



Vår dato
14-01-2013

Vår referanse

Deres dato

Deres referanse

Helse-og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.,

0030 Oslo

Høring - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementeringa av pasientrettighetsdirektivet

Det vises til høringsbrev datert 16.10.12 med frist for innsendelse av høringsuttalelser satt til 16.01.13. Sørlandet sykehus HF (SSHF) vil gi følgende uttalelser til forslaget:

Høringsnotatets del II:

Vurderingsfrist:

SSHF støtter endringene som er foreslått mht forkorting av vurderingsfristen fra 30-10 virkedager. Dette mener vi kan bli en forbedring for pasient/bruker, og det vil kunne gjennomføres uten nevneverdige negative utfordringer for foretaket. Det er imidlertid liten grunn til å tro at henvisende aktører forbedrer kvaliteten på henvisningene som følge av lovendringen, og vi mener det er behov for en utdypning av den problemstillingen som kan oppstå ved at det ikke lenger blir særlig margin for innhenting av supplerende opplysninger når henvisningen i seg selv ikke gir grunnlag for adekvat vurdering. *De bebudede tiltak mot fastlegene blir svært viktige.*

Rett til informasjon om tidspunkt:

SSHF støtter prinsippet om å legge stor vekt på pasientens informasjonsbehov, men vi mener at det også er svært viktig å balansere dette mot sykehusenes behov for hensiktsmessige arbeidsrutiner. SSHF støtter derfor forslaget om "direkte booking" med informasjon om tidspunkt innen 10 virkedager, dog avgrenset til pasienter som skal utredes/behandles innen 4 måneder. Pasienter som skal utredes/behandles senere enn 4 måneder etter mottatt henvisning, bør bare ha krav på informasjon om tentativt tidspunkt, med et intervall på inntil en måned. En slik avgrensning vil gjøre kravet håndterlig for avdelingene. Det må forutsettes at pasienter som på bakgrunn av henvisningen kan vente mer enn 4 mnd på vurdering/utredning er pasienter med en mindre alvorlig helsetilstand, og det bør være tilstrekkelig informasjon for disse pasientene å få kunnskap om hvilken måned de kan forvente å bli innkalt. Endelig innkalling må deretter sendes så fort arbeidsplanene er kjent, og programmet fastsatt.

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Organisasjonsavdelingen
Postboks 416
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 07 44 00
Telefaks
+47 38 07 44 57
Bankkonto
1503.27.07405

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Plikt til å sikre pasienten rettshjelp:

SSHF støtter endringene som er foreslått mht å pålegge foretaket å kontakte HELFO ved fare for fristbrudd. Det oppfattes som en naturlig plikt når lovfestet frist ikke kan overholdes. Vi tviler imidlertid på om lite bruk av HELFO skyldes kunnskapsmangel hos pasientene ettersom de fleste foretak har utarbeidet gode informasjonsskriv om blant annet denne muligheten. Vi erfarer derimot at årsaken i hovedsak ligger i at svært mange av pasientene velger å vente noe for å få behandlingen ved sitt nærsykehus framfor å reise til annet foretak.

Det må også presiseres at dette vil være en ny oppgave for sykehuset, og at må sikres både nødvendig kompetanse og kapasitet til at kontortjenesten kan ivareta denne oppgaven. Det må være HELFO som sitter inne med nødvendig informasjon og kunnskap om tilgjengelig behandlingsskapasitet ved andre sykehus, og ikke det enkelte sykehus

Retten til nødvendig helsehjelp:

SSHF støtter ikke forslaget om å oppheve skillet mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Vi mener det er viktig å opprettholde skillet da denne måten å ordne køen på i større grad enn foreslåtte løsninger bidrar til å sikre at de pasientene som trenger raskest utredning/ behandling prioriteres. En endring nå vurderes som uheldig, og vi vil nevne noen forhold:

Utvikling og bruk av prioriteringsveiledere begynner å gi god virkning. Sammenligning mellom foretakene og drøfting i fagråd med mer, bidrar også til utjevning av ulik prioriteringspraksis.

Ved avdelingene i SSHF overvåkes gjennomsnittelig ventetider for pasienter med og uten rettighet, og fra medisinsk klinikk anføres:

”Dersom begge pasientgrupper er av et visst volum, gir ulikheter i gjennomsnittelig ventetid en klar pekepinn på at prioriteringsforskriften anvendes, - og motsatt. Dersom skillet mellom de to pasientgruppene oppheves, vil denne kontrollmekanismen forsvinne. Det vil heller ikke lenger være mulig å måle andel som gis rettighetsstatus og sammenligne like fagområder på tvers. Medisinsk klinikk anser i dag reelle fristbrudd som svært alvorlig. I henhold til dagens regelverk har fristbrudd alvorlige konsekvenser for pasienten i form av et visst prognosetap med hensyn til livslengde, eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Det har vært vektlagt å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet slik at reelle fristbrudd unngås. Avdelingslederne har følt ansvar for å ivareta dette, og sikret god tilgjengelighet gjennom kort gjennomsnittelig ventetid. Riktig prioritering har vært avgjørende for å unngå lang ventetid for pasienter med rettighetsstatus, og prioriteringsforskriften har bidratt til å veilede prioriteringsvalgene. Fristbrudd etter det nye forslaget vil ikke være like alvorlig for alle pasienter, og det kan derfor som følge av denne endringen bli mindre fokus på å unngå fristbrudd. Med denne endringen må man inn på den enkelte pasient for å se om fristbruddet er alvorlig eller ikke. Med gjeldende rett bør alle fristbrudd vurderes som alvorlig, forutsatt at det rapporteres riktig og prioriteringsforskriften er anvendt.

Medisinsk klinikk mener at det er både nødvendig og riktig å opprettholde denne måten å prioritere køen på.

Medisinsk klinikk mener at det først og fremst er begrepsbruken, og ikke skillet mellom pasientgruppene, som er vanskelig tilgjengelig og forståelig for både pasienter og helsepersonell (og alle ikke-jurister). Dersom begrepet ”rett til nødvendig helsehjelp” hadde blitt byttet ut med ”pasient med 1. prioritet”, og den andre gruppen (ikke-rettighetspasient) med ”pasient med 2. prioritet”, ville både pasienter og helsepersonell i større grad kunne gjenkjenne - og akseptere - at dette er en måte å sortere rekkefølgen i køen på.

Klinikken foreslår derfor at begrepene 1. prioritetspasient og 2. prioritetspasient erstatter dagens begreper. Samtidig bør helsetjenesten bli bedre på å forankre i befolkningen hvorfor det er

nødvendig og riktig å prioritere innenfor de rammene helsevesenet disponerer, slik at det i større grad enn i dag blir aksept for lengre ventetider for lavest prioriterte pasientgrupper.”

Fra kirurgisk klinikk anføres: I Kirurgisk klinikk er det delte meninger på om skillet mellom de med og de uten rett bør oppheves. Kirurgisk klinikk oppfatter prioriteringsforskriften, prioriteringsveilederne, og skillet mellom pasienter med og uten rettighetsstatus, som et nødvendig forsøk på å rydde i køen av ventende pasienter med det formål at de riktige pasientene får kortest ventetid. Noen hevder sågar at skillet allerede er opphevet da det er stor pågang på at alle pasienter skal ha behandling innen et år. Dette er et absolutt krav i Oppdrag og bestillingsdokumentet fra Helse Sør Øst. Innenfor enkelte faggrupper vil det alltid være mange pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten og det vil være en utfordring å kunne håndtere disse innen et år så lenge behandlingsskapasitet er uendret. Alternativt vil dagens adgang til å avvise henvisninger bli benyttet i større grad. Det er vanskelig å se at løsningen på problemet med langtidsventende ligger i å oppheve skillet mellom pasienter med og uten rettighet. Prioriteringen må fremdeles gjøres på bakgrunn av en medisinsk faglig vurdering. Klinikken har sett behov for at det er to frister i samme behandlingsforløp for kirurgiske pasienter, en frist for utredning (poliklinisk) og en frist inn til operasjon. Det er ofte vanskelig å sette en frist som både omfatter utredning og tilhørende operasjon på bakgrunn av henvisning fra primærhelsetjenesten.

Ved nytt forslag vil alle pasienter som vurderes å ha et behov for spesialisthelsetjeneste bli rettighetspasienter. Tidspunkt for når helsehjelpen skal gis skal være basert på medisinsk faglige vurderinger.

Ettersom man nå vil gi rettighetsstatus til en stor gruppe pasienter med lavere medisinsk behov, vil en medisinsk forsvarlighetsvurdering også kunne gi rom for ventetid langt utover ett år. Vi mener det sågar kan bli meget vanskelig å kunne sette en adekvat medisinsk forsvarlighetsdato for mange av disse pasientene. Gjennom instruksjon fra eier er det imidlertid oppstilt et absolutt krav i Oppdrag og bestillingsdokumentet om behandling innen ett år. Med uendret behandlingsskapasitet gir dette foretaket store utfordringer, og handlingsrommet som lovforslaget oppstiller innsnevres av eierstyring om ettårsfrist.

Vi er bekymret for at det nye forslaget svekker stillingen til de pasientene som har størst behov. Under alle omstendigheter må man gjennomgå veilederne og gi føringer for dette, herunder hvilke kriterier som skal ligge til grunn for fristsetting for de nye pasientgrupper med rettighet.

Frist for utredning eller behandling

I lys av ulik praksis i foretakene støtter SSTH Departementets forslag om at det ved vurderingen av henvisning om pasienten har behov for helsehjelp, også skal avklares om pasienten skal ha utredning eller behandling. ”Dette foreslås tatt inn i lovteksten, slik at det blir tydeliggjort at pasienten skal få beskjed om tidspunkt for når enten utredning eller behandling skal starte”. Fristfastsettelse blir derved knyttet til enten utredning eller behandling.

SSHF deler Departementets bekymring for at det er for mange dårlige henvisninger og støtter forslaget om å bruke fastlegeforskriften til å sikre nødvendig informasjon slik at pasient kan få god og forsvarlig behandling.

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Per Engstrand
fagdirektør