



Innst. 403 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:107 S (2016–2017)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe om å styrke pasienters rett til behandling innen forsvarlig frist og innføre full åpenhet om ventetider og ventelister

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen avvikle dagens skille mellom avklarte og uavklarte tilstander og fremme forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven som sikrer alle pasienter forsvarlige behandlingsforløp.
2. Stortinget ber regjeringen sikre full offentlighet om ventelister i sykehus og offentliggjøre interne ventelister, tid til tjenestestart og innføre flere målepunkter for ventetid – som måling av total forløpstid.»

Forslagsstilleren viser til at ved behandlingen av Prop. 118 L (2012–2013), jf. Innst. 388 L (2012–2013), vedtok Stortinget våren 2013 å endre pasient- og brukerrettighetsloven. Skillet mellom rettighetspasient og ikke-rettighetspasient ble avviklet, og fristen for rett til vurdering etter henvisning til spesialisthelsetjenesten ble endret fra 30 til 10 virkedager. Henvisninger skal nå vurderes fortløpende, og senest innen 10 virkedager. Når vurderingen av henvisningen viser at pasienten har behov for helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelp i form av utredning eller behandling senest skal starte.

Ved å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter får nå alle pasienter som har behov for helsehjelp en juridisk rett, og rett til individuelt fastsatt frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Slik får den som henvises til spesialisthelsetjenesten enten rett til nødvendig helsehjelp eller blir avvist fordi vilkårene for spesialisert helsehjelp ikke er oppfylt.

Stortinget vedtok også at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO dersom den ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Intensjonen med endringen var å styrke pasientenes rettigheter, forbedre informasjon til pasientene og forenkle reglene og understøtte forsvarlige pasientforløp. Det ble gjort et skille mellom pasienter med en avklart tilstand og pasienter med en uavklart tilstand. Har pasienten en avklart tilstand, skal den juridisk bindende fristen gjelde behandling. Når pasienten har en uavklart tilstand, skal fristen gjelde utredning. Fristen er innfridd når henholdsvis behandling eller utredning er igangsatt.

Forslagsstilleren peker på at ny pasient- og brukerrettighetslovgivning har fått utilsiktede konsekvenser. En utvikling med økende grad av interne ventelister som ikke rapporteres, målinger som skjuler faktiske ventetider, flere avslag og flere uavklarte henvisninger gir grunn til bekymring. At pasienter innen psykisk helsevern har dobbelt så høy risiko for å bli avvist ved henvisning til spesialisthelsetjenesten enn pasienter innen ortopedi, er også bekymringsfullt. Forslagsstilleren mener det er behov for å vurdere pasient- og brukerrettighetsloven på nytt med sikte på endringer. Det synes klart at dagens rettighetslovgivning har ført til vridning og uønskede effekter. Skillet mellom avklart og uavklart tilstand, det vil si rett til utredning og rett til behandling, bør vurderes. Om en avvikler dette skillet, må pasienter etter vurdering gis intern «rett» til videre behandlingsfor-

løp, skal dette ha en verdi. Det kan gjøres gjennom en behandlingsplan som settes etter første vurdering, og som sykehusene vil være forpliktet til å rette seg etter. Slik vil pasientene sikres forutsigbar time til utredning, som i dag, og bedre rettigheter i behandlingsforløpet.

Ifølge forslagsstilleren trengs det også et nytt system for å måle ventetider i et pasientforløp. Dagens offentlige ventelistestatistikker er ikke til å stole på. Ventetid til første kontakt sier langt ifra alt. Det er like viktig med informasjon og måling av ventetid til andre kontakt, tid til tjenestestart (prosedyren), den totale forløpstiden, unormal eller forsinket ventetid i forløpet osv.

Forslagsstilleren mener det bør gjøres en utredning av alle sider ved pasient- og brukerrettighetene for å sikre alle pasienter som oppfyller vilkårene, rett til utredning og behandling innen forsvarlig frist. Systemet må redusere risiko for uheldige vridningseffekter ut fra diagnosegrupper eller sykehusenes økonomiske hensyn. Korrekt informasjon om ventetider og forløpstid må være offentlig tilgjengelig.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiter, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen og Torgeir Micaelsen, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at det har vært en pågående debatt i media om ventetider, og at det har vært stilt spørsmål ved hvorfor flere pasienter enn tidligere henvises til utredning, og ikke til behandling. Komiteen er enig med forslagsstillerne i at det er viktig å få åpenhet om ventelister i sykehus og om årsakene til eventuelle vridninger i registrering av pasienter.

Komiteen viser til at helse- og omsorgsministeren holdt en redegjørelse i Stortinget den 10. juni 2016 om ventelister ved sykehusene. Her varslet han at regjeringen ville gi Helsedirektoratet i oppdrag å granske hvorfor flere sykehuspasienter blir registrert som uavklarte, og at direktoratet også skulle vurdere påstandene om ulik praktisering av regelverk mellom sykehus. Komiteen viser til at rapporten fra Helsedirektoratet ble lagt frem 3. mai 2017.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, merker seg at Helsedirektoratets gjennomgang av 356 journaler ikke gir grunnlag for påstander om at pasienter kalles inn til konsultasjon uten reelt innhold.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at Helsedirektoratet ikke kan utelukke at det skjer tilpassinger for å hindre fristbrudd:

«Det har vært stilt spørsmål om enkelte helseforetak kan ha endret registreringspraksis blant annet for å begrense risikoen for fristbrudd ved å gi pasienten en rett til utredning i stedet for behandling. Helsedirektoratet har gjennom arbeidet med denne rapporten ikke funnet noe som tyder på dette, men kan heller ikke utelukke at det skjer og at å gå i dybden på disse spørsmålene ikke var del av oppdraget.»

Disse medlemmer merker seg at det å gå i dybden på dette punktet og granske om det faktisk har foregått og foregår slike tilpasninger, ikke var del av Helsedirektoratets oppdrag. Disse medlemmer mener at det helt klart burde vært det, og at dette er en svakhet ved Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til direktoratet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Helsedirektoratet mener pasienter som hovedregel ikke blir tatt av ventelisten uten reell start på pasientforløpet. Samtidig utelukker de ikke uheldig praktisering. Flertallet merker seg videre at det er mye som tyder på at regelverket praktiseres ulikt. Det er for stor variasjon i helsetjenesten vår i dag. Det er derfor ikke overraskende med variasjon også på dette området. Likevel tyder Helsedirektoratets rapport på at praktiseringen er mer lik i dag enn tidligere. Flertallet viser videre til at Helsedirektoratets rapport viser at flere pasienter får frist til utredning. Direktoratet peker på at den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen fører til at flere sykdommer kan og bør utredes. Som årsaker peker de også på vanskeligheter med å omsette detaljerte juridiske krav i medisinske vurderinger på en ensartet måte, endret regelverk og reviderte prioriteringsveiledere, og uhensiktsmessig registrering av pasientrettigheter i pasientadministrative systemer. Direktoratet kan ikke angi i hvilket omfang de nevnte faktorene bidrar enkeltvis til den samlede økningen i antall pasienter med rett til utredning.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til Helsedirektoratets rapport og konklusjoner, og at disse har skapt reaksjoner. 98 prosent av pasientene tas av ventelister ved første konsultasjon. Disse med-

lemmer viser også til at Helsedirektoratet i sin rapport forklarer at færre personer får rett til behandling på grunn av den medisinske utviklingen, prioriteringsveiledere og mer individualisert behandling. Men det er ikke synliggjort at graden av individualisering i behandlingen de siste tre til fire årene er blitt så markert mye større at det kan forklare endringene i praksisen. Disse medlemmer vil også påpeke at det er en mangel i Helsedirektoratets rapport at det ikke er vurdert om økonomiske faktorer, som økonomi og sanksjoner på fristbrudd, er en årsak til at sykehusene vurderer at færre pasienter nå får rett til behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Helsedirektoratet også har sett på årsakene til økt andel henvisninger der pasienten er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp. Noen har ment at dette er en forklaring på at ventetidene og antall ventende går ned. Flertallet merker seg at tallene viser en økning i tre av fire helseregioner, men at mye av denne økningen skyldes at koden «avviste» inneholder andre årsaker enn medisinske. Ved å korrigere for dette, finner Helsedirektoratet bare en beskjeden økning i andelen avviste, og alle regionene er på om lag samme nivå.

Komiteen viser til at Helsedirektoratets anbefalinger som følge av granskningen er:

- «1. Forbedring av pasientadministrative systemer. Dette er avgjørende for å sikre datakvalitet, få tall man kan stole på og vise om pasientenes rettigheter ivaretas. Helsemyndigheter og sykehuseiere må prioritere dette.
2. Forenkling av regelverket. Helsedirektoratet foreslår blant annet at det vurderes å forenkle regelverket slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp uten at det skilles mellom frist til utredning og behandling. Pasientrettigheten kan da vurderes innfridd ved første kontakt. Spesialistene som vurderer henvisningen skal uansett sette fristen slik at det er mulig å gi pasienten et faglig forsvarlig forløp. Skillet mellom utredning og behandling har i praksis vist seg å være vanskelig å implementere i helsetjenesten til tross for mange tiltak. Dersom det er aktuelt med en slik juridisk forenkling, bør det rapporteres på andre punkter i pasientforløpet slik at man systematisk kan følge utviklingen i ventetid også senere i forløpet.»

Komiteen ser frem til helse- og omsorgsministerens vurdering av Helsedirektoratets forslag til tiltak for å forbedre registreringen av ventetider i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at arbeidet med å

forbedre det pasientadministrative systemet allerede er igangsatt, men at det må settes ytterligere trykk på dette.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Stortingets endring av pasient- og brukerrettighetsloven våren 2013 og innføring av kortere vurderingsfrist. Det var da en uttalt forutsetning at endringen ikke skulle føre til at flere pasienter fikk frist til utredning som følge av endringen. Dette har nå skjedd. Dette medlem mener at Helsedirektoratets rapport og konklusjon viser at skillet mellom rett og frist til utredning eller behandling ikke har vært hensiktsmessig. Helsedirektoratet svarer etter dette medlems syn ikke fullt ut på hva som er årsakene til at mange flere pasienter nå har mistet rett til behandling. Helsedirektoratet svarer for eksempel ikke på om helseforetakene har endret praksis for å unngå fristbrudd og økte økonomiske utgifter. Dette medlem mener at lovverket må endres slik at pasientene sikres minst like gode rettigheter som tidligere, til hjelp og forsvarlig behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette medlem registrerer at Helsedirektoratet i sine anbefalinger støtter opp under representantforslagets forslag om dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, er enige med forslagsstillerne i at det er behov for å se på regelverket og de pasientadministrative systemene. Flertallet viser til at det var nettopp av den grunn helse- og omsorgsministeren raskt tok grep etter oppslagene i media om registrering av ventetider, og i juni 2016 ga Helsedirektoratet i oppdrag å utrede forhold knyttet til ventetidsregistrering. Flertallet mener det er positivt at Helsedirektoratets vurdering er at ventetiden på nasjonalt nivå går ned, og at pasienter som hovedregel ikke blir tatt av ventelisten uten reell start på pasientforløpet. Flertallet mener også det er positivt at Helsedirektoratet finner at andelen pasienter som settes til utredning øker, men at dette i hovedsak kan forklares med medisinsk faglig utvikling og implementering av nytt regelverk gjennom prioriteringsveiledere. Flertallet mener det er viktig at pasientene får de rettigheter de har krav på, og at ventetiden registreres riktig. Flertallet vil likevel påpeke at det viktigste er at pasientene får gode og helhetlige pasientforløp, og rapporten gir ikke indikasjoner på at pasienter ikke får forsvarlige pasientforløp. Flertallet er positive til statsrådens uttalelse i brev til komiteen om at det er behov for å se på tiltak, slik som å vurdere regelverket og forbedre registreringen, samt vurdere å innføre flere målepunkter for ventetid. Flertallet viser til at regjeringen har igangsatt et arbeid for å forbedre registreringen, sikre offentlighet rundt ven-

telistetall og innføre målepunkter. Statsråden uttaler i sitt brev at det er innført pakkeforløp for kreft og at regjeringen vil innføre pakkeforløp for hjerneslag, samt for rus og psykisk helse. Helse- og omsorgsministeren har også gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle og få på plass indikatoren «Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid». Denne indikatoren vil gi nyttig informasjon om sykehusenes evne til å planlegge og gjennomføre gode pasientforløp. Flertallet mener det er viktig å se tiltakene i sammenheng, og er derfor svært fornøyd med at helse- og omsorgsministeren i sitt brev varsler at det skal settes i gang en utredning for å se på tiltak som kan forbedre registreringen og som skal vurdere behovet for å oppheve et skille mellom frist til utredning og frist til behandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at pasientene må få tilgang på langt bedre, mer helhetlig og sannferdig informasjon enn i dag, og at dette må presenteres på en forståelig måte. Informasjonen som pasientene får i dag, er enten av svært begrenset verdi eller til dels vanskelig tilgjengelig. Disse medlemmer mener det er behov for en reform som gir mer åpenhet om kvalitet og reelle ventetider i spesialisthelsetjenesten.

Full åpenhet om ventetider kan kun oppnås dersom vi måler de rette parameterne, og dersom kvaliteten på målingene er god. Diskusjonen som har gått rundt ventetider det siste året, har vist at det er et behov for å vurdere om de styringsparameterne vi har, faktisk fungerer etter hensikten. Disse medlemmer mener at man bør redusere målstyring til et absolutt minimum, men likevel slik at man måler det som er viktig for pasientene, nemlig tid til behandling. Dette vil inkludere bruk av eksisterende måleparametere som viser ventetider innad i sykehuset.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti støtter således ikke Helsedirektoratets forslag om å ta pasientene av ventelistene ved første kontakt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at dersom pasienter tas av venteliste ved første kontakt, må dette kombineres med krav til en behandlingsplan som settes etter første vurdering, og som sykehusene vil være forpliktet til å rette seg etter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at sykehusene i dag rapporterer på flere kvalitetsindikatorer, inkludert pasientopplevd kvalitet, og disse medlemmer mener at slike

opplysninger også må gjøres tilgjengelige på en enkel og kvalitetssikret måte. Helseatlasene som er laget av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, er et godt eksempel på slik presentasjon.

Disse medlemmer mener at det må være et fokus på god datakvalitet slik at offentligheten kan stole på de dataene som presenteres. Ved å inkludere data for hele ventetiden til behandling, vil man unngå at sykehusene dreier fokus kun mot de delene av ventetiden det skal rapporteres på. I tillegg må det etableres kontrollrutiner som sikrer uheldige vriddningseffekter i form av at sykehusene dreier sin virksomhet mot å behandle de pasientene som gir gode tall i statistikken, fremfor andre pasienter som kanskje hadde trengt behandlingen mer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at tall fra Norsk pasientregister viser at det har vært en betydelig økning av antall avviste pasienter de siste årene, spesielt gjelder dette innen psykisk helsevern. Utredning om ventetider som ble presentert av Helsedirektoratet 3. mai 2017, viste at det kan foreligge en overrapportering av antall avviste pasienter, basert på en svakhet i dataverktøyet. Utredningen har forsøkt å korrigere for dette, og tallene for antall avviste er da betydelig lavere – kanskje for lavt. Til tross for en slik korrigering, viser tallene fremdeles at antall avviste pasienter øker betydelig. Disse medlemmer mener det er grunn til å se nærmere på hvorfor man har en slik økning og hva dette innebærer for pasientene som blir avvist.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen igangsette en helhetlig vurdering av kvalitets- og måleindikatorer slik at det sikres en full åpenhet om sykehusenes kvalitet, herunder reelle og kvalitetssikrede ventetider.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet minner om at ved innføring av kortere vurderingsfrist i 2012 påpekte flere høringsinstanser at en forkortet vurderingsfrist ville innebære at flere pasienter får en frist til utredning. Stortinget la likevel til grunn at det ikke skulle bli flere pasienter som får frist til vurdering som følge av endringen, siden de fleste pasientene også før lovendringen ble vurdert i løpet av godt under 10 dager. Dette medlem konstaterer at det likevel har skjedd. Stortinget la også til grunn at alle pasienter har krav på et godt og forsvarlig pasienttilbud uavhengig av om tilstanden er avklart eller ikke på henvisningstidspunktet.

Dette medlem viser til at den markerte endringen i praksis, der flere pasienter henvises til utredning og ikke behandling, bekreftes i Helsedirektoratets rapport. I rapporten fremgår det at:

«Det er en klar økning i andel av pasienter som får rett til utredning sett i forhold til andelen som får rett til behandling.

Økningen varierer mellom tjenesteområdene i perioden 2012-2016:

Psykisk helsevern: økt 47 prosentpoeng, fra 32 til 79 %,

Psykisk helsevern barn og unge: økt 36 prosentpoeng, fra 37 til 73 %,

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: økt 19 prosentpoeng, fra 19 til 38 %,

Somatisk helsetjeneste: økt 12 prosentpoeng, fra 76 til 88 %.

Alle tjenesteområder samlet: økt 14 prosentpoeng, fra 73 til 87 %..»

Når det gjelder andelen avviste pasienter, oppgir Helsedirektoratet i rapporten mai 2017 at:

«Den høye rapporterte andelen avviste pasienter skyldes derfor et uhensiktsmessig registreringssystem og viser ikke et reelt bilde. Det har vært en liten økning fra 2012 til 2016, men når vi kun regner med pasienter som ble avvist på grunn av manglende medisinsk indikasjon ble under 4 % avvist i 2016.»

Dette medlem merker seg at Helsedirektoratet oppgir at årsakene til at flere nå henvises til utredninger er sammensatte:

«Helsedirektoratets innsamlede informasjon peker på medisinskfaglig og teknologisk utvikling, vanskeligheter med å omsette detaljerte juridiske krav i medisinske vurderinger på en ensartet måte, endret regelverk og reviderte prioriteringsveiledere og uhensiktsmessig registrering av pasientrettigheter i pasientadministrative systemer som årsaker til økt andel pasienter med rett til utredning.»

Dette medlem merker seg at helse- og omsorgsministeren i sitt svarbrev av 22. mai 2017 til komiteen ikke avviser å oppheve skillet mellom frist til utredning og behandling, men heller ikke forplikter seg til dette og vil igangsette et utredningsarbeid. Dette medlem viser til at Helsedirektoratet nå har utredet dette i et år, og at det ikke er flere utredninger som trengs, men en endring av pasient- og brukerrettighetsloven som opphever skillet mellom frist til utredning og behandling, og sikrer alle pasienter forsvarlige behandlingsforløp. Dette medlem mener det er dette arbeidet helse- og omsorgsministeren må igangsette før det fremmes forslag for Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetslovgivningen. Dette medlem mener Helsedirektoratet i sin utredning legger et helt annet alvor til grunn når det

gjelder svakheten i registreringssystemene, enn det helse- og omsorgsministeren gjør i sitt svarbrev til komiteen. Dette medlem mener Helsedirektoratets anbefaling også på dette punkt må følges opp.

Dette medlem mener økende grad av interne ventelister som ikke rapporteres, målinger som skjuler faktiske ventetider, flere avslag og flere uavklarte henvisninger gir grunn til bekymring. Dette medlem mener det er behov for å vurdere pasient- og brukerrettighetsloven på nytt med sikte på endringer. Helsedirektoratets gransking og anbefalinger må følges opp. Det må i tråd med direktoratets anbefaling vurderes å forenkle regelverket slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp uten at det skilles mellom frist til utredning og behandling. Dette medlem viser til at om en avviker dette skillet, må pasienter etter vurdering gis intern «rett» til videre behandlingsforløp, skal dette ha en verdi. Dette medlem viser til at Helsedirektoratet konkluderer med at forbedring av pasientadministrative systemer er avgjørende for å sikre datakvalitet, få tall man kan stole på og vise om pasientenes rettigheter ivaretas. Helsemyndigheter og sykehuseiere må prioritere dette.

Dette medlem slutter seg til Helsedirektoratets anbefaling om at det trengs et nytt system for å måle ventetider i et pasientforløp. Dagens offentlige ventelistestatistikker er ikke til å stole på. Ventetid til første kontakt sier langt ifra alt. Det er like viktig med informasjon og måling av ventetid til andre kontakt, tid til tjenestestart (prosedyren), den totale forløpstiden, unormal eller forsinket ventetid i forløpet osv. Dette medlem mener det bør gjøres en utredning av alle sider ved pasient- og brukerrettighetene for å sikre alle pasienter som oppfyller vilkårene, rett til utredning og behandling innen forsvarlig frist. Systemet må redusere risiko for uheldige vriddnings-effekter ut fra diagnosegrupper eller sykehuses økonomiske hensyn. Korrekt informasjon om ventetider og forløpstid må være offentlig tilgjengelig.

Dette medlem viser til representantforslaget og Helsedirektoratets «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten» av 3. mai 2017 og anbefalingene i denne, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen avvikle dagens skille mellom avklarte og uavklarte tilstander og fremme forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven som sikrer alle pasienter forsvarlige behandlingsforløp.»

«Stortinget ber regjeringen sikre full offentlighet om ventelister i sykehus og offentliggjøre interne ventelister, tid til tjenestestart og innføre flere måle-

punkter for ventetid – som måling av total forløpstid.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen igangsette en helhetlig vurdering av kvalitets- og måleindikatorer slik at det sikres en full åpenhet om sykehusenes kvalitet, herunder reelle og kvalitetssikrede ventetider.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen avvikle dagens skille mellom avklarte og uavklarte tilstander og fremme forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven som sikrer alle pasienter forsvarlige behandlingsforløp.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sikre full offentlighet om ventelister i sykehus og offentliggjøre interne ventelister, tid til tjenestestart og innføre flere målepunkter for ventetid – som måling av total forløpstid.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:107 S (2016–2017) – om Representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe om å styrke pasienters rett til behandling innen forsvarlig frist og innføre full åpenhet om ventetider og ventelister – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 6. juni 2017

Kari Kjønås Kjos

leder

Kristin Ørmen Johnsen

ordfører

VEDLEGG

**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie
til helse- og omsorgskomiteen, datert 22. mai 2017**

**Dokument 8:107 S (2016–2017) Representantfor-
slag om å styrke pasienters rett til behandling
innen forsvarlig frist og innføre full åpenhet om
ventetider og ventelister – Stortingsrepr Kjersti
Toppe–**

Det vises til brev av 03.05.2017 fra Helse- og omsorgskomiteen hvor det bes om statsrådens uttalelse til forslaget.

Jeg vil innlede med å si at jeg er enig i at det er behov for å se på regelverket og de pasientadministrative systemene. Som komiteen er kjent med, ga jeg Helsedirektoratet i juni 2016 oppdrag om å utrede en del forhold knyttet til ventetidsregistrering. Bakgrunnen for oppdraget var blant annet oppslag i media om registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten og forståelsen av regelverket. Helsedirektoratet ble bedt om å vurdere:

- årsakene til at andelen pasienter som gis rett til utredning har økt
- om pasienter tas av venteliste ved utredning uten at det har vært en reell start på pasientforløpet
- årsaken til at andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp har økt
- om det er ulik praktisering av regelverket mellom ulike sykehus
- om det er behov for flere tiltak for å få på plass en enhetlig og riktig praktisering av regelverket

Jeg viser også til min redegjørelse i Stortinget 10. juni 2016.

Helsedirektoratets vurdering er at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett går ned. I pressemeldingen den 03.05.2017 uttaler Helsedirektoratet at undersøkelsene viser at andelen pasienter som etter henvisning til spesialisthelsetjenesten settes til utredning øker, og at dette kan forklares i hovedsak med medisinskfaglig utvikling og implementering av nytt regelverk gjennom prioriteringsveiledere. Helsedirektoratet viser også til det er feilkilder i de pasientadministrative systemene som kan føre til feilregistreringer.

Rapporten viser at andelen frist til utredning fra 2012 til 2016 har økt fra 73 til 87 prosent samlet sett. Helsedirektoratet peker på at den medisinskfaglig og teknologisk utviklingen fører til at flere sykdommer kan og bør utredes. De peker også på vanskeligheter med å omsette detaljerte juridiske krav i medisinske vurderinger på en ensartet måte, endret regelverk og reviderte prioriteringsveiledere og uhensiktsmessig registrering av pasientrettigheter i pasientadministra-

tive systemer som årsaker til økningen i andel frist til utredning. Helsedirektoratet kan ikke angi i hvilket omfang de nevnte faktorene bidrar enkeltvis til den samlede økningen i rett til utredning. Rapporten viser at dette er et sammensatt bilde, og at det er komplisert å finne én konkret årsak til hvorfor det er variasjon i praktiseringen av regelverket. Det er for stor variasjon på flere områder i helsetjenesten i dag. Det er derfor ikke overraskende med variasjon også på dette området. Likevel tyder Helsedirektoratets rapport på at praktiseringen er mer lik i dag enn tidligere.

Det er mye fokus rundt frist til utredning eller behandling. Det er grunn til å minne om at dette gjelder oppstarten av helsehjelpen. Det er viktig at pasientene får de rettigheter de har krav på, og at ventetiden registreres riktig. Jeg vil imidlertid påpeke at vi ikke må glemme at det viktigste er at pasientene får gode og helhetlige pasientforløp. Rapporten gir ikke indikasjoner på at pasienter ikke får forsvarlige forløp. Jeg mener likevel at rapporten tilsier at det er behov for å se på tiltak. Jeg er enig i representantforslaget om at det er behov for å vurdere regelverket og forbedre registreringen, samt vurdere å innføre flere målepunkter for ventetid. Helsedirektoratet foreslår det samme i sin rapport.

Når det gjelder forbedret registrering, sikre offentlighet rundt ventelistetall og innføre flere målepunkter, vil jeg vise til at jeg har igangsatt et slikt arbeid. Vi har innført pakkeforløp for kreft, og vi vil innføre pakkeforløp for hjerneslag, samt psykisk helsevern og rus. Pakkeforløpene beskriver planlagt pasientforløp, med fastsatt innhold og tidsfrister for de enkelte elementene i forløpet. Jeg har også gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle og få på plass indikatoren "Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid" som styringsindikator. Indikatoren måler antall pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Den inkluderer både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp. Denne indikatoren vil gi oss nyttig informasjon om sykehusenes evne til å planlegge og gjennomføre gode pasientforløp. I oppdragsdokumentet for 2017 er de regionale helseforetakene bedt om å bruke denne indikatoren i den styringsmessige oppfølgingen. Helsedirektoratet publiserer også årlig tall for indikatoren Tid til tjenestetart. Indikatoren viser ventetiden fra henvisningen er mottatt i sykehuset, til en bestemt behandlings- eller utredningsprosedyre er utført for utvalgte syk-

domsgrupper. Helsedirektoratet vil publisere denne indikatoren tertialvis fra og med 2017.

Jeg vil imidlertid understreke at det er viktig å se tiltakene i sammenheng. Eventuelle endringer i regelverket må ikke innebære en svekkelse av pasientforløpet. Det er etter min oppfatning ikke tilrådelig å oppheve skillet mellom frist til utredning eller behandling, uten at det samtidig også registreres på vi-

dere punkter i pasientforløpet og at pasientenes rettsstilling ivaretas. Innføring av nye målepunkter må ikke innebære en økning i administrativt arbeid for helsepersonellet. Det er viktig å utrede disse spørsmålene grundig og at regelverk og registrering ses i sammenheng. Jeg vil derfor igangsette et utredningsarbeid.