

Gevinster, risiko og risikoreduserende tiltak, endringer i rekvisisjonspraksis

Innhold

Innledning	3
1. Endringer i rekvisisjonspraksis med gevinster.....	4
1.1 Attesting av tidsbestemte behov	4
1.2 Rekvirering av tur/retur.....	6
1.3 Bruk av egen bil av helsemessige årsaker	7
1.4 Pasient med innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt.....	8
1.5 Pasienter kan bestille, endre, avbestille og bekrefte reise selv	9
1.6 Presisering av begrepet «øyeblikkelig hjelp»	10
1.7 Presisering av bestillinger etter klokken 13 virkedagen før behandling	11
1.8 Attesting av tidsbestemte behov av trafikale årsaker	12
2. Risikovurdering og risikoreduserende tiltak	13
2.1 Gjennomføring av pilot	13
2.2 Kontrollstrategi.....	13
2.3 Risikovurdering knyttet til endringene i rekvisisjonspraksis.....	14
2.3.1 Risiko ved innføring av ny rekvisisjonspraksis (generelt).....	16
2.3.2 Tidsbestemt behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker	17
2.3.3 Rekvirering av tur/retur	20
2.3.4 Bruk av egen bil på helsemessig grunnlag.....	21
2.3.5 Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil/bli kjørt.....	22
2.3.6 Pasienters bruk av selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no	24
2.3.7 Attesting av tidsbestemte behov på trafikalt grunnlag.....	25

Innledning

Dette dokumentet skisserer gevinster, risiko og risikoreduserende tiltak knyttet til de største overordnede endringene i rekvisisjonspraksis.

Dagens rekvisisjonspraksis regulerer arbeidsdeling, roller og ansvar i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon. Det er foreslått endringer som vil forenkle arbeidsbyrden og oppgavene til behandler, og overføre mer av bestillingsansvaret fra behandler til pasient. Endringene som foreslås er i tråd med målbildet for pasientreiser med rekvisisjon, og ny rekvisisjonspraksis er et steg i retningen av å nå dette målbildet.

Under ses en kortfattet oversikt over endringene:



Behandler gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Fastlege kan attestere til alle behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen virksomhet.



Det kan rekvireres tur/retur dersom det forventes å være et helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier.



Bruk av egen bil av helsemessige årsaker kan attesteres av behandler.



Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt i stedet.



Pasienter kan se, endre, avbestille og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter seg av 05515. Pasienter med attestert tidsbestemt behov kan bestille reise via helsenorge.no eller 05515.



Betydningen av begrepet «øyeblikkelig hjelp» i pasientreiseforskriften presiseres, og ansvaret for at pasient kommer frem til behandling legges til rekvirent.




Håndtering av reiser bestilt etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling presiseres.



Pasientreisekontor gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.

1. Endringer i rekvisisjonspraksis med gevinster

1.1 Attestering av tidsbestemte behov

Hva	 <p>Behandler gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Fastlege kan attestere til alle behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen virksomhet.</p>
Hvorfor	<p>I dag må hver enkelt reise rekvireres, og det påfører behandler en stor administrativ belastning. Allmennlegeforeningen anslår at det i gjennomsnitt tar 3 minutter per rekvisisjon som utstedes¹. Behandlers oppgave bør i størst mulig grad avgrenses til å vurdere og dokumentere om det foreligger et medisinsk behov for tilrettelagt transport i tråd med pasientreiseforskriften. Selve bestillingen av reisen og videre oppfølging overføres til pasient og Pasientreisekontor, i tråd med strategien for pasientreiseområdet.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Gir pasienten trygghet for at tilrettelagt transport er ivaretatt i den angitte perioden, samt redusert tidsbruk i form av at det ikke vil være behov for forespørsler om enkeltrekvisisjoner i perioden. I tillegg vil pasienten få mer oversikt over egne reiser og kunne administrere disse på egenhånd uten å måtte involvere behandler i den angitte perioden. Usikkerhet rundt tilrettelagt transport i forbindelse med enkeltrekvisisjoner oppgis av brukerorganisasjoner som et betydelig stressmoment, og endringen er etterspurt.</p> <p>For behandler: I betydelig grad redusere den administrative belastningen for behandlere. Om man legger til grunn at rekvisisjoner for pasienter som har mer enn 24 tilrettelagte transporter per år vil kunne kvalifisere seg til å komme under denne endringen, så utgjør disse ca. 65% av det totale antallet rekvisisjoner utstedt på årlig basis i dagens praksis. Dersom vi tar utgangspunkt i anslaget fra Allmennlegeforeningen innebærer dette et totalt tidsbruk på omtrent 212 582 timer blant behandlere. Hvis vi kan redusere dette med 65% vil det gi oss en besparelse på 138 178 timer i året, noe som utgjør omtrent 79 fulltidsekvivalenter. Dette er et forsiktig estimat, ettersom vi vet at det er flere enn behandlere som er involvert i en pasientreise. Gevinsten fordeler seg på ca. 22 000 rekvirenter.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Lavere kostnader knyttet til administrasjon av pasientreiser ettersom deler av gjennomføringen overføres til pasient og det blir færre henvendelser per rekvisisjon med attestasjoner som gjelder over tid. For foretakenes behandlere vil det også frigjøre tid.</p>
Risiko	<p>Risikoen knyttet til denne endringen er i hovedsak økonomiske, men der størrelsen på eventuell økonomisk konsekvens er ukjent. I tilfelle en behandler gjør en feilvurdering og attesterer noen tilrettelagt transport hvor det ikke er reelt grunnlag for det, vil feilen gjelde for flere reiser enn tilfellet i dag, og utløse kostnader for helseforetak. Endringen gir også mer tillit til pasient, som med et attestert tidsbestemt behov vil kunne bestille en rekvirert reise selv om pasienten kanskje er i stand til å komme seg til behandling på egenhånd akkurat den dagen.</p>
Risiko-reducerende tiltak	<p>Det utarbeides retningslinjer for hva som skal vektlegges når en behandler attesterer tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessige behov.</p>

¹ Styresak 47-2020/3, Helse Nord, 25. mars 2020.

Siden vi ikke kjenner de økonomiske utslagene av endringen settes det i første omgang en begrensning på hvor lenge behandlere kan attestere tidsbestemt behov. Grensen settes på inntil ett år. I tillegg legges det inn en begrensning på at fastlege kan attestere behov til behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens bostedskommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Det legges inn begrensninger i selvbetjeningsløsningen på hvilke reiser pasienten kan bestille på bakgrunn av attestasjonen. På den måten ivaretas regelverket for hvilke reiser pasienten har rett til å få dekket.


Samtidig er det viktig å tydeliggjøre overfor pasient at det kan fremføres krav om tilbakebetaling for transportkostnadene dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport uten at det er innkalt til behandling. Det vi bli vurdert om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6a kan benyttes for reiser med rekvisisjon.

Selv om pasienter med attestert tidsbestemt behov vil kunne bestille reise via helsenorge.no, så er det alltid pasientreisekontor som planlegger og bestiller den faktiske reisen. Det er pasientreisekontorene som avgjør hvilket transportmiddel pasienten benytter til og fra behandling, samt kostnaden for denne reisen.


Det utarbeides en tydelig kontrollstrategi for å følge opp tidsbestemte behov for tilrettelagt transport. Foretakene skal ha mulighet til å følge opp den enkelte behandler praksis. Behandler kan uansett alltid attestere enkeltrekvisisjoner. Dersom det viser seg at endringen fører til store økonomiske konsekvenser kan et risikoreduserende tiltak være å gi behandler mulighet til å attestere behov for et gitt antall behandlinger. Dette kan vurderes ved revidering av rekvisisjonspraksis.

Når tekniske løsninger muliggjør det er det ønskelig å kunne koble reisebestillinger mot et innkallingsregister for behandlingstimer.

1.2 Rekvirering av tur/retur


Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block;"> <p>Det kan rekvireres tur/retur dersom det forventes å være et helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier.</p> </div>
Hvorfor	<p>Under dagens regime må pasienten som oftest be behandler man er henvist til om rekvisisjon på returreise. Brukerorganisasjoner opplyser at dette er stressende for pasient, da behandler ikke alltid har tid til dette og kan være vanskelig å nå, samt at årsaken til rekvisisjonen kan være noe pasienten ikke ønsker å dele med andre enn henvisende behandler.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Slipper å dele sykehistorie med flere enn strengt nødvendig. Redusere stress ved at pasient er sikker på at tilrettelagt transport for returreise er ivaretatt. Kontroll på egen transport.</p> <p>For behandler: Tydelig ansvars- og arbeidsfordeling ved behandlingsforløp som omfatter både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Redusert administrativ belastning ved at behandler det er henvist til i noe mindre grad må utstede rekvisisjoner ettersom returreisene i større grad vil være ordnet på forhånd. Gevinsten for spesialisthelsetjenesten vil være knyttet til at reisen for pasienten i all hovedsak vil være ivaretatt av primærhelsetjenesten, noe som dermed fører til mindre arbeid for spesialisthelsetjenesten. Vi kjenner ikke omfanget per dags dato.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Færre henvendelser fra pasienter som opplever akutt behov for transport. Redusert administrativ belastning i spesialisthelsetjenesten ved at rekvisisjon av pasientreiser vil være ivaretatt av primærhelsetjenesten. Tydelig ansvars- og arbeidsfordeling ved behandlingsforløp som omfatter både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.</p>
Risiko	<p>Det kan tenkes tilfeller med overforbruk av tjenesten dersom henvisende behandler rekvirerer begge veier uten at det er grunnlag for det.</p> <p>Endringen innebærer en risiko for overforbruk av tjenesten fordi rekvirent i primærhelsetjenesten ikke har samme forhold til kostnaden for tjenesten, da det er helseforetakene som bærer kostnadene for pasientreiser. Utover dette vil det være mindre risiko knyttet til denne endringen ettersom det alltid vil være den som kjenner pasienten best som tar beslutningen om rekvirering av reise.</p>
Risiko-reducerende tiltak	<p>Retningslinjer for attestering av tur/retur, med mulighet til å følge opp den enkelte beholders praksis.</p>

1.3 Bruk av egen bil av helsemessige årsaker

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> Bruk av egen bil av helsemessige årsaker kan attesteres av behandler. </div>
Hvorfor	<p>Bruk av egen bil til behandling vil alltid være en betydelig billigere og mer fleksibel løsning enn taxi, og brukerorganisasjonene opplyser at mange pasienter ønsker dette alternativet. Brukerorganisasjonene mener at det i dag er utstrakt bruk av taxi på medisinsk grunnlag selv om pasient egentlig kunne ha brukt egen bil eller blitt kjørt. Dette fordi pasient er i tvil om de faktisk får refundert ekstrautgiftene ved bruk av egen bil (ferge, bompenger, parkering og piggdekk).</p>
Gevinst	<p>For pasient: Full kontroll over egen transport i form av større fleksibilitet og mindre avhengighet knyttet avreisetidspunkt.</p> <p>For behandler: Mindre avhengig av tredjeparts transportressurser for å få pasienter inn til/fra behandling noe som vil føre til mindre administrasjon.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Reduserte kostnader. En tilrettelagt transport for reiser med rekvisisjon er betydelig dyrere enn en reise med bil innen reiser uten rekvisisjon. Analyser viser at en tilrettelagt transport for reiser med rekvisisjon er seks-syv ganger dyrere enn en reise med bil innen reiser uten rekvisisjon.² (Av hensyn til konkurransen i markedet og variasjoner i kontraktsprisene ønsker ikke pasientreisekontorene at vi viser frem absolutte tall.) Redusert administrasjon. Ved at transportører tas ut av transportkjeden blir gjennomføringen av reisen betydelig enklere. Oppgjøret behandles som en reise uten rekvisisjon.</p>
Risiko	<p>Det er en risiko for at det attesteres behov for bruk av egen bil uten at det er grunnlag for det. Ordningen kan fremstå som mer attraktiv enn å benytte kollektivtransport, og dermed bevege enkelte brukere fra den billigste løsningen.</p>
Risiko-reducerende tiltak	<p>Retningslinjer for attestering av bruk av egen bil på helsemessig grunnlag, med mulighet for å følge opp den enkelte behandlers praksis</p>


² For RMR er det tatt utgangspunkt i reiser med taxi ettersom dette utgjør størsteparten reisene, mens det for RUR er tatt utgangspunkt i bruk av egen bil inkl. tilleggsutgifter knyttet til selve transporten, som f.eks. standardsats, parkering, bom og piggdekkavgift. Det innebærer at andre kostnadsdekninger som overnatting, kost/losji og lignende ikke er inkludert, samt at pasientbetalte egenandeler og Helfo-inntekter på reiser med egen bil er trukket ut av beregningen. Dette for å gjøre tallene mest mulig sammenlignbare. Det er hentet inn tall fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst (Innlandet og OUS).

1.4 Pasient med innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt i stedet.</p> </div>
Hvorfor	<p>Bruk av egen bil vil alltid være en rimeligere løsning enn en tilrettelagt transport. Med denne endringen ønsker vi å åpne opp for at pasienter som er tilstått tilrettelagt transport alltid kan velge å benytte egen bil i stedet, enten ved at de kjører selv eller blir kjørt. Det er en erkjennelse at selv om pasienten har fått innvilget tilrettelagt transport på medisinsk grunnlag så kan pasienten tidvis være i stand til å kjøre selv pga. variasjon i sykdomsbildet, eller pga. vei og føreforhold (noen vil f.eks. ikke være i stand til å kjøre selv om vinteren, men kan klare det om sommeren). Selv om pasienten på tidspunktet for innvilgelse av tilrettelagt transport ikke er i stand til å kjøre egen bil, så kan det på dagen for behandling vise seg at pasienten likevel er i stand til å kjøre egen bil. Vi ønsker å oppmuntre til bruk av billigste transportalternativ.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Full kontroll over egen transport i form av større fleksibilitet i et varierende sykdomsbilde og/eller varierende vei- og kjøreforhold. For behandler: Mindre avhengig av tredjeparts transportressurser for å få pasienter inn til/fra behandling noe som vil føre til mindre administrasjon. For helseforetak/pasientreisekontor: Reduserte kostnader. En tilrettelagt transport for reiser med rekvisisjon er betydelig dyrere enn en reise med bil innen reiser uten rekvisisjon. Analyser viser at en tilrettelagt transport for reiser med rekvisisjon er 6-7 ganger dyrere enn en reise med bil innen reiser uten rekvisisjon.³ (Av hensyn til konkurransen i markedet og variasjoner i kontraktsprisene ønsker ikke pasientreisekontorene at vi viser frem absolutte tall).</p> <p>Redusert administrasjon. Ved at transportører tas ut av transportkjeden blir gjennomføringen av reisen betydelig enklere. Oppgjøret behandles som en reise uten rekvisisjon.</p>
Risiko	<p>Det er en risiko for bomturer dersom det blir bestilt tilrettelagt transport og pasienten velger å kjøre egen bil, men glemmer å avbestille tilrettelagt transport. Det kan være risiko for økte kostnader dersom pasienten var planlagt samkjørt, eller transportert med fast rute/helseekspress, hvor kostnaden ved den tilrettelagte transporten var lavere enn kostnad for å kjøre egen bil.</p>
Risiko-reducerende tiltak	<p>Tydlig kommunikasjon til pasient om konsekvensen av manglende avbestilling av transport. Det blir viktig å klargjøre overfor pasient at dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport som ikke blir avbestilt og pasienten velger å kjøre egen bil, så gis det ikke dekning til reiseutgifter.</p> <p>Sørge for at pasient har mulighet til å avbestille transport, også på kort varsel.</p>


³ For RMR er det tatt utgangspunkt i reiser med taxi ettersom dette utgjør størsteparten reiserne, mens det for RUR er tatt utgangspunkt i bruk av egen bil inkl. tilleggsutgifter knyttet til selve transporten, som f.eks. standardsats, parkering, bom og piggdekkavgift. Det innebærer at andre kostnadsdekninger som overnatting, kost/losji og lignende ikke er inkludert, samt at pasientbetalte egenandeler og Helfo-inntekter på reiser med egen bil er trukket ut av beregningen. Dette for å gjøre tallene mest mulig sammenlignbare. Det er hentet inn tall fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst (Innlandet og OUS).

1.5 Pasienter kan bestille, endre, avbestille og bekrefte reise selv

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Pasienter kan se, endre, avbestille og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter seg av 05515. Pasienter med attestert tidsbestemt behov kan bestille reise via helsenorge.no eller 05515.</p> </div>
Hvorfor	<p>Sikre at rekvisisjonspraksisen reflekterer arbeidsflyten som oppstår når pasienten nå selv kan administrere reisen sin på helsenorge.no, og bidra til overordnede føringer om at all relevant informasjon skal være tilgjengelig på helsenorge.no. Pasientene som av ulike årsaker (alder, nedsatte kognitive evner etc.) ikke vil være i stand til å benytte helsenorge.no blir henvist til 05515 for bistand.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Full oversikt over egne reiser på helsenorge.no, og enkel tilgang til å administrere reisene på egenhånd.</p> <p>For behandler: Med større grad av tilgjengelig informasjon for pasienten kan det forventes å være noe mindre pågang på telefon med transportrelaterte spørsmål. Lettere å kommunisere overfor pasient når alt er samlet på samme sted.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Redusert pågang og ressursbruk for besvarelse på telefon når pasienter tar i bruk selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Gjennomsnittlig samtaletid og antall besvarte samtaler i 2019 innebærer en ressursbruk på omtrent 25 årsverk⁴. For hvert spørsmål som i stedet for per telefon kan besvares med informasjon som tilgjengeliggjøres elektronisk på helsenorge.no så vil antall henvendelser per telefon reduseres.</p> <p>Det er krevende å estimere hvor stor reduksjon som kan oppnås, men en indikasjon er å se på bruken av selvbetjening i RUR. Andel saker behandlet elektronisk i RUR for aldersgruppen 20-79 år er 85%. I 2019 var det ca. 68% av pasientene som lå innenfor denne aldersgruppen i reiser med rekvisisjon.</p>
Risiko	<p>Det er en risiko for at eventuell nedetid på plattformen kan gi problem for brukere.</p> <p>Pasient kan av ulike grunner ikke få endret eller avbestilt reise, for eksempel på grunn av tekniske problemer, at det ikke er mulig å kontakte eller få kontakt med 05515 eller at pasienten gjør feil inne på helsenorge.no.</p> <p>Pt. finnes det ikke et time-/innkallingsregister som det kan gjøres oppslag mot, noe som medfører en risiko for at pasient med attestert tidsbestemt behov bestiller reise uten at det er innkalt til time.</p>
Risiko-reducerende tiltak	<p>God opplæring og oppfølging av brukerstøtte, god tilgjengelighet på 05515.</p> <p>Tydlig kommunikasjon og brukerveiledning til pasient.</p> <p>Ved nedetid/tekniske problemer: Sikres på samme måte som andre tjenester levert via helsenorge.no.</p> <p>Beskrivelse av risikoreducerende tiltak knyttet til bestilling av reise for pasient med attestert tidsbestemt behov er beskrevet i punkt 1.1 attestering av tidsbestemte behov.</p>


⁴ Gjennomsnittlig samtaletid for henvendelser per telefon ligger på 1 min. og 54 sekunder for de siste tre årene (2019-2021). Snittberegningen gjelder alle samtaler fra pasienter, transportører og rekvirenter (som er de tre store gruppene som benytter 05515). Det er større variasjon i antall samtaler for de ulike årene med hhv; 1.727.246 besvarte samtaler (2019), 1.568.158 besvarte samtaler (2020) og 1.207.000 besvarte samtaler (2021). Det er ikke mulig å skille på antall samtaler per brukergruppe.

1.6 Presisering av begrepet «øyeblikkelig hjelp»


Hva	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">  <p>Betydningen av begrepet «øyeblikkelig hjelp» i pasientreiseforskriften presiseres, og ansvaret for at pasient kommer frem til behandling legges til rekvirent.</p> </div> <p>Med øyeblikkelig hjelp menes helsehjelp som det er nødvendig å yte snarest. Dette er behandling som ikke er planlagt på forhånd og som må gis innen 24 timer. Behandling ved legevakt, behandling i forbindelse med fødsel og behandling i forbindelse med psykiske eller psykotiske lidelser hvor situasjonen er alvorlig, er eksempler på tilfeller som gjelder øyeblikkelig hjelp⁵.</p> <p>Rekvirenten er ansvarlig for at pasienter som henvender seg til legevakten og legevaktsentralen om øyeblikkelig hjelp, følges opp og kommer seg til behandling. Kommunen er ansvarlig for at legevaktsentralen og legevaktordningen har et system som gjør det mulig for rekvirent å utøve dette ansvaret.</p>
Hvorfor	<p>Turer til øyeblikkelig helsehjelp foregår ofte utenfor pasientreisekontorets åpningstider, og fra andre adresser enn pasientens folkeregistrerte. Dette medfører en forhøyet risiko for avvik, med mulig konsekvens at transporten ikke går som forutsatt, og i ytterste konsekvens at pasienten ikke kommer til behandling som forventet.</p> <p>Ettersom pasientreisekontorene ikke har døgkontinuerlig bemanning er det nødvendig at behandler i disse tilfellene tar et noe større ansvar for at transporten til behandling gjennomføres.</p> <p>I dag benytter enkelte behandlere feilaktig ØH-begrepet når det bestilles timer på kortere varsel enn innen kl. 13:00 virkedagen før behandling. Dette er en uheldig praksis og misbruk av ØH-begrepet som vi ønsker å få avsluttet.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Sikkerhet for at transporter til øyeblikkelig hjelp gjennomføres.</p> <p>For behandler: Avklart ansvarsforhold, og trygghet for at pasient kommer frem til nødvendig helsehjelp.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Avklart ansvarsforhold og trygghet for at pasientsikkerheten ivaretas, også for oppdrag utenfor normal arbeidstid.</p>
Risiko	<p>Uklart ansvarsforhold ved innføring av ny rekvisisjonspraksis eller uklarheter om reisen faller inn under «øyeblikkelig hjelp».</p>
Risiko-reduserende tiltak	<p>God dialog med behandlere under utrulling av ny rekvisisjonspraksis</p>

⁵ Definisjonen er hentet fra veilederen til regelverket for pasientreiser. Veilederen er utarbeidet/godkjent av juridisk nettverk, og mye bygger på den gamle nasjonale veilederen på syketransportområdet, før vi fikk pasientreiseforskriften. Det gjelder blant annet definisjonen for øyeblikkelig hjelp. Veilederen har vært innom Helsedirektoratet for gjennomgang.

1.7 Presisering av bestillinger etter klokken 13:00 virkedagen før behandling

Hva	 <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> Håndtering av reiser bestilt etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling presiseres. </div>
Hvorfor	<p>Det er behov for å vise tydelig til behandler hvordan bestillinger som kommer etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling håndteres, og hva som kan forventes av leveranser.</p> <p>Det er behov for å ha en effektiv prosess for denne type reiser slik at reiser til ikke-planlagte timer kan gjennomføres.</p> <p>Det er behov for å skille øyeblikkelig hjelp-turer fra ikke planlagte- turer.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Tydeligere regelverk. Likebehandling uavhengig av geografisk lokasjon. Sikkerhet for transport til ikke planlagte-turer.</p> <p>For behandler: Tydeligere retningslinjer å forholde seg til, samt lettere å kommunisere ordningen overfor pasient.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Tydelige retningslinjer for hvordan direktebestillinger og reiser bestilt etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling skal behandles.</p> <p>Tydelige retningslinjer for hvordan reiser bestilt som øyeblikkelig hjelp håndteres.</p> <p>Kapasitetsutnyttelse for helsevesenet ved at transport til ikke-planlagte timer organiseres hensiktsmessig.</p>
Risiko	<p>-</p>
Risiko-reducerende tiltak	<p>-</p>

1.8 Attestering av tidsbestemte behov av trafikale årsaker

Hva	 <div style="border: 1px solid #4a7ebb; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block;"> <p>Pasientreisekontor gis anledning til å attestere tids bestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.</p> </div>
Hvorfor	<p>I dag må hver enkelt reise rekvireres, og det påfører pasientreisekontorene en unødvendig administrativ belastning for rekvirering av reiser av trafikale årsaker. Endringen bidrar til å effektivere interne prosesser hos pasientreisekontorene. På lik linje som tidsbestemte attester på helsemessig grunnlag, vil selve bestillingen og videre oppfølging av reisen gjøres av pasient via helsenorge.no, eventuelt 05515 for pasienter som ikke kan benytte helsenorge.no.</p>
Gevinst	<p>For pasient: Endringen gir pasienten trygghet på at tilrettelagt transport er ivaretatt i den angitte perioden, samt noe redusert tidsbruk i form av at det ikke vil være behov for forespørsler om enkeltrekvisisjoner til Pasientreisekontorene. I tillegg vil pasienten selv få mer oversikt over sine egne reiser og kunne administrere disse på egenhånd uten å måtte involvere pasientreisekontoret i den angitte perioden. Usikkerhet rundt tilrettelagt transport oppgis av brukerorganisasjoner som et betydelig stressmoment, og endringen er etterspurt.</p> <p>For behandler: Ingen direkte gevinster, ettersom dette utelukkende gjelder tilrettelagt transport av trafikale årsaker.</p> <p>For helseforetak/pasientreisekontor: Det er i dag ca. av 3% av de rekvirerte reisene som er av trafikale årsaker, men med store geografiske forskjeller. Det forventes derfor at denne endringen vil gi store gevinster i enkelte geografiske områder. Der hvor kollektivtilbudet er lavt og det således er mange rekvirerte reiser på trafikalt grunnlag, vil innsparingen bli større enn i andre områder hvor det er god kollektivdekning. Det er en generell forenkling av praksisen som vil føre til en effektivisering, samt gi ansatte ved pasientreisekontor mulighet til å ta langvarige beslutninger til beste for pasienten.</p>
Risiko	<p>Det er en risiko for at endringer i tilgjengelig rutegående transport ikke fanges opp. Det kan føre til at pasienter som har attestert behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker får en transport de ikke skulle hatt, eller at pasienter som kunne hatt dette ikke får.</p>
Risikore duseren de tiltak	<p>Pasientreisekontorene kan utarbeide rutiner for å ha kontroll på endringer i rutegående transport i sitt ansvarsområde.</p> <p>Mulighet til å fjerne attesterte behov hvis det ikke lenger er grunnlag for dette, for eksempel ved endringer i rutegående tilbud</p>

2. Risikovurdering og risikoreduserende tiltak

I denne delen gjøres det rede for risikovurderinger og risikoreduserende tiltak i forbindelse med implementering av ny rekvisisjonspraksis. Gjennomføring av pilot og detaljering av kontrollstrategi er to viktige overordnede risikoreduserende tiltak, og nevnes derfor innledningsvis (2.1 og 2.2). I 2.3 redegjøres det nærmere for risikovurderinger og risikoreduserende tiltak knyttet til de enkelte endringene i rekvisisjonspraksis.

2.1 Gjennomføring av pilot

Ved å gjennomføre en pilot innen et bestemt område vil det gis anledning til å synliggjøre risikomomenter og usikkerheter. Det vil bli arbeidet med detaljering av kontrollstrategi for å svare på disse risikomomentene.

Gjennomføring av pilot gir også mulighet til å følge med på eventuelle endringer i pasientenes reise mønstre.

Et viktig formål med piloteringen vil være å måle utviklingen i pilotområdet sammenlignet med andre lignende områder i et normalår. I dette arbeidet er det viktig å skille på hvorvidt en endring i pasientens reise mønster skjer som følge av ny rekvisisjonspraksis, eller om det er andre forhold som kan forklare denne endringen.

2.2 Kontrollstrategi

For å detaljere hvordan de risikoreduserende tiltakene skal følges opp og hvem som har ansvar for dette, vil det bli utarbeidet en kontrollstrategi. Formålet med strategien vil blant annet være å sikre internkontroll i hvordan rekvisisjonspraksis utøves.

Kontrollstrategien vil legge vekt på de endringene der risikoen anses som størst, med detaljering av risikovurderinger og kontrollaktiviteter. Dette kan følges opp med stikkprøver for å avdekke hvor det eventuelt bør settes inn ekstra kontrollpunkter.

Kontrollstrategien bør særlig fokusere på forhold som innebærer en økonomisk risiko. Det er usikkerhet knyttet til om og hvordan reise mønsteret for pasienter med attestert tidsbestemt behov eventuelt endrer seg, og hvordan økt fleksibilitet for bruk av egen bil vil gi utslag.

Det er per i dag ikke mulig å få opplysninger om pasient via et innkallingsregister. Selv om pasientreiseordningen er tillitsbasert, må det utføres automatiske og manuelle kontroller for å bekrefte oppmøte i etterkant. Dette er viktig av preventive hensyn. Det kan være en form for oppmøtekontroll på samme måte som hos reiser uten rekvisisjon. Det bør lages gode rapporter i Radar som raskt fanger opp avvik dersom forbruket skulle eskalere, eller dersom enkelte rekvirenter plutselig skulle rekvirere oftere enn før. Det kan også vurderes å gjøre sjekk i oppmøte registrene, KUHR og NPR, for saker der pasienten har bestilt reise selv.

2.3 Risikovurdering knyttet til endringene i rekvisisjonspraksis

Det er gjennomført risikovurderinger knyttet til de foreslåtte endringene i rekvisisjonspraksis.

Vurderingene er samlet inn ved at hver enkelt i arbeidsgruppen har vurdert sannsynlighet og konsekvens, og resultatet er gjennomsnittet av arbeidsgruppens vurderinger.

Arbeidsgruppen har vurdert sannsynlighet og konsekvens *før* og *etter* det er gjennomført risikoreduserende tiltak knyttet til endringene i rekvisisjonspraksis som foreslås. Formålet med dette er å vise om de risikoreduserende tiltakene som foreslås vil ha en effekt.

Gjennomsnittscoren er rundet opp eller ned til nærmeste hele tall.

Det er identifisert noen generelle risikoer ved innføring av ny rekvisisjonspraksis, samt noen knyttet til de enkelte endringsforslagene. I vurderingen er det sett på sannsynligheten for at noe vil inntreffe og konsekvensen av dette.

Sannsynlighet for at inntreffer:

5. Daglig eller oftere
4. Ukentlig
3. En eller flere ganger i kvartalet
2. 1-2 ganger i året
1. Sjeldnere enn en gang i året

Konsekvens

5. Svært alvorlig
4. Alvorlig
3. Moderat
2. Lav
1. Ubetydelig

Følgende akseptanskriterier er benyttet av arbeidsgruppen i vurderingen:

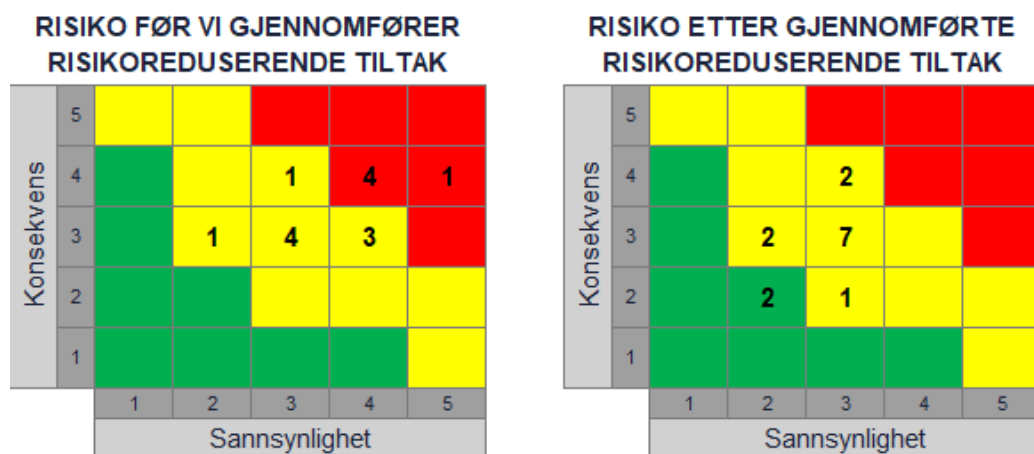
	Konsekvens	Samlet økonomisk konsekvens for pasientreiseområdet (per år)	Kvalitet eller likebehandling i forvaltningen av pasientens rettigheter	Kommunikasjon	Brukeropplevelse og omdømme
Konsekvens	Svært alvorlig	Mer enn MNOK 100	Alle får feil eller manglende tilrettelagt transport.	Systemsvikt i alle kommunikasjonskanaler. Bevisst feilinformasjon og kommunikasjon	Ingen tillit i befolkningen/eiere/myndigheter. Foretaket står i fare for å bli avvirket.
	Alvorlig	Opp til MNOK 50	Svært mange får feil tilrettelagt transport	Ubevisst feilinformasjon til mange. Informasjonen når få målgrupper.	Svært lav tillit i befolkningen/eiere/myndigheter (bevisst/alvorlige feil i saksbehandling, feilinformasjon)
	Moderat	Opp til NOK 500 000	Feil i tilrettelagt transport til en del pasienter	En del får manglende informasjon. Systemsvikt i en kommunikasjonskanal.	Moderat tillit i befolkningen/eiere/myndigheter (feil i flere vedtak, noe dårlig service, Mange negative medieoppslag)
	Lav	Mindre enn NOK 100 000	Feil tilrettelagt transport for et lite antall personer	Et lavt antall har ikke tilgang til informasjon	Lav andel av befolkningen har liten tillit eller sprer dårlig omdømme om helseforetak/pasientreisekontor
	Ubetydelig	Mindre enn NOK 10 000	Ikke feil i tilrettelagt transport	Alle målgrupper har tilgang til informasjon, og denne er lett tilgjengelig	Befolkningen har tillit til helseforetak/pasientreisekontor, ikke dårlig omdømme

Arbeidsgruppens vurderinger:

Resultatene av vurderingene er trolig påvirket av arbeidsgruppens ulike roller og erfaringer. Dette viser seg ved at det i mange av vurderingene i mindre eller større grad forekommer et sprik i hva den enkelte har svart. Hvor det er variasjon er beskrevet under omtalen av de enkelte resultatene.

Formålet med vurderingene har som nevnt vært å vise hvorvidt arbeidsgruppen tenker at de risikoreduserende tiltakene vil ha en effekt. Resultatene tyder på at de risikoreduserende tiltakene samlet sett bidrar til å redusere risiko ved innføring av endringer i rekvisisjonspraksis.

Arbeidsgruppens samlede risikovurdering før og etter gjennomførte risikoreduserende tiltak ga følgende resultat. Tallene i oversikten under viser antall risikoer i hvert område før og etter gjennomførte risikoreduserende tiltak. Hvilke risikoer som ligger i hvilke områder synliggjøres i de underliggende delkapitlene som beskriver risiko knyttet til de største endringene i rekvisisjonspraksis.



Viser antall risikoer i hvert område før og etter risikoreduserende tiltak.

	antall	andel
Antall rød sone	5	36 %
Antall gul sone	9	64 %
Antall grønn sone		0 %

	antall	andel
Antall rød sone	0	0 %
Antall gul sone	12	86 %
Antall grønn sone	2	14 %

2.3.1 Risiko ved innføring av ny rekvisisjonspraksis (generelt)

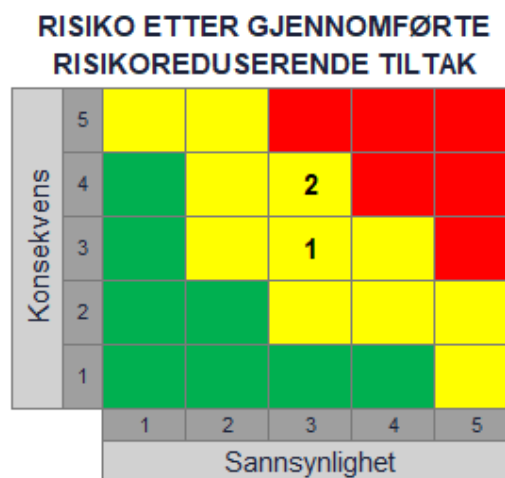
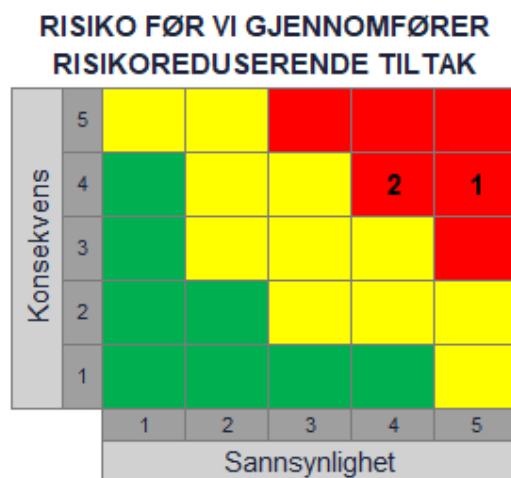
Ved gjennomføring av endringer i rekvisisjonspraksis er det en risiko for at endringene ikke vil bli kommunisert på en tydelig og forståelig måte for mottaker. Dette kan føre til uklarhet for behandler hva ny rekvisisjonspraksis åpner for og hvem som har ansvar for hva.

Endringene skal kommuniseres til et stort antall behandlere og rekvirenter, og det er en risiko for at endringene oppfattes og forstås ulikt. Det kan føre til ulik praktisering av rekvisisjonspraksis og mulig forskjellsbehandling av pasienter.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
1	Uklart for behandler hva ny rekvisisjonspraksis åpner for og hvem som har ansvar for hva	5	4	3	3
2	Ulik praktisering av rekvisisjonspraksis kan føre til forskjellsbehandling av pasienter	4	4	3	4

Risikoreduserende tiltak:

- Utarbeide enkelt, tydelig og forståelig informasjonsmateriell rettet mot den enkelte målgruppe
- Utarbeide opplæringsmateriell
- Utarbeide kommunikasjonsplan med formål om å kommunisere endringene i relevante kanaler



Arbeidsgruppens vurderinger:

Ved innføring av ny rekvisisjonspraksis vurderer arbeidsgruppen det som sannsynlig at det daglig og ukentlig vil være uklart for behandler hva ny rekvisisjonspraksis åpner for og hvem som har ansvar *før* det gjennomføres risikoreduserende tiltak. Med de risikoreduserende tiltakene som i stor grad handler om å kommunisere endringene på enkel og forståelig måte reduseres risikoen for at dette er uklart for behandler.

Når det gjelder vurderingen av risikoen for ulik praktisering som kan føre til forskjellsbehandling av pasienter mener arbeidsgruppen at de risikoreduserende tiltakene bidrar til å ta ned sannsynligheten for at dette skjer, men at konsekvensen (spesielt for den enkelte pasient) vil være den samme dersom dette oppstår. Arbeidsgruppen er samstemte i sine vurderinger før tiltak, og noe uenige i vurderingene etter tiltak.

2.3.2 Tidsbestemt behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker

En av endringene i rekvisisjonspraksis innebærer å gi behandler anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessige behov i inntil ett år. Fastlege gis anledning til å attestere for alle reiser til alle typer behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til behandlinger i spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen institusjon.

Risikoen knyttet til denne endringen er i hovedsak økonomiske, men størrelsen på eventuell økonomisk konsekvens er ukjent. Skulle en behandler gjøre en feilvurdering og attesterer tilrettelagt transport uten at det er reelt behov for det, vil feilen gjelde for flere reiser enn i dag, og utløse kostnader for helseforetak. Endringen gir også mer tillit til pasient, som med et attestert tidsbestemt behov vil kunne bestille en rekvirert reise også når pasienten kanskje er i stand til å komme seg til behandling på egenhånd akkurat den dagen.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
3	Behandler feilvurderer, og det attesteres tilrettelagt transport til pasient uten reelt behov	4	4	3	3
4	Behandler feilvurderer, og attesterer ikke tilrettelagt transport til pasient med behov	4	4	3	3
5	Pasient med attestert tidsbestemt behov bestiller reise uten at det er innkalt til time	3	4	2	3
6	Pasient benytter egen bil i stedet for billigere løsning (kollektivtransport)	4	3	3	3

Risikoreduserende tiltak:

- Grense for attestering av tidsbestemt behov settes i første omgang til maksimalt ett år
- Begrensning i region/kommune
- Gjennomføre pilotperiode
- Utarbeide retningslinjer for attestering av tidsbestemte behov, med mulighet for å følge opp den enkelte behandlers praksis
- Detaljering av kontrollstrategi
- Oppsett av automatiske og manuelle kontrollrutiner i teknisk løsning (mot bl.a. oppmøteregistre)
- Opplæring av behandlere
- Utarbeide enkelt og tydelig informasjonsmateriell
- Tydeliggjøre overfor pasient at dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport uten at det er innkalt til behandling, så kan det fremføres et krav om tilbakebetaling for transportkostnadene (vurdere om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6a kan benyttes for reiser med rekvisisjon)
- Rapportering og styringsinformasjon

**RISIKO FØR VI GJENNOMFØRER
RISIKOREDUSERENDE TILTAK**

Konsekvens	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Green	Yellow	5	3, 4	Red
	3	Green	Yellow	6	Red	Red
	2	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	1	Green	Green	Green	Green	Yellow
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet						

**RISIKO ETTER GJENNOMFØRTE
RISIKOREDUSERENDE TILTAK**

Konsekvens	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
	3	Green	5	3, 4, 6	Yellow	Red
	2	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	1	Green	Green	Green	Green	Yellow
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet						

Foretakene vil lage tydelige retningslinjer og krav til for hva som skal vektlegges når en behandler attesterer tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessige behov. Det skal være mer omfattende å gjøre en slik attestasjon enn en enkeltrekvisisjon, men til gjengjeld vil attestasjonen gjelde for flere rekvisisjoner.

Siden vi ikke kjenner de økonomiske utslagene av endringen settes det i første omgang en begrensning på hvor lenge behandlere kan attestere tidsbestemt behov. Grensen settes på inntil ett år, og dette tas opp til vurdering ved neste revisjon av rekvisisjonspraksis. I tillegg legges det inn en begrensning på at fastlege kan attestere behov til behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens bostedskommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. I tillegg kan det legges inn begrensninger i selvbetjeningsløsningen på hvilke reiser pasienten kan bestille på bakgrunn av attestasjonen. På den måten ivaretas regelverket for hvilke reiser pasienten har rett til å få dekket.

Samtidig er det viktig å tydeliggjøre overfor pasient at det kan fremføres krav om tilbakebetaling for transportkostnadene dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport uten at det er innkalt til behandling. Det vi bli vurdert om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6a kan benyttes for reiser med rekvisisjon.

Selv om pasienter med attestert tidsbestemt behov vil kunne bestille reise via helsenorge.no, så er det alltid pasientreisekontor som planlegger og bestiller den faktiske reisen. Dette gir pasientreisekontorene som avgjør hvilket transportmiddel pasienten benytter til og fra behandling, samt kostnaden for denne reisen.

Det utarbeides en tydelig kontrollstrategi for å følge opp tidsbestemte behov for tilrettelagt transport. Foretakene skal ha mulighet til å følge opp den enkelte behandlers praksis. Behandler kan uansett alltid attestere enkeltrekvisisjoner. Dersom det viser seg at endringen fører til store økonomiske konsekvenser kan et risikoreduserende tiltak være å gi behandler mulighet til å attestere behov for et gitt antall behandlinger. Dette kan vurderes ved revidering av rekvisisjonspraksis.

Det er viktig å være tydelig på at behandler skal gjøre en grundig vurdering av pasientens helsemessige behov, og at dette må gjøres sett i lys av hele reisen under ett (inkludert reisetid og avstand).

Når tekniske løsninger muliggjør det er det ønskelig å kunne koble reisebestillinger mot et innkallingsregister for behandlingstimer.

Arbeidsgruppens vurderinger:

Ved innføring av ny rekvisisjonspraksis vurderer arbeidsgruppen det som sannsynlig at det *før* risikoreduserende tiltak vil foretas feilvurderinger ukentlig der behandler attesterer tidsbestemt behov for tilrettelagt transport til pasient uten reelt behov, eller at pasient med behov ikke får tilrettelagt transport. Med de risikoreduserende tiltakene vurderer arbeidsgruppen at risikoen for at dette skjer reduseres. Arbeidsgruppen har ulike vurderinger av sannsynligheten og konsekvensen for at dette kan inntreffe, både før og etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak.

Risikoen for at pasient bestiller reise uten at det er innkalt til time vurderer arbeidsgruppen at vil inntreffe en eller flere ganger i kvartalet *før* gjennomførte risikoreduserende tiltak. Etter gjennomførte tiltak vurderes dette til å kunne skje 1-2 ganger i året. Arbeidsgruppen er relativt samstemte i vurderingen av risiko før tiltak, men er mer uenige i vurdering av risiko etter tiltak.

Risikoen for at pasienter med attestert tidsbestemt behov benytter egen bil i stedet for billigere løsning (kollektivtransport), vurderes til å opptre ukentlig. Arbeidsgruppen er relativt samstemte om dette, med enkelte unntak. Arbeidsgruppen vurderer at de risikoreduserende tiltakene ikke vil påvirke sannsynligheten for at dette skjer, men at konsekvensen er lav. Det handler blant annet om at forskjellen i kostnaden på at pasient benytter egen bil til behandling kontra kollektivtransport er relativt små.

2.3.3 Rekvirering av tur/retur

Endringen i rekvisisjonspraksis innebærer at det kan rekvireres tur/retur dersom det forventes å være et helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier.

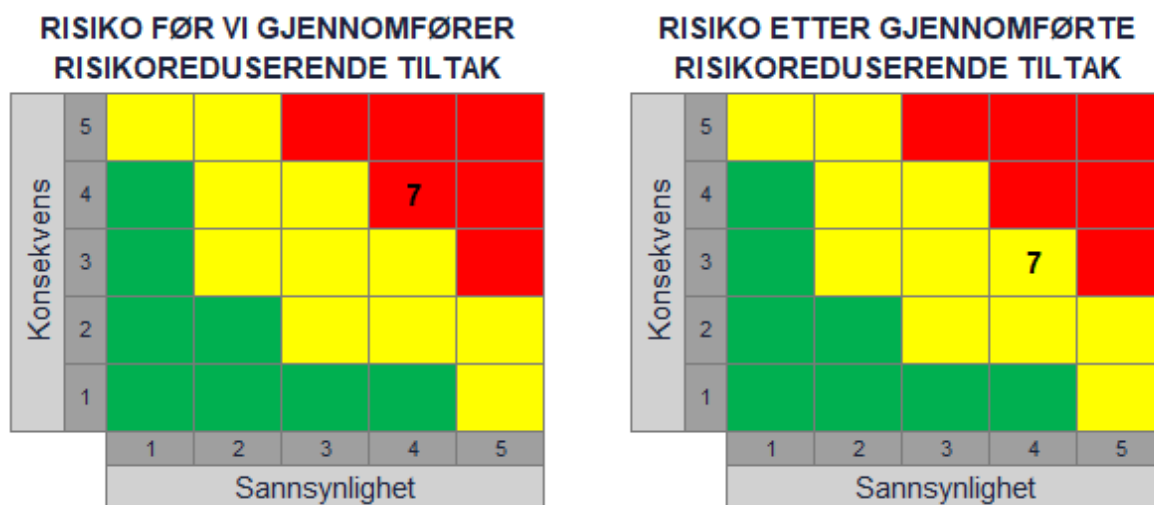
Det kan tenkes tilfeller med overforbruk av tjenesten dersom henvisende behandler rekvirerer begge veier uten at det er grunnlag for det. Endringen innebærer en risiko for overforbruk av tjenesten fordi rekvirent i primærhelsetjenesten ikke har samme forhold til kostnaden for tjenesten, da det er helseforetakene som bærer kostnadene for pasientreiser. Utover dette vil det være mindre risiko knyttet til denne endringen ettersom det alltid vil være den som kjenner pasienten best som tar beslutningen om rekvirering av reise.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
7	Det rekvireres tur/retur uten at det er grunnlag for det, som fører til overforbruk av tjenesten	4	4	3	4

Risikoreduserende tiltak:

- Retningslinjer for attestering av tur/retur, med mulighet til å følge opp den enkelte beholders praksis

Foretakene vil lage tydelige retningslinjer for hva som skal vektlegges av behandler som rekvirerer tur/retur når det er helsemessig behov for transport begge veier. Arbeidsdelingen er i tråd med avtale som er inngått mellom Allmennelegeforeningen og de fire regionale helseforetakene.



Arbeidsgruppens vurderinger:

Arbeidsgruppen vurderer det som sannsynlig at det vil bli rekvirert tur/retur på ukentlig basis uten at det er grunnlag for det *før* risikoreduserende tiltak. Arbeidsgruppen er relativt samstemte i vurderingen av dette, med enkelte unntak. Det risikoreduserende tiltaket vurderes til å redusere sannsynligheten for at dette skjer. Etter gjennomførte risikoreduserende tiltak vurderer arbeidsgruppen sannsynligheten for at dette oppstår noe ulikt, men er samstemte om vurderingen av konsekvensen.

2.3.4 Bruk av egen bil på helsemessig grunnlag

Endringen i rekvisisjonspraksis innebærer at bruk av egen bil/bli kjørt av helsemessige årsaker kan attesteres av behandler i systemet. Dette gjøres allerede i dag, men det skal være enklere for behandlere å attestere behov for bruk av egen bil, ved at også dette kan registreres i systemet i stedet for ved papirdokumentasjon.

Det er en risiko for at det attesteres behov for bruk av egen bil uten at det er grunnlag for det. Ordningen kan fremstå som mer attraktiv enn å benytte kollektivtransport, og dermed bevege enkelte brukere fra den billigste løsningen.

Ved behov for reiseledsager ved bruk av egen bil må dette attesteres av behandler.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
8	Det attesteres for behov for bruk av egen bil uten at det er grunnlag for det, eksempelvis fordi pasient kunne benyttet kollektivtransport.	4	3	3	3

Risikoreduserende tiltak:

- Retningslinjer for attestering av bruk av egen bil på helsemessig grunnlag, med mulighet for å følge opp den enkelte behandlers praksis

Foretakene vil lage tydelige retningslinjer for hva som skal vektlegges av behandler som rekvirerer bruk av egen bil på helsemessig grunnlag, og dermed gi støtte til behandlers vurderinger.

RISIKO FØR VI GJENNOMFØRER RISIKOREDUSERENDE TILTAK

Konsekvens	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
	3	Green	Yellow	Yellow	8	Red
	2	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	1	Green	Green	Green	Green	Yellow
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet						

RISIKO ETTER GJENNOMFØRTE RISIKOREDUSERENDE TILTAK

Konsekvens	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
	3	Green	Yellow	8	Yellow	Red
	2	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	1	Green	Green	Green	Green	Yellow
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet						

Arbeidsgruppens vurderinger:

Arbeidsgruppen vurderer det som sannsynlig at det vil bli attestert behov for bruk av egen bil uten at det er grunnlag for dette på ukentlig basis *før* det gjennomføres risikoreduserende tiltak. Arbeidsgruppen er relativt samstemte i vurderingen av dette, med enkelte unntak.

Det risikoreduserende tiltaket vurderes til å redusere sannsynligheten for at dette skjer. Arbeidsgruppen er relativt samstemte om dette, med enkelte unntak.

2.3.5 Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil/bli kjørt

Endringen i rekvisisjonspraksis innebærer at pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport alltid kan velge å benytte egen bil eller bli kjørt i stedet.

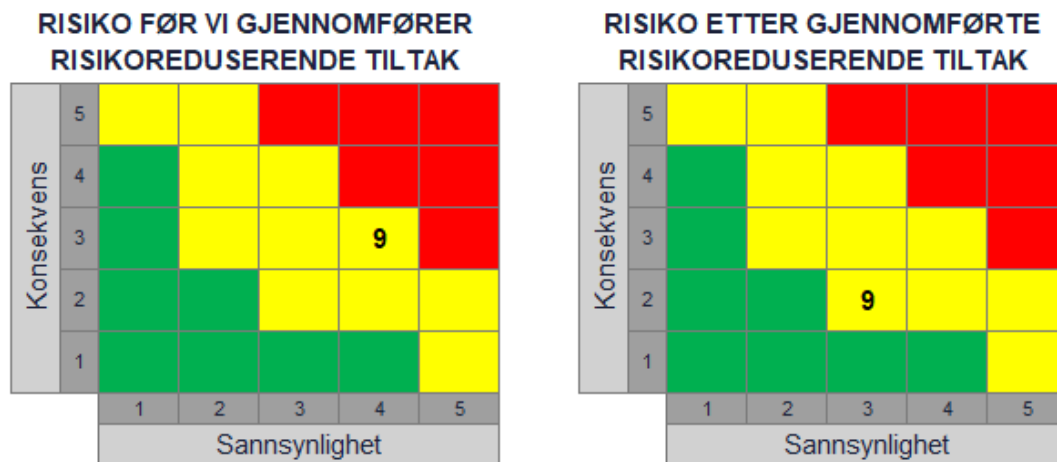
Det er en risiko for bomturer dersom det blir bestilt tilrettelagt transport og pasienten velger å kjøre egen bil, men glemmer å avbestille tilrettelagt transport. Det kan være risiko for økte kostnader dersom pasienten var planlagt samkjørt, eller transportert med fast rute/helseekspress, hvor kostnaden ved den tilrettelagte transporten var lavere enn kostnad for å kjøre egen bil.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
9	Manglende avbestilling av reise	4	3	3	2

Risikoreduserende tiltak:

- Tydelig kommunikasjon til pasient om konsekvensen av manglende avbestilling av transport
- Kommunisere at dersom det er planlagt en tilrettelagt transport som ikke blir avbestilt og pasient søker om refusjon i etterkant, vil en få avslag
- Sørge for at pasient har mulighet til å avbestille transport, også på kort varsel

Det blir viktig å klargjøre overfor pasient at dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport som ikke blir avbestilt og pasienten velger å kjøre egen bil, så gis det ikke dekning til reiseutgifter.



Arbeidsgruppens vurderinger:

Før gjennomførte risikoreduserende tiltak vurderer arbeidsgruppen det som sannsynlig at manglende avbestilling vil forekomme ukentlig. Arbeidsgruppen har ulike vurderinger av sannsynligheten og konsekvensen av dette før det er gjennomført risikoreduserende tiltak.

Hvis pasient ikke avbestiller en reise, er det bomturen som blir den økonomiske konsekvensen. Samtidig er honorarene fra bomtur lavere enn selve reisen, og kanskje også lavere enn kostnaden for at pasienten benytter egen bil. Risikoen er eventuelt at det påvirker samkjøringsmuligheter.

Selv med gjennomførte risikoreduserende tiltak vil sannsynligheten for at det forekommer manglende avbestilling av reiser fortsatt være høy, fordi det antallet reiser er så stort.

Arbeidsgruppen er samstemte i vurderingen av sannsynlighet og konsekvens etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak.

2.3.6 Pasienters bruk av selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no

Endringen i rekvisisjonspraksis innebærer at pasienten kan utføre flere handlinger selv via helsenorge.no. Pasienter kan se, endre, avbestille og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter seg av 05515. Pasienter med attestert tidsbestemt behov kan bestille reise via helsenorge.no eller 05515.

Det er en risiko for at eventuell nedetid på plattformen kan gi problem for brukere. Pasient kan av ulike grunner ikke få endret eller avbestilt reise, for eksempel på grunn av tekniske problemer, at det ikke er mulig å kontakte eller få kontakt med 05515 eller at pasienten gjør feil inne på helsenorge.no.

Pt. finnes det ikke et time-/innkallingsregister som det kan gjøres oppslag mot, noe som medfører en risiko for at pasient med attestert tidsbestemt behov bestiller reise uten at det er innkalt til time. Risikovurdering og risikoreduserende tiltak knyttet til dette er gitt under punkt 2.3.2, og gjengis derfor ikke her.

Det er også risiko for manglende avbestilling av reise. Risikovurdering og risikoreduserende tiltak knyttet til dette er gitt under punkt 2.3.5, og gjengis derfor ikke her.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
10	Nedetid/tekniske problemer i selvbetjeningsløsning	2	3	2	3
11	Pasient får ikke endret/avbestilt reise i tide til tross for forsøk	3	3	3	3
12	Pasient kan gjøre feil i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no	3	3	3	3

Risikoreduserende tiltak:

- God opplæring og oppfølging av brukerstøtte, god tilgjengelighet på 05515
- Tydelig kommunikasjon og brukerveiledning til pasient
- Ved nedetid/tekniske problemer: Sikres på samme måte som andre tjenester levert via helsenorge.no

Når tekniske løsninger muliggjør det er det ønskelig å koble bestillinger til et innkallingsregister.

RISIKO FØR VI GJENNOMFØRER RISIKOREDUSERENDE TILTAK

Konsekvens	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
	3	Green	Yellow	11, 12	Yellow	Red
	2	Green	Green	10	Yellow	Yellow
	1	Green	Green	Green	Green	Yellow
		1	2	3	4	5
		Sannsynlighet				

RISIKO ETTER GJENNOMFØRTE RISIKOREDUSERENDE TILTAK

Konsekvens	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
	3	Green	Yellow	11, 12	Yellow	Red
	2	Green	Green	10	Yellow	Yellow
	1	Green	Green	Green	Green	Yellow
		1	2	3	4	5
		Sannsynlighet				

Arbeidsgruppens vurderinger:

De gjennomførte vurderingene viser at de risikoreduserende tiltakene som nevnes ikke påvirker sannsynlighet og konsekvens for at de inntreffer. Enkeltmedlemmer i arbeidsgruppen har vurdert sannsynlighet og konsekvens til å endre seg, uten at det har påvirket gjennomsnittet av gruppens vurderinger.

Årsaken til at sannsynlighet og konsekvens vurderes til å være lik er at arbeidsgruppen mener tiltakene i seg selv ikke bidrar til å redusere risikoen for eksempelvis tekniske problemer eller at pasientene gjør feil, i hvert fall så lenge selvbetjeningsløsningen er ny for dem. At pasient gjør feil eller ikke får endret/avbestilt reise vil også fortsatt kunne oppstå, men i noen grad kan en anta at en pasient som gjør en feil én gang og som deretter får veiledning ikke vil gjøre feil flere ganger. Med tiden og etter som selvbetjeningsløsningen blir tatt mer i bruk og pasientene blir godt kjent med den kan det antas at antallet pasienter som gjør feil vil gå ned. Arbeidsgruppen er relativt samstemte i sine vurderinger av dette, med enkelte unntak.

2.3.7 Attesting av tidsbestemte behov på trafikalt grunnlag

Med denne endringen gis pasientreisekontorene anledning til å attestere tidsbestemte behov til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.

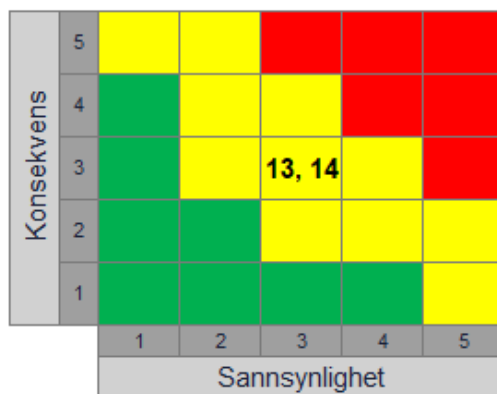
Det er en risiko for at endringer i tilgjengelig rutegående transport ikke fanges opp. Det kan føre til at pasienter som har attestert behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker får en transport de ikke skulle hatt, eller at pasienter som kunne hatt dette ikke får.

Nr	Årsak til risiko	Risiko før det gjennomføres risikoreduserende tiltak		Risiko etter det er gjennomført risikoreduserende tiltak	
		S	K	S	K
13	Endringer i rutegående transport uten at det fanges opp kan føre til at pasient med tidsbestemt behov av trafikale årsaker får en transport de ikke skulle hatt	3	3	2	2
14	Endringer i rutegående transport uten at det fanges opp kan føre til at pasient som kunne hatt tidsbestemt behov av trafikale årsaker ikke får dette	3	3	2	2

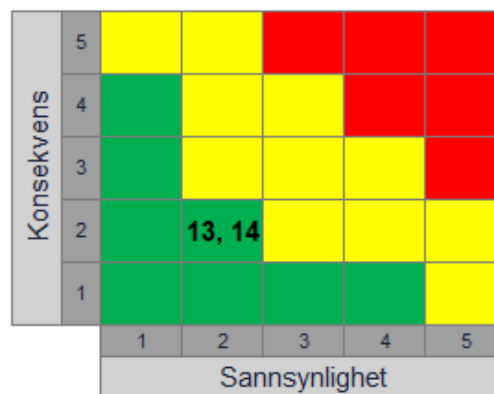
Risikoreduserende tiltak:

- Pasientreisekontorene kan utarbeide rutiner for å ha kontroll på endringer i rutegående transport i sitt ansvarsområde
- Mulighet til å fjerne attesterte behov hvis det ikke lenger er grunnlag for dette, for eksempel ved endringer i rutegående tilbud

**RISIKO FØR VI GJENNOMFØRER
RISIKOREDUSERENDE TILTAK**



**RISIKO ETTER GJENNOMFØRTE
RISIKOREDUSERENDE TILTAK**



Arbeidsgruppens vurderinger:

Etablering av lokale rutiner for å holde kontroll på endringer i rutegående tilbud og muligheten til å fjerne attesterte behov på trafikalt grunnlag bidrar til å redusere risikoene knyttet til denne endringen i rekvisisjonspraksis. Arbeidsgruppen er relativt samstemte i sin vurdering av dette, med enkelte unntak.