

Helse- og omsorgsdepartementet  
[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

Deres ref.:  
Vår ref.: pcl  
Dato: 28.09.2018

## Høringsuttalelse – alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten

Vi viser til brev av 2. juli 2018 angående ovennevnte. NMF takker for invitasjonen til å avgi høringsuttalelse.

Helsedirektoratet presenterer tre modeller for regulering av pasientforløp (modell A, B og C). Alle modellene har det til felles at de regulerer hva som skal skje med pasienten *i spesialisthelsetjenesten*. De fleste pasientforløpene starter før dette, ved at det pasienten oppsøker behandler *i primærhelsetjenesten*. Vi mener at god utredning og behandling bør skje så tidlig som mulig etter at en pasient henvender seg til helsetjenesten. Mer oppmerksomhet bør derfor rettes mot hva som skjer *i primærhelsetjenesten*, samt hva som skjer av *samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten* – spesielt når det gjelder arbeid med henvisninger og dialogmeldinger.

### Dagens situasjon

De fleste henvisninger til spesialisthelsetjenesten kommer i dag fra fastleger. Riksrevisjonen rapporterer<sup>1</sup> at mer enn hver fjerde fastlege henviser pasienter selv om de mener pasienten ikke har noen nytte av utredningen eller behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Nesten 80 prosent av sykehuslegene opplever jevnlig at det er vanskelig å finne relevante opplysninger i henvisningene, og cirka halvparten av sykehuslegene opplever jevnlig at det er uklart hvorfor pasienten er henvist. Sykehusene rapporterer videre at henvisninger jevnlig ikke inneholder den informasjonen de trenger for å kunne gjøre en korrekt vurdering og prioritering av pasienten. Manglende informasjon i henvisningene vil kunne ha konsekvenser både for prioriteringen av pasienter i spesialisthelsetjenesten og for om nødvendig behandling blir påbegynt til rett tid. 40 prosent av sykehuslegene er bekymret for at de prioriterer feil på bakgrunn av henvisningene.

Ifølge Riksrevisjonens er det nødvendig å redusere denne usikkerheten ved å øke kvaliteten på henvisningene og i større grad tilpasse dem til spesialisthelsetjenestens behov.

### Tiltak for å heve henvisningskvaliteten

Etter at manuellterapeuter i 2006 fikk fullmakt til å henvise til spesialisthelsetjenesten, har Norsk Manuellterapeutforening arbeidet systematisk for å heve kvaliteten på

---

<sup>1</sup> Dokument 3:4 (2017–2018) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen, 16. januar 2018.

henvisningsarbeidet blant egne medlemmer. Sammen med NTNU i Trondheim har vi utarbeidet videreutdanningskurset «*Henvisning til spesialist*»<sup>2</sup>.

Selv om utdanningen er åpen for alle henvisergruppene i primærhelsetjenesten (allmennleger, manuellterapeuter og kiropraktorer), er det i hovedsak manuellterapeuter som har gjennomført utdanningen. Studier viser at manuellterapeuter har en god henvisnings- og rekvireringspraksis sammenlignet med andre grupper.<sup>3</sup> <sup>4</sup> Dette kan muligens ha sammenheng med de gjennomførte skoleringstiltakene. Likevel er det godt rom for forbedring også når det gjelder manuellterapeuter.

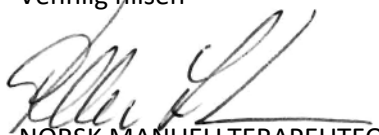
Blant annet basert på disse erfaringene mener NMF at både manuellterapeuter og øvrige henvisningsgrupper har behov for skoleringstiltak som f.eks. «*Henvisning til spesialist*». Slik kan henviserne i primærhelsetjenesten bli kjent med hva spesialisthelsetjenesten krever når det gjelder innhold mv. i henvisningene. Det bør vurderes om slike skoleringstiltak bør gjøres obligatoriske.

Det er også behov for å legge til rette for effektiv og sikker dialog mellom henviser og spesialist, jf. punkt 5.3.1 «Styrket henvisningsdialog (gjennom elektroniske verktøy)». Ved at relevant informasjon kommer raskt fram til riktig instans i spesialisthelsetjenesten, og at behandlere i primærhelsetjenesten kan konferere med relevant spesialist, kan man unngå unødig tidstap i behandlingsforløpet og dessuten unngå unødvendige innleggelses.

#### **Ad Helsedirektoratets modeller**

NMF anbefaler *modell A*. Modellen er den eneste som gir pasienten en rettighet (rett til utredning *eller* behandling). Modell A tilsvarer i størst grad dagens modell og vil formodentlig være den minst ressurskrevende å innføre. I stedet for å bruke ressurser på å innføre regimer som krever mer byråkrati, (opp)møter og skjemaer, bør man bruke ressursene til det som spesialisthelsetjenesten egentlig skal holde på med; utredning og behandling.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING  
Peter Chr. Lehne  
leder

---

<sup>2</sup> <https://www.ntnu.no/videre/gen/-/courses/nv16734>

<sup>3</sup> Gulati S, Jakola AS, Solheim O et al. Assessment of referrals to a multidisciplinary outpatient clinic for patients with back pain. J Man Manip Ther 2012 Feb;20(1):23-7

<sup>4</sup> Borgen L et al.: Clinicians' justification of imaging: do radiation issues play a role? Insights Imaging (2010) 1: 193.  
<https://doi.org/10.1007/s13244-010-0029-4>