



Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 12/4172

Dato: 17.01.2013

Høringsuttalelse - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Legeforeningen viser til høringsbrev av 16. oktober 2012 med invitasjon til høring om ”Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet”.

Legeforeningen antar at det vesentligste for befolkningen er å oppnå utredning og behandling innen rimelig tid og at det er en forutsigbarhet i når behandling oppnås. Det er helt sentralt med riktige prioriteringer og at behandlingskapasitet benyttes målrettet. De mest alvorlige syke som må ha behandling, må ha trygghet for at de har størst prioritet. De foreslåtte reguleringene har ikke en insentivkraft som underbygger dette.

Legeforeningen støtter målsetningen om å forenkle regelverket, men er i tvil om forslagene vil virke etter sin intensjon. Det gis en utvidet rett til tilbakemelding på frist til utredning, innen ti dager. Denne korte fristen medfører at prioriteringen gjøres på bakgrunn av henvisningen alene, noe som tilsier kvalitet på henvisninger og kompetanse hos henviser. Det kan gi utilsiktede vriddningseffekter og medføre feil i vurderingene.

En generell tilbakemelding er at det må foretas en ytterligere vurdering av ovennevnte forhold. Vi mener også at de administrative og økonomiske konsekvenser for helsetjenesten er sterkt undervurdert.

Legeforeningen har tidligere bedt om en evaluering av om de politiske mål som er satt for helsetjenesten gjennom lovgivningen oppnås. Med betydelige endringsforslag i helselovgivningen de siste årene bør dette arbeidet starte i 2013.

Legeforeningens vurderinger av de enkelte forslagene:

1. Rett til vurdering innen 10 dager

Departementet foreslår her en endring som innebærer at en pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Bestemmelsen er ment som en tydeliggjøring av krav til fortløpende vurdering, i tråd med dagens praksis.

Det tydeliggjøres at det skal foretas en forløpende vurdering av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Forslaget innebærer at vurderingen vil måtte baseres på innholdet i henvisningen, og at alt behov for videre utredning i spesialisthelsetjenesten vil måtte bli ansett som nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Legeforeningen mener intensjonen er god, men at det kan innebære vridningseffekter som innebærer at pasientene reelt sett får svekkede rettigheter. Forslaget innebærer at pasientene i større grad får rett til utredning basert på henvisning, noe som stiller store krav til innholdet i henvisningen. Det vil være tilnærmet umulig å innhente andre nødvendige opplysninger i løpet av den korte fristen. En del pasienter vil med dette risikere å vente for lenge på behandling, noe som ikke vil fremkomme i noen ventelisterapporter ettersom fristen innfris ved utredning.

Det presiseres i høringsnotatet at det ikke skal være anledning til å innkalle pasienten før fristen utløper for deretter å la vedkommende vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling. Forsvarlighetskravet gjelder hele behandlingsforløpet. Det vil kunne medføre at selv om det ikke er satt spesifikke krav til juridiske frister for hele forløpet, skal pasienten utredes og behandles innen faglig forsvarlig tid. Med erfaring fra hvordan dette praktiseres i dag, er det ikke tilstrekkelige holdepunkter for å gi større forutsigbarhet i behandlingsforløpene. Vi reiser også spørsmålet om denne ordningen i realiteten vil bety at flere pasienter får avslag.

Frist for behandling

Legeforeningen mener det også bør settes en frist for behandlingstidspunkt når pasienten er utredet, det vil si for oppstart av behandling - på lik linje med de som er vurdert som «avklart» utfra henvisningen. Bestemmelsen kan tilføyes en kort setning; «Når pasienten er utredet, skal det settes en frist for når behandling skal starte». Forsvarlighetskravet alene gir ikke tilstrekkelig forutsigbarhet og er et for lite ambisiøst mål.

Vi mener at dette uansett vil måtte gjøres i praksis, og at dersom man først skal tydeliggjøre krav til forløpende, faglig forsvarlig vurdering, bør også en slik frist spesifiseres.

Krav til henvisningen og samhandling

En forsvarlig vurdering av henvisningen vil avhenge av kvaliteten på henvisningen, og en god samhandling mellom henvisende lege og spesialisthelsetjenesten, herunder må ansvarsfordelingen klargjøres.

Det er stor variasjon i innholdet i henvisningene og gruppen pasienter som henvises vil være hele spekteret, alt fra pasienter som er nærmest ferdig utredet poliklinisk til de som kun er henvist ut fra en diffus problemstilling. Det må tilrettelegges for at henvisningene gir best mulig grunnlag for prioriteringer. Gode systemer og god elektronisk informasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjeneste er avgjørende for å kunne oppnå dette. Det vil også kunne bidra til en langt raskere avklaring av søknader, sikre rutiner og tidligere start av utredning/behandling enn tilfellet er i dag.

Det som sies om avvisning på bakgrunn av henvisning bør utredes mer, bla når det er mulig å avvise på bakgrunn av henvisning alene.

2. Informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling senest skal starte

Departementet foreslår å lovfeste at pasienten innen 10 dager også får informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte, dersom pasienten vurderes å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det bes særlig om uttalelse om hvor detaljert kravet til tidspunkt i § 2-2 om rett til vurdering bør være.

Det viktigste for pasientene er som nevnt at prioriteringene er «riktige» utfra tilstanden og behov – og at det er forutsigbart om de får et tilbud eller ikke, og når. Det bør gis informasjon om både rettighet og timeavtale i samme brev. Vi understreker viktigheten av at pasientene får informasjon utformet slik at forskjellen på de ulike datoene er forståelig.

Forutsatt at tidspunktet kan fastsettes med rimelig sikkerhet, er det en fordel med så detaljert informasjon som mulig, på et så tidlig tidspunkt som mulig. Det er imidlertid viktig å unngå at pasientene får fastsettelse av datoer og tidspunkter som er usikre, og som må følges opp med ny informasjon om endret tidspunkt, i verste fall flere ganger. Det vil bli forvirrende og frustrerende både for pasient og henvisende lege, og det vil kreve betydelige, unødvendige administrative ressurser i helsetjenesten.

Vi påpeker også at det for enkelte tjenester, herunder særlig tverrfaglig spesialisert rusbehandling, blir mange henvisninger rettighetsvurdert av instanser som ikke selv tilbyr behandlingen pasienten får rett til og at vurderingsinstansen ikke har enkel tilgang til behandlingstiltakets lister. Dette må det sees på før det eventuelt innføres et krav om å oppgi tidspunkt.

3. Rett til spesialisthelsetjeneste

Departementet foreslår å oppheve dagens skille mellom pasienter med en juridisk rett til nødvendig helsetjeneste og pasienter uten slik rett. Forslaget innebærer at alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får en juridisk frist for når helsehjelp senest skal settes i gang. Prioriteringsforskriften er forutsatt videreført etter revisjon. Det understrekes at hensynet til medisinsk faglig forsvarlighet fortsatt skal ligge til grunn for prioriteringen, og at det ikke skal endre den prioriteringen som foretas i dag.

Forslaget innebærer en forsterket rett til utredning, mens retten til behandling for rettighetspasienter kan bli svekket. Legeforeningen er enig i at det er nødvendig med større klarhet i når de som etter dagens regelverk ikke er rettighetspasienter, men som har behov for spesialisthelsetjenester, kan forvente behandling. Vi ser at disse forslagene kan bidra til en forenkling i behandlingen av henviste pasienter. Samtidig er det nødvendig å peke på de utfordringer som oppstår ved at alle pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste blir «rettighetspasienter». Forslaget vil kunne føre til at man får en stor pasientgruppe som ikke har «hastelidelser», og som det er vanskelig å prioritere. Det er en utfordring å sette en juridisk frist for pasienter som ikke har en alvorlig tilstand, og som i dag ville blitt vurdert til å ha nytte av, men ikke rett til spesialisthelsetjeneste. Endringen kan bety at flere av disse får avslag og det vil anses som uheldig å ha en stor gruppe langtidsventende pasienter.

Dagens ordning bidrar til at de sykeste får behandling først, uten at man av den grunn risikerer fristbrudd for de «mindre syke».

Legeforeningen er i tvil om denne ordningen vil understøtte riktige prioriteringer og at de som har behov for rask oppfølging prioriteres først.

4. Spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO

I dag kan pasienter som ikke får nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist kontakte HELFO, som har ansvar for å skaffe et alternativt tilbud. Departementet foreslår å lovfeste at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO så snart de ser at de ikke rekker å oppfylle sitt ansvar innen fristen. Dette tenkes å bedre sikre at fristen ikke brytes, mer aktiv bruk av HELFO, og et mer likeverdig tjenestetilbud.

Departementet legger til grunn at pasientene i dag i for lite omfang kontakter HELFO, noe som antas og være en konsekvens av manglende kjennskap til og kunnskap om rettigheten. Når pasienter kontakter HELFO er det i dag en reell oppfølging som innebærer at den nye fristen ikke oversittes. Det vanlige er at pasienten oppnår behandling ved samme sykehus som det som i utgangpunktet ble valgt.

Legeforeningen finner grunn til å reise spørsmål ved om den nye ordningen vil innebære en styrking eller svekkelse av ordningen. I beste fall vil spesialisthelsetjenesten ta større ansvar for å gi et tilbud i tide. I verste fall vil det kreve betydelige administrative ressurser i spesialisthelsetjenesten, uten at pasienten raskere får et tilbud de ønsker å benytte seg av.

5. Andre forslag og kommentarer

Departementet har med rette spesifisert at det kreves flere tiltak enn lov- og forskriftsendringer for å legge til rette for gode pasientforløp i samhandling mellom kommunehelsetjeneste og ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Gode pasientforløp

Gode pasientforløp er avhengige av korte ventetider, med også av samhandling, og gode henvisninger og riktige prioriteringer i alle ledd, ikke bare i sykehusene.

Gode pasientforløp forutsetter ikke bare gode henvisninger, men et godt arbeid som grunnlag for henvisningene. Det er tatt inn bestemmelser som stiller krav til henvisningene i revidert fastlegeforskrift. Det må imidlertid anses som et lite potent virkemiddel alene. Allmennleger identifiserer behov for å henvise pasient til spesialisthelsetjenesten på ulike stadier i en sykdomsutvikling. Det avhenger av symptomenes alvorlighetsgrad og hvor raskt de utvikles, men også av legens mulighet for selv å utrede symptomene. I noen tilfeller kan allmennlegen ha avklart diagnosen, men behandling må skje i spesialisthelsetjenesten. I andre tilfeller må helt uavklarte pasienter henvises.

I departementets forslag skilles det på uavklarte og avklarte tilstander. En stor andel ligger imidlertid et sted mellom disse ytterpunktene, hvor henvisende lege har avklart noe, men har en eller flere tentative diagnoser som må bekreftes i spesialisthelsetjenesten før behandling kan iverksettes. Bestillingene i henvisningene vil derfor være mangfoldig, og det vil ikke være et absolutt skille mellom avklarte og uavklarte pasienter som henvises til henholdsvis behandling eller utredning.

Ved siden av generelt kvalitetsarbeid, vil utvikling av henvisningskvalitet forutsette tilrettelegging i form av beslutningsstøttesystemer og mulighet for dialog med henvisningsmottaker. Tiltak for bedre henvisninger fra fastlegene, må suppleres med tiltak for bedre henvisninger fra andre henvisere.

Informasjon

Beslutning om hvor henvisninger skal sendes, tas i dialog med pasienten. En forutsetning for fritt sykehusvalg, er at informasjon om tilbud og ventetider på hjemmeside og ved telefonisk kontakt er kvalitetssikret og oppdatert, ved at jevnlig og korrekt informasjon oversendes fra helseforetakene.

Vi vil også understreke igjen, viktigheten av at pasientene får god og tilpasset informasjon. De eksisterende malene for informasjonsskriv må i denne forbindelse gjennomgås og evalueres.

Tilbakemelding til henviser

Det vil fortsatt være slik at en del henviste pasienter vil vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten har en god kultur for tilbakemelding til henvisende lege, hvor det tas hensyn til at det til grunn for henvisningen ligger motsatt konklusjon, trukket i dialog mellom henvisende lege og pasienten. Hvis spesialisthelsetjenesten vurderer at pasienten kan behandles i kommunehelsetjenesten, er det derfor vesentlig at tilbakemeldingen om dette har en form og et innhold som bidrar til at pasienten får et godt tilbud der.

Særlig om avtalespesialistene

Avtalespesialistene er en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, men er unntatt fra dagens fristbestemmelser i pasientrettighetsloven. Legeforeningen mener det ville være naturlig i forbindelse med denne videreutvikling av regelverket å drøfte et tydeligere ansvar for avtalespesialistene i forhold til prioritering av pasienter.

I denne sammenhengen bør det legges opp til en dialog med avtalespesialistene med sikte på videreutvikling av oppgaver og økning av antallet avtalehjemler. Avtalespesialistpraksis er en effektiv desentralisert spesialisthelsetjeneste som oppleves som tilgjengelig for befolkningen der den finnes. 30 – 50 % av all poliklinisk spesialistutredning og behandling foretas i avtalepraksis. Avtalespesialistene ivaretar både formelt og reelt en stor del av RHFenes «sørge- for» ansvar. Når regelverket endres til at alle som er i behov av spesialisthelsetjenester skal bli rettighetspasienter er det naturlig å se på avtalespesialistenes rolle i den totale prioriteringen. Legeforeningen ønsker å bidra til en hensiktsmessig løsning på dette, og ser samtidig visse utfordringer:

For det første ville det være umulig å gjøre avtalespesialister økonomisk ansvarlige for eventuelle fristbrudd, slik at de må betale for utredning og behandling ved andre institusjoner. Videre vil det i solopraksiser, og i mindre gruppepraksiser kunne oppstå problemer med å gjennomføre en vurdering innen 10-dagers fristen, da særlig ved fravær. Her må det lages systemer som sikrer at de henvisende legene kan få beskjed om når en avtalespesialist har fravær som kan påvirke vurderingsfristen. Dette må kunne gjøres elektronisk, og blir forhåpentligvis snart en tilgjengelig funksjon i det elektroniske meldingssystemet.

Det bør også innen de ulike spesialitetene gjøres avklaringer av til hvilket nivå i spesialisthelsetjenesten pasienter med ulike problemstillinger skal henvises. Noen pasientkategorier bør henvises direkte til sykehus, mens andre bør utredes hos avtalespesialist før de eventuelt henvises videre til sykehus. Noen sykehus krever at supplerende undersøkelser, som røntgen, CT, MR av pasientene skal utføres ved sykehusenes egne laboratorier. Avtalespesialistene bør derfor få adgang til å henvise til slike undersøkelser på lik linje med sykehusenes egne leger.

Utvidelse av retten til fritt sykehusvalg

Forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte private radiologiske virksomheter er etter vår mening et hensiktsmessig tiltak for å redusere ventetider. Det bør også vurderes å utvide denne retten til andre fagområder hvor det er lang ventetid, som ortopedi, brystrekonstruksjoner o.l. og hvor det foreligger en avtale med regionalt helseforetak.

6. Pasientrettighetsdirektivet

Departementet fremmet forslag om å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte også helsehjelp som vurderes som «sykehusbehandling».

Legeforeningen støtter de lovendringene nødvendige for å implementere pasientrettighetsdirektivet. I den grad behandling utenfor landet skulle få et større omfang og kreve ressurser fra sykehusene, må ordningen fullfinansieres.

Vi støtter at det etableres et system for forhåndsgodkjenning dersom en pasient ønsker å reise utenlands for sykehusbehandling. Forhåndsgodkjenning må vurderes på grunnlag av henvisningen fra henvisende lege. Vi forutsetter at det ikke er henvisende lege som fremsetter formell søknad om sykehusbehandling i utlandet. Videre forutsetter vi at det ikke kan kreves av henvisende lege å oversette henvisningen til språket i det landet hvor behandling skal skje.

7. Særlig om administrative og økonomiske konsekvenser

Legeforeningen reagerer på at de økonomiske og administrative konsekvenser av regelverksforslagene er sterkt undervurdert. Forslagene vil etter vår oppfatning føre til et økt forventningspress mot spesialisthelsetjenesten. Dette er en konsekvens av at flere gis rettigheter. Flere pasienter skal vurderes innen kortere tid, med oppfølging i form av tilbakemelding og informasjon og innplassering i et behandlingsforløp, noe som vil bety en økning av administrative oppgaver.

Lovendringer forutsetter at det arbeides målrettet med implementering av regelverket i virksomhetene for at lovgivningen skal bidra til bedre og mer forutsigbare pasientforløp og riktige prioritering av pasientene. Mange sykehus har gjort tilpasninger for å unngå tilsiktet effekt av dagens regelverk, i all hovedsak av økonomiske grunner. Det er nødvendig å tilrettelegge for implementering av nye lovkrav og til å følge opp med hensyn til etterlevelse.

Det tas ikke høyde for at endringer i regelverk og praksis innebærer merbelastning og administrasjon. Administrative og økonomiske konsekvenser må vurderes. Vi merker oss at det forutsettes at endringene ikke vil innebære særlig merbelastning. Det kan også nevnes at vurderinger av henvisninger og diverse administrativt arbeid er oftest ikke satt opp på legenes arbeidsplaner, til tross for at dette arbeidet har økt betraktelig etter innføring av foretaksreformen.

Det bør foretas en gjennomgang og synliggjøring av hvor mange legeårsverk som går til vurderinger av henvisninger og ulike administrative lovpålagte oppgaver som nødvendigvis må gå på bekostning av klinisk arbeid. En styrking av legebemanningen er helt nødvendig for å kompensere for bortfall av legeressurser til administrativt arbeid, dersom man vil sikre god kvalitet på det pasientadministrative arbeidet og enda viktigere på god pasientbehandling.

Departementet har lagt til grunn at det kreves flere tiltak enn lov- og forskriftsendringer for å legge til rette for gode pasientforløp i samhandling mellom kommunehelsetjeneste og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Det innebærer blant annet opplæring av ansatte i korrekt praktisering av regelverket, riktig bruk av pasientadministrative systemer, og bedre informasjon til pasienter i brev og på offentlige nettsteder.

Vi vil også fremheve viktigheten av å få til god elektronisk informasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjeneste. Informasjons- utveksling og flyt vil være en premiss for god samhandling, og det vil bidra til en langt raskere avklaring av søknader, sikre rutiner og tidligere start av utredning/behandling enn tilfellet er i dag.

Geir Riise
Generalsekretær

Anne Kjersti Befring
Direktør, jus og arbeidsliv

Dokumentet er godkjent elektronisk

Saksbehandler: Stine K. Tønsaker