

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 30.11.2008
Sakhandsamar: Erik Sverrbo
Saka gjeld: **Fristbrot - rapportering**

Arkivsak

2008/381/321

Styresak 132/08 O

Styremøte 12.12. 2008

Bakgrunn:

I samband med behandlinga av sak 083/08 B: Rapportering frå verksemda per 31. august, har styret bede om å få ei orientering når det gjeld status for fristbrot. Dessutan har Helse- og omsorgsdepartementet peika på denne problemstillinga då Helse Vest sine tal for fristbrot, særleg for 1. tertial 2008, var særst høge.

Dei tala som vart rapporterte frå Helse Vest RHF for 1. tertial 2008 i møtet med departementet, var diverre ikkje korrekte. I denne styresaka vil vi orientere om status for fristbrot problematikken, og peike på utfordringane og tiltak innan dette området.

Kommentarar:

1. Kva forstår vi med fristbrot?

Det rettslege grunnlaget:

Pasientrettslova og prioriteringsforskrifta og rundskriv frå Helse og omsorgsdepartementet (I-16/2005) og Helsedirektoratet (IS-12/2004) slår fast at ein pasient har *rett til nødvendig helsehjelp* frå spesialisthelsetenesta dersom pasienten "kan forventast å ha nytte av helsehjelpa, har eit visst prognosetap dersom helsehjelpa blir utsett og kostnadene står i rimelig forhold til effekten av tiltaket". Slike pasientar får dermed prioritet over andre tilviste pasientar som også vert vurderte til å ha behov for spesialisthelsetenester.

Dei pasientane som vert tildelte *rett til nødvendig helsehjelp*, skal også få ein frist for når faglig forsvarleg medisinsk behandling krev at helsehjelpa seinast skal starte. Dato for seinaste start eller "fristdato for behandlingsstart" skal vurderast individuelt for kvar pasient. Dersom denne datoen vert overskriden utan at helsehjelpa er starta, har vi det som ein vanlegvis forstår med "*fristbrot*".

Sjukehusa har og plikt til å sørge for at det også vert ytt helsehjelp til pasientar som ikkje vert omfatta av retten til prioritet. Pasientane i denne gruppa skal informerast om kva tid dei kan forventa å få hjelp, men dette tidspunktet er ikkje juridisk bindande.

Andre typar fristar:

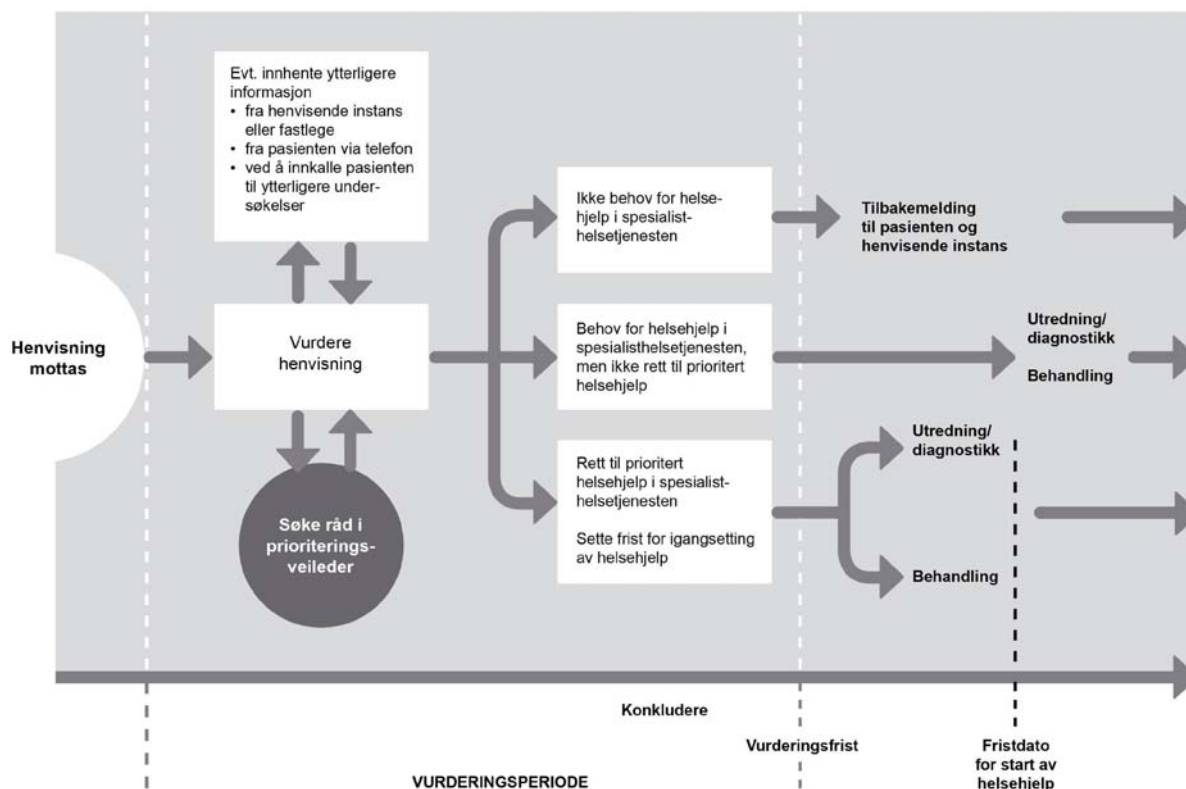
I rundskriv for ventelisterapportering til NPR (I-16/2005) finn ein også omtale av *frist for vurdering*: Etter pasientrettsloven § 2-2 har ein pasient som vert tilvist til sjukehus eller spesialistpoliklinikk, rett til å få helsetilstanden vurdert innan 30 virkedagar frå tilvisninga er motteken. Dersom det føreligg alvorlig/livstruende sjukdom, kan det tilsei at vurderinga må gjerast raskare.

Med verknad frå 1. september 2008 er det i ein ny ventetidsgaranti sett som krav at ventetid for vurdering når det gjeld unge pasientar opptil 23 år innan fagområda tverrfagleg spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, ikkje skal overstige 10 virkedagar. Dersom det er mogeleg, skal endelig diagnose føreliggje som eit sluttprodukt idet pasientens helsetilstand er ferdig vurdert. Det er også sett eit eige krav til ventetid for start helsehjelp for dei unge innan desse to sektorane på 65 virkedagar.

Basert på utgreiinga ovanfor opererer ein med ulike formar for fristbrot. Dette kan illustrerast med utgangspunkt i figuren under:

Figur 1. Illustrasjon av bruk av prioriteringsrettleiar ved fastsetting av rettar og frist for vurdering og start helsehjelp (figuren er henta frå "prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten – generell del", utkast per 10. april 2008)

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



Den første fristen gjeld den tida som går frå ein institusjon mottok ei tilvising og til den er vurdert, slik at vidare handsaming/behandling kan planleggast og at pasienten vert tildelt rett prioritering. Denne *vurderingstida* (*vurderingsperioden* i figuren) skal ikkje overstige 10 virkedagar for barn og unge inntil 23 år innan tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (TSB), psykisk helsevern for vaksne (VOP) og psykisk helsevern for barn og unge (BUP), eller overstige 30 virkedagar innan somatikken (14 dagar for svært alvorlege lidingar) og for vaksne over 23 år innan TSB og VOP. Denne forma for fristbrot blir kalla brot på vurderingsfristen.

Men det er altså brot på den fagleg baserte *behandlingsfristen* som vanlegvis vert omtala som fristbrot i dagleg tale, og det er denne forma for fristbrot som i hovudsak vert omtala i dette saksførelegget.

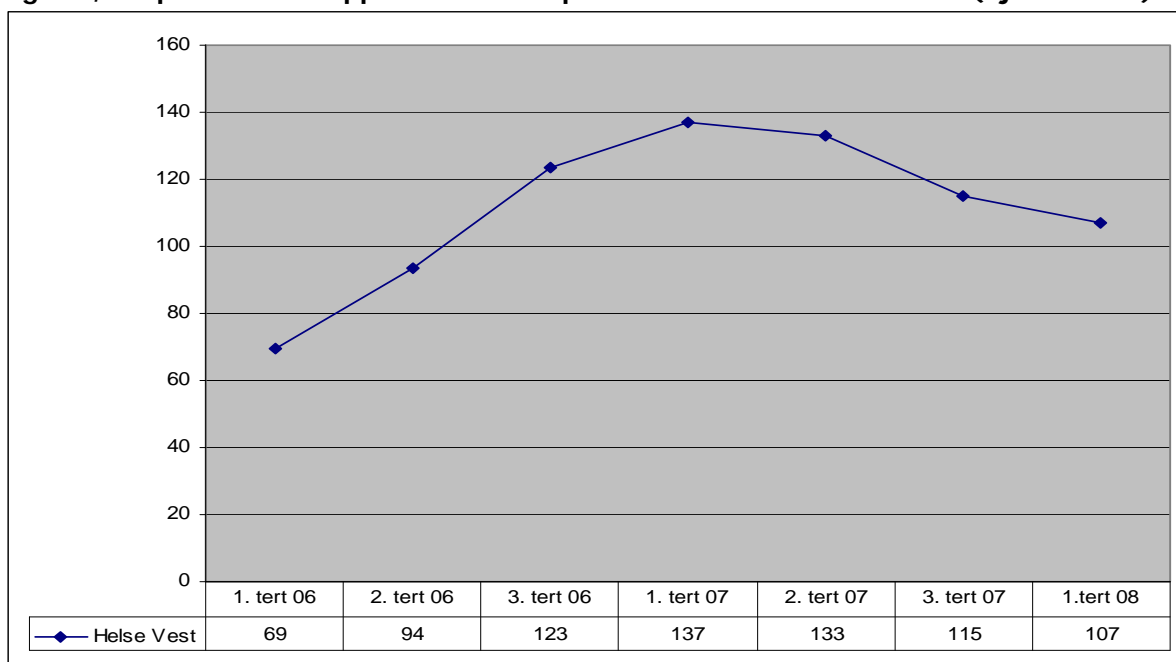
Der det føreligg eit slikt fristbrot har pasienten rett til å få nødvendig helsehjelp utan opphald, om nødvendig frå privat tenesteytar eller tenesteytar utanfor riket. Pasientar som vil nytte denne retten ved eit fristbrot må sjølv melde frå om dette til NAV si pasientformidling.

2. Status i Helse Vest

Fristbrot melde til NAV:

Figuren nedanfor syner talet på fristbrot (i perioden) melde til NAV i perioden frå 1. tertial 06 til 1. tertial 08 samla for Helse Vest RHF. Talet på fristbrot i 1. tert 08 var i følgje denne statistikken 107. Det er brei semje om at talet på melde saker frå NAV, ikkje gjev eit dekkande bilete av det reelle talet fristbrot.

Figur 2, Tal på fristbrot rapportert til NAV per tertial for heile Helse Vest (Kjelde: NAV)



Fristbrot rekna på grunnlag av pasientdata til Norsk Pasientregister (NPR):

Grunnlaget for rapportering av ventelistedata finn ein i dei pasientadministrative systema (PAS) i helseføretaka. For å kunne kalkulere talet på fristbrot, må føretaka ha rapportert på Helsedirektoratet/ NPR sitt nye meldingsformat (XML-format). Ikkje alle HF-a er godkjende av NPR for å rapportera på det nye formatet.

I praksis påverkar dette også rapporteringa som går frå HF-a til Helse Vest RHF i samband med den tertialsvise rapporteringa til HOD. Vi kan så langt ikkje sikkert seie at rapporteringa går føre seg på ein einskapleg måte, og at alle tala som vert rapporterte, er direkte samanliknbare. Grunnen er at HF-a har ulike PAS og kan nytta ulike rapportar derfrå, eller at dei har utarbeidd ulike måtar å telje fristbrot. Registreringspraksis kan og variere og påverke resultatet (sjå seinare).

Talet på fristbrot slik det skulle ha vore i samband med den tertialsvise rapporteringa til HOD var 10,6% for første tertial 2008 og 8,2% i andre kvartal (talet på fristbrot for 1. tertial 2008 er oppdatert og korrigert etter møtet med HOD). Kjelda for denne rapporteringa er manuelle tal innhenta frå HF-a.

Kommentarane om at desse tala ikkje var komplette, var diverre ikkje kommunisert til departementet. Dei absolutte tala som ligg bak denne rapporteringa er om lag 3000 fristbrot i 1. tertial 2008 og 2300 fristbrot i 2. tertial 2008.

Helsedirektoratet, avdeling NPR, publiserte for første gong i oktober 2008 ein rapport (IS-10/2008) som inneheld tal for fristbrot for dei institusjonane som er godkjende for rapportering på det nye meldingsformatet. Tala for fristbrot er difor ikkje komplette på nasjonalt eller regionalt nivå.

I tabell 2 er tala på pasientar i prioriteringskategorien "rett til nødvendig helsehjelp" og som dermed har ein individuell frist, talet på fristbrot og delen fristbrot frå rapporten summert opp på helseføretak og fagområde (tal for heile 2. tertial 2008).

Tabell 2. Tal pasientar med frist, tal fristbrot (behandlingsfrist) og del fristbrot per fagområde og HF 2. tertial 2008 (Kjelde: rapport IS-10/2008 og grunnlagstabell frå NPR)

| HF | SOM | | | VOP | | | BUP | | | Alle fagområde | | |
|---------------|---------------|--------------|-------------|------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|----------------|--------------|-------------|
| | Har frist | Fristbrot | Del | Har frist | Fristbrot | Del | Har frist | Fristbrot | Del | Har frist | Fristbrot | Del |
| Fonna | 7 077 | 833 | 12 % | 585 | 187 | 32 % | 285 | 61 | 21 % | 7 947 | 1 081 | 14 % |
| Bergen | 19 396 | 2 447 | 13 % | - | - | - | 477 | 137 | 3 % | 19 873 | 2 584 | 13 % |
| Førde | 6 627 | 1 459 | 22 % | 250 | 20 | 8 % | 185 | 42 | 9 % | 7 062 | 1 521 | 22 % |
| Stavanger | - | - | - | - | - | - | 646 | 226 | 35 % | 646 | 226 | 35 % |
| Totalt | 33 100 | 4 739 | 14 % | 835 | 207 | 25 % | 1 593 | 466 | 29 % | 35 528 | 5 412 | 15 % |

Tala for Helse Vest samla viser at det var 15 % fristbrot i 2. tertial 2008 basert på rapporteringa til Norsk Pasientregister. Delen fristbrot var høgast innan BUP med 29 %, følgd av psykisk helsevern for vaksne (VOP) med 25 % og med den lågaste delen innan somatikken med 14 %.

Det er store variasjonar mellom HF-a i delen fristbrot innan kvar sektor. Det er og store variasjonar i delen fristbrot på institusjonsnivå, og variasjonar i delen fristbrot innan somatikken når den blei broten ned på fagområde (tala vert ikkje presenterte her).

I rapporten frå Helsedirektoratet (IS-10/2008) vert også tal for brot på vurderingsfristen presenterte. I tabell 3 er denne informasjonen frå rapporten samanstillt per helseføretak og fagområde.

Tabell 3. Tal vurderte med frist, tal fristbrot (vurderingsfrist) og del fristbrot per fagområde og HF, tal for 2. tertial 2008 (Kjelde: rapport IS-10/2008 frå NPR).

| HF | SOM | | | VOP | | | BUP | | | Alle fagområde | | |
|---------------|---------------|--------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|------------|-------------|----------------|--------------|------------|
| | Vurderte | Fristbrot | Del | Vurderte | Fristbrot | Del | Vurderte | Fristbrot | Del | Vurderte | Fristbrot | Del |
| Fonna | 10 038 | 213 | 2 % | 681 | 11 | 2 % | 202 | 56 | 28 % | 10 921 | 280 | 3 % |
| Bergen | 26 496 | 1 606 | 6 % | 929 | 21 | 2 % | 351 | 67 | 19 % | 27 776 | 1 694 | 6 % |
| Førde | 8 404 | 186 | 2 % | 295 | 3 | 1 % | 153 | 19 | 12 % | 8 852 | 208 | 2 % |
| Stavanger | 19 804 | 191 | 1 % | 744 | 18 | 2 % | 384 | 74 | 19 % | 20 932 | 283 | 1 % |
| Totalt | 64 742 | 2 196 | 3 % | 2 649 | 53 | 2 % | 1 090 | 216 | 20 % | 68 481 | 2 465 | 4 % |

Samla for alle fagområde hadde Helse Vest om lag 4 % brot på vurderingsfristen for pasientar vurdert i 2. tertial 2008. Delen med fristbrot er 3% innan somatikk og 2% innan psykisk helsevern for vaksne (VOP). Innan psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er delen fristbrot ein god del høgare, og samla tal for regionen var 20 % den rapporterte perioden.

3. Utfordringar

Tekniske føresetnader:

Det er altså fleire kjelder til tal på fristbrot, som ikkje gjev det heilt same resultatet, og som ikkje er direkte samanliknbare. Helse Vest har i lang tid arbeidd med heilskapeleg styringsinformasjon (grunnlaget for styrerapporteringa), og eit delprosjekt innan dette kalla helsefagprosjektet. Målet med det sistnemnde prosjektet er at ein skal kunne levere lett tilgjengelege og kvalitetssikra styringsdata der ein byggjer på krava og definisjonane frå NPR.

Prosjektet skal ta føre seg både aktivitetsdata og ventelistedata innan somatikk, psykisk helsevern og rus. Første leveranse gjeld ventelisteinformasjon inkludert prioritering basert på den nye NPR-meldinga, og skjer i januar 2009. Ein sentral del av denne første leveransen vil vere rapportar som syner utviklinga

i fristbrot på helseføretaks- og avdelingsnivå. Dette vil gje grunnlag for å få fram kvalitetssikra tal for fristbrot som kan inngå i den månadlege styrerapporteringa.

Vurderingspraksis:

Den faglege vurderinga av om ein pasient har rett til nødvendig helsehjelp, og i så fall kva frist for seinaste start av helsehjelp som er kravd, vert utført i ein tidleg fase etter mottak av ei ny tilvising. I denne situasjonen kan det vere usikkert kva tilstand pasienten lid av, til dømes om det føreligg ein alvorleg sjukdom eller mindre alvorlege plager, og dermed kan det vere vanskeleg å setje sikre tidskrav. Reglane er likevel slik at det skal setjast ein seinaste fristdato.

I slike skjønsmessige vurderingar kan det oppstå forskjellar mellom elles like tilfelle. Prioriteringsretteleiarane som er utarbeidd i samarbeidsprosjektet "Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten" (eit samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka) skal bidra til at "like" pasientar vert vurderte likt, uansett kor i landet dei bur, og uavhengig av kva sjukehus dei vert tilviste til. Dei som vurderer tilvisningane må difor ha ein felles forståing av rundskriv og liknande normative føringar.

Fristbrot heng saman med korleis ein definerer "behandlingstart":

Eit fristbrot oppstår dersom datoen for start av helsehjelpa kjem seinare i tid enn datoen for den individuelle fristen som er sett for forsvarleg behandling. Kjernen i problemstillinga er altså kva tid helsehjelpa startar, og ventetida dermed slutar.

I rundskrivet om ventelisterapportering (I-16/2005) har HOD definert at ventetida sluttar når behandling er starta. Dato for behandlingsstart skal aktivt bestemmast ut frå medisinske kriterium, og ikkje ut frå administrative forhold som for eksempel at pasienten har møtt til ein eller fleire undersøkingar/konsultasjonar (episodar).

Rundskrivet (I-16/2005) peikar og på at det i nokre tilfelle kan vere vanskelig å avgjere om behandling er starta eller ikkje. Dersom tilvisninga er til ein operasjon, er det naturleg at behandlingsstart vert sett til dato for operasjonen. Dersom tilvisninga er til utgreiing og diagnostisering, er det ikkje slik at behandlinga er starta og ventetida slutt når utgreiinga startar.

Dersom vurderinga konkluderer med at behandling er nødvendig, er det dato for behandlingsstart som definerer ventetid slutt. Dersom vurderinga konkluderer med at det er behov for vidare undersøkingar for å stille diagnose og fastsette vidare behandlingsforløp, kan behandlinga i visse tilfeller regnast som starta når undersøkinga startar. Det skal altså utvisast faglig skjønn, etter intensjonane om rett til nødvendig helsehjelp i pasientrettsloven.

I forslaget til ny registreringsretteleiar trekkjer ein også inn vurderingar iht pasientar med *avklarte* og *uavklarte* tilfelle. Dersom opplysningane i tilvisninga tilseier at det er overvegande sannsynleg at ein veit kva som er pasienten sin tilstand og kva som er sannsynlig behandlingsforløp, er tilstanden *avklart*. I dette tilfellet vil helsehjelpa vere i form av behandling. Eventuelle møter til forundersøkingar før sjølve tiltaket/behandlinga, inneberer ikkje at fristen er innfridd.

Dersom opplysningane i tilvisninga ikkje gir tilstrekkelig grunnlag for å vurdere kva tilstand pasienten har, er den *uavklart*. Helsehjelp vil i disse tilfella vere utgreiing og diagnostikk. Rettane er oppfylt og fristen er innfridd dersom utgreiinga er starta innan fastsett frist.

Behandlinga bli dermed rekna som starta og retten oppfylt når utgreiinga startar hos ein *uavklart* pasient, medan kravet ved ein *avklart* pasient er at helsehjelp i form av behandling skal vere starta for at rettane skal vere oppfylt.

Det er ei stor utfordring å skulle registrere tilvisingar og ventelister korrekt etter retningslinjene. I følge registreringsretteleiarane er det til sist klinikaren sjølv som aktivt skal vurdere kva tid behandlinga pasienten har rett på, startar. Dette gjev rom for lokale, regionale og nasjonale variasjonar i registreringa. Det er og skilnader mellom spesialitetane, td innan ortopedi der behandling ofte er ein operasjon, og innan BUP der utgreiing og behandlingsstart skjer samstundes. Dersom tidspunktet for start behandling ikkje vert korrekt registrert, vil pasienten feilaktig bli rekna blant dei som framleis ventar, og ein får følgjeleg feil i talet på fristbrot.

Denne problemstillinga kan også eksemplifiserast ved bruk av utdrag frå ein analyserapport som tidlegare er laga i Helse Bergen. Deira materiale viser at nokre pasientar først får avslutta ventetida ved avslutning av tilvisingsperioden (slutten av forløpet), sjølv om det er registrert ein eller fleire kontaktar før dette tidspunktet. På bakgrunn av desse observasjonane rekna Helse Bergen ut eit alternativt resultat der dei la inn følgjande teoretiske premisser for å rekne talet på fristbrot: at helsehjelpa startar og ventetida sluttar ved første kontakt. Basert på denne reknemåten vart delen fristbrot om lag halvert i.h.t. om ein tek utgangspunkt i den dato som er registrert i systemet for start helsehjelp/ventetidsslutt .

Rapporten viser også at det er stor spreiding i kor lang tid fristdatoen er overskriden med.

4. Supplerande og avsluttande kommentarar

Avslutningsvis har administrasjonen tatt med to tabellar frå den nasjonale publiseringa "Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2008" (IS-10/2008), som viser brot på behandlingsgarantien på nasjonalt nivå innan somatikk og psykisk helsevern for vaksne. Desse to tabellane inneheld berre tal for dei helseføretaka og institusjonane som er godkjende for rapportering av NPR-meldinga.

Den definisjonen NPR har lagt til grunn ved sine berekningar er at nemnaren (populasjonen) består av alle tilvisingar med rett til nødvendig helsehjelp kor pasienten enten er teken til behandling i løpet av 2. tertial 2008, eller kor pasienten framleis venta på behandling ved utgangen av dette tertialet. Teljaren (fristbrota) består av dei pasientane som framleis var registrert som ventande etter at frist for nødvendig helsehjelp var passert. Pasient- og medisinsk bestemte utsettingar vert halden utanfor berekningane.

Tabell 4 viser korleis delen fristbrot fordelar seg innan nokre somatiske fagområde. Innan alle dei tre regionale helseføretaka som er representert i figuren, finn ein eksempel på fagområde som har meir enn 50 % brot på behandlingsgarantien. Basert på dei institusjonane som er godkjende for rapportering, er lungesjukdomar og hjertesjukdomar dei to fagområda med høgast del fristbrot på nasjonalt nivå med høvesvis 30 % og 26 %.

Tabell 4. Del fristbrot for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp per region, helseføretak og institusjon. 2. tertial 2008. Somatiske fagområde. (Kjelde: rapport IS-10/2008 frå NPR).

| | | | Urologi | Generell indremed | Fordøyelses-sykdommer | Hjerte-sykdommer | Lunge-sykdommer | Kvinne-sykdommer | Øvrige fagområde |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------|-----------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Helse Sør-Øst RHF | Aker univ. sh HF | Aker univ sh | 9 % | 52 % | 19 % | 3 % | 6 % | 0 % | 13 % |
| | | Ski sykehus | | 7 % | 14 % | 15 % | 23 % | 0 % | 18 % |
| | Sykehuset Asker og Bærum HF | Bærum sykehus | 13 % | 3 % | 35 % | 40 % | 16 % | 3 % | 12 % |
| Helse Vest RHF | Helse Fonna HF | Totalt | 10 % | 13 % | 27 % | 26 % | 13 % | 2 % | 13 % |
| | | Haugesund sjukehus | 12 % | 13 % | 23 % | 45 % | 42 % | 3 % | 6 % |
| | | Stord sjukehus | 4 % | 47 % | 22 % | 36 % | | 8 % | 7 % |
| | Helse Bergen HF | Odda sjukehus | | | | | 33 % | | 5 % |
| | | Haukeland universitetssykehus | 13 % | 6 % | 27 % | 20 % | 31 % | 9 % | 11 % |
| Helse Førde HF | Helse Førde | 53 % | 31 % | 16 % | 18 % | 14 % | 13 % | 20 % | |
| | Totalt | 28 % | 11 % | 21 % | 23 % | 34 % | 7 % | 12 % | |
| Helse Midt-Norge RHF | St. Olavs Hospital HF | Orkdal Sanitetsforenings sjukehus | 4 % | 41 % | 16 % | 31 % | | 1 % | 8 % |
| | | St. Olavs Hospital | 6 % | 8 % | 18 % | 30 % | 47 % | 16 % | 16 % |
| | Helse Sunnmøre HF | Volda sjukehus | 3 % | 11 % | 55 % | 8 % | 14 % | 1 % | 4 % |
| | | Ålesund sjukehus | 0 % | | 18 % | 37 % | 55 % | 10 % | 24 % |
| | Helse Nordmøre og Romsdal HF | Molde sjukehus | 6 % | | 1 % | 40 % | 5 % | 4 % | 23 % |
| | | Nordmøre og Romsdal | 7 % | 24 % | 22 % | 9 % | | 4 % | 13 % |
| | Helse Nord Trøndelag HF | Sykehuset Namsos | 3 % | 12 % | 6 % | 13 % | 11 % | 2 % | 9 % |
| Sykehuset Levanger | | 6 % | | 21 % | 9 % | 28 % | 1 % | 10 % | |
| | Totalt | 5 % | 16 % | 19 % | 28 % | 40 % | 7 % | 17 % | |
| Statlige | Private | Glittreklinikken | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 8 % | 0 % | 0 % |
| TOTALT | | | 12 % | 12 % | 21 % | 26 % | 30 % | 7 % | 15 % |

Tala for psykisk helsevern for vaksne er gjevne i Tabell 5. Den høgaste delen fristbrot er rett over 30 %. Nasjonalt ligg delen fristbrot på 19 % basert på dei institusjonane som inngår i rapporteringa. Helse Vest RHF har 24% fristbrot (basert på tal frå Helse Førde og Helse Fonna).

Tabell 5, Del fristbrot for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp per region, helseføretak og institusjon. 2. tertial 2008. Psykisk helsevern for vaksne (Kjelde: rapport IS-10/2008 frå NPR).

| | | | Andel fristbrudd | Antall fristbrudd |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------|
| Helse Sør-Øst RHF | Aker universitetssykehus HF | Aker univ.sh | 25 % | 128 |
| | Sykehuset Asker og Bærum HF | Blakstad sykehus, psykiatri | 32 % | 6 |
| | | Bærum sykehus | 12 % | 34 |
| | | Totalt | 21 % | 168 |
| Helse Vest RHF | Helse Fonna HF | Helse Fonna | 32 % | 187 |
| | Helse Førde HF | Helse Førde | 8 % | 20 |
| | | Totalt | 24 % | 207 |
| Helse Midt-Norge RHF | St. Olavs Hospital HF | St. Olavs hospital | 16 % | 201 |
| | Helse Sunnmøre HF | Volda sjukehus | 22 % | 37 |
| | | Ålesund sjukehus | 14 % | 26 |
| | | | | |
| | Helse Nordmøre og Romsdal HF | Molde sjukehus | 8 % | 20 |
| | | | Nordmøre og Romsdal DPA | 6 % |
| | Helse Nord Trøndelag HF | Sykehuset Namsos | 30 % | 38 |
| Sykehuset Levanger | | 22 % | 111 | |
| | Totalt | 17 % | 442 | |
| | | | TOTALT | 19 % |
| | | | | 817 |

Det er framleis ein del utfordringar som må løysast innan området ventelisterapportering, dersom ein skal få god kvalitet og samanliknbare tal på rapporteringa av fristbrot. Dei to siste tabellane har vist at dette er ei felles utfordring som gjeld alle dei regionale helseføretaka.

Saka har også vist at den meste sentrale utfordringa i samband med registrering og rapportering av fristbrot, omhandlar omgrepet *behandlingsstart*. Når behandlinga startar, så stoppar ventetida, men som vi har sett er det til dels store rom for skjønn når klinikaren skal avgjere dette. Der det er rom for skjønn, er det og rom for variasjonar i praksis, noko som kan gi ulike tal på fristbrot.

Det omtala prosjektet "Riktigare prioritering i spesialisthelsetjenesten" vil den 2. desember 2008 lansere rettleiarar for prioritering for dei første 5 fagområda. Vinteren/våren 2009 vil det kome rundt 20 til. Det vil bli utarbeidd eit opplegg for implementering av rettleiarane i helseføretaka, både på leiarnivå og for fagmiljøa som skal bruke og gjere seg nytte av rettleiarane.

Som ein del av dette introduksjons- og innfasingsopplegget vil ein særskild ta opp og drive aktiv opplæring i korleis rundskriv og liknande skal forståast og praktiserast, spesielt iht fastsetting av "start helsehjelp". Eit betre monitoreringssystem slik Helse Vest vil innføre våren 2009, vil gjere det mogleg med samanlikningar mellom helseføretaka/sectorane/spesialitetane/sjukdoms- og behandlingsspesifikke grupper (benchmarking) og gje grunnlag for meir standardisering og mindre skjønn.

Forslag til vedtak:

1. Styret tek saka til orientering.
2. Styret ber om at fristbrot-problematikken vert særskild omtala i styringsdokumentet for 2009 til helseføretaka, og innarbeid i avtalene med dei private ideelle sjukehusa og rusinstitusjonane.