

# Ja til kvalitet, nei til einssidig fokus på rettar og garantiar!

Lenge har det vore slik at pasientar som vert tilvist til sjukehus, først får eit brev om at tilvisinga er motteken og med informasjon om rettार og fristar i så måte, deretter får dei eit nytt brev med beskjed om time når tida for dette nærmar seg. Det første brevet kan gjerne vere to–tre sider langt og språket er ofte krunglete og vanskeleg å forstå. Ikkje sjeldan får eg pasientar på kontoret som vil ha ei forklaring på kva som står i brevet. Mange undrar seg over systemet, det pasienten er hovudsakleg er opptatt av, er rett og slett tidspunktet for time hos spesialist, ikkje lange utlegningar om lovar og reglar. Og slik desse breva er formulert, er det dessutan berre dei mest ressurssterke som faktisk tek konsekvensane av sine rettार og klagar når dei oppgitte fristane vert brotne.

Stortingspolitikar Kjersti Toppe frå Senterpartiet treff spikaren på hovudet i ei sak i Aftenposten for ei tid tilbake: sjukehusa fokuserer no meir på rettार og fristar enn på det som er viktigast; møtet mellom pasient og behandlar. Ho meiner at vi har laga oss eit system som er fordyrande og altfor byråkratisk og som tek fokus vekk frå dei viktige prioriteringsdebattane. Den såkalla ventelisteskandalen ved Oslo universitetssjukehus illustrerer dette på

ein framifrå måte. Saka dreia seg om at pasientar som klaga på ventetida, vart prioritert framfor andre som hadde rett til behandling før. Andre omsyn, les økonomiske, vart altså prioriterte på kostnad av reint medisinske omsyn. Dette er sjølv sagt ikkje bra. Men det seier kanskje noko vesentleg om kva som har vorte styringsverktøy for norsk helsevesen i seinare år; økonomi, rettार og garantiar. Ønsket frå den politiske sida er å styrkje tilbodet, å gi rett behandling til rett tid for dei som treng det, men konsekvensen av verkemidla viser seg altså å favorisere dei som klarer å hevde sin rett. Dette er ei utvikling vi må snu.

I Utpostens dobbelttime har vi denne gongen intervjuet ein nestor i norsk allmennmedisin, nemleg Mette Brekke, som er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og fastlege. Ho tok i si tid doktorgrad med tema sosiale ulikskapar og helse sett frå ein allmennmedisinsk ståstad. I forlenginga av debatten over er det interessant at ho i dag opplever at ressurssterke i aukande grad kjøper seg ut av helsekøane, noko som er ein tankekross sett i lys av at ei velfungerande offentlig primærhelseteneste er sentralt for å utjamne sosiale helseforskjellar.

Elles i bladet har vi igjen fokus på kvalitet. Kvalitetsarbeid i allmennpraksis er i vinden som aldri før og frå foreiningshald er dette også eit satsingsområde. Norsk allmennmedisin har framleis ein jobb å gjere når det gjeld kvalitetssikring av eiga verksemd. Kirsti Malterud skildrar ulike tilnærmingar til brukarundersøkingar på allmennlegekontoret – her er det nyttige refleksjonar for mange av oss, men ho påpeikar at berre eit fåtal av norske legekantar gjennomfører brukarundersøkingar regelmessig. Bruk av kvalitetsindikatorar for å forbetre eigen praksis, er eit anna aktuelt verkemiddel i kvalitetsarbeid. I eit pilotprosjekt i Grenland har fire legekantar samarbeida om å finne relevante kvalitetsindikatorar som legekantora kan måle seg opp mot. Dei har kome fram til 18 indikatorar, der halvparten kan trekkjast automatisk utifrå EPJ. Betre journalføring, betre tilgjenge og reviderte rutiner er nokre av resultatane av prosjektet i Grenland.

Kvaliteten på arbeidet vi gjer er til sjuande og sist det pasienten vil måle oss på – ventetid er ein del av dette – men einssidig fokus på rettार og garantiar i så måte, kan altså få uforutsette konsekvensar.

*Lisbeth Homlong*