

Høringsuttalelse fra

Helse Finnmark

Om

Foreslåtte endringer i

pasient- og

brukerrettighetsloven.

Innledning.

Helse Finnmark (heretter HFHF) verdsetter Departementets arbeid med å forbedre dagens regelverk innen arbeidsfeltet som dekkes av pasient- og brukerrettighetsloven. Arbeidet med å skille mellom rettighetspasienter, pasienter uten rett men med behov, eller pasienter uten rett har vært en krevende pedagogisk oppgave; så vel for egne ansatte som for pasienter, pårørende og samfunn.

HF's hørings svar vil i all vesentlighet knyttes opp mot kapittel 9 i høringsnotatet, dvs Departementets forslag og vurderinger.

Til kapittel 9.2.

I Norge har vi en todelt spesialisthelsetjeneste;

- ◆ den ene delen består av helseforetakene og den aktiviteten disse bedriver
- ◆ den andre delen består av private aktører (avtalespesialister, private rehabiliteringsinstitusjoner, private radiologiske institutter) som har inngått avtale med det regionale helseforetaket (RHF)

Spesialisthelsetjenesten i Norge består av summen av disse to komponentene.

I kapittel 9.2 reduseres imidlertid begrepet "spesialisthelsetjenesten" til å bli synonymt med helseforetakene. HF etterlyser tiltak for å samordne de private aktørenes ansvar med helseforetakene.

Til kapittel 9.3.

HF har ingen motforestillinger mot at fristen for å vurdere henvisninger reduseres fra dagens 30 til 10 dager. For Helse Finnmark sitt vedkommende er gjennomsnittlig ventetid fra henvisningstidspunkt til vurdering lav, den er allerede nede i 11 dager.

Forslaget om at pasienten allerede i første brev fra foretaket skal få tildelt time eller anslagsvis dato for time, vil kunne være vanskeligere for foretaket, men vi ser at det vil styrke pasientrettigheten og skjerpe helseforetakets rutiner, og tar derfor dette forslaget som en utfordring.

Vi leser ellers at departementet fortsatt opererer med begrepene "avklart" og "uavklart" helsetilstand. Det står videre:

"Som nevnt er det i utgangspunktet henvisningen som skal vurderes, og i de tilfellene hvor pasientens tilstand er å anse som uavklart vil aktuell helsehjelp i utgangspunktet være

utredning. Fristen for når helsehjelp senest skal være igangsatt vil i disse tilfellene være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er påbegynt før fristen utløper.”

Dette området er et av de områdene der dagens regelverk har vært vanskeligst å forstå, behandle korrekt og forklare overfor pasienter, brukere, media og egne ansatte. Det beskriver en ordning der man ved å ta inn en pasient med uavklart helsetilstand til en poliklinisk time tilsynelatende har innfridd pasientens rettigheter, og deretter i teorien kan la pasienten vente lenge innen endelig utredning/behandling blir utført uten at foretaket får registrert dette som fristbrudd. HFHF hadde foretrukket at lovverket innen dette feltet hadde blitt endret, slik at feilbruk ikke skulle oppstå, også slik at ubegrunnet mistanke om feilbruk kunne elimineres.

Det er videre i kapittel 9.3 problematisert noe rundt dårlige henvisninger, noe som igjen kan gi problemer for mottaker å prioritere rett. Dette skal nå være ordnet ved at det er tatt inn en § 24 i fastlegeforskriften. Denne paragrafen lyder slik:

”Fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e andre ledd. Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 og 3.”

Vi tror definitivt ikke at en slik paragraf med et pennestrøk skal fjerne alle dårlige henvisninger.

- ◆ Noen henvisninger er skrevet av ferske leger (f eks turnusleger) med lite medisinsk erfaring.
- ◆ Noen henvisninger er skrevet av vikarer med kort fartstid i området og med liten kunnskap om alternativer til en tradisjonell henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- ◆ Noen henvisninger er skrevet pga at pasienten (eller pårørende) legger press på legen og krever henvisning, til tross for at legen ikke deler dette synet, men etterkommer ønsket om å være en god kundebehandler.
- ◆ Noen henvisninger er skrevet pga at legen ikke har den nødvendige kunnskap eller ferdighet eller det nødvendige utstyret for å håndtere pasienten selv, til tross for at pasienten burde vært fulgt opp i primærhelsetjenesten.
- ◆ Mens mange henvisninger er velskrevet og innholdsrike, vil andre henvisninger mangle fast medisinoversikt, oversikt over tidligere sykdommer og en tydelig problemstilling/bestilling, noe som igjen vil vanskeliggjøre prioriteringen hos mottakeren.

Innslag av dårlige henvisninger vil komme til å være en del av helsevesenets hverdag uavhengig av innføring av § 24 i Fastlegeforskriften.

Til kapittel 9.4

Det legges i dette kapittelet fram forslag om at dagens skille mellom rettighetspasienter og pasienter som vurderes til å ha behov for spesialisthelsetjeneste, men som ikke gis rett til dette, skal fjernes. HF er enig i at dagens ordning er pedagogisk vanskelig for så vel helsepersonell som legfolk og applauderer en forenkling og språklig opprydding på området.

Ordningen var innført for å kunne prioritere mellom de sykeste (som ble gitt rett), og de mindre syke (som hadde behov, men ikke ble gitt rett). Denne prioriteringen skulle da kunne gi som resultat at pasienter med rett fikk kortere ventetid enn pasienter uten rett. Fra egne klinikker og fagområder har vi imidlertid sett at det er et stort sprik mellom forskjellen i ventetid mellom dem med rett og dem uten rett. I HFHF har man til og med observert at man i perioder har hatt kortere ventetid for pasienter som ikke har hatt rett enn for dem med rett til helsehjelp innen én klinikk. HF støtter derved opphevelsen av dette vanskelige juridiske skillet.

Imidlertid betyr dette ikke det samme som at alle søknader skal ha samme prioritet. Som angitt over er henvisningskvaliteten svært sprikende, og henviste pasienter favner alle kategorier pasienter; fra dem som bør umiddelbart inn på sykehus til dem som bør avvises. Hvis skillet mellom rett/ikke rett oppheves er det svært viktig å opprettholde/videreføre er spesialisthelsetjenestens mulighet og rett til å kunne prioritere blant innkomne henvisninger slik at noen pasienter kommer raskt inn, mens andre må vente noe lengre.

Til kapittel 9.5.

Når det gjelder rett til fritt sykehusvalg er det fra HFHF ønske om en presisering. Mange pasienter ønsker å komme raskt til best mulig ekspertise i landsdelen. Noen pasienter mener at tilbudet som gis ved UNN-Tromsø er bedre enn tilbudet spesialisthelsetjenesten kan tilby i Helse Finnmark. Disse ønsker da henvisning til UNN under merkelappen "Fritt sykehusvalg".

I kapittel 5.2.5 er det riktignok anført at "Retten til fritt sykehusvalg gir ikke pasienten rett til å velge behandlingsnivå. Pasienten kan følgelig ikke velge mer spesialisert behandling enn pasienten er henvist for." Imidlertid er det juridisk akseptert at en pasient fra Finnmark kan kreve seg henvist under "fritt sykehusvalg" til lokalsykehusfunksjonen på UNN, og derved ikke formelt sett kreve mer spesialisert behandling enn det som gis på lokalsykehusene i Finnmark. Slike krav er visstnok rettslig akseptert. Helse Finnmark ser at gjennomslag for slik tankegang er med på å undergrave Helse Finnmarks rolle som ansvarlig for spesialisthelsetjenesten i Finnmark. Vi ber derfor om at departementet på dette feltet gjør juridiske presiseringer for å stoppe denne unødvendige pasienttransporten.

Til kapittel 10.

Fritt sykehusvalg fra Finnmark medfører at Helse Finnmark må betale til dels betydelige mellomlegg for reiser Finnmarkinger gjør rundt om i landet.