



STORTINGET

Representantforslag 259 S

(2020–2021)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen

Dokument 8:259 S (2020–2021)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om nødvendige endringer i ventelisteregistrering og fristbruddordning

Til Stortinget

Bakgrunn

Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter en lovbestemt rettighet til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen en fastsatt frist. Retten til nødvendig helsehjelp innen en frist ble først innført i 2001. I 2013 vedtok Stortinget å endre pasient- og brukerrettighetsloven. Lovendringen innebar at skillet mellom rettighetspasient og ikke-rettighetspasient ble avvirket, og at fristen for rett til vurdering etter henvisning til spesialisthelsetjenesten ble kortet ned fra 30 til 10 virkedager (jf. Innst. 388 L (2012–2013), Prop. 118 L (2012–2013)). I og med lovendringen i 2013 ble det trukket et skille mellom pasienter med en avklart tilstand og pasienter med en uavklart tilstand. For pasienter med avklart tilstand skal den juridisk bindende fristen gjelde behandling, mens for pasienter med uavklart tilstand skal fristen gjelde utredning. Fristen er innfridd når henholdsvis behandling eller utredning er igangsatt. Siden 2004 har fristbrudd medført økonomiske sanksjoner for helseforetakene. Dersom foretakene ikke starter behandlingen innen fristen, har pasienten rett til å få behandling hos private tilbydere på det offentliges regning.

Gjennomgang av fristbruddordningen

De senere årene er det blitt oppmerksomhet rundt de utilsiktede konsekvensene av dagens fristbruddordning. Finnmarkssykehuset HF har de siste ni årene hatt utgifter på 74 mill. kroner som følge av fristbrudd innen psykisk helsevern. Det tilsvarer driften av en middels stor poliklinikk. Ifølge både ledelse og tillitsvalgte ved helseforetaket har disse utgiftene gått på bekostning av Finnmarkssykehusets egen evne til å bygge opp sitt tilbud, og kompetansen på fagfeltet er derfor blitt svekket over tid. Sykehusdirektøren omtaler det som en kostnadsspiral som sykehuset ikke kommer ut av (Dagens Medisin, 11. mars 2021). På tross av at det offentlige helseforetaket må betale for behandlingen, er det den private tilbyderen som får definere både innhold, omfang og varighet av behandlingen. Sykehuset må betale for private leverandører, uten å vite hvilken behandling som gis, siden sykehuset ikke har noen kontakt med fristbruddleverandøren. Rammeavtalene mellom Helfo og fristbruddleverandørene oppfordrer ikke til samarbeid mellom privat leverandør og offentlig poliklinikk.

Tilfellet i Finnmark synliggjør to fallgruver ved fristbruddordningen som er prinsipielt problematiske. For det første risikerer man at offentlige sykehus straffes økonomisk for å være underfinansiert og ved store rekrutteringsutfordringer som gjør at det offentlige tilbudet ikke er i stand til overholde fristen. For det andre åpner ordningen for at private tjenesteytere får definere innhold, omfang og varighet av behandlingen, samtidig som det er det offentlige som betaler. Dermed risikerer man at private tilbydere belønnes økonomisk for å drive overbehandling. Blant pasientene som opplever fristbrudd, velger flertallet å vente på time der de først ble

henvist, mens bare et mindretall benytter seg av tilbudet om et privat alternativ. Dette viser behovet for å styrke de offentlige sykehusenes mulighet til å sikre pasienter forsvarlig pasientbehandling innen fristen.

Økning i andelen som henvises til utredning

Pasienter blir i mye større grad enn før henvist til utredning, ikke behandling. Ved å vurdere pasienter til «utredning» kan pasientene raskt tas inn til poliklinikk. Dermed registreres ventetiden som avsluttet, og pasienten blir i stedet satt på det som i den offentlige debatten er omtalt som «interne ventelister». Dermed unngår også sykehusene fristbrudd. En mye omdiskutert side ved det aktuelle pasientrettighetsregelverket er at den juridisk bindende fristen kun omfatter det første møtet med spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder senere kontakter med spesialisthelsetjenesten, er disse verken forbundet med juridisk bindende plikter for helseforetakene eller rettigheter for pasientene. En reduksjon i ventetiden som er knyttet til den juridisk forpliktende rettigheten, gir med andre ord ingen garanti for at pasientene får behandling raskere – særlig ettersom det store flertallet av henvisninger nå gjøres til utredning snarere enn til behandling.

I mai 2017 offentliggjorde Helsedirektoratet rapporten «Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten». Her kommer det frem at i perioden 2012 til 2016 har andelen som henvises til utredning, økt i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Tiden fra første kontakt til andre kontakt i sykehuset har økt med gjennomsnittlig fire dager i perioden 2012 til 2016. For pasienter med mer enn ett møte i spesialisthelsetjenesten vil sykehuset typisk sette en intern frist for når det ansees nødvendig at pasienten innkalles til neste time. Ved utgangen av 2019 var det mer enn 200 000 pasienter som ikke var innkalt innen denne fristen – en økning fra 170 000 våren 2017. Til sammenligning ble det kun registrert 3 900 fristbrudd til første kontakt med sykehus i februar 2021. På tross av at fristbrudd får både stor politisk oppmerksomhet og møtes med økonomiske sanksjoner, gjelder dette altså betydelig færre pasienter enn dem som ikke får oppfylt de interne fristene som settes i sykehuset. Ifølge Helsedirektoratet er det i dag risiko for at pasienter som står på venteliste, prioriteres på bekostning av pasienter som er inne i et forløp med mer alvorlig tilstand. Direktoratet foreslo i rapporten å vurdere å forenkle regelverket slik at pasienten tildeles rett til og frist for oppstart av helsehjelp, uten at det skilles mellom frist til utredning og frist til behandling.

Behov for endring av ventetidsregistreringen

I juli 2018 la Helsedirektoratet frem rapporten «Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten». Her fastslås det at dagens ordning for regulering av pasient-

forløp har vist seg å ha noen utilsiktede vridningseffekter. Det er en risiko for at helsetjenesten lar andre hensyn enn pasientens behov styre tilgangen og forløpet videre i spesialisthelsetjenesten. Det står også at mye tyder på at nåværende system for regulering av pasientforløp er blitt for komplisert. Helsedirektoratet foreslår tre modeller for regulering av pasientforløp og ventetider, med ulik tilnærming til innretning av frist og understøttende virkemidler:

Modell A: «Individuell frist til start helsehjelp».

Modell B: «Generell rettighet med frist og forløpskontroll».

Modell C: «Uten fristbruddrettigheter».

Alle modellene bygger for det første på at man beholder vurderingsperioden på ti virkedager, og at man viderefører pasientens rett til å få informasjon om oppmøtetidspunkt i første tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten. For det andre innebærer alle modellene at det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og frist til behandling oppheves. Forslagsstillerne viser til at dette er i tråd med forslaget fremmet av representanten Kjersti Toppe i Dokument 8:107 S (2016–2017) om å styrke pasienters rett til behandling innen forsvarlig frist og innføre full åpenhet om ventetider og ventelister.

Forslagsstillerne merker seg at modell C skiller seg ut ved at det ikke settes en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Med unntak av retten til frist viderefører modellen de gjeldende pasientrettighetene. Det innføres som et kvalitetskrav at pasientene får en oversikt over hva som skal gjøres videre i forløpet – en forløpsplan. Det innføres nye målepunkter i forløpet for å legge til rette for måling av ventetider frem til oppstart helsehjelp og frem til prosedyre/operasjon er startet. Modellen kan ifølge direktoratet bidra til mindre variasjon og til riktigere prioritering mellom pasienter som er i forløp, og nyhenviste pasienter.

Under regjeringen Solberg har det vært stor prestisje knyttet til reduksjon av ventetidene. Dette presenteres blant annet som en hovedbegrunnelse bak privatiseringsreformen «Fritt behandlingsvalg». I Helse- og omsorgsdepartementets årlige oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene har reduserte ventetider vært ett av tre hovedmål. Nå viser det seg at denne store politiske oppmerksomheten, samt innretningen av dagens ventelisteregulering, kan ha utilsiktede konsekvenser. En for sterk vektlegging av «start helsehjelp» gir høy risiko for at man prioriterer andre forhold enn de medisinske. Forslagsstillerne viser til at det er blitt påpekt at helseforetakene gjerne tilpasser seg det politiske kravet ved at pasientene tas av de offisielle ventelistene og heller føres på såkalte «interne ventelister». Offentligheten får dermed dårligere oversikt over hvor lenge pasienter faktisk venter på behandling. Økonomiske sanksjoner som

påføres sykehus som følge av fristbrudd, kan svekke sykehusenes evne til å bygge opp et eget behandlingstilbud.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av fristbruddordningen.

2. Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven som avvikler dagens skille mellom avklarte og uavklarte tilstander, og gjennom nye forløpsmålinger og indikatorer sikre pasientenes rett til forsvarlige pasientforløp.
3. Stortinget ber regjeringen utrede videre modell C i Helsedirektoratets rapport IS-2742 om regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten, der fristbruddrettigheten erstattes av forløpsplan m.m.

8. april 2021

Kjersti Toppe

Per Olaf Lundteigen

