



Petter Holm
Helse- og sosialombud

Pasientrettigheter – muligheter for legene

Pasientrettighetsloven gir ikke bare rettigheter for pasientene og plikter for legene. Loven gir legene større innflytelse over sykehusenes prioriteringer og styrker deres makt i helse-tjenesten.

Vi har de siste par tiårene sett at både økonomi og juss er blitt stadig mer fram-tredende innen helsefeltet. Det er kanskje ikke så rart. De somatiske sykehusene alene har en årlig omsetning på 45 milliarder kroner. I tillegg kommer penger til psykiatri og rus-behandling, overføringer via NAV til fast-leger, medisiner og andre tjenester. Alle disse pengene skal disponeres på en mest mulig hensiktsmessig måte (økonomi) og fordeles på en lovmessig, rimelig og rettferdig måte (juss).

Størstedelen av jussens inntog på det medisinske feltet skjedde fra slutten av 1980-årene – etter at jeg var ferdig med jusstudier. Helserett ble et eget fag. Det fikk et kraftig oppsving rundt årtusenskiftet, da vi fikk den store helserettsreformen med fire nye helselover.

I 1990-årene kom jeg for første gang kontakt med det helseadministrative området. Med ny jobb i fylkeskommunen lærte jeg nye ord og begreper. En kort stund trodde jeg at «epikrise» var en spesiell form for krise og at «strøket hofte» var en behandlingsform for personer med hofte-lidelse. «Produksjon» var den gang et sent-ralt begrep. Man produserte både hofter og hjerter, og noen av hjertene ble endog sendt til England fordi produksjonskapasiteten her hjemme ikke var tilstrekkelig. Begrepet «fritt sykehusvalg» var ikke innført, og det var stadige kontroverser med andre fylker om hvem som skulle betale for pasienter som av en eller annen grunn hadde havnet i feil seng. Fortsatt møter jeg helsebyrå-

krater som med stolthet forteller om hvor mange millioner de tjente inn ved å få gjennomslag for en høy gjestepasientpris.

Pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001. Sammen med helsepersonelloven, spesialist-helsetjenesteloven og loven om psykisk helsevern bidro den i stor grad til at jussen fikk større plass i helsesektoren. Loven systematiserte de rettighetene som allerede var etablert og innførte noen nye. Pasientret-tighetslovens viktigste funksjon har kanskje vært å være en klar markør av at pasienten har rettigheter, og at helsetjenesten må inn-rette sine tjenester mot disse. Mange leger jeg har møtt har uttrykt til dels sterk mot-stand mot patientrettighetsloven.

Når patientrettighetsloven gir pasienten rettigheter, gis leger og annet helsepersonell tilsvarende plikter. Dette er det enkle utgangspunktet. En som er gitt en plikt, vil kunne oppleve dette som tyngende, mens en som er gitt en rettighet, vil styrkes.

Men det er også en annet viktig side ved dette bildet. Den økonomiske rasjonalitet har lenge dominert landets sykehusledelse. Legene har lydig innpasset seg de økono-miske rammer og satt opp ventelister hvor pasienter til dels har måttet vente ufor-svarlig lenge på behandling. Kapasiteten er blitt sett på som en stabil faktor, og hen-visning til utlandet har hørt til sjelden-hetene. Her kommer patientrettighetsloven inn og endrer maktforholdet. Patientrettig-hetsloven gir nye muligheter for legene til å kunne drive sitt medisinske fag og i større grad sette det medisinske perspektiv i sentrum for sykehusdriften: Patientrettig-hetsloven bestemmer at pasienter med de alvorligste tilstandene har rett til helsehjelp i sykehus innen en individuelt fastsatt tids-frist. For disse pasientene er det tidligere kapasitetsforbeholdet fjernet, og syke-husene er pålagt å bekoste behandling ved privat sykehus eller i utlandet dersom den individuelle fristen brytes.

Denne bestemmelsen ble innført ved en lovendring høsten 2004. Legespesialisten skal foreta vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Rett til nød-vendig helsehjelp har pasienten dersom til-standen er alvorlig og vedkommende kan ha nytte av aktiv medisinsk behandling. I tillegg skal det gjøres en vurdering av om behandlingens effekt står i rimelig forhold til kostnadene. Når legen kommer fram til at disse vilkårene er oppfylt, skal han eller hun sette en dato for når det senest er medisinsk-faglig forsvarlig å starte opp behandling. Dato for behandlingsstart settes uavhengig av behandlingsskapasiteten ved sykehuset. Den individuelle behandlingsfristen settes ut fra *medisinskfaglige kriterier* alene.

Konsekvensen av bestemmelsen er at økonomiske rammer og organisatoriske hindringer ikke skal ha innflytelse på de medisinskfaglige vurderingene. Legens medisinske skjønn har med andre ord fått forrang foran andre hensyn som man tradi-sjonelt har tatt ved organiseringen og driften av spesialisthelsetjenestetilbudet.

Eksemplet viser at den rettslige regule-ringen av pasientens rettigheter ikke bare kommer pasienten til gode, men at den også gir fagpersonen, legen, en langt større inn-flytelse på hvordan sykehuset skal organi-seres enn tidligere. Sykehuset må organi-seres slik at summen av legenes faglige vur-deringer blir tilfredsstillende, ikke ut fra om direktørens budsjett går i balanse.

Min oppfordring og utfordring er at man benytter det regelverket som finnes og som er ment å gi den enkelte pasient den behandling han eller hun har krav på.

I neste nummer:

- Pasientautonomi
- Behandlingsunntak
- Feber hos små barn
- Skepsis mot spinalpunksjon
- Urografi etter cystektomi
- Postoperativ sårinfeksjon