



Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post: postmottak@hod.dep.no

Deres ref.: 13/5286

Vår ref.: 14/4920

Dato: 21.01.2015

Høring - Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - Søksmålsfrister

Legeforeningen viser til høringsbrev av 24. oktober 2014 med invitasjon til høring om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten og søksmålsfrister for vedtak fattet i Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd.

Vi takker for anledningen til å uttale oss. Høringsnotatet har vært på intern høring i relevante organisasjonsledd. Foreliggende høringsuttalelse er utarbeidet på bakgrunn av disse innspillene og behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

I. Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen har i en årrekke vært pådriver for fastsetting og utvikling av pasientrettigheter, og er opptatt av at pasienter som blir henvist til sykehus skal få et godt pasientforløp med god informasjon og koordinert oppfølging.

Vi påpekte i forrige høringsrunde at ordningen med pasientansvarlig lege burde videreutvikles slik at det forplikter sykehuset til å tilby pasienten en legekontakt som antas å være den pasientene kommer til å ha mest med å gjøre i forbindelse med oppholdet i sykehus. At en rekke pasienter opplever for dårlig kontinuitet og kontaktmulighet på legesiden er en utfordring som må tas på alvor.

Legeforeningen ser svært positivt på at departementet nå iverksetter et arbeid med dette, og understreker at intensjonen er meget god. Vi ser imidlertid enkelte utfordringer med forslaget slik det nå er presentert, og har noen konkrete innspill som vi mener vil gi forslaget bedre forutsetninger for å fungere i praksis.

Lovfesting riktig virkemiddel nå?

Basert på tidligere erfaringer med pasientansvarlig lege mener vi modeller for dette i større grad burde systematisk utprøves før man innfører det som en lovfestet ordning. Vi kan ikke se at det er vurdert om det samme målet kunne nås med et annet virkemiddel enn lovfesting.

Legeforeningen er tilhenger av lovfestede pasientrettigheter. Lovfesting må likevel brukes der dette er hensiktsmessig og nødvendig virkemiddel. Lovfesting av papirrettigheter som ikke kan følges opp vil over tid føre til svekket lojalitet og respekt for lovfestede krav. Dette er en reell utfordring i dagens helsevesen. Det innføres stadig nye lovkrav uten at helsetjenesten settes i stand til å gjennomføre disse. Det mangler ressurser, informasjon og

ledelsesmessig oppfølging. Dette var tilfellet for den tidligere ordningen med pasientansvarlig lege.

Vi mener det er stor risiko for at forslaget som nå er på høring vil lide samme skjebne, blant annet fordi det gjenstår en rekke ubesvarte spørsmål. En mer detaljert utprøving vil kunne minske en slik risiko. Som eier av sykehusene er helseministeren i posisjon til å bruke eierlinjen for å stille krav til sykehusene for å innføre en kontaktlegeordning. Eierlinjen burde brukes til å gjennomføre ulike forsøk med følgeforskning. Lovfesting burde vente til det er funnet en velfungerende modell som kan breddes nasjonalt.

Vi ser også flere uklarheter ved forslaget og organisatoriske forhold som vil gjøre kontaktlegefunksjonen slik den er beskrevet utfordrende i praksis, og vil påpeke at det er flere forhold som må utredes nærmere og tydeliggjøres for at denne ordningen skal endre dagens situasjon.

Legeforeningen vil fremheve følgende:

Tydeliggjøring

Vi ser flere uklarheter ved dette forslaget og organisatoriske forhold som må utredes nærmere.

Pasientene har i dag svært mange ulike legekontakter i løpet av et opphold uten at dette er koordinert. En kontaktlege bør bidra til en viss koordinering av kontaktene, men for at dette skal fungere må sykehuset organiseres på en måte som gjør det mulig for legen å følge opp.

Ideen om en medisinskfaglig koordinator i spesialisthelsetjenesten bærer preg av at man ønsker en slags «fastlege – nivå 2». Det må imidlertid tas høyde for at man møter andre organisatoriske utfordringer i spesialisthelsetjenesten og at det vil stilles store krav til tydeliggjøring og avgrensning av ansvarsområder, og et system som sikrer at dette ikke bare blir en ny teoretisk rettighet.

Herunder vil vi særlig påpeke at det ikke er tydeliggjort:

- om kontaktlegen er avdelingsbundet
- hva som skjer ved flytting mellom avdelingene, og mellom HF/sykehus
- hvordan det løses at en kontaktlege skal være primær kontaktperson overfor primærhelsetjenesten når flere avdelinger er involvert.

Vurderingen av hvem som har rett til kontaktlege

Vi ser potensielt store utfordringer ved vurderingene av hvem som skal ha rett til å få oppnevnt kontaktlege, herunder særlig av begrepet «alvorlig sykdom, skade eller lidelse». Det legges opp til en skjønnsmessig vurdering, hvor det også åpnes for at pasientens subjektive opplevelse skal vektlegges. Legeforeningen påpeker at dette vil komme til å kreve ressurser fra legene til utredning og dokumentasjon knyttet til vurderingen av «alvorlighet».

Vilkåret om «av en viss varighet» er også skjønnsmessig og vil i realiteten være utfordrende å vurdere allerede ved innleggelsen. Det må sees nærmere på tidspunktet for når vurderingen skal foretas, og om det er hensiktsmessig å oppnevne en kontaktlege før diagnosen er avklart.

Vi mener det er uheldig å ha så skjønnsmessige vilkår som grunnlag, særlig når det innføres klagerett på beslutningen. Rettigheter som er skjønnsmessige og derfor mindre presise, vil ha mindre verdi som styringsverktøy.

Vi mener det må tydeliggjøres:

- hvem som skal foreta den konkrete vurderingen av hvem som har rett til å få en kontaktlege
- vilkårene for vurderingen
- på hvilket tidspunkt vurderingen skal gjøres
- hvordan man skal forholde seg til pasienter med flere alvorlige tilstander som skulle kunne utløse rett til kontaktlege
- hvordan vurderingen formidles til pasienten
- at pasienten får god informasjon om hvilke funksjoner kontaktlegen skal ivareta, hvordan de kommer i kontakt med kontaktlegen og hvilke krav de kan stille til tilgjengelighet
- bytting av kontaktlege underveis, og om man kan ha flere leger underveis i oppholdet

Oppnevning av kontaktlege og innhold i kontaktlegefunksjonen

Vi ser også utfordringer knyttet til hvem som skal oppnevnes som kontaktlege og hvilke funksjoner denne skal ivareta.

Herunder etterlyser vi en grundigere gjennomgang av hvor tilgjengelig det forventes at vedkommende skal være, hvilket omfang man ser for seg at denne oppgaven skal ha, og hvordan den rent praktisk er tenkt gjennomført.

Vi støtter at det settes som vilkår at den som pekes ut må være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten, og vil i denne sammenheng understreke at fastlegen og andre sykehusleger stort sett vil ønske muligheten til å kommunisere med den legen som har hatt hovedansvar for behandlingen, ofte den som har skrevet epikrisen.

Forholdet til andre aktører

En vellykket innføring av en ny ansvarsfunksjon vil kreve gode systemer for å sikre samhandling med øvrige funksjoner. Det er viktig at man foretar en gjennomgang av hvor mange ulike funksjoner fordelt på ulike mennesker det vil være hensiktsmessig å oppnevne og be om at pasienten forholder seg til. Overlappende ordninger vil kunne føre til at det blir mer uoversiktlig for pasienten

For det første må det tydeliggjøres hvordan forholdet mellom kontaktlege og koordinator skal være, og hvordan pasienten skal forholde seg til disse. Det kan ikke forventes at pasientene selv skal skjønne hvem de skal kontakte for hvilke spørsmål. Det bør tilstrebes å fordele de ulike ansvarsområdene på færrest mulig.

Fastlegens rolle som pasientens koordinator må ikke bli borte ved at mange andre leger også får ansvar.

Vi vil også etterlyse en erkjennelse av at avtalespesialistene i dag utgjøre en slik spesialistkontakt for mange pasienter. Deres rolle er ikke berørt i forslaget.

Særlig om oppnevning for pasienter i psykisk helsevern og pasienter i TSB

Legeforeningen er ikke enig i at annet helsepersonell kan pekes ut i stedet for lege for pasienter i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Ved innføring av kontaktlege i spesialisthelsetjeneste bør det ikke skilles mellom somatiske avdelinger og psykisk helsevern.

Pasientene i denne gruppen har ofte overhyppighet av somatiske sykdommer som ikke blir tilfredsstillende ivaretatt. De trenger på lik linje med andre pasienter, en medisinsk faglig ansvarlig lege og en koordinator.

Vi vil også bemerke at svært mange pasienter med rusproblem og rett til tverrfaglig spesialisert behandling vil komme inn under definisjonen og ha rett til å få en kontaktlege. En slik funksjon vil være positivt for en helhetlig behandling og at det settes søkelys på legens ansvar i behandlingen

Rettighetsfesting – klageadgang

Legeforeningen har i en årrekke vært en pådriver for lovfesting av pasientrettigheter. Det har vært nødvendig og riktig å gi pasienter både materielle og prosessuelle rettigheter i møtet med helsetjenesten.

Vi er som utgangspunkt positive til at det etableres en rett til å få oppnevnt kontaktlege med mulighet for å klage, men det forutsetter at rettigheten er klart definert. Rettighetsfesting forutsetter presise kriterier for å fungere godt. I helsetjenesten er det utfordrende å utforme rettigheter på en presis måte, noe som gjør at materielle rettigheter på helserettens område ofte kan bli noe usikkert som styringsverktøy.

Vi stiller også spørsmål ved om det er hensiktsmessig at klageretten utelukkende gjelder oppnevningen. Det sentrale vil være om vedkommende faktisk fungerer som kontaktlege og at pasienten har utbytte av det, ikke at det står skrevet i journalen at vedkommende har en kontaktlege.

Utfordringen med pasientansvarlig lege var at dette i mange tilfeller var utpekt på papiret, men at det i liten grad fikk noen realitet for pasientene.

Ressurser– en forutsetning for at ordningen skal fungere

Utfordringene med manglende kvalitet og helhet i det medisinske tilbudet og for dårlig kommunikasjon og informasjon vil ikke løses bare ved at pasienter får en rett til å få oppnevnt en kontaktlege. Det viktigste for at ordningen skal være til nytte for pasienten, er at legen har nok tid til hver pasient. Det må legges til rette for at legen får mulighet til å følge opp de oppgavene og ansvaret vedkommende skal ha på en forsvarlig måte. .

Vi mener at departementet underestimerer de administrative og økonomiske konsekvensene, og har en urealistisk vurdering av hvilke gevinster forslaget vil ha for helsetjenesten. Legeforeningen tror det er lite realistisk at forslaget vil løse både samhandlingsutfordringer internt og eksternt, strukturelle og organisatoriske problemer i spesialisthelsetjenesten og øke pasientsikkerheten, i tillegg til å være arbeidsbesparende både administrativt og for den enkelte lege.

Hovedutfordringen for å skape pasientens spesialisthelsetjeneste er i dag knappe ressurser, stadig innføring av nye administrative oppgaver, og underbemanning. Legeforeningen mener at det må tas høyde for at forslaget innebærer en merbelastning, som nødvendigvis vil kreve tid og ressurser for at ordningen skal fungere til pasientenes fordel.

En vellykket innføring og implementering av en «kontaktlege-funksjon» vil forutsette at legen får satt av nok tid til hver pasient og har kapasitet til å ivareta sine oppgaver. Skal dette fungere kan man ikke legge denne oppgaven på toppen av en allerede hardt presset arbeidstid

og forvente at det skal frigjøre ressurser. Det må tas høyde for at det vil bli et økt behov for leger til å kunne ivareta kontaktlegefunksjonen i tråd med lovens intensjoner. Alternativet er redusert behandlingsskapasitet i en situasjon med omfattende ventelisteutfordringer.

Vi ser det som lite sannsynlig at opprettelse av kontaktlegefunksjon vil være arbeidsbesparende, verken for den enkelte legen eller administrativt - ihvertfall ikke på kort sikt. Mer sannsynlig er det at det vil kreve mer administrasjon, både av de initiale vurderingene og håndtering av klager, på oppnevning og underveis, bytting av kontaktlege og annen administrasjon av ordningen.

Oppsummering

Legeforeningen er svært positiv til det igangsatte arbeidet og intensjonen bak forslaget. Vi mener imidlertid at det gjenstår en del arbeid for at denne funksjonen skal ha forutsetning for å fungere godt i praksis, og viser til innspill i den forbindelse. Lovfesting vil være et godt virkemiddel når man gjennom en målbevisst og styrt satsing har funnet en modell som fungerer.

Legeforeningen vil gjerne bidra i et arbeid for å få en ordning som er praktisk og funksjonell for pasienter og pårørende og som ivaretar behovet for god organisering av sykehus, kontakt med kommunehelsetjenesten og fornuftig bruk av legenes arbeidskraft.

II. Søksmålsfrister

Legeforeningen støtter forslaget og departementets vurderinger av søksmålsfrister for Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemda (PDG) og Statens helsepersonellnemd.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør

Saksbehandler: Stine K. Tønsaker

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)