsigbarhet for pasienten.

5.5 Helsehjelp til pasienter som ikke gis rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

At en pasient ikke får rett til prioritert helsehjelp, betyr *ikke* at pasienten ikke skal tilbys helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å sørge for at det ytes helsehjelp også til pasienter som ikke omfattes av retten til prioritert helsehjelp. Pasienten som får tilbud om helsehjelp, skal informeres om når helsehjelpen forventes å finne sted, men denne datoen er ikke juridisk bindende. Som en følge av å ha lavere prioritet, vil denne gruppen risikere å måtte vente noe lenger, samt å kunne få innkallingen/tidsangivelsen utsatt.

Helsehjelpen til denne gruppen skal også skje i samsvar med grunnkravet til forsvarlighet. Det må informeres om at henvisende instans skal kontaktes for å vurdere å sende en ny henvisning dersom pasientens tilstand forverrer seg i ventetiden.

⁹ Dette er nærmere omtalt på side 13 i Rundskriv IS-12/2004 (Lov om pasientrettigheter)

¹⁰ Se ny § 4a i prioriteringsforskriften av 1. desember 2000 nr 1208, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833

6 Nærmere om vurderinger og beslutninger ved avklart og uavklart tilstand

Prioriteringsforskriften bygger på en logikk der spesialisthelsetjenesten i løpet av vurderingsperioden for en henvisning skal ha tilstrekkelig informasjon til å kunne fastsette hva som sannsynligvis er relevant helsehjelp. Beslutningen om pasientens rettighetsstatus og eventuell frist skal fattes på grunnlag av opplysningene i henvisningen og fra eventuell innhentet tilleggsinformasjon. Grunnlaget for vurderingene avhenger av om en i løpet av vurderingsperioden kan fastslå hva som er pasientens tilstand og tilhørende helsehjelp, dvs. om pasientens tilstand og helsehjelp er *avklart*, eller om tilstanden og helsehjelpsforløpet er *uavklart*.

Disse to situasjonene er innbefattet i veiledertabellene. Veiledertabellene inneholder tilstander som med overveiende sannsynlighet er avklart og der spesialisthelsetjenesten kan ta stilling til hva som vil være sannsynlig helsehjelp. Men veiledertabellene inneholder også symptomer, helseplager eller kliniske bilder der en ikke vet hva som feiler pasienten og heller ikke kan si hva som vil være relevant helsehjelp uten ytterligere undersøkelser og utredninger.

Når henvisningen mottas, vil spesialisten som skal vurdere pasientens tilstand, antakelig finne en tilstand i veiledertabellen som passer til de opplysningene som er tilgjengelige om pasienten. Rettighet og eventuell frist for den aktuelle pasienten avgjøres etter å ha tatt i betraktning anbefalingene og de individuelle forholdene som er nevnt i veiledertabellen. Det kan også tenkes at individuelle forhold som ikke er nevnt i veiledertabellen er relevante. Disse skal også tas med i den konkrete individuelle vurderingen av pasienten. Konklusjonen skal baseres på rådene i prioriteringsveilederen og spesialistens egne, faglige oppfatninger om pasientens tilstand.

Dersom det ikke er mulig å finne en tilstand i veiledertabellen som passer til opplysningene i henvisningen, skal henvisningen likevel vurderes i forhold til de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften når en skal bestemme pasientens rettighetsstatus og eventuell frist. Prinsippene for vurdering ved avklart og uavklart tilstand gjelder også for disse tilfellene.

6.1 Vurderinger ved avklart tilstand

Dersom opplysningene i henvisningen, pluss eventuell tilleggsinformasjon, tilsier at det er overveiende sannsynlig at en vet hva som er pasientens tilstand og hva som er sannsynlig behandlingsforløp, er tilstanden *avklart*. Spesialisten som vurderer henvisningen skal finne den tilstanden i veiledertabellen som passer best med opplysningene i henvisningen, konsultere de veiledende anbefalingene, sjekke individuelle forhold og foreta selvstendige vurderinger.

Dersom henvisningen tilsier at pasientens helsetilstand er slik at de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften er oppfylt, skal pasienten gis rett til prioritert helsehjelp, og det settes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal starte. I dette tilfellet vil helsehjelpen være i form av behandling.

Rettigheten er oppfylt og fristen er innfridd når den helsehjelpen som pasienten er informert om, er påbegynt innen den oppgitte fristen. Eventuelle møter til forundersøkelser før selve tiltaket/behandlingen som det skal være opplyst om i informasjonsbrevet til pasienten, innebærer ikke at fristen er innfridd.

Dersom helsehjelpen viser at det er behov for tiltak utover det som det er informert om, skal den videre helsehjelpen gis innenfor rammen av medisinsk forsvarlighet. Pasienten vil fremdeles være rettighetspasient når slike tiltak planlegges.

Dersom pasientens tilstand og tilhørende tiltak/behandling *ikke* tilfredsstillende de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften, skal det vurderes om pasienten likevel har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Hvis svaret er ja, skal pasienten tilbys helsehjelp innenfor rammen av de ressursene som er tilgjengelige, men det settes ikke juridisk bindende frist for når helsehjelpen skal starte.

Dersom pasientens tilstand og eventuelle behandlingstiltak tilsier at pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal pasienten informeres om dette, og henvisende instans skal gis veiledende tilbakemelding.

6.2 Vurderinger ved uavklart tilstand

Dersom opplysningene i henvisningen, pluss eventuell tilleggsinformasjon eller undersøkelse, ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hva som er pasientens tilstand, er pasientens tilstand *uavklart*. Å anse at en pasients tilstand er uavklart, kan bare gjøres etter at det har vært gjort adekvate tiltak for å frambringe opplysninger om pasienten. Selv om det i løpet av vurderingsfristen ikke er mulig å fastslå hva som er pasientens tilstand, har pasienten krav på en reell og faglig vurdering av sin tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling.

I følge prioriteringsforskriften vil *helsehjelp* i disse tilfellene være utredning og diagnostikk. 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 behandlingsoveralternativene man står overfor når vurderingen blir foretatt".

Denne vurderingen blir i merknader til § 2-1 omtalt som "verstefallsvurdering".

For noen symptombilder/kliniske bilder kan det være en viss sannsynlighet for at pasienten kan ha en svært alvorlig sykdom. Skal en verstefallstenkning ubetinget legges til grunn for rettighetstildeling, vil mange av dem med uavklarte tilstander kunne tildeles rett til prioritert helsehjelp. Dette er neppe hensikten. Hensikten er å sikre at pasienter med en realistisk sannsynlighet for alvorlig sykdom får *tilgang* til spesialisthelsetjenesten, slik at det kan avklares om det foreligger alvorlig sykdom

eller ikke. Dersom det foreligger alvorlig sykdom, skal pasienten gis behandling innenfor et medisinsk forsvarlig tidsrom.

Også ved uavklart tilstand skal det uklare symptombildet og øvrige opplysninger om pasienten vurderes i forhold til prioriteringsforskriften § 2. Vurderingen av hovedvilkårene bør da skje i forhold til:

- den påtenkte videre utredningen
- hvilken risiko for alvorlig sykdom som foreligger ut fra det uklare symptombildet
- hvilken effekt eventuell behandling kan ha for pasientens prognose
- den helsehjelpen som er mest tidskritisk av mulige senere behandlingsalternativer
- kostnader ved utredning og den mest tidskritiske behandlingen i forhold til forventet nytte av den samlede helsehjelpen

Dersom tilgjengelig informasjon gir grunn til å tro at det er en realistisk sannsynlighet for at pasienten har en alvorlig tilstand og vilkårene i prioriteringsforskriften er oppfylt, skal pasienten gis rett til prioritert helsehjelp i form av utredning.

Pasienten skal gis en frist for når utredning senest skal starte. En slik frist kan settes i de situasjonene der det av medisinske årsaker ikke er mulig å avklare pasientens tilstand innen 30 dager (10 dager for barn og unge med psykiske lidelser eller rusavhengighet). Fristen skal fastsettes på basis av medisinske/helsefaglige forhold og hensyn. Det er ikke anledning til å vektlegge eventuelle kapasitetsbegrensninger. Fristen må settes som om videre undersøkelse kan komme til å vise at pasientens tilstand vil kreve den helsehjelpen som er mest tidskritisk av de behandlingsalternativene som en står overfor når vurderingen blir foretatt. Det kan være en risiko for at pasienten har en tilstand som krever operasjon eller annen type behandling innen et visst antall måneder. Da må fristen til prioritert helsehjelp i form av utredning settes så kort at det operative inngrepet eller annen type behandling som eventuelt viser seg å være nødvendig, kan organiseres i løpet av denne tiden.

Rettigheten er oppfylt og fristen er innfridd dersom den utredningen som pasienten er informert om, er påbegynt innen den oppgitte fristen.

At en pasient har fått rett til utredning, gir ikke nødvendigvis vedkommende rett til videre behandling. Dersom det viser seg at pasienten ikke har en alvorlig tilstand, kan retten til helsehjelp være innfridd gjennom utredningen. Dersom utredningen viser at pasienten har en alvorlig tilstand, skal pasienten i det videre forløpet prioriteres som rettighetspasient foran pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp. Hvis pasienten ikke har rett til prioritert helsehjelp, men behov for videre behandling, vil et tilbud om helsehjelp innebære at pasienten kommer i samme stilling som pasienter som ikke får rett til prioritert helsehjelp.

Dersom tilgjengelig informasjon gir grunn til å anta at pasienten ikke har en så alvorlig tilstand at prioriteringsforskriftens hovedvilkår er oppfylt, kan pasienten likevel gis tilbud om utredning dersom vurderingen tilsier at pasienten har behov for dette.

Dersom tilgjengelig informasjon tilsier at pasienten ikke har behov for videre utredninger eller behandling i spesialisthelsetjenesten, skal pasienten informeres om det.

For enkelte tilstander vil det være glidende overganger mellom hva som anses som utredning og hva som anses å være behandling. Et typisk eksempel er fagområdet psykisk helsevern. Her kan utredning og behandling være vanskelig, eller umulig, å skille fra hverandre. Det vil likevel være slik at vurderingen munner ut i et planlagt tiltak, og det er iverksetting av dette tiltaket som eventuelt innfrir en frist som er satt.

7 Prosessen bak utarbeiding av veiledertabellene

Veiledertabellene er utarbeidet av nasjonale arbeidsgrupper, med én gruppe for hvert av de fagområdene som har inngått i prosjektet¹¹. Hver arbeidsgruppe har bestått av spesialister fra ulike typer sykehus, og alle helseregionene var representert. I tillegg har arbeidsgruppene bestått av en lege fra en annen spesialitet, en allmennlege og en brukerrepresentant. Arbeidet har i hovedsak foregått på tre til fire samlinger, over 2 dager.

Tverrfaglighet er ivaretatt gjennom innspillene innad i gruppene fra representantene fra annet fagområde og fra allmennlegerepresentanten, samt gjennom plenumsdiskusjoner med spesialistene fra de andre faggruppene. Hver gruppe har hatt en brukerrepresentant oppnevnt av FFO eller Norges Handikapforbund. Det var egne møter mellom representanter for prosjektet og brukerrepresentantene, og brukerrepresentantene i mellom.

Systematikk, åpenhet, refleksjon og dokumentasjon har vært grunnleggende i hele arbeidsprosessen.

Arbeidsgruppene laget en liste over tilstander, eller kliniske bilder, som de antok ville dekke de vanligste henvisningene innenfor hvert fagområde.

Deretter ble *hver tilstand* systematisk vurdert i forhold til ulike dimensjoner av de tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften (alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet)¹². For å sikre at alle vilkår og dimensjoner ble vurdert og dokumentert, måtte arbeidsgruppene fylle ut et vurderingsskjema der konklusjoner ble begrunnet og dokumentert og eventuell uenighet ble notert.

Biblioteket i Helsedirektoratet har vært tilgjengelig for hjelp med dokumentasjon. Prioriteringsvurderinger vil imidlertid alltid inneholde skjønnsmessige vurderinger basert på legens kunnskap om naturlig sykdomsutvikling, pasientens totale situasjon og om effekten av behandlingen. Kravet til dokumentasjon har derfor vært mindre strengt enn det som normalt vil gjelde for nasjonale retningslinjer.

I samarbeidsprosjektet har en ekspertgruppe fulgt hele arbeidsprosessen. Ekspertene har bidratt med vurderinger, gitt råd om prosesser, og gitt innspill til forståelse av prioriteringsforskriften og prioritering generelt.

En nasjonal prosjektgruppe har også vært med i gjennomføringen av prosjektet, og har bidratt vesentlig i de faglige og prosessuelle diskusjonene.

¹¹ I vedlegg 1 gis det en oversikt over de fagområdene som har inngått i prosjektet

¹² Dimensjonene som gruppene har vurdert er tatt fra prioriteringsforskriften § 2, merknadene til prioriteringsforskriften § 2 i rundskriv IS-12/2004 og fra NOU 1997:18 Prioriteringer på ny (Lønning II)

Både ekspertgruppen, den nasjonale prosjektgruppen og styringsgruppen har gått gjennom vurderingene og konklusjonene til alle tilstandene innenfor alle fagområdene, og gitt tilbakemeldinger til arbeidsgruppene.

Arbeidsgruppenes arbeid har vært til høring i aktuelle fag- og brukermiljøer, og justeringer er gjort på bakgrunn av høringsuttalelsene.

Vedlegg

Fagområder som har vært representert i samarbeidsprosjektet ”Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten”

I samarbeidsprosjektet ”Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten” er det utviklet prioriteringsveiledere for følgende fagområder:

Utgitt høsten 2008	
Gastroenterologisk kirurgi	Nevrologi
Geriatrici	Onkologi
Hud- og veneriske sykdommer	Psykisk helsevern for voksne
Karkirurgi	Urologi
Kvinnesykdommer	Revmatologi
Lungesykdommer	

Utgis våren 2009	
Barnekirurgi	Nyresykdommer
Blodsykdommer	Ortopedi
Endokrinologi og endokrin kirurgi	Plastikk-kirurgi
Gastroenterologisk medisin	Psykisk helsevern for barn og unge
Hjertesykdommer	Smertetilstander
Infeksjonssykdommer	Sykkelig overvekt
Kjevekirurgi, munnhulesykdommer, oral kirurgi og oral medisin	Thoraxkirurgi
	Øyesykdommer
Nevrokirurgi	

Utgis høsten 2009	
Barnesykdommer	
Fysikalsk medisin og rehabilitering	
Øre- nese- halssykdommer	

Representanter i ulike grupper knyttet til samarbeidsprosjektet ”Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten”

Styringsgruppe

Bjørn Guldvog, Helsedirektoratet (leder)
Hans Petter Aarseth, Helsedirektoratet
Anne Karin Lindahl, Helse Sør-Øst (til mai 2008)
Daniel Haga, Helse Midt-Norge (fra mai 2008)
Odd Søreide, Helse Vest
Torunn Janbu, Den norske legeforening (observatør)

Nasjonal prosjektgruppe

Einar Bugge, Helse Nord
Henrik Sandbu, Helse Midt-Norge
Baard-Christian Schem, Helse Vest
Berit Herlofsen, Helse Sør-Øst
Trond Egil Hansen, fastlege
Terje Sletnes, Den norske legeforening

Ekspertgruppe

Ole Frithjof Nordheim, Universitetet i Bergen og Helse Bergen (leder)
Inger Helene Vandvik, Universitetet i Oslo
Hilde Jordal, Helsedirektoratet
Odd Jarle Kvamme, fastlege
Einar Li, Helse Sør-Øst (til mars 2008)
Andy Oxman, Kunnskapssenteret (til mars 2007)
Jan Erik Askildsen, Universitetet i Bergen og Rokkansenteret
Elisabeth Arntzen, Helse Sør-Øst (fra mars 2008)

Sekretariatet

Otto Christian Rø (fra januar til august 2006)
Vidar Kårikstad (fra januar til medio september 2006, og fra juli 2007)
Elizabeth Nygaard (fra september 2006)
Hans Asbjørn Holm (20%, fra oktober 2006)
Torgeir Sveri (fra november 2006 til august 2007)
Mee Kristine Aas-Eng (fra januar til september 2008)
Marit Owren Nygaard (fra januar til april 2008)
Guri Lund (fra mai 2008)
Magnus Rønneberg Rud (fra juni 2008)

Deltakere i den nasjonale arbeidsgruppen for sykkelig overvekt

Bård Kulseng

Rønnaug Ødegård
Katrinn Kobbevik
Haldis Økland Lier
Jøran Hjelmæsæth
Jon Kristinsson
Hans T. Kvig Rydningen
Per Møller Axelsen
Anlaug Stavik
Gry Elise Albrektsen

Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Vest RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Sør-Øst RHF
Annet fagområde/Helse Nord RHF
Landsforeningen for overvektige
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon / MF-forening
Fastlege

Sykelig overvekt

Prioriteringsveileder: Veiledertabell, juni 2009

- 1 Lovmessig grunnlag og ansvar for rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten
- 2 Fagspesifikk innledning - sykelig overvekt
- 3 Sykelig overvekt voksne;
IsoBMI ≥ 40 kg/m² med vesentlig redusert helserelatert livskvalitet,
IsoBMI ≥ 35 kg/m² + komplikasjoner
- 4 Sykelig overvekt barn:
IsoBMI ≥ 35
IsoBMI ≥ 30 med komplikasjoner og/eller risikofaktorer:
IsoBMI ≥ 25 med komplikasjoner - hos ikke-kauasiere

Lovmessig grunnlag og ansvar for rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten

Alle henvisninger som mottas i spesialisthelsetjenesten¹ skal vurderes i forhold til prioriteringsforskriften for å kunne avgjøre om:

- pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til prioritert helsehjelp
- pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når hvert av følgende vilkår er oppfylt:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Pasienter som får rett til prioritert helsehjelp skal få en medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelpen senest skal starte. Det er denne fristen som er angitt i veiledertabellen.

Veiledertabellen er ment å dekke 75–80% av henvisningene innenfor fagområdet. Andre tilstander skal også vurderes i forhold til prioriteringsforskriften, men de er ikke innbefattet i veiledertabellen.

Det betyr ikke at pasienter med disse tilstandene er lavere prioritert.

Helsehjelpen som er angitt i veiledertabellen er den som ligger til grunn for anbefalingen av rett og frist. Når helsehjelpen skal ytes, kan naturligvis også andre effektive tiltak benyttes. Veiledertabellen er ikke en faglig retningslinje, men en prioriteringsveileder.

Bak anbefalingene om rettighet og frist som er angitt for hver tilstand ligger det en vurdering og gradering av hvert av vilkårene i prioriteringsforskriften. Graderingen er gjengitt i veiledertabellen. Det er fire graderingsalternativer som angir styrken av oppfyllelsen av vilkårene:

Tilstanden/helsehjelpen

- anses å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv
- anses sannsynligvis å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv
- anses under tvil å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv
- anses ikke å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv

For hver tilstandsgruppe gir veiledertabellen en oversikt over mulige **individuelle forhold** som kan tillegges vekt utover dem som generelt beskriver tilstandsgruppen. Eventuelle andre relevante forhold skal også tas i betraktning. Individuelle forhold kan tilsa at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

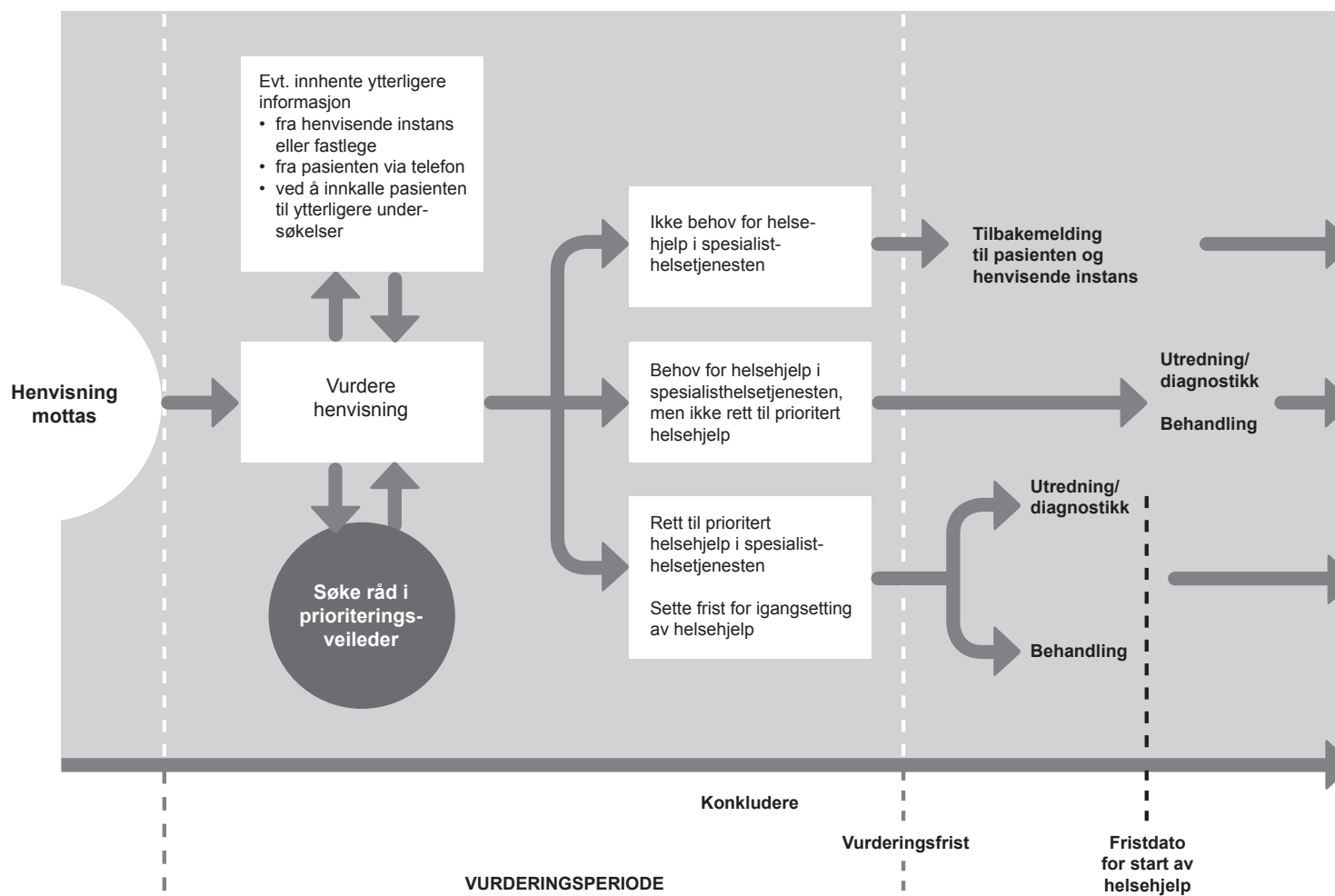
Veiledertabellen er ment som beslutningsstøtte. **Spesialisten er ansvarlig for vurderingene og avgjørelsene om rettighetsstatus og frist for start helsehjelp for den enkelte pasient.**

Slik bruker du veiledertabellen

1. Vurder henvisningen.
2. Vurder om henvisende instans eller pasienten skal kontaktes for ytterligere opplysninger eller om pasienten skal innkalles til undersøkelser før beslutning om rettighetsstatus fattes. Dette må i så fall skje innen vurderingstidens utløp.
3. Finn den tilstandsgruppen som passer best for henvisningen.
4. Gjør en selvstendig vurdering av pasientens tilstand i forhold til alle tre vilkårene i prioriteringsforskriften og sammenlikne med veiledertabellen.
5. Foreta en helhetlig, individuell vurdering av pasienten og konkluder med ett av følgende utfall for hver pasient:
 - pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
 - pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til prioritert helsehjelp
 - pasienten har ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
6. Dersom det gis rett til prioritert helsehjelp, avgjør hva som er medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelp senest skal starte.
7. Gi en dato for når pasienten skal møte opp. For rettighetspasienter må denne datoen være tidligere enn fristdatoen.

¹ Gjelder som hovedregel ikke pasienter som allerede er i et forløp som forutsettes å være medisinsk forsvarlig, se utfyllende tekst i Prioriteringsveileder, generell del, kap 4

Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettighet og frist for start helsehjelp



Fagspesifikk innledning - sykelig overvekt

Sykelig overvekt er en kompleks tilstand. Pasientgruppen er svært sammensatt og mange vil kunne ha behov for tiltak innenfor psykisk helsevern i tillegg til somatiske helsetjenester for å redusere vekt og følgesykdommer.

Tverrfaglig utredning og behandling i samarbeid med pasienten og primærhelsetjenesten er viktige tiltak for å bidra til optimale og effektive behandlingsforløp. Den store utfordringen er fortsatt å støtte dem som har vektrelaterte helseproblemer til å etablere helsefremmende livsstrategier.

Spesialisthelsetjenesten må i samarbeid med kommunene bidra til at behandlingstiltak på begge nivåer støtter opp under pasientens helsefremmende atferd. Kompetanseutveksling er et viktig tiltak i dette.

Mange (20-50 %) av henvisningene til spesialisert overvektsbehandling gjelder spiseforstyrrelser. De fleste tvangsspisere kan behandles med vanlige kost- og atferdsopplegg. Avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad og typen av spiseforstyrrelse vil det være aktuelt å vurdere mer spesialisert psykologisk behandling.

På rett indikasjon kan et godt planlagt og teknisk vellykket kirurgisk inngrep med god oppfølging gi en forutsigbar og langvarig vektreduksjon (20-50%), bedre livskvalitet og bedring av vektrelaterte følgesykdommer. Denne behandlingsstrategien egner seg ikke for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, kognitiv dysfunksjon og misbruksproblematikk. Det kreves også at pasienten er villig til å gjennomføre livsstilsendringer som er nødvendige for å redusere risikoen for komplikasjoner. Pasienter med sykelig overvekt kan få tilbud om kirurgisk behandling når dette er faglig begrunnet. Sykelig overvekt i seg selv gir ikke rett til kirurgisk behandling.

Spesialisthelsetjenestens helsehjelp ved sykelig overvekt hos barn og unge er tverrfaglig utredning. Utredningen skal munne ut i konkrete forslag til tiltak tilpasset den enkelte pasient og dens familie. Selve tiltakene bør foregå i regi av primærhelsetjenesten. Pasienter med tilleggssykdommer bør få behandling for disse i spesialisthelsetjenesten, og kirurgisk behandling kan være aktuell helsehjelp for noen utvalgte ungdommer.

Prioritert helsehjelp

Behandlingsforløpet for pasienter med sykelig overvekt starter med utredning i tverrfaglig poliklinikk. Retten til prioritert helsehjelp vil som oftest være knyttet til slik utredning. Det videre behandlingsforløpet må følge kravene til medisinsk forsvarlighet.

Tilstander i veiledertabellen

Veiledertabellen inneholder to tilstandsgrupper: voksne og barn.

Definisjon voksne (18 år og oppover): IsoBMI ≥ 40 med vesentlig redusert helserelatert livskvalitet eller IsoBMI ≥ 35 + komplikasjoner

Definisjon barn (0-18 år):

IsoBMI ≥ 35 eller IsoBMI ≥ 30 + komplikasjoner som:

1. Mistanke om medisinsk årsak til fedme (kortvokst, dyskrine trekk, forsinket psykomotorisk utvikling, synsforstyrrelse og hodepine).
2. Redusert glukosetoleranse, hyperinsulinisme, hypertensjon, dyslipidemi, søvnapnoe, svært rask vektøkning, alvorlig bekymring for vektoppgang
3. Alvorlig overspising

IsoBMI ≥ 25 med komplikasjoner - hos ikke-kauasiere.

Individuelle forhold

For voksne vil tilleggssykdommer (type 2 diabetes, obstruktiv søvnapnøe, manifest hjertekarsykdom, spiseforstyrrelse), høy IsoBMI (>50) og ung alder kunne gi høyere prioritet.

For barn vil tilleggssykdommer og høy IsoBMI kunne gi høyere prioritet. Det må særlig legges vekt på mistanke om tilgrunnliggende sykdom som årsak til overvekt, spiseforstyrrelse, depresjon, vansker med dagligdagse gjøremål, isoleringstendens med skolefravær, samt mobbing.

Veiledende aldersgrense for bariatrisk kirurgi (fedmereduserende kirurgi) er 18 – 60 år, med individuell vurdering over og under denne alder. Det er viktig å være klar over at bariatrisk kirurgi vil redusere pasientens lengdevekst.

For medisinsk behandling er det ingen klar øvre aldersgrense. Eldre pasienter vil ha nytte av god fysikk og riktig ernæring. Det er diskutabelt hvorvidt disse bør utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten.

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften	Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører	Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelte pasient</u> Listen er ikke uttømmende
<p>Sykelig overvekt voksne</p> <p>IsoBMI ≥ 40 med vesentlig redusert helserelatert livskvalitet</p> <p>IsoBMI ≥ 35 + komplikasjoner (diabetes type 2, søvnapnoe, belastningslidelser med alvorlig funksjonsnedsettelse, behandlingsresistent hypertensjon og / eller hjerte- / karsykdom)</p>	<p>Utredning</p> <p>Behandling av tilstanden</p> <p>Behandlingsforløpet starter i en tverrfaglig fedmepoliklinikk</p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: 52 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IsoBMI • rusavhengighet • alder • mislykkede behandlingstiltak • alvorlige psykiske problemer / psykisk lidelse <p>Forhold som kan gi høyere prioritet og kortere frist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilleggssykdommer • IsoBMI > 50 • type 2 diabetes • obstruktiv søvnapnoe • manifest hjertekarsykdom • spiseforstyrrelse og ung alder • komplikasjoner til nevnte tilleggssykdommer som for eksempel diabetes mellitus med diabetisk nevropati
		<p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p>		
		<p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>		

4

Sykelig overvekt barn

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften	Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for <u>tilstandsgruppen</u> som pasienten tilhører	Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den <u>enkelt pasient</u> Listen er ikke uttømmende
<p>Sykelig overvekt barn</p> <p>IsoBMI ≥ 35</p> <p>IsoBMI ≥ 30 med komplikasjoner og / eller risikofaktorer:</p> <p>1) Mistanke om medisinsk årsak til fedme (kortvokst, dyskrine trekk, forsinket psykomotorisk utvikling, synsforstyrrelse og hodepine)</p> <p>2) Redusert glukosetoleranse, hyperinsulinisme, hypertensjon, dyslipidemi, søvnapnoe, svært rask vektøkning, alvorlig bekymring for vektoppgang</p> <p>3) Alvorlig overspising IsoBMI ≥ 25 med komplikasjoner - hos ikke-kauasiere</p>	<p>Utredning</p> <p>Behandling av tilstanden</p> <p>Behandlingsforløpet starter i en tverrfaglig fedmepoliklinikk ved barneavdeling</p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p>Rett til prioritert helsehjelp</p> <p>Maksimumsfrist: 12 uker</p>	<p>Forhold som kan gi høyere prioritet og kortere frist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilleggssykdommer og høy IsoBMI • mistanke om tilgrunnliggende sykdom som årsak til overvekt • spiseforstyrrelse • depresjon • alvorlige psykiske problemer / psykisk lidelse • vansker med dagligdagse gjøremål (ADL) • isoleringstendens med skolefravær og manglende utdanning som konsekvens • mobbing • alder; klinisk erfaring synes å tilsa at det er hensiktsmessig å starte behandling i så ung alder som mulig • tilgrunnliggende sykdom som årsak til overvekt • grad av tilleggssykdommer • behandlingsmotivasjon hos barn / ungdom og familie

Veiledere fra helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige fernaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no