

HelseDirektoratets Brukerråd #1 - 18.03.2026

Tidspunkt: 18. mars kl. 10.00-15.00

Sted: HelseDirektoratets lokaler, Ytringsrommet, Vitaminveien 4, Oslo.

Dagsorden

10.00 Velkommen v/Brukerrådets leder Tone P. Torgersen

10.10 Aktuelt fra HelseDirektoratet v/assisterende helsedirektør Olav Valen Slåttebrekk

10.25 Sak 9/26 – Innlogget personbetjent chat på helsenorge.no

11.15 Pause

11.30 Sak 10/26 – Videreutvikling av helsenorge-tjenesten Velg behandlingssted/fritt sykehusvalg

12.15- 12.50 Lunsj

12.50 Sak 11/26 – Styrking av internt arbeid med sosial ulikhet i helse på tjenesteområdet

13.35 Pause

13.50 Sak 12/26 – Ventetidsarbeid- herunder indikatorutvikling, definisjoner og begreper

14.40 Informasjon og drøfting v/Tone P. Torgersen

- Brukerrådets plass i Nasjonalt råd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren
- Mer synlighet for Brukerrådet, blant annet Fredagsseminar

14.50 Evaluering og tilbakemelding på dagens møte v/Ida Olsen

15.00 Takk for i dag

Velkommen v/ Brukerrådets leder Tone P. Torgersen

Tone P. Torgersen ønsket velkommen til det nye Brukerrådets første møte for perioden 2026-2028.

Alle organisasjonene i Brukerrådet er til stede i dag, unntatt representant fra FRI.

Aktuelt fra Helsedirektoratet

v/ assisterende helsedirektør Olav Valen Slåttebrekk

Assisterende helsedirektør fortalte om noen av de store oppdragene, herunder lansering av oppvekstprofiler, nasjonal pårørendeundersøkelse om unge pårørende og fremtidig organisering av kompetansesentrene og pasient- og brukerombudene.

Videre informerte om opprettelse av et nytt Prioriteringsråd hvor Helsedirektoratet har sekretariatfunksjon, og om Helsedirektoratets møte med utvalget for gjennomgang av pasient- og brukerrettighetsloven.

Sak 9/26

Innlogget personbetjent chat på helsenorge.no

Fremmet av divisjon helseøkonomi og personell/divisjon analyse og informasjonstjenester, avdeling helserefusjoner, prosjektleder Arve Paulsen og spesialrådgiver Jon Georg Lund

Bakgrunn for saken

Helsedirektoratet v/Helfo er ansvarlig for veiledningstjenesten for innbygger på helsenorge.no.

Veiledningstjenesten håndterte i 2025 ca 550 000 henvendelser fra innbyggere fordelt på tre kanaler:

- Telefon: 282 000
- Chat: 234 000
- E-post: 27 000

Chat-kanalen består av både en **automatisk chatbot** og en **personbetjent chat**.

Den automatiske chatboten er åpen døgnet rundt, og 90% av henvendelsene som kommer i chat-kanalen løses av chatboten. I chatbot-formatet får innbygger korte, enkle svar der og da på enkle spørsmål. Chatboten følger en regelbasert logikk. Det utelukker at den kan hallusinere slik som ChatGPT og rene KI-drevne løsninger gjør. Egne sertifiserte eksperter i Helf sitt veiledningsmiljø trener og drifter chatboten og sikrer at svarene den gir er korrekte.

Hvis innbygger har mer komplekse spørsmål enn det boten kan svare på, blir de i tidsrommet 09.00-15.15 ledet til den **personbetjente chaten** der de kan ha en toveisdialog i sanntid med en veileder i Helfo for å få svar på det de lurer på.

Utfordringen med uidentifisert chat-bruker

Dagens personbetjente chat har en vesentlig begrensning ettersom innbygger ikke trenger å legitimere seg noe sted før vedkommende starter chatten. Løsningen gir derfor ikke mulighet for sikker håndtering av person- eller helseopplysninger. Hvis innbygger ønsker at veileder gir veiledning eller hjelper dem med tjenester som å bytte fastlege etc, som krever at innbygger må gi fra seg **personopplysninger**, må Helfos veileder avbryte chatsamtalen og innbygger må opprette kontakt per telefon som er den eneste sikre kanalen for håndtering av personopplysninger. Dette skjer i om lag 30 % av samtaleene i dagens personbetjente chat.

Innbygger vil i disse tilfellene ikke kunne ta med seg chat-dialogen automatisk videre i kommunikasjonen med Helfos veiledningstjeneste. Innbygger må derimot starte sin forklaring helt på nytt på telefon.

"Innlogget personbetjent chat"

"Innlogget personbetjent chat" utvikles i regi av HelseDirektoratets forenklings- og forbedringsprogram "Digitaliseringsløftet", og er planlagt lansert våren 2026.

Med innlogget personbetjent chat kan Helfos veileder og innbygger fortsette samtalen etter at innbygger har logget seg inn med BankID. Da blir hele chat-dialogen beholdt, og den innloggede chatten betraktes som en sikker kanal for å dele informasjon. Denne dialogen i sanntid er viktig for at innbygger skal få gjort nødvendige avklaringer om regelverk og rettighetsspørsmål knyttet til sin egen sak. Innbygger får løst saken sin der og da, i stedet for å bli henvist til en annen kanal, og får tilgang til opplysningene fra chat-en senere.

Hva ønsker vi å oppnå med å ta bruk innlogget personbetjent chat?

- Innbygger slipper å stå i telefonkø
- Innbygger får svar i den kanalen de henvender seg – kommunikasjonen er sømløs
- Innbygger får umiddelbare svar
- Innbygger kan ha en skriftlig toveisdialog i sanntid med forvaltningen
- Innbygger kan laste ned samtalen etterpå

Problemstillinger til drøfting

- I hvilken grad mener Brukerrådet at funksjonen "innlogget personbetjent chat" på helsenorge.no vil gi en **bedre brukeropplevelse** sammenlignet med dagens løsning, hvor innbygger må ringe hvis de skal få løst en sak som krever at de oppgir personsensitiv informasjon?
- I hvilken grad ser Brukerrådet eventuelle **nye utfordringer** som "innlogget personbetjent chat" skaper, sammenlignet med dagens løsning?

Innspill fra Brukerrådet

- Bruker- og pårørendemedvirkning i utviklingsfasen mangler
- Språk og kultur – hvordan ivaretatt?
- Mobil vanskelig

- Sosial ulikhet
- **Kompetanse hos personell**
- **Bra å møte personer – innlogget i chatten, →også for å huske hva som blir sagt - Bra for personer med kognitive utfordringer**
- Hvordan kan chat i bruker- og pårørendeorganisasjoner bidra?
- Grupper som ikke kan bruke bot/chat?
- **Må beholde telefon – det er en forutsetning → ikke nedbemanne**
- Personer uten bankID?
- Personer som trenger hjelp – kan være stresset
- Brukertesting – tidlig
- Sømløst
- Hvilken info har personer i chatten om de som tar kontakt?
- Hvordan behandle sensitive opplysninger?
- **Komme fort til personbetjent chat**
- **Sikker databehandling**
- Tilgjengelig fagkompetanse hos de som svarer
 - Hvordan ivareta de med sammensatte tjenester / sjeldne diagnoser?
- Tilgjengelig for de med D-nummer
- Hva skjer med informasjonen? – Tillit! (voldsutsatte)
- Stressende å være i telefonkø – bra med personbetjent chat
- Viktig med valgmuligheter - tydelig informasjon
- Universell utforming
- Fullmakt
- **Ta opp tråden senere? – ikke skulle gjenta** - Oppsummering sendes til Digipost?
- **Forståelig informasjon om personvern til de som tar kontakt**
- Kortfattet oppsummering av chatten?

[Kort oppsummering fra Helsedirektoratet](#)

Vi har til nå jobbet mye teknisk med oppdraget. Har et godt opplegg for testing. Viktig med tydelig skille mellom menneske og bot. Valgmuligheter er kjernepoenget vårt, noen ganger er det digitale, andre ganger er telefon et hinder. Jobber også med voicebot/stemmebruk i chat. Muligheter med person innenfor åpningstidene.

Personvern, det er de samme menneskene, samme rutiner som i telefontjeneste. Hva kan de se: det man har logget seg inn på, eks fastlege, frikort el - det samme på telefon. Tar med oss at det skal beskrives godt.

Legger opp til å laste ned kommunikasjonen, tar med ønske om oppsummering. Ikke ferdig diskutert med NHN om det skal til digipost/Helsenorge. Tar med oss innspill angående avslutning/begynne på nytt i dialog personbasert chat, D-nummer, voldsutsatte. Slettes raskt av personhensyn, god sikkerhet, Ikke tilgang til kritisk informasjon sånn som kjernejournal. Chat slettes raskt, så viktig at det kan bevares av personen selv. Viktig at personer som

betjener chat har tilgang til det de skal veilede om. Olav presiserte at veiledere på personbetjent chat har ikke tilgang til kjernejournal.mm.

Sak 10/26

Videreutvikling av Helsenorge-tjenesten Velg behandlingssted/fritt sykehusvalg

Fremmet av divisjon helseøkonomi og personell, avdeling helserefusjoner v/seniorrådgiver Sara Jovic og avdelingsdirektør Fredrik A.S.R. Hanssen.

Bakgrunn for saken

Deloppdrag i Ventetidsoppdrag TB2026-60-5:

" Sikre at fritt sykehusvalg er en reell mulighet for pasientene, der de kan velge mellom offentlige sykehus og ideelle og private tilbydere som har avtale med det offentlige. I dette arbeidet skal det prioriteres bedre informasjon på Helsenorge, bedre brukervennlighet, - funksjonalitet og flere valgmuligheter."

HelseDirektoratet har ansvar for Velg behandlingssted, nettsiden på Helsenorge, hvor det vises et utvalg av behandlinger og undersøkelser med ventetider. Denne informasjonen skal bidra til at pasienter kan ta et informert valg og få benyttet seg av retten til å velge behandlingssted, samt bedre utnyttelse av kapasiteten i helsetjenesten.

HelseDirektoratet skal utredet hvilke tiltak som er mulig og nødvendig for å iverksette for å gjøre informasjon på Helsenorge bedre og hvordan sikre at fritt sykehusvalg blir en reell mulighet for pasienter.

HelseDirektoratets plan for realisering

Sikre at fritt sykehusvalg er en reell mulighet for pasientene, der de kan velge mellom offentlige sykehus og ideelle og private tilbydere som har avtale med det offentlige. I dette arbeidet skal det prioriteres bedre informasjon på Helsenorge, bedre brukervennlighet, - funksjonalitet og flere valgmuligheter.

Plan for bedre informasjon på Helsenorge (kort sikt)

- Sikre bedre ventetidsdata og effektivisere ventetidsrapportering ved å automatisere registrering av ventetider og annen relevant informasjon
- Gi mer komplett informasjon ved å vise Avtalespesialister som en del av tilbudet

Plan for bedre brukervennlighet, funksjonalitet og flere valgmuligheter (lang sikt)

- Pasienter får varsel om timer og frister, samt informasjon om valgmuligheter og ventetider for relevante behandlingssteder/behandlere
- Pasienter får mulighet til å booke ledig time selv, får opp varsel digitalt på Helsenorge om ledige timer og kan takke ja digitalt
- Henvisninger sendes elektronisk mellom behandlere, pasient kan gjøre det selv ved valg av en annen behandler

Problemstillinger til drøfting

1. Brukerrådets vurdering av hvordan dagens løsning fungerer?
2. Hva er viktig for pasienter og brukere for at fritt sykehusvalg skal være en reell mulighet?
3. Hvilken informasjon er viktig for å kunne velge behandlingssted? Hva er svakheter ved dagens system og Velg behandlingssted?

Innspill fra Brukerrådet

- Hvordan synliggjøre kvalitet og 'service'?
- **Befolkningen må vite + helsepersonell → pasient**
 - Leger henviser ofte der de pleier – viktig at de er informert
 - Fysioterapi er viktig
- Informasjon må være reel
- **Viktig å få til endringer → velge navn + kommunisert**
- Hva innebærer det å bytte – reise, forundersøkelser
- Ikke hjulpet for å ha lang ventetid (UNN)
- **Ha med pasientreiser**
- Løsninger som gjør det enkelt for pårørende
- **Informasjon om kompetanse om for eksempel sjeldne diagnoser**
- **Velg ett navn (slutte å finne på nye navn), ord og begrep betyr no**
- Det må henge sammen når man som pasient skal kunne ta valg – både kostnader, reise, opphold
 - Hva blir egenandelen ved ulike valg
- **Mistillit til helsevesenet → rydd opp og få tillit**
 - politiske diskusjoner skaper mistro
 - Lite kompetanse når man må ha med ledsager
 - Hvem har kunnskap om min tilstand?
- **Sykehus/spesialisthelsetjeneste må være bedre til å finne løsninger → medvirkning og veiledning**
- Hjelp til ikke-digitale
- fastlegen viktig
- Få tilgang til kvalitetsindikatorer
- Vi kan kommunisere til våre medlemsmasser

Kort oppsummering fra Helsedirektoratet

Ang begrepsbruk, rettmessig kritikk. I oppdraget står det fritt sykehusvalg. Vi skal rydde opp i begrepene. Pasientreiser – viktig å ta med også sjeldne diagnoser, mer komplett informasjon, alle regioner har et sørge for ansvar ang reise fra nord- til sør. Andre indikatorer; vi kan vise volum, flere indikatorer har vært mer kompliserende. Tar gjerne imot innspill. Erkjenner at vi har et utgangspunkt som er marginalt opp mot målet. Viktigste jobb å rydde opp hvordan jobbe trinnvis. Ønsker å komme tilbake til Brukerrådet på senere tidspunkt.

Sak 11/26

Styrking av internt arbeid med sosial ulikhet i helse på tjenesteområdet

Fremmet av divisjon folkehelse og forebygging, avdeling levekår v/seniorrådgivere Kristiane B. Dugstad, Heidi Marie Scott-Nilsen og Kadri Tammur, og avdelingsdirektør Øyvind Giæver

Bakgrunn for saken

Oppdraget fra ledelsen

En arbeidsgruppe forankret i avdeling for levekår ledet i 2025 en intern prosess om direktoratets arbeid med sosiale helseforskjeller i helse- og omsorgstjenestene. Prosessen ble initiert av ledermøtet den 17. desember 2024, der arbeidsgruppa ba om innspill til arbeidet internt med sosiale helseforskjeller. Sakens bakgrunn var direktoratets rapport om hvordan «Marmot-rapporten» kunne følges opp, og særskilt anbefalingen om å «Styrke helse- og omsorgstjenestenes rolle i å utjevne sosiale ulikheter ...». Ledermøtet besvarte arbeidsgruppas forespørsel med å bestille en pilot for direktoratets arbeid med sosiale helseforskjeller. Dette er et viktig steg for å følge opp egen sektors rolle i videre arbeid med sosial ulikhet i helse.

Hva er sosial ulikhet i helse?

Sosial ulikhet i helse er helseforskjeller som systematisk følger sosiale indikatorer som inntekt, utdanning, yrke, kjønn, seksuell orientering, geografi og innvandrerbakgrunn. Årsakene til ulikhetene finnes langs en kompleks kjede av forskjellige påvirkningsfaktorer på helse, såkalte helsedeterminanter. Årsakene er spredt utover livsløpet, og det er summen av flere enkeltfaktorer som til sammen skaper ulikheter. Fordi ulikhetene er sosialt skapt, kan og bør, de gjøres noe med.

Helse- og omsorgstjenester er også en helsedeterminant, og kan både skape, opprettholde, forsterke og redusere sosial ulikhet i helse. Tjenestene bør derfor ta en aktiv rolle for å sørge for lik tilgang til og effekt av tjenestebruk for hele befolkningen, som også er en pasient- og brukerrettighet. Blant annet må det tas høyde for ulikhet og mangfold i befolkningen i utforming og innretning av tjenestene. Dette kan forklares som "å forskjellsbehandle for å likebehandle".

Innsats mot sosial ulikhet i helse i Norge

Utjevning av sosiale helseforskjeller har vært et prioritert innsatsområde i helse- og omsorgssektoren over lengre tid. Dette gjenspeiles i lov- og regelverk og i styrende politiske dokumenter fra skiftende regjeringer i nyere tid (se pkt 1.4.3 i vedlagt notat). Tross politisk prioritet og innsats over år, har de sosiale helseforskjellene i befolkningen vedvart og til dels økt.

I 2023 kom det en oppdatert kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse og livskvalitet fra et fagmiljø ved University College London ledet av professor Michael Marmot, derav omtalt som "[Marmot-rapporten](#)". Rapporten gir både en oppdatert status av situasjonen i Norge og

anbefalinger for videre arbeid på tvers av samfunnsområder. Marmot-rapporten omtaler også helse- og omsorgstjenestens rolle i utjevning av sosial ulikhet, og anbefaler Norge å styrke tjenestenes rolle på innsatsområdet.

Status sosial ulikhet i helse på tjenesteområdet

Det er varierende kunnskap om sosial ulikhet i tilgang, bruk og effekt av tjenester i ulike befolkningsgrupper. Dette er også i liten grad inkludert i relevante analyser og statistikk. SSBs kartlegging av sosial ulikhet i bruk av utvalgte helsetjenester fra 2017 og 2021, viser bl.a. at:

- Det er en klar sosial gradient i tjenestebruk etter inntekt for grupper med mindre enn god helse. Størst forskjeller er det blant eldre.
- Det er en sosial gradient i bruk av legespesialist, både etter utdanning og inntekt.
- Det er en sterk omvendt gradient i sykehusinnleggelses, men ingen forskjeller etter inntekt i oppholdstid.
- De aller fleste får den helsehjelpen de trenger, men det er til dels store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Behovet er størst i sårbare grupper, som hos personer med lav inntekt, svekket helse, psykiske plager, uføre og arbeidsledige.
- Generelt stor tilfredshet med helsetjenestene, men gruppene med høyest inntekt er mer tilfreds med legen enn grupper med lavere inntekt. Dobbelt så mange i den laveste inntektsgruppen synes at de får for liten tid med legen, det er også flere eldre enn yngre.

Funnene sier mindre om årsakssammenhenger, og synliggjør kanskje mest av alt et behov for videre og ytterligere analyser på området.

Problemstillinger til drøfting

- Overordnet tilbakemelding på satsningen og arbeidsgruppens forslag til videre oppfølging
- Refleksjoner om andre viktige tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse- og omsorgstjenester i Norge
- Hvordan bør brukerrådet involveres i den videre oppfølgingen av dette området etter ledermøtebehandlingen?

Innspill fra Brukerrådet

- Kommunene har ulike utgangspunkt for å kunne jobbe med sosial ulikhet
- Kommunekommisjonen + KS
- Et mye større bilde
- **Det koster å være kronisk syk + funksjonsnedsettelse**
 - Vanskelig å tilrettelegge utenom ordinær arbeidstid
- Ulikhet - utdanning/arbeid opprettholdes systemisk
 - Har ikke fått til å jobbe med innvandrere selv om det har vært et mål

- Helsedirektoratet må ha kontakt med grasrota
- Rus + psykisk helse + barn + personer m. funksjonsnedsettelse – prioriterte grupper
 - Sårbare oppvekstmiljøer
- Det å tilhøre flere grupper → sammenheng (interseksjonalitet) - mangler kompetanse og hvordan bruke kompetanse som er spredd i landet
- For overordnet
- Like løsninger resulterer ikke i likhet
- De ressurssterke bestemmer for mye
- **Involver sivilsamfunnssynet → tillit**
- **Systemet og språk er for vanskelig**
- Vise til rapport 'Du har ikke noe her å gjøre'
- **Helsedirektoratet må ha folk som har kompetanse fra sårbare grupper**
 - Mye kompetanse i kompetansesentre
- Hvordan møter helsetjenesten ulike grupper
- Fortsatt sosiale forskjeller - stor betydning
 - Økt belastning å være kronisk syk
- Krever ressurser å finne frem i systemet
- Styrke helsekompetanse til sårbare grupper → Tilskuddsordning,
 - Samarbeid med organisasjoner er viktig
- Helsetjenester i institusjon
 - Personer med utviklingshemming med behov for helsetjenester
- Kommunene ønsker ikke regulering og veiledning
 - Eksempler på at kommunene avslår tjenester
- Annen type mottaksapparat i kommunene for henvisninger/veiledere
- Tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse i tjenestene – undersøkelser som mammografi, gynekolog, mm
 - Sykehus er laget for friske gående mennesker
- Likeverdige tjenester – kompetanse
- Mangler konkrete tiltak – for eksempel i henvisningsmetodikk
- Tjenesteutvikling må ha ulikhetsperspektiv
- Strukturell helsekompetanse i systemet

Oppsummering fra Helsedirektoratet

Tilbakemeldingene støtter dette tema. Se mer på blant annet; geografiske variasjoner, Interseksjonalitet, hvordan tjenestene blir utformet, likeverdig tilbud betyr ikke å likebehandle. At viktig satsningsområder er psykisk helse og ruslidelser. Vi har ikke alltid god nok forståelse for brukergruppenes opplevelse; at sårbare grupper inkluderes i prosesser.

Sak 12/26

Ventetidsarbeid- herunder indikatorutvikling, definisjoner og begreper

Fremmet av divisjon analyse og informasjonstjenester, avdeling analyse v/avdelingsdirektør Lars Rønningen og avdeling fagutvikling i spesialisthelsetjenesten v/seniorrådgiver Borghild Svorken.

Bakgrunn for saken

HelseDirektoratet har fått følgende oppdrag i 2026 (TB2026-60) Ventetidsarbeid – herunder indikatorutvikling, definisjoner og begreper:

"Ventetidsløftet ble gjennomført i 2024 og 2025 og ga en markant nedgang i ventetider til påbegynt helsehjelp. I stortingsperioden 2025-2029 skal pasienter med behov for spesialisthelsetjenester komme raskere i gang med helsehjelp, utredning og behandling. Det er behov for en gjennomgang av indikatorer for videre utredning og behandling før mål for denne indikatoren konkretiseres. Målet vil settes før sommeren 2026."

Oppdraget er omfattende med flere deloppdrag og skal gjennomføres i samarbeid med FHI og RHF-ene.

Oppdraget består blant annet av følgende deloppdrag med kort frist:

1. Definere hvilke utredninger og behandlinger som inngår i indikatoren Tid til tjenestestart (TTT) for somatikken.
2. Utvikle en ny indikator (en underindikator for TTT) – Tid til operasjon. Indikatoren skal uttrykke hva gjennomsnittlig og median ventetid er til operasjoner for pasienter som har inngått i ventelistestatistikken.
3. Foreslå en indikator for tilgjengeligheten/intensiteten i pasientbehandlingen i pasientforløpet i psykisk helsevern, BUP og TSB.
4. Det skal også vurderes hvorvidt det er mulig å utarbeide statistikk som viser hvilken oppfølging pasienter får som avvises i spesialisthelsetjenesten, jf. også oppdrag under «Begreper og definisjoner».
5. Sikre at fritt sykehusvalg er en reell mulighet for pasientene, der de kan velge mellom offentlige sykehus og ideelle og private tilbydere som har avtale med det offentlige. I dette arbeidet skal det prioriteres bedre informasjon på Helsenorge, bedre brukervennlighet, -funksjonalitet og flere valgmuligheter."

Oppdrag TB2026-60 omfatter ytterligere deloppdrag, se vedlegg 1 med hele oppdragsteksten. Vi er helt i starten av arbeidet med oppdraget, og mye av innsatsen denne første tiden har vært å rigge til nødvendige arbeidsgrupper til deloppdragene, og mindre tid til å identifisere og diskutere problemstillinger og dilemmaer i oppdraget. Vårt ønske med denne saken er å få innspill og vurderinger fra Brukerrådet på helheten i oppdraget, og særlig på de delene med kort frist, jf de 5 punktene over, samt på deloppdrag om begreper

og definisjoner. På deloppdrag med lengre frist vil det være mulig å ta det opp i Brukerrådet på et senere tidspunkt.

Problemstillinger til drøfting

Vi ønsker innspill på problemstillingene nedenfor: oppdragets ulike deler.

1. Oppdrag TB2026-60 om ventetidsarbeid er et omfattende og bredt oppdrag. Hva mener Brukerrådet det er særlig viktig at vi legger vekt på i vårt videre arbeid med helheten og deloppdragene i dette oppdraget? Eventuelt mer overordnet, hva mener dere er de viktigste problemstillingene og eventuelle misforståelsene når det gjelder ventetider?
2. Vi skal i oppdraget foreslå nye indikatorer for tilgjengelighet eller intensitet i pasientforløp i psykisk helsevern og TSB. Har Brukerrådet innspill til hvordan man kan forstå og operasjonalisere tilgjengelighet og intensitet i slike forløp?
3. For kunne følge med på grad av oppnåelse for nye mål for ventetid til oppstart og gjennomføring av helsehjelp vil det være viktig å ha et tilstrekkelig dekkende indikatorsett. Det vi måler er ofte det som får oppmerksomhet. Vurderer Brukerrådet at Tid til tjenestestart for et utvalg somatiske tjenester sammen med en ny indikator for tilgjengelighet og intensitet i psykisk helsevern og TSB er tilstrekkelig? Er det noe områder eller pasientgrupper det er viktig vi har særlig fokus på i vårt arbeid med utvikling av indikatorer?
4. Er det noen av begrepene som brukes i ventelistestatistikken (vedlagt) som framstår som uklare/upresise eller misvisende? Blant annet blir pasienter som blir vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten omtalt i statistikken som Avviste henvisninger. Har dere forslag til mer hensiktsmessige og bedre begreper på dem som fremstår uklare?

Innspill fra Brukerrådet

- Beslutningsverktøy i EPJ → kvalitetssikre henvisning
- Verktøy som følger henvisning
- Henger sammen med fritt sykehusvalg
- Ikke bruk forkortelser
- Hvem faller ut av køen – må ha tall på og kunnskap om hva som ble løsningen
- Eksempel hørsel: audiograf - få høreapparat - oppfølging → **Hva er ventetid?**
- Uforståelig hva som er ventetid
→Hva er det faktisk vi måler
→ Synliggjøre at det er forskjell på røntgen og et forløp
- **Kasteball i systemet – sammensatte behov**
- **Hva skjer med pasienter som blir avvist fra spesialisthelsetjenesten?**
- Pasientens logikk som er førende
- Avvist → ny vurdering → får behandling – hvordan følge?

- Blir første avvisning registrert?
- Ventetid i et langt pasientforløp – hvilken ventetid måles?
- Gjør noe med henvisninger - Dårlig kvalitet
- Avvist – ok, ikke skape forventninger
- Avdekke prosess, f.eks høreapparat – prosessoptimering
- Ikke sette indikatorer opp mot hverandre → forklare de ulike indikatorer
- Til oppstart → forklare forløpet → forventningsavklaring
- Forklaring til begrepene må være forståelige
- Avvist – forklaring: 'ikke behov' – omformuleres
- Kronisk syke = ingen sluttdato, men kontinuerlig løp
- Ikke like nyttige å telle på alt
- → Tydelig hva man skal telle
- → Tydelig hva man ikke skal telle, men følge på annen måte
- Også ventetid for å få rullestol, ikke bare spesialisthelsetjenester
- Begrepene
 - Avviste henvisninger at pas ikke har behov, kan være kan være dårlig henvisning. Bedre at det er vurdert som ikke behov
 - Ventetid sluttdato- ikke realistisk for mange kronisk syke
 - Ventende- mange er kontinuerlig ventende
 - 80% av sjeldne er genetiske- gir ikke så mye mening da
 - må måle ekte ventetid, må være forståelig at ventetiden går ned,- men det gjør den ikke

Kort oppsummering fra Helsedirektoratet

Viktig hvordan vi omtaler ventetid. Hvis vi setter mål, må det tallfestes. Tid til tjenestestart-tid til tjeneste. At man har fått en tjeneste, istedenfor en utredning.

Ved avviste henvisninger så betyr det jo ikke nødvendigvis at man ikke får helsehjelp, dette kommer ikke frem.

Avviste henvisninger: at man ikke gis rett til helsehjelp, betyr ikke at man ikke får rett til tjenester. At det er et annet sted som er mer tilpasset behovet. Det må registreres, ett dilemma at det kan bli rapporteringsbyrd.

Informasjon fra Tone

Tone informerte at Brukerrådet skal på agendaen internt i Helsedirektoratets fredagsseminar i etterkant av Brukerrådsmøtene. Denne fredagen (20.3.26) skal Tone presentere seg som leder av Brukerrådet, informere om Brukerrådet, og sakene som var på agendaen i dagens møte. Ingvild slutter i LIN og har sitt siste møte i Brukerrådet i dag.

Evaluering

Evaluering ble gjennomført i Menti. Resultatene sendes sammen med referatet.

Deltakere

Brukerorganisasjon/ sammenslutning	Medlem	Vara
FFO /Diabetesforbundet	Britt Inger Skaanes	
FFO/Hørselshemmedes landsforbund	Bernt-Aksel Jensen	
FFO/Hiv Norge	Halvor Frihagen	
FFO/ADHD Norge	Gry Lunde	
FFO/FFO- sjeldne sykdommer	Anette Remme	
Pensjonistforbundet	Rolf M. Tande	
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Tone Poulsson Torgersen	
Unge funksjonshemmede	Asgeir Fagerli Langberg	
Voksne for barn	Tora Smith Aulie	
SAFO	Janne Skei	
Pårørendealliansen	Anne-Grethe Terjesen	
Utvalget for flerkulturelle minoriteter	Sadia Jabeen Iqbal	
LIN Likestilling, Inkludering, Nettverk	Ingvild Kallevik	
BrukerRop/ Foreningen human ruspolitikk	Tonje Jevari	
Oppnevnt fra Sametinget		Aili Kirste Strømeng Arntzen
FRI	Avbud	
Kreftforeningen	Gina Barstad	
Observatør:		
Pasient- og brukerombudet		Tonje Margrethe Borch
Samarbeidspartner:		
NAV Brukerutvalg	Avbud	
Ledelsen i HelseDirektoratet	Olav Valen Slåttebrekk Jan Arild Lyngstad Sissel Husøy Marius Kurås Skram Fredrik A.S.R.Hanssen Øyvind Giæver Lars Rønningen	
Sekretariatet i HelseDirektoratet	Karin Yan Kallevik Ida Olsen Anne Hartvedt	
Nina Linn Skou Ulstein fra NHN deltok som observatør i sak 9 og 10		