

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

**Vår referanse:**

14/01465-13

**Deres referanse:****Dato:**

26.01.2015

**Saksbehandler:**

Bente Brandvik 4804612

## Høring - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålsfrister

Helse Sør-Øst RHF takker for invitasjonen til å komme med merknader til høringsnotat vedrørende innføring av kontaktlege i spesialisthelsetjenesten og nye søksmålsfrister for vedtak fattet i Klagenemda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemda og Statens helsepersonellnemd.

I Helse Sør-Øst RHF har vi sett det hensiktsmessig å samordne høringsinnspill fra regionalt med innspill fra Brukerutvalget, helseforetakene og de private sykehus med driftsavtale med et oppsummerende notat som gjenspeiler hovedtrekkene i innspillene. Alle mottatte innspill er her vedlagt ubearbeidet, og gir mer utfyllende og konkrete kommentarer på flere av punktene.

### *A) Vedrørende kontaktlege i spesialisthelsetjenesten*

Hovedtrekkene i innspillene som har kommet fra helseforetakene og diskusjon på regionalt nivå er som følger:

Det er enighet om at intensjonene bak forslaget om kontaktlege er gode og at mangelfull samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom behandlingsnivåene fortsatt er en utfordring som ikke er tilstrekkelig svart opp. Prinsippet om å få til større grad av "fast, personlig lege" for alvorlig syke pasienter er derfor viktig. Brukerutvalget anfører flere områder som kan bidra til å gjøre en slik ordning bedre. Helseforetakene ser store utfordringer med å innføre en ordning med "kontaktlege" slik den er beskrevet i forslag til ny lovtekst og høringsnotat, og mener dette må utredes nærmere dersom departementet fastholder at en slik ordning skal innføres.

På denne bakgrunn anbefaler Helse Sør-Øst RHF at følgende utfordringer må utredes nærmere:

1. Forslaget om kontaktlege må sees i sammenheng med tidligere høring – endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. - om oppnevning av kontaktperson.
2. Begrepet og rollen kontaktlege må avgrenses og klargjøres ytterligere i forhold til koordinatorroller og tilsvarende roller.

3. Hvem som har rett eller ikke rett til kontaktlege og klagerett må klargjøres bedre.
4. Det må gis mulighet for lokale tilpasninger av kontaktlegeordningen.
5. Det må stilles krav til de pasientadministrative systemene.
6. De administrative og økonomiske konsekvenser må utredes nærmere.
7. Erfaringene fra implementeringen av "pasientansvarlig lege" må legges til grunn og kontaktlegeordning bør prøves ut i pilot(er) før implementering
8. Det må utarbeides informasjonsmateriell.

De enkelte punktene utdypes nærmere i det følgende.

## **1. Forslaget om kontaktlege må sees i sammenheng med tidligere høring – endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. - om oppnevning av kontaktperson**

Det fremgår at forslagene i et tidligere høringsnotat fra juni 2013 om endringer i spesialisthelsetjenesteloven vedrørende oppnevning av kontaktperson og endring av begrepet "koordinator" til "kontaktperson" ikke er tema for denne høringen (jf pkt 2 i høringsnotatet).

Som det frem går av høringen fra 2013, foreslår departementet av pedagogiske grunner, at begrepet "koordinator" i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 erstattes med "kontaktperson". Dette fordi flere har vist til at det kan ha en gunstig signaleffekt og gjøre det enklere å forstå personens funksjon og rolle som fast kontaktpunkt for den enkelte pasient, og ikke først og fremst som en logistikkforbedrer på systemnivå. Det foreslås også å endre kravet om at koordinator/kontaktperson som hovedregel skal være lege. Helse Sør Øst RHF ga i sitt høringssvar 20.10.13 sin tilslutning til forslagene.

Koordinatorordningen gjelder for "pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester". Dette er ikke en pasientrettighet, men en plikt som spesialisthelsetjenesten har. Koordinator skal ha det praktiske ansvaret for å samordne tjenestene, svare på praktisk spørsmål, ta imot meldinger til kontaktlege (jf. pkt5.4 i høringsnotatet ).

### *Helse Sør-Øst vurdering:*

Helse Sør - Øst RHF mener at det er viktig at disse to høringene sees i sammenheng. Vi ser i lys av forslag om innføring av kontaktlege i spesialisthelsetjenesten, at begrepet "koordinator" bør beholdes for å skille denne rollen tydeligere fra ny paragraf om kontaktlege.

Det er ikke stilt krav om at tilstanden skal være alvorlig for å få oppnevnt koordinator, men i praksis fungerer denne ordningen allerede i dag overfor en del pasienter og pasientgrupper som også har alvorlige sykdommer. Flere helseforetak har opprettet "kreftkoordinatorer" som har mange av disse funksjonene. Derfor bør disse ordningene sees i sammenheng.

## **2. Begrepet og rollen kontaktlege må avgrenses og klargjøres ytterligere i forhold til koordinatorroller og tilsvarende roller**

Den foreslåtte kontaktlegeordningen skal gjelde for "pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse", og det forutsettes at pasienten " har behov for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten over en viss tidsperiode". Ordningen skal både være en rettighet pasienter har og en plikt for spesialisthelsetjenesten. Kontaktlege skal i følge forslaget sikre kontinuitet i pasientforløpet, være den faste medisinske kontakten til pasienten (pkt 5.4 i høringsnotatet) og skal ha tre primær oppgaver: være tilgjengelig for pasienten, gi informasjon til

pasienten og ha en rolle i behandlingsteamet rundt pasienten (pkt 5.1 i høringsnotatet). Det nevnes også at kontaktleger skal være kontaktpunktet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten dersom det er behov for medisinskfaglig samarbeid og veiledning. (pkt 5.4 i høringsnotatet). Det legges opp til at helseforetaket må vurdere om kontaktleger eller koordinator også skal ha rollen som informasjonsansvarlig overfor pasient og pårørende (Helsepersonelloven §10) og overordnet ansvar for pasientjournalen (Helsepersonelloven §39).

#### *Helse Sør-Øst vurdering:*

Den primære utfordringen med forslaget om kontaktleger, er at det blir definert for mange, dels overlappende og uklare roller som både pasienter og helsepersonell må forholde seg til. Gitt at man tidligere har forsøkt å oppnå mye av det samme gjennom først innføring av pasientansvarlig lege og deretter en koordinatorfunksjon, må en kontaktlegeordning tydeliggjøres før en eventuell innføring. Ettersom kriteriene for hvem sykehuset plikter å oppnevne en koordinator til og hvem som har rett til en kontaktleger er lite presisert, forsterkes dette behovet.

Hva som er kontaktlegens oppgaver og ansvar fremgår ikke av selve lovforslaget og er lite beskrevet i høringsnotatet. Etter vårt syn er det nødvendig at dette fremgår av lov/forskrift. Dette er også viktig for at ordningen skal fungere sammen med koordinatorordningen. Det må være klart hvem som har ansvar for hva, av henholdsvis koordinator og kontaktleger. Det er også viktig å avklare kontaktleger i forhold til eksempelvis informasjonsansvarlig, behandlingsansvarlig lege og fastlegens rolle.

Det er krevende å finne gode argumenter for å skille kontaktleger fra behandlingsansvarlig lege (som har det medisinskfaglige ansvaret). Et slikt skille vil kunne føre til utfordrende situasjoner hvor ansvaret for totalbehandlingen; der kommunikasjon/informasjon også inngår, lett kan pulveriseres.

Det er anført at kreftpasienter er en gruppe som i de fleste tilfeller vil komme inn under ordningen. Kontaktlegerollen må derfor også sammenholdes med rollen som "forløpskoordinatorer" for kreft som ble innført fra januar 2015. Dette er en ordning som ikke er hjemlet i lover eller forskrifter, men som har mange likheter med koordinatorordningen som beskrevet over, men da begrenset til å gjelde for kreftpasienter og definerte kreftdiagnoser/pakkeforløp. Forløpskoordinator skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele forløpet, inkludert koordinerte legetjenester.

Etter vår oppfatning er det grunn til å stille spørsmål ved om alle pasienter vil kunne forstå og forholde seg til skillet mellom kontaktleger, koordinatorer/kontaktperson og andre roller med dels lik karakter og hva som er rettigheter hjemlet i lover eller ikke. Det er ikke åpenbart at pasienter vil oppleve at skillet mellom praktiske spørsmål og medisinske spørsmål er fornuftig og lett å forstå. Pasienter har løpende behov for informasjon om sin situasjon, ledsaget av spørsmål om hva som deretter skal skje og hvem som skal gjøre hva. Innføring av en rolle som medfører at slike sentrale spørsmål ikke kan besvares samlet og av samme person kan være uheldig. Brukerutvalget påpeker at kontaktlegens kommunikative kompetanse er viktig.

Her er det mange roller og oppgavene som blir overlappende og kan føre til uklarheter i ansvarsforhold også for helsepersonell. I det praktiske liv er det også et spørsmål om det er mulig og ønskelig å skille mellom disse rollene. Særlig gjelder dette i mindre helseforetak og sykehus og i forhold til prinsippet om at pasienter ønsker å ha færrest mulig personer å forholde seg til.

Formålet med innføring av en kontaktlegeordning fremgår heller ikke av lovforslaget. Etter vårt syn må dette fremgå enten av lov- eller forskriftstekst.

### **3. Hvem som har rett eller ikke rett til kontaktlege og klagerett må klargjøres bedre**

Departementet foreslår at ordningen med kontaktlege skal gjelde for pasienter med ”alvorlig sykdom, skade eller lidelse” og at dette skal baseres på en objektiv faglig vurdering. Videre er det en forutsetning at dette skal gjelde pasienter med behov for behandling eller oppfølging ”over en viss tidsperiode” (anslått til over 3-4 dager, men med rom for vurdering) og at man i unntakstilfelle bør legge vekt på pasientens egen opplevelse. Betydningen av kontaktlege for barn og deres pårørende er spesielt vektlagt (pkt 5.2 i høringsnotatet). Med rett til kontaktlege får også pasientene rett til å klage dersom de ikke får kontaktlege, men ikke rett til å klage hvis man er misfornøyd med legen de får oppnevnt (pkt 5.6 i høringsnotatet)

#### *Helse Sør-Øst vurdering:*

Vi deler departementets vurdering om at kontaktlegeordningen er spesielt viktig for sårbare grupper, herunder barn og deres omsorgspersoner.

Hvilken tilstand som vil kunne defineres som alvorlig er noe omtalt i høringsnotatet ved at det legges opp til at det må defineres objektive kriterier for hvem som skal ha rett til kontaktlege, og at dette er en faglig vurdering. I et sykdomsforløp vil det imidlertid være perioder hvor sykdom og lidelse ikke er alvorlig, eller motsatt, blir alvorligere. Ordningen må derfor innrettes etter dette. Begrepet ”alvorlig” ift barn /unge og deres familier bør for eksempel ikke kun gjelde ift livstruende tilstander (kreft/anoreksi), men også der hvor funksjon/livskvalitet (CP/nevrologiske/ psykosomatiske tilstander) eller utsikten for dette er sterkt redusert. Tilstander som er komplekse/sammensatte/kroniske bør derfor inngå i målgruppen.

Mange pasienter har lengre liggetid enn 3-4 dager, som anføres som terskelen i forhold til retten til å få oppnevnt kontaktlege. Dette innebærer at antall pasienter som blir kvalifisert for kontaktlege kan bli svært høyt. OUS viser for eksempel i sitt innspill (vedlagt) til pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering. OUS har et oppfølgingsansvar for disse pasientene under hele den perioden pasientene er i behandling. Dette innebærer et ansvar for ca. 1280 pasienter. Flesteparten av disse pasientene har sin hovedoppfølging i kommunen hvor pasientens fastlege har fått seg overlatt oppgaver når det gjelder forskrivning og kontroll av behandlingen. Det vil ikke være mulig å oppnevne navngitt kontaktlege i sykehuset til alle disse.

Det åpnes det for at pasientens egen subjektive oppfatning av tilstandens alvorlighet også skal vektlegges. Dette sammen med lav terskel i forhold til liggetid og uklarhet om hva som skal defineres som ”alvorlig” gjør det i sum svært krevende å definere en grense for hvilke pasienter som skal ha rett til kontaktlege. Vi ser her et potensial for mange klagesaker. Den klagegangen det legges opp til i høringsnotatet tilsier mer byråkrati og administrasjon for ledere (jf også vårt pkt 6 i dette høringsvaret). Dette harmonerer ikke med målet om mindre administrasjon og avbyråkratisering av det offentlige.

### **4. Det må gis mulighet for lokale tilpasninger av kontaktlegeordningen**

Departementet foreslår at en psykolog eller annet helsepersonell kan pekes ut istedenfor lege i psykisk helsevern (PHV) og ved tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling for rusmiddelavhengige (TSB)(pkt 5.3 i høringsnotatet).

*Helse Sør-Øst vurdering:*

Vi støtter departementets forslag om mulighet for at andre profesjoner kan ivareta rollen som kontaktlege innen PHV og TSB. Det må imidlertid påpekes at det er delte meninger om dette, idet noen fagmiljø mener er slik rolle må knyttes til lege eller psykolog. Noen mener også at kontaktlegerollen, slik den pr nå er beskrevet for psykisk helsevern og TSB, allerede er ivaretatt gjennom koordinatorordningen. For disse fagområdene blir det da et spørsmål om forslaget innebærer noen reell endring, bortsett fra at det blir en lovfestet pasientrettighet.

Det bør også vurderes om det bør være mulig innen somatikk å vurdere hvilken profesjon det er mest hensiktsmessig at pasienten kan kontakte, slik som foreslått i PHV og TSB. Dette fordi det kan være nødvendig med lokale tilpasninger av slike ordninger skal det fungere i praksis. Kontaktlege vil for eksempel egne seg godt i avdelinger /enheter med stor grad av elektiv behandling mens i akuttavdelinger vil ordningen være vanskeligere å implementere. Ordningen vil være lettere å implementere der det er mange leger å spille på, men langt mer utfordrende der det er få leger. Utviklingen går i retning av at bl.a. sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer og fysioterapeuter deler oppgaver med legene, spesielt i forhold kronisk syke og grupper som regelmessig skal følges opp med kontrolltiltak. Sykepleiedrevne poliklinikker er et slikt eksempel.

## **5. Det må stilles krav til de pasientadministrative systemene**

Det fremgår av høringsnotatet at det bør være enkelt å registrere hvem som er kontaktlege for pasienten og at dette også bør komme tydelig frem i de pasientadministrative systemene (pkt 6 i høringsnotatet). Departementet foreslår at dette fremkommer at dette blir tatt inn i forskrift om pasientjournal (pkt 5.3 i høringsnotatet)

*Helse Sør-Øst vurdering:*

Vi er enige i departementets vurdering på dette punktet, men vil fremheve at det må stilles som et krav til de pasientadministrative systemene at det skal være enkelt å registrere kontaktlege (og koordinator). Det må kunne forventes at PAS/EPJ -systemer ivaretar en enkel registrering av både kontaktlege og koordinator og slik at den enkelte lett kan få oversikt over "sine" pasienter, og at henvendelser fra pasienter om dette lett kan besvares. Vi støtter derfor departementets forslag om at dette innlemmes i forskrift om pasientjournal. Informasjon om kontaktlege/koordinator bør også inngå som et element i pasientens kjernejournal.

## **6. De administrative og økonomiske konsekvenser må utredes nærmere**

En av intensjonene er at ordningen skal gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene og redusere antall uønskede hendelser. Det er også en intensjon at ordningen med kontaktlege skal bidra til samhandlingsgevinster med kommunehelsetjenesten og bedre samhandling internt i sykehusene. Departementet uttrykker også i høringsnotatet at ordningen med kontaktlege vil gi ubetydelige økonomiske konsekvenser, bedre og mer effektiv ressursutnyttelse, være arbeidssparende for den enkelte lege, gi bedre bruk av legetid og – kompetanse og gi administrative besparelser (jf pkt 6 i høringsnotatet).

Departementet foreslår at den ansvarlige leder for avdeling eller enhet skal utpeke kontaktlege så snart som mulig etter at det er fastslått at pasienten har rett til kontaktlege og informere pasient

/pårørende om dette. Videre anbefales at kontaktlege er den samme under hele oppholdet, evt ved reinnleggelser, om dette er praktisk mulig (pkt 5.3 i høringsnotatet).

*Helse Sør-Øst vurdering:*

De kliniske miljøer fremhever klare ansvarsforhold, god kontinuitet, logistikk og koordinering i tjenesteutøvelsen som sentralt i pasientbehandlingen, men er usikre på om kontaktlegeordningen slik den er foreslått vil understøtte dette. Selv om intensjonen er god, bør man unngå etablering av ordninger som kan fremmedgjøre og svekke det helhetlige ansvaret for pasienten gjennom ordinær praksis.

Det påpekes fra enkelte at ordningen med kontaktlege kan konkurrere og komme i konflikt med andre tiltak som skal fremme pasientsikkerhet og bedre kvalitet i tjenestene. Det gjelder for eksempel helhetlige pasientforløp og pakkeforløp kreft. Det er liten tro på at ordningen i seg vil sikre færre uønskede hendelser fordi en kontaktlege som innlemmes i dagens vaktordninger og avtaler like fullt vil få ”brudd” i tilstedeværelse og informasjonsoverføring som andre behandlere. Kontinuerlig satsing på gode rutiner og læring av tidligere uønskede hendelser ansees å være viktigere virkemidler for å redusere uønskede hendelser enn etablering av kontaktlege.

Ordningen med kontaktlege kan gi bedre samhandling med kommunehelsetjenesten ved at lege til lege kontakten mellom behandlingsnivåene kan bli lettere. Ett medisinsk kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten vil sikre god kommunikasjon, kontinuitet og bedre oppfølging mellom/etter sykehusopphold, men dette kan også ivaretas i eksisterende roller.

Vi er usikre på om ordningen vil gi bedre samhandling internt i sykehusene. Her vil økt fokus på organisering, pasientadministrative system og IKT som understøtter samhandling og samarbeid være viktigere tiltak.

Vi tror ikke at ordningen med kontaktlege vil gi bedre og mer effektiv ressursutnyttelse og bli arbeidsbesparende for den enkelte lege. En kontaktlegeordning som skal fungere godt, vil gi merarbeid for legene. Særlig vil dette gjelde de som vil være kontaktlege for mange pasienter, og pasienter med hyppige innleggelser (for eksempel KOLS-pasienter). Vi tror den som blir oppnevnt som kontaktlege vil få flere, og ikke færre henvendelser, samtidig som det må brukes tid på å avstemme hvem som gjør hva med andre ”rollene”. Kontaktlege må også stille tid til rådighet for å være tilgjengelig, både for pasienter og fastleger. Det vil være u hensiktsmessig for daglig drift og logistikk å legge dette til dagtid, og vi ser for oss at dette da vil legges til ettermiddagen, etter at poliklinikk og aktiviteter i forhold til inneliggende pasienter er avvirket. Vi mener dette må utredes nærmere.

Når det gjelder administrative konsekvenser, ser vi en fare for at ordningen vil medføre økt behov for tilrettelegging av vakter og tilstedetid. Dette betyr mer tidsbruk på administrasjon for ledere og helsepersonell. Blant annet vil ledere vil få en utfordring med å sikre at aktuelle nyinnlagte pasienter har kontaktlege og å håndtere evt. klager. Dette vil særlig gjelde de avdelinger/enheter som har mange leger, høyt pasientvolum og korte liggetider. På den annen side vil ordningen stille mer krav til planlegging og bruk av personalressurser i spesialisthelsetjenesten. Dette er positivt, men kan også oppnås ved andre virkemidler.

Vi deler ikke departementets syn om at dette vil gi ubetydelige økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, og mener dette må utredes nærmere. Siden det er utydelig avgrensning i forhold til hvilke pasienter som har rett eller ikke, vil dette medføre klager om brudd på

lovrettigheter, evt. med utbetaling av erstatning til et økt antall pasienter som resultat. Endringer i tilstedeværelsestid kan gi økonomiske konsekvenser og behov for flere leger.

#### **7. Erfaringene fra implementeringen av "pasientansvarlig lege" må legges til grunn og kontaktlegeordning bør prøves ut i pilot(er) før implementering**

Begrepet og rollen kontaktlege har mange likheter med tidligere "pasientansvarlig lege", som ble erstattet med "koordinator" i januar 2012 (som igjen foreslås erstattet med begrepet "kontaktperson" - jf punkt 1 i dette høringssvaret).

Implementeringen av pasientansvarlig lege sviktet i mange helseforetak, noe som dels skyldtes manglende rammevilkår og dels uklar rollebeskrivelse og informasjon. Dette ble dokumentert i ulike tilsyn. Til tross for at implementeringen av pasientansvarlig lege sviktet mange steder, må det påpekes at mange helseforetak har ordninger med faste legekontakter for kronikere og utskrevne pasienter med alvorlig sykdom/skade/lidelse.

Erfaringene med implementering av pasientansvarlig lege bør hentes opp igjen og brukes for å sikre en bedre implementering av kontaktlege. I tråd med erfaring fra andre større endringer, anbefales at ordningen piloteres i et eller flere helseforetak før det breddes ut til alle.

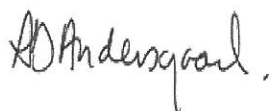
#### **8. Det må utarbeides informasjonsmateriell**

Høringsnotatet omtaler ikke behovet for informasjon knyttet til en ny ordning med kontaktlege. Hvis dette vedtas, må det utarbeides et informasjonsopplegg tilpasset pasienter/pårørende ledere og helsepersonell. Informasjonen må omhandle ikke bare kontaktlegerollen, men også koordinatorrollen og andre roller.

#### ***B) Vedrørende nye søksmålsfrister for vedtak fattet av Klagenemda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemda og Statens helsepersonellnemd.***

Helse Sør-Øst ser utelukkende positivt på forslaget vedrørende nye søksmålsfrister.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Alice Beathe Andersgaard  
fagdirektør medisin og helsefag

Bente Brandvik  
Spesialrådgiver

Vedlegg:

Kopi til:  
Fagdirektører i Helse Sør-Øst RHF



**Fra:** Bente Lunder Johannessen [bente-lunder.johannessen@helse-sorost.no]  
**Sendt:** 26. januar 2015 14:35  
**Til:** Postmottak HOD  
**Kopi:** HSORHF PB Postmottak; Alice Beathe Andersgaard; Bente Brandvik; Anita Schumacher; Anne Wenche Lindboe; Erik Omland; Halfdan Aass; Halfrid Waage; Hans-Petter H.Johannessen; Kirsti Bjune; Per Engstrand; Pål Wiik; Stein Fredrik Bruland; Terje Rootwelt; Toril Kolås  
**Emne:** 14/01465-13 - Høring - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålfrister  
**Vedlegg:** Høring - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålfrister.pdf; Høringssvar - kontaktlege.pdf; Vedlegg 1 - AHUS\_Utkast høringssvar Kontaktlege\_mk.pdf; Vedlegg 2 - Brukerutvalget - Uttalelse kontaktlegeordning.pdf; Vedlegg 3 - OUS\_ Høringssvar Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten 200115 (2).pdf; Vedlegg 4 - Felles uttalelse fra SiV 16 01 15 Ida.pdf; Vedlegg 5 - Sykehuset Telemark SV14-01465-2 Høring - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålfrister..pdf; Vedlegg 6 - VS 1407292-1 - Høring - Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - Søksmålfrister.pdf; Vedlegg 7 - Høringssvar fra Sørlandet sykehus HF - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålfrister (deres ref.pdf; Vedlegg 7-1 Sørlandet sykehus Klinikk for psykisk helse - høringsuttalelse kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.pdf; Vedlegg 7-2 Sørlandet sykehus - Medisinsk klinikk - høringsuttalelse kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.pdf; Vedlegg 8 - Svar på høring - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten\_søksmålfrister\_Vestre Viken.pdf; Vedlegg 9 - LDS\_Høringsuttalelse om kontaklege i spesialisthelsetjenesten 14-01-2014.pdf

Vedlagt oversendes høringssvar – kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålfrister.  
Dokumentet med vedlegg sendes kun elektronisk.

Med vennlig hilsen

**Bente Lunder Johannessen**

Rådgiver

Tlf: 97004111

**HELSE SØR-ØST**

Helse Sør-Øst RHF

Postadresse: PB 404, 2303 Hamar - Leirvollen 21 A, Skien

[bente-lunder.johannessen@helse-sorost.no](mailto:bente-lunder.johannessen@helse-sorost.no)

[postmottak@helse-sorost.no](mailto:postmottak@helse-sorost.no)

[www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

