

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

14/9804-22

Gunnar Misvær

23.01.2015

Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålsfrister - høringsuttalelse

Det vises til brev 24. oktober 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Innledning

Direktoratet støtter rettighetsfesting av en ny ordning med kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. Alvorlig syke pasienter og pasienter med lengre behandlingsforløp er ofte i en sårbar og vanskelig situasjon. Det er viktig at disse pasientene og deres pårørende føler seg trygge og godt ivaretatt gjennom hele forløpet.

En ordning med kontaktlege gir pasienten en fast medisinskfaglig kontakt og vil klart bidra til trygghet for pasient og pårørende.

Ordningen kan sikre at pasienten får kontinuitet, forutsigbarhet og informasjon i behandlingsløpet, og kan også legge til rette for godt samarbeid og mer «smidige» overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Kontaktlegefunksjonen kan gi en bedre organisering av legetjenestene i sykehus, noe som på sikt (når ordningen er godt implementert), kan sikre bedre bruk av legens tid og kompetanse; til fordel både for pasienter, pårørende, leger, øvrig helsepersonell og drift.

Det foreslås at kontaktlegen skal ha tre primær oppgaver: være tilgjengelig for pasienten, gi informasjon til pasienten og ha en rolle i behandlingsteamet rundt pasienten.

Merknader til 5.2. Rett til å få oppnemnt og plikt til å oppnevne kontaktlege

Departementet foreslår både en plikt for helseforetaket til å oppnevne kontaktlege og en rett for den aktuelle pasienten til å få oppnevnt kontaktlege. Det skal altså reguleres både i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. I dag har spesialisthelsetjenesten en lovfestet plikt til å tilby koordinator for pasienter med behov for «komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Ordningen erstatter tidligere ordning med pasientansvarlig lege.

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling sykehustjenester

Gunnar Misvær, tlf.: 24163736

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Plikten til å oppnevne koordinator i spesialisthelsetjenesten er ikke fulgt av en tilsvarende rettighetsbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette i motsetning til utarbeidelse av individuell plan som både er en rett for pasient og bruker og en plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Dersom oppnevning av kontaktlege blir lovfestet både som rett og plikt, mener direktoratet at også retten til å få oppnevnt koordinator bør lovfestes, slik at kontaktlege, koordinator og individuell plan inngår i en helhetlig ordning med rettigheter og plikter for å ivareta pasient og brukers behov.

Det foreslås at forslaget om innføring av kontaktlege i spesialisthelsetjenesten skal begrenses til å gjelde for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Hvorvidt tilstanden er alvorlig skal som utgangspunkt vurderes etter en objektiv vurdering. Av punkt 5.2 tredje avsnitt fremgår at det i unntakstilfeller også skal legges vekt på pasientens subjektive opplevelse hvor følgende fremgår: «Somme pasientar kan til dømes ut frå eiga forhistorie eller eigen erfaringsbakgrunn ha ei sterk oppleving av at tilstanden er alvorleg, og det kan i somme tilfelle vere grunn til å leggje vekt på dette.»

Av forslag til lovtekst fremgår at det er et vilkår at pasienten har en alvorlig sykdom, skade eller lidelse. Dersom pasienter som ikke objektivt kan sies å falle inn under dette vilkåret, i unntakstilfeller også skal ha rett på kontaktlege, bør det fremgå av loven i og med at dette skal være en rettighet for pasienten.

Etter direktoratets vurdering er vilkårene for å få oppnevnt en kontaktlege slik de er omtalt i høringsnotatet, noe skjønnsmessige og vage. Dette vil kunne medføre at ordningen blir krevende å administrere siden det må legges mer arbeid i avgjørelsen av om pasienten skal eller ikke skal få oppnevnt kontaktlege. Alvorlighetsgrad kan være vanskelig å beskrive på en måte som sikrer at alle pasienter med behov omfattes. Direktoratet vil i tillegg bemerke at langvarig kontaktbehov er i seg selv en grunn til å få kontaktlege.

Ved å legge vekt på subjektive forhold kan det åpne for forskjellsbehandling da pasientens fremstillingsevne kan være avgjørende for om han eller hun får oppnevnt en kontaktlege. Direktoratet støtter vektlegging av subjektive forhold, men det bør gå tydelig frem at pasientens uttrykte behov for kontaktlege skal vektlegges i vurderingen. Dersom sykehuset er i tvil om en pasient skal få oppnevnt kontaktlege så bør det oppnevnes kontaktlege, da ordningen helt klart vil være et gode for pasienten. Dersom ordningen ikke fortolkes for innskrenkende vil også antall klager reduseres.

Det fremgår at terskelen for å oppnevne kontaktlege til barn som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten bør være lav. Dette støtter direktoratet da det er viktig både av hensyn til barnet og foreldrene. Det er slik direktoratet leser høringsnotatet ikke krav om at barnet må ha en sykdom, skade eller lidelse som er alvorlig for å få oppnevnt kontaktlege – og direktoratet er enig i dette. Etter direktoratets vurdering bør det også fremgå av lovteksten at terskelen for å oppnevne kontaktlege for barn som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten skal være lav.

Kravet til «en viss varighet» er i høringsnotatet definert som behov for behandling over et tidsrom på mer enn 3-4 dager, mens krav til oppfølging over en viss tid forstås som at det som hovedregel må være behov for mer enn én oppfølgende poliklinisk konsultasjon. Det påpekes samtidig at gjennomsnittlig liggetid på sykehus nå er 4 dager i somatikken, og at 3-4 dagers innleggelse ofte fører til behov for kontaktlege. Også her er det behov for en presisering i lovbestemmelsen, alternativt klare retningslinjer til loven. Pasienten bør få kontaktlege så snart det er klart at pasienten har rett til dette. Det er uheldig dersom pasienter som har en slik rett, må vente i 3-4 dager.

I siste avsnitt under punkt 5.2 er det gitt noen eksempler på kortvarige behandlinger hvor pasienten ikke vil ha behov for individuell oppfølging i spesialisthelsetjenesten og derfor ikke rett på kontaktlege.

Direktoratet finner at eksemplet med pasienter som får behandling for ukomplisert hjerteinfarkt, innleggelse i 3-4 dager og videre oppfølging gjennom en «hjerteskole», ikke er egnet til å beskrive en pasient som ikke vil ha behov for kontaktlege. Sykdommen vil kreve oppfølging i spesialisthelsetjenesten og kan av den grunn ikke anses å være ferdigbehandlet. Fastlegen kan også ha behov for kontakt med lege på sykehuset som kjenner pasienten.

Stadig flere behandlinger utføres som dagbehandling. Det gjelder f.eks. også kreft. Pasienter som får dagbehandling vil kunne falle inn under vilkårene for å få kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. Dette bør fremkomme av § 2-5 c som foreslås endret slik: «... Ansvarlig avdelingsleder eller enhetsleder skal peke ut hvem som skal være kontaktlege for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, senest ved innleggelse, *dagbehandling*, eller poliklinisk undersøkelse...»

Merknader til 5.3 Utpeiking av kontaktlege

Direktoratet savner en nærmere beskrivelse av hvem i helseforetaket som skal avklare om en pasient har rett til kontaktlege og når denne vurderingen skal foretas både der det er en øyeblikkelig hjelp situasjon og der det foreligger en henvisning.

Spesialisthelsetjenestens plikt til å informere om rett til kontaktlege må tydeliggjøres. Pasienten må ved informasjonsskriv før, eller ved innleggelse/dagbehandling informeres om retten til å få oppnevnt kontaktlege og koordinator og vilkårene for dette. Det må gis en tydelig beskrivelse av kontaktlegeordningen kontra koordinatorfunksjonen, for ikke å skape forvirring om de ulike ordningene hos pasienter og brukere. Informasjonen må også være tilrettelagt for personer med begrensede norskkunnskaper og andre med særlige behov. Det bør lovfestes hvem som har ansvar for at pasienten får den nødvendige informasjon om ordningene. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten informeres etter at kontaktlege er utpekt, jf forslaget til ny § 2-5 c annet ledd siste punktum.

Direktoratet støtter at kontaktlegen bør være en fra behandlingsteamet og fortrinnsvis den samme legen under hele oppholdet. Departementet angir at det av faglige grunner kan være behov for skifte av kontaktlege under oppholdet. Kreftpasienter vil som hovedregel få oppnevnt kontaktlege og behov for bytte av kontaktlege kan inntre i

løpet av et lengre utrednings- og behandlingsforløp. Slike unntakssituasjoner kan vurderes beskrevet noe nærmere.

I forslag til ny § 2-5c fjerde ledd i lov om spesialisthelsetjenester åpnes det for profesjonsnøytralitet for «kontaktlege»-funksjonen for pasienter i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Direktoratet ønsker å påpeke at dette kan gi et dårligere tilbud til disse pasientene enn til pasienter i somatikken. Pasienter innen PHV og TSB vil i mange tilfeller ha behov for både kontaktlege og koordinator, og kan med et slikt forslag oppleve at verken koordinator eller «kontaktlege» er lege.

Forslaget vil gjøre det vanskeligere for pasienter innen PHV og TSB å ha en direkte medisinsk faglig kontakt med lege gjennom behandlingsforløpet i motsetning til pasienter innen somatikken.

Direktoratet kan ikke se at forslaget om profesjonsnøytralitet for «kontaktlege»-funksjonen for pasienter i PHV og TSB er begrunnet.

Mange pasienter i PHV og TSB er alvorlig syke med behov for medisinsk faglig behandling og disse pasientene har behov for en lege som fast medisinsk faglig kontakt. Denne oppgaven kan ikke overtas av annet helsepersonell.

Slik forslaget og kommentarene står nå (uten nærmere begrunnelse, retningslinjer, eksemplifisering og avklaring av om § 2-5c fjerde ledd er en tilnærmet hovedregel på PHV og TSB-området, eller om det er et snevert unntak) kan det gi rom for ulik praksis i helseforetakene, og risiko for forskjellsbehandling av pasientene.

Etter direktoratets vurdering bør kontaktlegen være den faste medisinsk faglige kontakten for alle alvorlig syke pasienter og sikre at kvaliteten og helheten i det medisinske tilbudet blir fulgt opp på en god måte. På denne bakgrunn foreslår direktoratet at forslag til endringer i spesialisthelsetjenestens § 2 – 5 c fjerde ledd tas ut.

Merknader til 5.4 Ansvar og oppgaver for kontaktlegen

Hensikten med å innføre kontaktlege i spesialisthelsetjenesten er å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen. I dag er det allerede krav om bl.a. journalansvarlig, informasjonsansvarlig, koordinator, individuell plan mv. Det er viktig at det blir tydelig hvilke oppgaver som tilligger kontaktlegen slik at retten til kontaktlege i spesialisthelsetjenesten medfører økt kvalitet i pasientbehandlingen. Direktoratet mener det er positivt at det klargjøres i lovteksten at kontaktlegen skal være pasientens medisinsk faglige kontakt og at legen må være involvert i behandlingen og/eller oppfølgingen av pasienten.

Departementet har tidligere sendt på høring forslag om endringer i koordinatorordningen, bl.a. å fjerne hovedregelen om at koordinator bør være lege. Forslaget fikk tilslutning fra et klart flertall av høringsinstansene og vil sammen med forslagene i dette høringsnotatet bli fulgt opp i en felles lovproposisjon til Stortinget.

Ordningene med kontaktlege og koordinator må ses i sammenheng, og det er viktig å avklare oppgave- og ansvarsfordeling mellom dem. En del pasienter vil få oppnevnt både koordinator og kontaktlege, mens noen bare skal ha kontaktlege eller bare

koordinator. Høringsnotatets forslag til kontaktlegens oppgaver glir til dels over i oppgaver som i forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a er tiltenkt koordinator, for eksempel ansvar for informasjon etter helsepersonelloven § 10 og journalansvar etter helsepersonelloven § 39.

Det er behov for klare retningslinjer og avklaring hvorvidt kontaktlegen skal være informasjon- og journalansvarlig.

Direktoratet støtter for øvrig i hovedsak den ansvarsfordeling som er beskrevet under punkt 5.4.

Koordinator skal ha det praktiske ansvaret for å samordne tjenestene, f.eks bestille timer, kontakte andre avdelinger ved behov, svare på spørsmål og formidle kontakt til kontaktlegen, følge opp praktiske avtaler overfor personell utenfor institusjonen – f.eks fastlegen, koordinator i helse- og omsorgstjenesten, hjemmesykepleien - mens kontaktlegen skal ivareta den medisinskfaglige kommunikasjonen.

Fastlegen eller annet helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør ta kontakt med kontaktlegen ved behov for medisinskfaglig samarbeid og rettleiding om behandling og oppfølging. Tilsvarende bør kontaktlegen ta kontakt med pasientens fastlege når det er behov for dialog eller samarbeid.

Koordinator vil være en støtte for kontaktlegen i de tilfeller hvor det er oppnevnt koordinator - og omvendt da koordinator vil ha en avklart medisinsk kontaktperson.

Dersom det blir oppnevnt en kontaktlege står det ikke uttrykkelig i lovforslaget hvor lenge oppnevningen varer, men direktoratet legger til grunn at den varer så lenge pasienten har behov for behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten for den aktuelle tilstanden.

Skal pasienten og kontaktpersoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bli informert når/dersom kontaktlegeordning for pasienten avsluttes?

Direktoratet vil få minne om at innbyggerne i nær framtid kan få mulighet til digital dialog med helsepersonell gjennom sikre kanaler (utprøving hos fastlege i 2015).

Gjennom Min helse på helsenorge.no skapes det et mulighetsrom for en god samhandling også digitalt mellom kontaktlege og pasient. I Min helse er det opprettet digitale kommunikasjonskanaler mellom innbygger og helsepersonell. Bruk av disse kanalene vil gjøre at kontaktlegen øker sin tilgjengelighet for pasienten.

Forventningene til en slik direkte kontakt må imidlertid avgrenses da den enkelte kontaktlege kan ha svært mange pasienter.

Direktoratet vil foreslå at kontaktlegen får ansvaret for oppdatering av nødvendig kritisk informasjon i kjernejournal. Kritisk informasjon er den informasjon som i en behandlingssituasjon kan medføre at planlagte tiltak endres, og potensielt redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. Eksempler er legemiddelallergier, andre allergier, spesielle lidelser (eks: hemofili, angioødem, Addisons sykdom, porfyri etc), pågående behandlinger, implantater, tidligere komplikasjon ved anestesi.

Merknader til 5.5. Behandlingsplan

Ingen kommentarer.

Merknader til 5.6. Rett til å klage

Forslaget om å lovfeste en rett for den enkelte pasient til å få oppnevnt kontaktlege innebærer at pasientene også får en rett til å klage til Fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 første ledd første punktum.

Det fremgår av høringsnotatet at pasienten skal ha mulighet til å klage på at hun eller han ikke får kontaktlege. For å kunne ivareta sine rettigheter er det viktig at pasienten og eventuelt pårørende får god informasjon om ordningen herunder vilkårene for å få oppnevnt kontaktlege. Dette er også viktig for å sikre mest mulig likebehandling av pasientene.

Ordningen med kontaktlege er et klart gode for pasientene. Direktoratet vil påpeke betydningen av at pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten (henvist, innlagt) blir informert om at de har blitt vurdert/vil bli vurdert i henhold til denne rettigheten og pasienten vil få resultatet av vurderingen så raskt som mulig. Dette gir klagemulighet tidlig i pasientforløpet.

I fastlegeordningen har pasienter rett til å bytte fastlege og det kan reises spørsmål ved om pasienten også skal få en rett til å bytte kontaktlege. Direktoratet mener i likhet med departementet at det bør være sykehuset/helseforetaket som bestemmer hvem som skal oppnevnes som kontaktlege for en pasient, og pasienten kan følgelig ikke velge hvilken lege vedkommende ønsker skal være kontaktlege. Dersom en pasient ønsker å bytte, mener direktoratet det eventuelt må vurderes individuelt av avdelingens ledelse hvor det tas hensyn både til pasient og ressurs- og kompetansetilgang. Direktoratet er enig med departementet i at valg av kontaktlege, ikke skal være en rettighet for pasienten.

Det følger av lovforslaget at legen som oppnevnes må være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten. Dersom lovens krav ikke blir fulgt, er direktoratet enig i at pasienten må kunne klage på det, slik det foreslås i høringsnotatet.

I siste avsnitt under punkt 5.6. vises det til helsepersonelloven § 55. Denne bestemmelsen ble opphevet ved lov 7. juni 2013 nr. 29 med ikrafttredelse fra 1. januar 2014 og flyttet til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 7-4 og 7-4a.

Merknader til 6. Administrative og økonomiske konsekvenser

Direktoratet har vurdert om det er behov for å gjøre endringer i EPJ-systemene for å dekke forskriftens intensjon om kontaktlege. Saken har vært drøftet med sekretariatet for NIKT-SEF (Systemeierforum). Ut fra sekretariatets vurdering finnes det pr i dag funksjonalitet i journalsystemene som lett kan brukes til formålet. Erfaringene så langt er at den funksjonaliteten som finnes i liten grad benyttes. Sekretariatet mener dette ikke skyldes at funksjonaliteten ikke er tilpasset formålet, men at det organisatorisk er krevende for det enkelte HF å følge opp.

På kort sikt er det mulig å løse dette med å gjenbruke eksisterende felt som pr. i dag brukes til å registrere «pasientansvarlig lege» ol.

Merknader til del III i høringsnotatet

Høringsnotatet omfatter også innføring av søksmålsfrister for vedtak fattet av de tre nemndene: Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. Det foreslås at søksmålsfristen for å reise sak for domstolene skal være 6 måneder fra det tidspunkt vedtak i klagenemnda har kommet fram til vedkommende.

Direktoratet har ingen innvendinger til dette. Det synes hensiktsmessig å innføre søksmålsfrister både av hensyn til pasientene, helsepersonell og behandlingen i nemndene. Selv om det innføres en tidsmessig begrensning på 6 måneder i adgangen til å bringe vedtak fra de tre nemndene inn for domstolene, vil de det gjelder likevel ha god tid til å vurdere om de ønsker å gå til sak.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
divisjonsdirektør

Torunn Janbu
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk