

Akershus universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst

postmottak@helse-sorost.no

Hørings svar – kontaktlege i spesialisthelsetjenesten

Ahus stiller seg positiv til intensjonene i høringsnotatet til forslag om etablering av ordning med lovfestet rett til kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. En hovedinnvending mot forslaget utforming er at det vanskelig å se hvordan ordningen i praksis vil gi de tiltenkte resultater. Ved diskusjon i foretaket kom det frem bekymring for at ordningen kan virke mot sin hensikt, og at den gir økt risiko for dårligere ressursforvaltning, kontinuitet og pasientforløp.

Det kliniske miljøet ved Ahus fremhever klare ansvarsforhold, god logistikk og koordinering i tjenesteutøvelsen som sentralt i pasientbehandlingen. Behandlingsansvarlig lege/overlege eller sykepleier har ansvar for å ivareta kontinuitet på sengeposten og under oppholdet. Behovet for koordinering må ivaretas, men en god koordinator behøver ikke nødvendigvis være lege. Overlege eller erfaren LIS fungerer i praksis som kontaktlege for pasienten under oppholdet, Forventningen om at kontaktlegen skal kunne være mye tilstede og tilgjengelig for pasienten og gi informasjon, tror avdelingene det vil bli vanskelig å innfri.

Ahus vil fortsette å ha fokus på godt tjenesteinnhold i helhetlige pasientforløp, og mener økt bevissthet om, og oppfølging av helhetlige pasientforløp/kreftpakker, er en bedre løsning enn innføring av en ny ordning som kan "stjele" ressurser og ta oppmerksomhet bort fra disse viktige prosessene.

Etter Ahus sin mening, kreves en dyptgående endring i sykehusenes organisering dersom kontaktlegeordning skal kunne lykkes og gi merverdi for pasienten. Andre land har organisert tilsvarende sykehus med kombinasjon av generalister "i front" og spesialister tilgjengelig for konsultasjon. Etter vårt syn kan vurdering av en alternativ organisering av legetjenestene gi pasienten en bedre helsetjeneste enn innføring av kontaktlege alene.

Forslaget er utformet som en kombinasjon av en plikt hos spesialisthelsetjenesten og en rettighet for pasienten. Ahus mener at vilkårene som skal utløse denne plikten og retten er noe upresist formulert i forslaget, og at det er nødvendig med mer presise avgresninger enn

det som fremkommer i foreliggende høringsnotat. En ytterligere avgrensning av vilkårene, og dermed også kontaktlegens rolle og funksjon vil være nødvendig i de tilfellene hvor pasienten har to eller flere vidt forskjellige sykdommer med helt separate behandlingsforløp. Dette gjelder særlig for pasienter innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Svar på spørsmål fra Helse Sør-Øst

I hvilken grad vil innføring av kontaktlege:

1 Øke pasientsikkerhet og bedre kvalitet i tjenestene og eventuelt hvordan?

Ordningen 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. Ordningen med kontaktlege kan indirekte gi reduksjon i kvalitet og pasientsikkerhet som effekt.

2 Redusere antall uønskede hendelser?

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 kontaktlegeordning.

3 Bidra til samhandlingsgevinster med kommunehelsetjenesten og eventuelt hvilke?

Det kan være positivt for kommunen og samarbeidet mellom kommune og sykehus at ansvar og oppgaver for koordinator og kontaktlege defineres tydeligere. Dette kan imidlertid avklares internt i det enkelte foretak uten en lovfestet ordning om kontaktlege.

4 Bidra til bedre samhandling internt i sykehusene og eventuelt hvordan?

Nei, ordningen antas ikke å gi bedre og mer effektiv ressursutnyttelse, resultatet kan tvert i mot bli mer ineffektivitet.

5 Gi bedre og mer effektiv ressursutnyttelse og hvordan?

Ahus ser ikke at ordningen gir slike gevinster.

6 Være arbeidssparende for den enkelte lege, gi bedre bruk av legetid og -kompetanse og eventuelt hvordan?

Det kan lett bli mindre fleksibel bruk av arbeidskapasitet. Ahus har vansker med å se hvordan det kan bli arbeidsbesparende forutsatt uendret organisering og oppgavefordeling innad i sykehuset.

7 Gi administrative besparelser og eventuelt hvilke?

Ordningen kan tvert i mot føre til økte behov for tilrettelegging av vakter og tilstedetid. Dette må i så fall gjøres og følges opp av for eksempel merkantilt personale – dvs føre til mer og ikke mindre administrative oppgaver.

Det er ikke rett til å klage på tildelt kontaktlege, men det kan antas at mange pasienter vil forvente å spørre om bytte.

8 Få økonomiske konsekvenser for helseforetaket og eventuelt hvilke?

I drøftingen ble det trukket frem to områder med økonomiske konsekvenser, begge negative. For det første: Det er utydelig avgrensning av pasientgrupper som får utløst rett til kontaktlege. Det kan føre til klage på brudd på lovrettigheter, evt med utbetaling av erstatning til et økt antall pasienter som resultat.

For det andre: Endringer i tilstedeværelsestid kan medføre økt lønn for den enkelte kontaktlege, og behov for flere leger ansatt.

9 Få konsekvenser for ledelse, andre yrkesgrupper og eventuelt hvilke?

Ordningen forutsetter at ansvarlig leder for avdelingen peker ut kontaktlege, evt i kombinasjon med koordinator. Retten er foreslått for pasienter med opphold på ca 3-4 dager. Det er rimelig å anta at det vil ta viktig tid fra avdelingsledere.

Sykepleiere med pasientansvar og andre profesjoner som er i behandlingsteamet må sette av tid til dialog med kontaktlege. Dette forutsettes å være en rutine ved behov også i dag.

10 Andre forhold av betydning som må nevnes?

Selv om intensjonen er god, er det viktig å ikke etablere ordninger som kan fremmedgjøre og svekke det helhetlige ansvaret for pasienten gjennom ordinær praksis.

.....

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF



Helse Sør-Øst RHF

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

14/01190

26.01.2015

BRUKERUTVALGETS INNSPILL TIL HELSE SØR-ØST RHF SIN HØRINGSUTTALELSE OM KONTAKTLEGEORDNINGEN

Innledning

Brukerutvalget takker for muligheten til å gi innspill til Helse Sør-Øst RHF sin høringsuttalelse om kontaktlegeordningen. Brukerutvalget ber om at uttalelsen vedlegges Helse Sør-Øst RHF sin høringsuttalelse.

Brukerutvalget vil innledningsvis gi uttrykk for en positiv holdning til forslag til endringer i lovverket som skal forbedre samhandling mellom helsetjenesten og pasientene, og bidra til bedre koordinering av tjenestetilbudet.

Forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet er viktig for pasienter og pårørende både for å få riktig diagnostikk, rett behandling og økt etterlevelse av eventuelle oppfølgingsregimer. Brukerutvalget mener at etablering av et system der alvorlig syke har en fast/personlig kontaktlege vil være et steg i riktig retning.

Innspill til forbedring

Brukerutvalget har imidlertid noen innspill som vi mener kan bidra til å gjøre ordningen bedre:

1. Det er behov for å rydde slik at ulike begrep og roller med tilhørende ansvar og oppgaver fremstår klarere for pasienter, pårørende og allmennheten for øvrig. Det gjelder begrepene:
 - Koordinator/kontaktperson for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester
 - Forløpskoordinatorer (kreft)
 - Kontaktlege for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse
 - Behandlingsansvarlig lege.

2. Det må gjennomgående være samsvar mellom rettigheter og plikter i lovverkene.
3. Det må settes klarere kriterier for hvilke pasienter som skal ha rett til kontaktlege og koordinator. Pasientenes individuelle situasjon og opplevelse av behov må tillegges vekt.

Til selve ordningen om kontaktlege er brukerutvalget opptatt av at:

- Behandlingsansvarlig instans må i samvalg med pasient (og pårørende) finne frem til en egnet kontaktlege med kapasitet og egnethet til å ivareta rollen.
- Kontaktlegen må ha en sentral rolle i dialogen med pasienten om valg av terapiform (samvalg) og ha kompetanse som gjør han/hun i stand til å håndtere en likeverdig dialogsituasjon.
- Kontaktleger må ha en grunnleggende kommunikativ kompetanse og kjennskap til helsepedagogisk metode.

At pasienter får god og relevant opplæring er av betydning for rett diagnostisering, behandling og etterlevelse/mestring. Brukerutvalget har merket seg at pasient og pårørendeopplæring er en plikt for spesialisthelsetjenesten, men ikke en rettighet for pasienten. Når lovverket skal gjennomgås foreslår brukerutvalget at det samtidig vurderes å gjøre pasient- og pårørendeopplæring til en rettighet for pasientene slik at pasientene får klagerett dersom nødvendig opplæring ikke gis.

Understøttende ordninger

Det er fortsatt ikke alle som har behov for individuell plan som får det. En kampanje for å løfte fram dette verktøyet bør vurderes. Behandlingsplaner brukes under ulike navn i de forskjellige delene av helsetjenesten. Brukerutvalget er opptatt av at pasienter som er i et behandlingsforløp får en skriftlig forutsigbar, oppdatert plan for det individuelle behandlingsforløpet.

Implementering

Behovet for koordinering, samhandling og kommunikasjon har vært adressert fra pasient- og brukerombud, pasientorganisasjoner og brukerutvalg gjennom en årrekke. Flere ordninger har vært etablert, uten at det har gitt forventet effekt. Lansering av ordningen med fritt behandlingsvalg forventes å gi større valgfrihet, men kan forventes å gi et økt behov for koordinering i mer omfattende forløp.

Brukerutvalget forventer at ordninger som skal implementeres blir grundig forberedt, bl.a. på grunnlag av denne høringsrunden, erfaringer fra tidligere forsøk med lignende ordninger, at det gis klare oppdragsbeskrivelser og gode rammebetingelser for utøvelse av roller og at det utarbeides godt informasjonsmateriell for sykehusansatte

Med vennlig hilsen

Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF

Øistein Winje

leder

Oslo universitetssykehus HF



Oslo universitetssykehus HF

Ullevål sykehus

Postboks 4956 Nydalen

0424 Oslo

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid

Seksjon samhandling

Sentralbord: 02770

Helse Sør- Øst RHF

Vår ref.:2014/14716

Deres ref.:14/01465 Saksbeh.:

Dato:

Kari Skredsvig

20.1.2015

Oppgis ved all henvendelse

- Vedlagte høringssvar er behandlet i Oslo universitetssykehus HF (OUS) ledergruppe 20.01.2015. Sykehuset ønsker å understreke at kontaktlege i spesialisthelsetjenesten også må være behandlingsansvarlig lege.
- Intensjonene bak forslaget om kontaktlege er utvilsomt gode, men gitt at man tidligere har forsøkt å oppnå mye av det samme gjennom først innføring av pasientansvarlig lege og deretter en koordinatorfunksjon, må formål, ansvarsområder, oppgaver og målgruppe for en

kontaktlegeordning tydeliggjøres før en eventuell innføring.

- Uklare ansvarsområder, oppgaver og hvilke pasient(grupp)er som skal ha rett til en kontaktlege er ekstra problematisk når det legges opp til at kontaktlege skal være en pasientrettighet. OUS vil derfor understreke behov for en tydeliggjøring i lovtekst eller i forskrift.

OUS vil påpeke at forslaget til kontaktlege i spesialisthelsetjenesten må tydeliggjøres ift følgende:

1. Alvorlighetsbegrepet, når utløses retten til kontaktlege.
2. Hvilket innhold skal kontaktlegefunksjonen ha.
3. Økonomiske og administrative konsekvenser ved å innføre ordningen.
4. Forholdet mellom koordinator og kontaktlege er ikke tilstrekkelig problematisert.

Bakgrunn:

Høringen omhandler krav om kontaktlege for alvorlig syke. Kontaktlegens primæroppgaver er:

- Være tilgjengelig for pasienten
- Gi informasjon til pasienten (være informasjonsansvarlig?)
- Ha en rolle i behandlingsteamet rundt pasienten
- Ordningen med kontaktlege skal gjelde for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse

Oslo universitetssykehus HF støtter prinsippet om å få til større grad av "fast, personlig lege" for alvorlig syke pasienter. Mangelfull samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom behandlingsnivåene er utvilsomt en utfordring i dag. Det er legespesialisten som er ansvarlig for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, og derfor er det viktig at pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelser er sikret kontinuitet i behandlingsforløpet ved å ha en kontaktlege.

Forskrift om pasientansvarlig lege m.m. ble fastsatt 1. desember 2000. Pasientansvarlig lege var en av ordningene som skulle sikre et koordinert tjenestetilbud. Pasientansvarlig lege skulle ha et samordningsansvar, og være det faste medisinske faglige kontaktpunktet for pasienten under oppholdet i sykehus. Det fremgår også i forskriften at pasientansvarlig lege skulle fungere som en kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Ved ny lov 01.01.2012 ble pasientansvarlig lege tatt bort og erstattet med koordinator, men det presiseres at koordinator bør være lege. En viktig begrunnelse for å ta bort ordningen med pasientansvarlig lege og etablere en ny ordning med koordinator, var behovet for en mer målrettet ordning mot de pasientgruppene som trengte det mest. Den nye ordningen var ment å omfatte kun de pasientene med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Dette innebærer for eksempel at det ved akuttinnleggelser ikke vil oppstå plikt til å utpeke koordinator

Intensjonen om at koordinator helst bør være lege er i aktuelt høringsnotat foreslått tatt bort og erstattet med ny funksjon, Kontaktlege som skal arbeide tett sammen med koordinator som er lik annet helsepersonell.

Hvem skal ha rett til å få oppnevnt kontaktlege/ Hva er alvorlig?

Det fremgår i høringsforslaget til ordningen med kontaktlege at den skal gjelde for pasienter med *alvorlig sykdom, skade eller lidelse*. 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.

Samtidig som at alvorlighetskriteriet ikke er tilstrekkelig definert, åpnes det for at pasientens egen subjektive oppfatning av tilstandens alvorlighet også skal vektlegges. Dette gjør det i sum svært krevende å definere en grense for hvilke pasienter som ut fra tilstandens alvorlighet skal ha rett til kontaktlege, da man ikke bare skal vurdere pasientgruppen, men også individets subjektive oppfatning.

Ettersom det nå er foreslått at den aktuelle pasientgruppen gis en pasientrettighet, bør det tydeliggjøres enten i lovteksten eller i forskrift hvilken pasientgruppe som gis denne rettigheten

For at rettigheten inntreffer er det også et krav om at behandlings- og/eller oppfølgingsbehovet i spesialisthelsetjenesten er *av en viss varighet*. I høringsnotatet har man lagt listen forholdsvis lavt, som hovedregel omfattes tilfeller der det er behov for behandling over et tidsrom på mer enn på 3-4 dager, samt krav om oppfølging over en viss tid (mer enn en avtale om oppfølging). . Likevel har mange pasienter lengre liggetid, og antall pasienter som blir kvalifisert for kontaktlege kan bli svært høyt Et eksempel er pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). OUS har et

oppfølgingsansvar for pasienter i LAR 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 følger av forslaget at varighetskravet vil være oppfylt for mange pasienter og at departementet mener at dette er en rettighet mange pasienter skal ha.

Ettersom det skal tas stilling til om pasienten har rett til kontaktlege senest ved innleggelsen eller ved poliklinisk undersøkelse/behandling, er det et behov for at det gis klarere kriterier for hvilke pasientgrupper som har rett til kontaktlege.

Hvilke oppgaver/ansvar skal kontaktlegen ha?

Det er problematisk stadig å innføre nye titler/oppgaver for en fast legekontakt i sykehus.

Hva som er kontaktlegens oppgaver fremgår ikke av selve lovforslaget. Men det fremgår at kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt, uten at det er nærmere presisert hva som ligger i dette. Hvilket ansvar som er tiltenkt kontaktlegen fremgår ikke av lovforslaget og er heller ikke beskrevet i særlig grad i høringsnotatet. I lovforslagets siste ledd fremgår det at kontaktlegens oppgaver og ansvar nærmere kan angis i forskrift. 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 kontaktlege (men også ifh til eksempelvis informasjonsansvarlig). Ettersom kriteriene for hvem sykehuset plikter å oppnevne en koordinator til og hvem som har rett til en kontaktlege er lite presisert, forsterkes dette behovet.

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

Innføring av koordinatorfunksjon gjør bildet ytterligere komplisert.

Det kan skape vanskelige grenseoppganger og mulige kommunikasjonsproblemer mellom personene som skal ha disse funksjonene.

Med klargjøring av ansvaret og innsats/erfaring kan man likevel trolig klare å få koordinator og kontaktlege til å fungere sammen de gangene det er nødvendig med koordinator(ikke lege) i tillegg til kontaktlege.

Kontaktlegen må være sentral i behandlingen av pasienten, "ha en rolle i behandlingsteamet" er for vagt formulert. I sykehusene har man en ordning med behandlingsansvarlig lege, selv om denne ikke er juridisk hjemlet. Burde det muligens heller vurderes å styre fokus mot denne funksjonen?

Bør Behandlingsansvarlig lege og kontaktlege være en og samme person? Oppgavene som er tenkt tillagt "kontaktlege for alvorlig syke" blir i dag ivaretatt av den behandlingsansvarlige lege i samarbeid med de andre fagpersonene som inngår i de ulike tverrfaglige teamene rundt denne type pasienter. (Psykolog, fysio-/ergoterapeut, sosionom, sykepleier, ernæringsfysiolog o.a.) Vi ser det derfor som krevende at en ny funksjon/rolle/stilling skal opprettes i form av kontaktlege for å ivareta disse oppgavene. Vi vurderer høringsnotatet som utydelig ift hvilken rolle og ansvar en slik definert "kontaktlege" skal ha i totalbehandlingen hvis denne funksjon/rolle/stilling skal komme i tillegg til en behandlingsansvarlig lege; dvs den som til enhver tid innehar hovedansvaret for den medisinske behandlingen. En slik ikke-tydelig definert rolle i behandlingsteamet rundt pasienten vil kunne føre til utfordrende situasjoner hvor ansvaret for totalbehandlingen; der kommunikasjon/informasjon også inngår, lett kan pulveriseres.

OUS ønsker å presisere at kontaktlegen må være behandlingsansvarlig lege. Dette gir et klart medisinskfaglig ansvar. Hva skulle være til hinder for det? Det er krevende å finne gode argumenter for å skille det medisinskfaglige ansvaret fra kontaktlegefunksjonen. Vi mener at pasienten også er best tjent med en slik ordning.

Hvis den skisserte ordning med kontaktlege skal innføres i tillegg til/utover det som i dag inngår i funksjon som behandlingsansvarlig lege og koordinator, må det selvsagt gjelde for både inneliggende og poliklinisk behandling. Det er her ikke naturlig med et skille da det er viktig at pasienten får den samme oppfølging både som inneliggende og poliklinisk pasient.

Innenfor fagområdet psykisk helse og avhengighet foreslås at kontaktlegefunksjonen kan innehas av andre faggrupper, for eksempel psykologspesialist. OUS mener dette svekker mye av selve intensjonen med innføring av ordning med kontaktlege, men ser hensiktsmessigheten i at det innen dette fagfeltet åpnes for at andre faggrupper kan inneha denne funksjonen.

Forslaget innebærer at den som pekes ut ikke behøver å være den med hovedansvar for behandlingen, men må ha en aktiv rolle i behandlingen, Pkt.5.3, dette kan bli krevende både praktisk og administrativt i en travel sykehushverdag.

Det må imidlertid defineres helt tydelig hvor ansvar skal plasseres.

Forslaget om at det enkelte helseforetak selv avgjør om kontaktlegen også skal være informasjonsansvarlig støttes. Prinsipielt virker det naturlig at kontaktlegen også er informasjonsansvarlig og den som ivaretar kontakten med eksterne/Interne samarbeidsaktører. Det forutsetter nødvendig kjennskap til pasienten

Økonomiske og administrative konsekvenser ved innføring av kontaktlegeordning:

Vedrørende muligheten for å etablere kontaktleger i dagens system:

Prinsippet om at legen med ansvar og kunnskap skal være lett tilgjengelig for pasienten er flott, men dette vil neppe fungere fullt ut etter hensikten innenfor dagens rammer. Man vil sikkert få noe bedre "effektivitet" ved at mest mulig avklares tidligst mulig, men at dette skal oppveie den innsatsen/tiden legene må ha til rådighet for å være tilgjengelig for kontakt, virker lite trolig. Mange leger er nå så travle og presset at dette ikke vil fungere som ønsket innen dagens rammer. Dette er en kvalitetsreform og ikke en "omlegging/effektivisering". En kontaktlegeordning som skal fungere godt vil stille betydelige krav til merarbeid for legene og vil vanskelig kunne gjennomføres uten at det får økonomiske og administrative konsekvenser.

Ordningen må dermed utløse økonomiske og administrative ressurser for å kunne fungere i den praktiske hverdagen.

Nærmere om forholdet mellom koordinatorfunksjonen og forslag til kontaktlegefunksjon:

I forslaget til etablering av kontaktlegefunksjon er krav om at koordinator bør være lege fjernet. Dette støttes, koordinators funksjon vil endres ved evt. innføring av kontaktlegefunksjon.

Forholdet mellom koordinator og kontaktleger er imidlertid utydelig beskrevet, "koordinatoren skal ha det praktiske ansvaret for å samordne tjenestene, for eksempel bestille timer med mer." En måte å rydde i dette på er å holde fast ved tanken om at koordinator kun er for de med særskilte koordineringsbehov hvor koordinering krever ekstraressurser utover det ordinære tverrfaglige/merkantile teamet.

Det er de særskilte koordineringsoppgavene koordinator skal ta seg av.

Kontaktlegen må forstå sin rolle innenfor et helhetlig pasientforløp, i et hjem til hjem perspektiv. Det forutsettes tett samarbeid mellom kontaktleger og koordinator i sykehus slik at man samarbeider formålstjenlig mot fastleger og annet personell i helse og omsorgstjenesten i kommunen. Hvordan skal det legges til rette for et formålstjenlig og tett samarbeid mellom kontaktleger og koordinator? Dette betinger at ansvar og oppgaver er beskrevet, dette fremkommer imidlertid ikke tydelig i høringsnotatet

Koordinatorfunksjon spes h tj lo § 2-5a

Det har vært krevende å forstå innholdet i koordinatorfunksjonen slik denne er beskrevet i spes htj. loven § 2-5a. Dette er blant annet knyttet til følgende:

Koordinatorfunksjonen følger to ulike tradisjoner. En tradisjon har vært som koordinator for rehabiliteringspasienten idet koordinator og individuell plan har vært gjensidig forbundet med hverandre.

Fra 01.01 2012 ble koordinator begrepet imidlertid utvidet til å erstatte pasientansvarlig lege, og fikk derfor et nytt begrepsinnhold. Her presiseres at koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig. Samtidig gjelder nå plikten til å oppnevne koordinator uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan eller ikke.

I høringsnotatet 2013 "Endringer i spesialisthelsetjenesteloven med mer" Oppnevning av kontaktperson, - tas det tak i denne dobbeltrollen til koordinator, dvs. både som tilrettelegger for koordinerte tjenester og som erstatter for pasientansvarlig lege, - ved at krav om at koordinator bør være lege foreslås fjernet.

Aktuelt høringsnotat "Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten" viderefører så denne tankerekken ved forslag om at koordinatorrollen og kontaktlege for pasienten separeres.

Dette siste vurderes som en god klargjøring. Pasienten trenger både kontaktlege og koordinator.

Oppsummert:

Intensjonene bak forslaget om kontaktlege er utvilsomt gode, men gitt at man tidligere har forsøkt å oppnå mye av det samme gjennom først innføring av pasientansvarlig lege og deretter en koordinatorfunksjon bør ansvarsområder, oppgaver og målgruppe for en kontaktlegeordning tydeliggjøres før en eventuell innføring. Uklare ansvarsområder, oppgaver og hvilke pasient(grupper)

som skal ha rett til en kontaktlege er ekstra problematisk når det legges opp til at kontaktlege skal være en pasientrettighet. Uklare ansvarsområder og oppgaver gjør det også problematisk å vurdere den organisasjonsmessige gjennomførbarheten av ordningen, og med uklar målgruppedefinisjon (dvs. hvor grensene for spesielt alvorlighet skal settes) er det heller ikke mulig å vurdere hvor ressurskrevende ordningen vil være.

Vennlig hilsen

Tove Strand

Viseadministrerende direktør

Oslo universitetssykehus

Sykehuset i Vestfold HF

Høring – Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålsfrister

(Innspill merkes saksnummer 14/01465 og sendes elektronisk innen 5. januar 2015 til postmottak@helse-sorost.no med kopi til bente.brandvik@helse-sorost.no)

Høringsuttalelse fra Sykehuset i Vestfold

Ad innføring av kontaktlege:

Generelt

Sykehuset i Vestfold er i utgangspunktet positiv til innføring av kontaktlege. Konseptet med kontaktlege er, i likhet med tidligere pas.ansvarlig lege, godt og velment. Det er imidlertid flere utfordringer knyttet til å operasjonalisere dette i den kliniske virkeligheten hvor det bl.a. finnes en rekke kryssende hensyn. Disse er knyttet til annen pasientvelferd og hensyn til ansatte (rotasjon i legeoppgaver, fravær etc)

Innen flere fagområder finnes allerede en ikke formalisert ordning for våre kronikere og utskrevne pasienter fra sykehuset med alvorlig sykdom/skade/lidelse som gjør at de får en oppfølging de fleste er fornøyd med. De fleste pasienter med f eks hematologiske maligniteter, hemofili og andre sjeldne arvede hematologiske lidelser, HIV-infeksjon, kronisk viral hepatitt har allerede en fast legekontakt. Det samme kjenner vi fra nefrologi, gastroenterologi, nevrologi og sikkert de fleste andre spesialfelter. I tillegg har vi sørget for kontinuitet i oppfølging etter innleggelse for de fleste pasienter med for eksempel endokarditt og osteomyelitt. Ved hematologisk poliklinikk er det i tillegg en koordinatorfunksjon, og spesialsykepleier har tilsvarende funksjon for pasienter under behandling for hepatitt.

Forslaget slik det er formulert, vil sannsynligvis innebære størst endringer for den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Som det fremgår i siste del av pkt 5.3, anerkjennes det at psykisk helsevern er i en særstilling:

”For pasientar i det psykiske helsevernet reiser det seg spørsmål om det bør oppnemnast kontaktlege, eller om reguleringa her bør vere profesjonsnøytral. Det same spørsmålet gjeld rusmiddelavhengige som får tverrfagleg spesialisert behandling. Etter departementet si vurdering bør kontaktpersonen på desse områda ikkje nødvendigvis vere lege. Her kan det ofte vere naturleg at kontaktpersonen til dømes er psykolog, sjukepleiar eller sosionom som arbeider i spesialisthelsetenesta. Departementet foreslår derfor i ny § 2-5 c fjerde ledd i spesialisthelsetenestelova at ein psykolog eller anna helsepersonell kan peikast ut i staden for kontaktlege for tenester i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 a første ledd nr. 5.”

For psykisk helsevern blir det da et spørsmål om forslaget innebærer noen reell endring fra gjeldende ordning med koordinatorene, som altså er profesjonsnøytral. Vi oppfatter intensjonen med forslaget; å bedre koordinering og informasjonsflyt og at pasienten skal kunne forholde seg til en hovedbehandler, er berettiget. Vi tror det er et bedringspotensiale i at brukere med alvorlige /

langvarige / sammensatte tjenester får tilbud om / opprettet Individuell plan, og at de har en koordinerende behandler i spesialisthelsetjenesten, men denne kan være behandler, ikke nødvendigvis lege.

Vi har allerede en lovfestet ordning med koordinatorene i hht spesialisthelsetjenestelovens §2-5a:

§ 2-5 a. Koordinator

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

Koordinatorer har som oppgave "å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient" for pasienter med langvarige og komplekse lidelser (noe som gjelder en stor del av vår målgruppe). Etter vår mening er det viktigere å få eksisterende ordninger til å fungere innenfor det psykiske helsevern, i stedet for å gi enda et pålegg om ideelle ordninger.

De ordninger og oppgaver som beskrives er i dag oppfylt eller skal være det gjennom allerede gjeldende ordninger innenfor fagområdene psykisk helsevern og TSB.

De ganger man ser at det kan være en styrking i pasientens rettighet ved å opprette en slik ordning kan være i kompliserte pasientsaker der det også er sentralt med god informasjon og kommunikasjon og oppfølging i forløpet. Det betyr at det må være tydelige inklusjonskriterier for hvem en slik ordning skal gjelde. En utfordring blir dog hvilken myndighet og rolle skal en slik kontaktlege kan ha utover egen seksjon/avdeling?

Spesielt; i hvilken grad vil innføring av kontaktlege :

1. Øke pasientsikkerhet og bedre kvalitet i tjenestene og eventuelt hvordan?

Ja. Sikrer ensartet informasjon og kontinuitet i oppfølgingen.

2. Redusere antall uønskede hendelser?

Potensielt, ved at kontinuitet i behandling og oppfølging sikres.

3. Bidra til samhandlingsgevinster med kommunehelsetjenesten og eventuelt hvilke?

Ja. En lege som har ansvar for kommunikasjon med kommunehelsetjenesten gir bedre kontinuitet og bedre oppfølging etter/ mellom sykehusopphold.

4. Bidra til bedre samhandling internt i sykehusene og eventuelt hvordan?

Ja. Koordinert samhandling med andre spesialister og annet personell.

5. Gi bedre og mer effektiv ressursutnyttelse og eventuelt hvordan?

Både ja og nei. Bedre oversikt. Unngå unødvendige dobbeltundersøkelser m.m.

Ved å innføre ytterligere føringer for tilgjengelighet av lege, gi informasjon og ha en lovmessig anført rolle i behandlingsteamet, må dette gå utover de tidsressurser man har til rådighet. I praksis vil det hos oss medføre at stor og planlagt drift av poliklinisk virksomhet (f eks endoskopi) vil bli påvirket/nedprioritert. Dette kommer igjen i konflikt med nylig innført "pakkeforløp i kreftutredning/ behandling" som utfordrer våre ressurser maksimalt i dag.

6. Være arbeidssparende for den enkelte lege, gi bedre bruk av legetid og -kompetanse og eventuelt hvordan?

Både ja og nei. Gir mulighet for bedre oversikt over utførte og planlagte oppgaver. Men samtidig krever den nye oppgaven legeressurser og avsatt tid.

Vi mener en slik ordning vil innebære økede arbeidsoppgaver for kontaktlegen:

- Ledelsen skal sikre at kontaktlegen møter pasienten både på poliklinikk og visitt. Operasjonalisering av dette uten å fristille ressurser vil være umulig i en virkelighet med om lag 90% øyeblikkelig hjelp blant innlagte pasienter. Dersom visittgang skal avvikles av kontaktlegen, må vedkommende nødvendigvis ha en beredskapskapasitet dersom han/hun har poliklinikk eller andre nødvendige arbeidsoppgaver. Det må hjemles en formulering som "så langt som mulig" el.l. knyttet til disse punktene. For leger med svært mange "kontaktpasienter", vil denne beredskapen måtte være signifikant. Et relevant eksempel på dette vil være den store gruppa av KOLS-pasienter som har hyppige innleggelser i sykehus.
- Det anføres at alternative møtetidspunkter kan avtales. Man kan fort se for seg at dette vil bli på ettermiddagstid etter at dagens poliklinikk er avviklet. Dette vil være u hensiktsmessig for daglig drift og god logistikk i behandlingsskjeden.
- Grenseoppgangen mellom behandlingsansvarlig lege (=visittgående lege) og kontaktlege i tilfeller hvor kontaktlege ikke kan ta ansvar for visittgang, bør avklares.
- Kontaktlege skal ha overordnet ansvar for hva som blir nedfelt i journalen. Hvordan har man tenkt at dette skal omsettes i praktisk arbeid? Vi ser for oss utfordringer ikke minst knyttet til alle pasienter med multimorbiditet og som har flere parallelle behandlingsopplegg hos ulike spesialister i 2.linjetjenesten (kanskje både i og utenfor sykehus).
- Kontaktlege har veiledningsplikt over primærhelsetjenesten. Pr. i dag er dette operasjonalisert gjennom epikriser, polikliniske notater og brev til fastleger o.a. Dersom det forventes et ytterligere engasjement her, hvordan tenker man at det skal organiseres "administrativt" uten bruk av ekstra ressurser?

Det er ikke spesifisert hvor mange pasienter én lege kan ha. I spesialiteter med mange kronikere (f eks hematologi) med alvorlig sykdom og høy risiko for sykehusinnleggelser, vil dette være krevende.

For enheter med få ansatte, vil ordningen også settes på prøve ved lovfestet lengre fravær (sv.skapspermisjon, sykdom, overlegepermisjon osv) eller i situasjoner med ubesatte stillinger. Bekymring for merbelastning for gjenværende kolleger.

Det synes ikke å være spesifiserte kompetansekrav for kontaktlegene. Det er likevel grunn til å anta at hovedutfordringen ved denne ordningen må løses av overlegekorpset. LIS-leger utfører andre arbeidsoppgaver (vakt, fordypning) i minst 50% av arbeidstida, og vil ikke være tilgjengelig for ad-hoc visittgang for sine kontaktpasienter ved innleggelser. De har også gjennomgående mye mindre poliklinikk som gjør det vanskelig å avvikle nødvendige ambulante kontroller.

Av ressurskrevende pasientgrupper vi kan forvente ytterligere ønske om oppfølging og informasjon med kontaktlege funksjon hos oss må nevnes; IBD pasienter, kroniske smerter pasienter, korttarmsyndrom pasienter, leversvikt pasienter og TX pasienter. Alle disse pasientene har (kanskje med unntak av leversvikt pasienter) små endringer i sykdomsaktivitet som gir uttalte symptomer og behov for veiledning og oppfølging. Viser her til punkt 5.2 i høring, hvor man forsøker å definere hva som er alvorlig syk.

Således synes det umulig å gjennomføre en slik ordning med de premisser som er angitt i punkt 6 (administrative og økonomiske konsekvenser)

7. Gi administrative besparelser og eventuelt hvilke?

Mulig ved å unngå dobbeltarbeid.

8. Få økonomiske konsekvenser for helseforetaket og eventuelt hvilke?

Usikkert. Mulig pukkelkostnad ved innføring, senere usikkert.

Departementets vurderinger om at forslaget vil ha "ubetydelig" økonomisk og administrativ konsekvens vil møte stor motbør og er ikke særlig underbygget eller begrunnet i høringsnotatet.

9. Få konsekvenser for ledelse, andre yrkesgrupper og eventuelt hvilke?

Krever ledelsesmessige grep og tydelighet ved innføring; ny måte å organisere arbeidet på. Det blir en utfordring å sikre kontinuitet og langtidsplanlegging. Ordningen vil få konsekvenser for pleiere og helsesekretærer m.m., forhåpentlig av positiv karakter. Det blir også en ny arbeidsoppgave for leger innen flere fagområder. Videre ser vi at ordningen kan gi logistiske utfordringer; implementering av ordningen herunder opplæring, ansvarliggjøring på rett nivå og behov for evalueringer av den lokale ordningen.

Varighet av innleggelse utover 3-4 dager gjelder for en del av våre pasienter. Enkelte av disse vil kreve oppfølging i etterkant. Dersom disse har rett på kontaktlege under oppholdet, og den samme lege skal ha oppfølgingsansvar, representerer dette en utfordring med hensyn til organisering av poliklinikktilbudet.

Det er anført at leder skal utpeke kontaktlege, ha oversikt over sine legers kapasitet og hvor mange pasienter som er tilknyttet den enkelte lege. Dette innebærer økede lederoppgaver og byråkrati og står ikke i forhold til påstanden om at ordningen bare er administrativ og ikke innebærer økt arbeidsvolum.

For enheter med få ansatte, vil ordningen også settes på prøve ved lovfestet lengre fravær (sv.skapspermisjon, sykdom, overlegepermisjon osv) eller i situasjoner med ubesatte stillinger. Bekymring for merbelastning for gjenværende kolleger.

10. Andre forhold av betydning som må nevnes?

Dette vil i starten kunne oppfattes som ytterligere en oppgave pålagt allerede travle leger, og vil som nevnt kreve tydelig ledelse ved implementering. Det er ikke klart hvilke pasienter som vil få rett til kontaktlege, noe som kan medføre ulik praksis ved ulike HF. Og fare for et stort antall klagesaker. Alvorlighetsgrad er anført å være et grunnleggende kriterium basert ikke bare på medisinskfaglige forhold, men også pasientopplevd. Hva med en pasientgruppe slik som for eksempel CFS/ME, hvor vi ikke har medisinsk behandling å tilby, men hvor pasientene har et stort informasjonsbehov og antagelig trenger individuell plan. Kan vi bli pålagt kontaktlegeansvar for en slik gruppe pasienter?

Det åpnes for bruk av andre helse- og sosialfaglige yrkesgrupper, noe som ansees for helt nødvendig i forhold til skjerming av legens ressurser.

Spesielle kommentarer vedrørende psykisk helsevern og kontaktlegeordning:

- høringsnotatets forsøk på å beskrive alvorlighetskriteriet og kriteriet om varighet er upresise. Særlig er forslaget om at behandlingsløp som varer over 3-4 dager skal utløse en rett, lite tilpasset vanlige forløp i psykisk helsevern eller TSB.
- Det foreslås at det skal være profesjonsnøytralitet i psykisk helsevern og TSB. Derav bør det gis annen benevning, f.eks pasientkontakt. I Sverige benevnes liknende funksjon for *Vårdkontakt* og i Danmark *Kontaktperson*. Slike benevnelser gjenspeiler da funksjon mer enn profesjon.
- Rollen som kontaktlege er i hovedsak det samme som behandlingsansvarlig uavhengig av profesjon og vedkommende innehar som behandler en koordinatorfunksjon for pasienten. Dette er uavhengig av om det er døgn eller poliklinikk.

- Hvis forslaget likevel skulle vedtas, er det foreslått innenfor psykisk helsevern og TSB profesjonsnøytralitet. Her er det i vårt fagmiljø uenighet.
 - Noen anser profesjonsnøytralitet som helt nødvendig i psykisk helsevern og TSB nettopp for å skjerme legenes oppgaver og ressurser.
 - I psykisk helsevern og TSB er det naturlig at hovedansvarlig for behandlingen er den som er tilgjengelig og gir informasjon. Hovedansvarlig i behandling bør også være den som er informasjonsansvarlig, dvs profesjonsnøytralitet er naturlig samtidig som oppgaven allerede synes ivaretatt i dagens praksis.
 - Noen fagpersoner mener dog at rollen nettopp skal knyttes til kompetanse gjennom sentrale fagprofesjoner som lege eller psykolog. Derav mer naturlig med benevnelse *kontaktlege*.

Forslag til endringer i Spesialisthelsetjensteloven og Pasient- og brukerrettighetsloven om å innføre *kontaktlege* som en lovmessig plikt for helseforetaket og en lovmessig rett for pasienten er ikke ønskelig innenfor det psykiske helsevernet. Oppgavene er allerede tydelig og oppfylt gjennom dagens ordning, og lovendringer vil ikke i seg selv løse de utfordringer helsetjenesten har til å oppfylle sine oppgaver.

Ad innføring av frister for å bringe vedtak fra de ovenfor nevnte tre nemder inn for domstolene:

Sykehuset i Vestfold har ingen kommentarer til forslaget.

.....

Sykehuset Telemark HF

Forslag om innføring av kontaktlege/kontaktperson i spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse:

Intensjonen med forslaget er utvilsomt god, og gitt at man klarer å operasjonalisere rollen på en god måte vil det være riktig og viktig for kvalitet, pasientsikkerhet og pasientrettigheter. Kontaktlege synes på mange måter å ha likheter med det tidligere begrepet ”pasientansvarlig lege”. I praksis fungerer dette overfor en del pasienter og pasientgrupper med alvorlige sykdommer som strekker seg over et lengre tidsrom, allerede i dag, men kan helt klart forbedres.

For at pasientene skal oppleve ordningen som nyttig bør det gis klarere føringer på hva som utløser rettighet til kontaktlege. Det bør også gjøres en tydelig avklaring av rollen som kontaktlege/kontaktperson mot koordinatorrollen. Oppgavene synes ut fra forslaget til dels overlappende og kan føre til uklarheter i ansvarsforhold.

Det må videre forventes at våre PAS/EPJ systemer ivaretar en enkel registrering av både koordinator og kontaktlege slik at den enkelte lett kan få oversikt over ”sine” pasienter.

På den annen side vil ordningen stille krav til vår planlegging og hvordan vi bruker personalressurser i spesialisthelsetjenesten. Det er usikkert om det vil føre til effektivisering og arbeidsbesparelse – i så fall vil det være som et resultat av at den enkelte pasient trenger færre eller kortere konsultasjoner, blir mer fornøyd, at klagesaker avtar i antall etc. Det er heller fare for at ordningen vil medføre økt byråkratisering og mer tidsbruk på administrasjon, bla for å sikre at aktuelle nyinnlagte pasienter har kontaktlege. Det er videre spørsmål om hvor langt en slik rettighet går – kan pasienter og pårørende be om en annen kontaktlege dersom man er misfornøyd?

Hvis lovforslaget vedtas, håper vi det kan utarbeides et godt og lettfattat informasjonsopplegg tilpasset ledere, leger og behandlere som dette gjelder. Informasjonen må omhandle ikke bare kontaktlegerollen, men også koordinatorrollen, samt funksjoner som informasjonsansvarlig og journalansvarlig.

Forslag om innføring av frister for å bringe vedtak fattet av Klagenemda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemda og Statens helsepersonellnemd inn for domstolene:

Ingen innspill

Med vennlig hilsen

Halfrid Waage

Fagdirektør

+ 47 415 58 106



Sykehuset Telemark HF

www.sthf.no - postmottak@sthf.no

Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold støtter de forslag som er lagt fram og særlig at det er åpnet for at funksjonen som "kontaktlege" innenfor psykisk helsevern og TSB er profesjonsnøytral. (side 14).

Viser til anledning til å komme med innspill innen 5.1.15.

Selv om vi nå er noen dager over fristen tillater vi oss å komme med enkelte utfyllende merknader til svaret som ble gitt 15.12.14.

Sykehuset Østfold (SØ) har ingen merknader forslaget om å innføre søksmålsfrister, og støtter foreliggende forslag.

Som også påpekt 15.12.14 støtter SØ forslaget om at pasienter med alvorlig sykdom vil være tjent med å ha en særskilt utpekt person å forholde seg til ved spørsmål av medisinskfaglig karakter. Erfaring fra klage- og tilsynssaker over tid viser at det er nødvendig å søke etter arbeidsmåter som bedrer kommunikasjonen mellom pasienter og helsetjenesten, og særlig i forhold til de sykeste pasientene. Slik sett oppfatter vi forslaget om at det skal utpekes kontaktlege som godt.

Etter vår oppfatning er det imidlertid nødvendig å stille spørsmål ved om pasienter vil være i stand til å forstå og forholde seg til skillet mellom kontaktlege og koordinator, som vi oppfatter fortsatt skal bestå. I det praktiske liv er det også et spørsmål om det er mulig å skille mellom disse rollene. Som departementet er inne på må det legges til rette for et formålstjenlig og tett samarbeid mellom kontaktlege og koordinator. SØ er selvsagt ikke uenig i dette, men stiller spørsmål ved en slik forutsetning i praksis. Ingen er tjent med opprettelse av en ny funksjon, hvor pasienter vil oppleve at spørsmål skyves frem og tilbake mellom medarbeidere som ikke er tilstede samtidig, noe som ofte vil være en realitet.

Etter vår oppfatning er det ikke åpenbart at pasienter vil oppleve at skillet mellom praktiske spørsmål og helsefaglige spørsmål er fornuftig. 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 er uheldig.

SØ ønsker derfor at departementet vurderer disse innsigelsene mot den foreslåtte ordningen nærmere, i lys av prinsippet om at pasienter bør ha færrest mulig personer å forholde seg til.

Det bør også påpekes tydelig overfor departementet at eventuelle roller som nå vedtas må være gjennomtenkt. Det er svært uheldig om helsetjenesten enda en gang skal måtte bruke tid på å implementere nye ordninger, for etter kort tid å måtte gjøre implementeringsarbeidet på nytt. Det å skulle implementere nye rutiner i store sykehusorganisasjoner med mange ansatte er ressurskrevende.

Med vennlig hilsen

Stein Bruland
direktør fag og pasientsikkerhet

Tlf: 004791322120
stein.fredrik.bruland@so-hf.no

Sykehuset Østfold HF - sykehusledelsen

Postadr: Postboks 16, 1603 Fredrikstad
Besøksadresse: Jernbanegata 2, Fredrikstad

E-post: postmottak@so-hf.no

Sørlandet sykehus HF



Fagavdelingen

Fagdirektør

Vår dato
21.01.2015
Deres dato
24.10.2014

Vår referanse
14/08890-10 - 321
Deres referanse
13/5286

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Høringssvar fra Sørlandet sykehus HF - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålsfrister

Sørlandet sykehus HF (SSHF) har vurdert utsendt høringsnotat og kommer nå med høringsinnspill knyttet til forslag om innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetjenesten. Det er noe ulik vurdering av forslaget innen somatikken og psykiatrien. Uttalelsene fra klinikk for psykisk helse (KPH) og medisinsk klinikk vedlegges derfor denne uttalelsen. Saken har vært drøftet i foretakets ledergruppe, og selv om vurderingene er noe ulike fra somatikken og psykiatrien, hersker det likevel en felles holdning og forståelse som framkommer i denne høringsuttalelsen.

Generelt:

Regjeringen ønsker å styrke pasienters og pårørendes rettigheter og innføre fast kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for alvorlige syke pasienter. Gode pasientforløp forutsetter god samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom ulike behandlingssted og ulike behandlingsnivå. Sykehusene må kontinuerlig jobbe med å forbedre pasientens opplevelse av behandlingsforløpet. I

tillegg til bedre kvalitet og helhetlig medisinsk tilbud, står det i høringsnotatet at en kontaktlege vil kunne skape økt trygghet for pasienter og pårørende.

Innen SSHF er det noe ulike meninger om en ordning med kontaktlege er et godt virkemiddel for å oppnå dette. Innenfor psykiatrien har man vurdert at det ligger bedre til rette for en slik ordning, enn det hverdagen og pasientforløpene innen somatikken tilsier.

Vil ordningen med kontaktlege bidra til bedre samhandling internt og øke pasientsikkerheten og bedre kvaliteten på tjenestene?

Det vil være pasienter som har sammensatt problematikk som omfatter både somatikk, psykiatri og rusbehandling. En kontaktlege, vil kunne sikre en mer helhetlig forståelse av pasientens problematikk, samt bidra til å etablere sammenhengende behandlingsplaner, og sikre informasjonsflyten til pasienten og eventuelt også ivaretagelse av informasjon til pasientens pårørende (både barn og voksne). Et slikt arbeid vil imidlertid kunne by på utfordringer der det er sammensatt problematikk, og det kan bli svært ressurskrevende for kontaktlegen å ivareta sine oppgaver.

SSHF er samtidig bekymret for om ordningen med kontaktlege vil skape nye uavklarte ansvarsforhold.

Oppgavene som er tiltenkt kontaktlegen påhviler i dag behandlende lege. Det er i dag den legen pasienten møter på poliklinikken, som tar i mot pasienten i akuttmottaket, eller som går dagens visitt på sengeposten, som har ansvar for å yte medisinsk faglig god utredning og behandling, informere pasient og ev. pårørende, føre journal og iverksette videre tiltak i forløpet. Det vil ikke være praktisk mulig å få til at pasienter som beveger seg mellom ulike behandlingsnivåer gjennom behandlingsforløpet, alltid møter en og samme lege (sin kontaktlege) i disse situasjonene. En ordning der en kontaktlege skal ha delansvar for disse oppgavene, kan føre til at behandlende lege fraskriver seg ansvar for deler av oppgavene. Det vil kunne oppstå uklarhet mellom behandlende lege og kontaktlege, noe som kan forsinke forløpet, og føre til at ingen ivaretar deler av oppgavene. Dette er det viktigste argumentet mot ordningen: den rokker ved, og undergraver, det totalansvaret enhver behandlende lege har for å ivareta, og være med på sikre, den enkelte pasient et godt forløp.

I kapittel 3 i høringsnotatet beskrives gjeldende rett, med bestemmelser som skal bidra til samordning og koordinering; koordinatorordningen i spesialisthelsetjenesten, koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, koordinatorordningen i kommunene, fastlegens ansvar for koordinering, og ordningen med individuell plan. Kravet om forløpskoordinatorer i pakkeforløp for kreftbehandling er ikke nevnt i høringsnotatet, men er nok et eksempel på nye roller som skal ivareta samhandling og koordinering. I tillegg foreslås det nå oppretting av kontaktlege.

Det vil kunne oppstå uavklarte ansvarsforhold som følge av gråsoner mellom de ulike koordinatoransvarlige (for eksempel kontaktlege og koordinator), og mellom de ulike koordinatoransvarlige og behandlende helsepersonell.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet åpnes det for at annet helsepersonell kan utnevnes istedenfor kontaktlege.

Dette vurderes som hensiktsmessig og anses som en forutsetning for at lovforslaget kan støttes. I dag vil flere av funksjonene som nevnes relatert til kontaktlege (være tilgjengelig for pasienten, gi informasjon, ha en rolle i behandlingsteamet til pasienten, samt være den medisinskfaglige kontakten) ivaretas av helsepersonell med annen profesjonsbakgrunn enn lege, men som har behandlingsansvar innen psykisk helsevern. Sånn sett kan man stille spørsmål ved om betegnelsen "Kontaktlege" kan virke noe misvisende og feilaktig, og at man heller bør vurdere annen betegnelse/benevnelse som også samsvarer med allerede eksisterende, og benyttede begreper slik som behandlingsansvarlig.

Behov for forskrift

Det bør fremkomme mer detaljert i forskrift, hvilke oppgaver og ansvar kontaktlege har, samt hvilke pasientgrupper som faller innenfor og defineres som "alvorlig sykdom, skade eller lidelse". Dette da høringsnotatet både legger vekt på en objektiv faglig vurdering, men samtidig åpner for at man ved unntakstilfeller bør legge vekt på opplevelsen til den enkelte pasient.

Administrative og økonomiske konsekvenser

I følge departementet innebærer ikke ordningen administrative eller økonomiske konsekvenser for helseforetaket, ut over noe mer administrasjon i en overgangsfase, som "*på lengre sikt blir utlikna av dei innsparingane ordninga kan innebere i form av samhandlingsgevinstar, betre ressursutnytting og betre kvalitet i tenesta*". I tillegg til forhold som allerede er kommentert knyttet til samhandling og kvalitet, mener SSHF at ordningen vil ha transaksjonskostnader ut over det som beskrives i høringsnotatet. Det vil bli krevende å forankre ordningen og skape forståelse for behovet hos legene.

Innføring av kontaktlege vil kreve nye administrative prosedyrer og arbeidsoppgaver knyttet til vurdering av rettighet, oppnevning av kontaktlege, dokumentasjon av oppnevningen, informasjon til pasienten, vurdering av hvem som skal pekes ut som journal- og informasjonsansvarlig, avklaringer av ansvar når kontaktlege ikke er tilstede og øvrige systemer for kommunikasjon mellom øvrig helsepersonell og kontaktlegen.

Det gjøres et skille mellom praktisk ansvar (koordinator) i oppfølgingen av pasienten og medisinsk faglig kontakt (kontaktlege). Dette kan være et positivt, og riktig skille, som igjen kan sikre at ressurser benyttes mer hensiktsmessig. Det forutsetter at man klarer å få til klare ansvarsforhold slik at man unngår gråsoner-problematikk.

Sykehus drives på døgnbasis. Både sengeposter, poliklinikker og dageshøst skal bemannes med leger med riktig kompetanse, og vaktordninger skal bemannes døgnet rundt, inklusive ved akuttmottakene.

Godt driftet avdelinger påser allerede i dag at kronikere/pasienter med langvarige alvorlige pasientforløp treffer sin faste lege ved planlagte konsultasjoner eller innleggelser. God logistikk ved kirurgiske avdelinger sikrer at opererende leger også har ansvar for forundersøkelse og utskriving av pasienten, så langt som mulig.

Ved akutte forverringer med behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, eller konsultasjon ved akuttpoliklinikken, er pasientene opptatt av å få rask behandling av kompetent personell. I den akutte situasjonen er det vakthavende personell innenfor den aktuelle spesialitet som må ivareta oppgavene som er påtenkt kontaktlegen:

- være tilgjengelig for pasienten
- gi informasjon til pasienten
- ha en rolle i behandlingsteamet rundt pasienten

Tilsvarende vil gjelde for alle situasjoner der kontaktlegen av ulike grunner ikke er tilstede (sykdom, ferie, permisjoner, overlegepermisjoner, obligatoriske kurs for leger i utdanning, konferanser, møter med mer). En pasient som har et døgnopphold på for eksempel 6 døgn, vil i løpet av oppholdet nødvendigvis måtte treffe flere leger. Det som er viktig er at den enkelte lege som er involvert ivaretar sitt ansvar for sin del av forløpet, at vedkommende sikrer god og løpende dokumentasjon i pasientens journal og at det er IKT-systemer som sikrer tilgang til denne informasjonen, også på tvers av sykehus, enheter og nivå.

Alternative virkemidler

Man bør ta lærdom av at ordningen med pasientansvarlig lege (PAL) ikke fungerte i praksis, heller ikke for de pasientene som hadde langvarige og alvorlige forløp. Det er ikke mulig å se hva som skulle tilsi at ordningen med kontaktlege skal fungere bedre. SSHF mener at man bør se på andre virkemidler.

Det er en ledelsesoppgave å sørge for godt koordinerte forløp. Gode avdelingsledere og medarbeidere utvikler en kultur der dette vektlegges. Toppledere har ansvar for at organisering, pasientadministrative system og IKT understøtter samhandling og samarbeid.

Sykehusene har fortsatt forbedringspotensial på dette området. I stedet for å pålegge nye ordninger, kan det være mer formålstjenlig å videreutvikle og styrke den ordinære driften, og bygge opp under den enkelte medarbeiders evne og mulighet til å utøve sine oppgaver, i det komplekse samspillet som er nødvendig for å sikre koordinering av langvarige og sammensatte forløp.

Lokalt kan det arbeides for å videreutvikle systemer som understøtter samarbeid på tvers av avdelinger, for eksempel etter modell fra kreftbehandlingen der multidisiplinære team (MDT) er etablert som gullstandard. Faste eller ad-hoc MDT-møter også innenfor andre fagområder, systemer for felles bedside tilsyn (med leger fra flere spesialiteter) fremfor enkelttilsyn, og felles bedside vurderinger i akuttmottakene, med pasientadministrative ordninger som understøttelse, vil kunne være viktige bidrag. Det er lederne på seksjon- og avdelingsnivå som må drive frem slike og andre ordninger.

Det toppledelse og eiere kan bidra med her er i første rekke

- IKT-løsninger med elektronisk meldingsutveksling som fungerer på tvers av forvaltningsnivåer og tvers av enheter
- IKT-løsninger som understøtter langvarige og komplekse pasientforløp; dagens pasientadministrative system (Dips) understøtter på ingen måte klinikernes behov for å få god oversikt over forløpet.
- å sørge for fravær av unødvendig detaljert rapportering og nye pålagte administrative forordninger som ikke gir økt helse

Oppsummert

Når man for SSHF som helhet vurderer de ulike tilbakemeldingene fra psykiatrien og somatikken opp mot hverandre, er konklusjonen at innføringen av en ordning med kontaktlege ikke er et hensiktsmessig virkemiddel for å fremme bedre kvalitet, et helhetlig medisinsk tilbud og økt trygghet for pasienter og pårørende. Dette med bakgrunn i at ordningen:

- kan undergrave legens totalansvar for pasienten
- kan skape nye gråsoner med uavklarte ansvarsforhold
- er vanskelig å gjennomføre i praksis
- pålegger foretaket en ny administrativ forordning

SSHF mener at koordinering må sikres gjennom det løpende arbeidet gjennom andre systemer som understøtter samhandling og samarbeid på tvers av enheter og nivåer.

Med vennlig hilsen

Per Engstrand

fagdirektør

Laila Hamar

rådgiver

elektronisk signert

Vedlegg:

Høringsuttalelse fra klinikk for psykisk helse, SSHF

Høringsuttalelse fra medisinsk klinikk, SSHF

Kopi:

Helse Sør-Øst RHF

Sørlandet sykehus HF – klinikk for psykisk helse



Klinikk for psykisk helse

Klinikkledelsen

Vår dato
06-01-2015

Vår referanse

Deres dato

Deres referanse

Per Engstrand, Fagdirektør
Sørlandet Sykehus

Høringsnotat vedrørende endringer i spesialisthelsetjenesteloven, pasient og brukerrettighetsloven m.m. er blitt sendt til de ulike avdelingene ved Klinikk for psykisk helse for gjennomgang, og sett i forhold til konsekvenser for faglig kvalitet i oppfølging av pasienter og pårørende, samt drift.

Ved å etablere en lovendring i Spesialisthelsetjeneste loven, hvor man innfører en rett og en plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter med "*... alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten ...*" vil man styrke rettighetene til alvorlig syke pasienter, og kunne sikre både kontinuitet og kvalitet i behandling/ oppfølging. Det kan også bidra til bedre samhandling med primær helsetjenesten, da spesielt fastleger.

Det nevnes i høringsnotatet at ved psykisk helsevern kan det være spørsmål om reguleringen bør være profesjonsnøytral. I lovforslaget, *Ny §2-5 c Kontaktleger*, fremkommer det videre at innen psykisk helsevern kan annet helsepersonell enn lege utnevnes, der dette er hensiktsmessig for behandlingen. Dette gjelder også ved tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Dette vurderes som hensiktsmessig og anses som en forutsetning for at lovforslaget kan støttes. I dag vil flere av funksjonene som nevnes relatert til kontaktleger (være tilgjengelig for pasienten, gi

informasjon, ha en rolle i behandlingsteamet til pasienten, samt være den medisinskfaglige kontakten) ivaretas av helsepersonell med annen profesjonsbakgrunn enn lege, men som har behandlingsansvar innen psykisk helsevern. Sånn sett kan man stille spørsmål ved om betegnelsen "Kontaktlege" kan virke noe misvisende og feilaktig, og at man heller bør vurdere annen betegnelse/benevnelse som også samsvarer med allerede eksisterende, og benyttede begreper slik som behandlingsansvarlig.

Det vil være pasienter som har sammensatt problematikk som omfatter både somatikk, psykiatri og rusbehandling. En kontaktlege, vil kunne sikre en mer helhetlig forståelse av pasientens problematikk, samt bidra til å etablere sammenhengende behandlingsplaner, og sikre informasjonsflyten til pasienten og eventuelt også ivaretagelse av informasjon til pasientens pårørende (både barn og voksne). Et slikt arbeid vil imidlertid kunne by på utfordringer der det er sammensatt problematikk, og det kan bli svært ressurskrevende for kontaktlegen å ivareta sine oppgaver.

Innføring av kontaktlege vil kreve utarbeiding av prosedyrer i forhold til sikre at både vurdering av rett til og opprettelse av kontaktlege gjøres, slik at man reduserer bruk av ressurser benyttet til å administrere ordningen. Samtidig fremkommer det av høringsnotat at det gjøres et skille mellom praktisk ansvar (koordinator) i oppfølgingen av pasienten og medisinsk faglig kontakt (kontaktlege). Dette kan være et positivt, og riktig skille, som igjen kan sikre at ressurser benyttes mer hensiktsmessig. Det bør imidlertid fremkomme mer detaljert i forskrift, hvilke oppgaver og ansvar kontaktlege har, samt hvilke pasientgrupper som faller innenfor og defineres som "*alvorlig sykdom, skade eller lidelse*". Dette da høringsnotatet både legger vekt på en objektiv faglig vurdering, men samtidig åpner for at man ved unntakstilfeller bør legge vekt på opplevelsen til den enkelte pasient.

Med vennlig hilsen

Sørlandet sykehus HF

Oddvar Sæther

Klinikkjef

Sørlandet sykehus HF – medisinsk klinikk



Medisinsk klinikk
Klinikkledelsen

Utarbeidet av: Else Kristin Reitan

Vår dato
18-01-2015

Vår referanse

Notat

Deres dato

Deres referanse

Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - innspill fra Medisinsk klinikk til høringsuttalelse fra Sørlandet sykehus

Det vises til høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet om innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetjenesten. Medisinsk klinikk oversender med dette innspill til høringsuttalelse fra Sørlandet sykehus.

Kort beskrivelse av høringsforslaget

Vi oppfatter at ordningen som foreslås i korte trekk innebærer:

- Pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse, som har behov for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten over en viss tidsperiode, skal ha rett på å få oppnevnt en kontaktlege.
- Denne ordningen kommer i tillegg til gjeldende plikt for sykehuset til å utpeke koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.
- I følge høringsnotatet er kontaktlegens oppgave å være med på å sikre kontinuitet i pasientforløpet, gjennom tre primæroppgaver:
 - være tilgjengelig for pasienten
 - gi informasjon til pasienten
 - ha en rolle i behandlingsteamet rundt pasienten
- Kravet om behov for behandling "av en viss varighet" defineres som tidsrom på mer enn 3-4 dager (s. 13, første avsnitt).
- Kravet om at tilstanden er "alvorlig" skal avgjøres ut fra en "objektiv faglig vurdering" (s. 12.), der det unntaksvis også bør legges vekt på den enkelte pasients opplevelse.
- Departementet mener at kontaktlegen skal være den samme under hele oppholdet, og dersom pasienten blir lagt inn på nytt, bør hovedregelen være at pasienten får den samme kontaktlegen.
- Kontaktlegen skal ha følgende ansvar og oppgaver:
 - pasientens faste medisinskfaglige kontakt
 - informasjonsansvarlig ovenfor pasienten og pårørende

- helseforetaket må også vurdere om kontaktlegen bør pekes ut som informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10, og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39
- samarbeidspartner for koordinator
- kontaktperson for fastlegen eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Sykehuset skal sikre at kontaktlegen får tilstrekkelig løpende kontakt med pasienten; "Det kan til dømes skje ved at det er kontaktlegen som går på visitt" (s.16).
- Dersom kontaktlegen ikke er til stede, må en annen kunne kontaktes.
- I følge departementet innebærer ikke ordningen administrative eller økonomiske konsekvenser for helseforetaket, ut over noe mer administrasjon i en overgangsfase, som "på lengre sikt blir utlikna av dei innsparingane ordninga kan innebære i form av samhandlingsgevinstar, betre ressursutnytting og betre kvalitet i tenesta".

Om bakgrunnen for forslaget

Medisinsk klinikk er enig i at gode pasientforløp forutsetter god samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom ulike behandlingssted og ulike behandlingsnivå. Klinikken oppfatter at ordningen med kontaktleger først og fremst skal sikre pasienten en bedre *opplevelse* av behandlingsforløpet; "skape bedre tryggleik enn det som er tilfelle i dag, då fleire opplever at dei møter for mange legar, og at informasjonen og kommunikasjonen er for dårleg".

Medisinsk klinikk er enig i at sykehusene kontinuerlig må jobbe med å forbedre pasientens opplevelse av behandlingsforløpet. Klinikken er imidlertid uenig i at en ordning med kontaktleger er et godt virkemiddel, og vil begrunne dette gjennom følgende argumentasjon:

- ordningen kan undergrave legens totalansvar for pasienten
- ordningen kan skape nye gråsoner med uavklarte ansvarsforhold
- ordningen er vanskelig å gjennomføre i praksis
- ordningen pålegger foretaket en ny administrativ forordning

Avslutningsvis i uttalelsen pekes det på alternative virkemidler for forbedring av samarbeid, informasjon og kommunikasjon.

Behandlerne leges ansvar

Opgavene som listes opp for kontaktlegen påhviler i dag behandlerne lege. Det er i dag den legen pasienten møter på poliklinikken, som tar i mot pasienten i akuttmottaket, eller som går dagens visitt på sengeposten, som har ansvar for å yte medisinsk faglig god utredning og behandling, informere pasient og ev. pårørende, føre journal og iverksette videre tiltak i forløpet. Det vil ikke være praktisk mulig å få til at pasienter som beveger seg mellom ulike behandlingsnivåer gjennom behandlingsforløpet, alltid møter en og samme lege (sin kontaktleger) i disse situasjonene. En ordning der en kontaktleger skal ha delansvar for disse oppgavene, kan føre til at behandlerne lege fraskriver seg ansvar for deler av oppgavene. Det vil kunne oppstå uklarhet mellom behandlerne lege og kontaktleger, noe som kan forsinke forløpet, og føre til at ingen ivaretar deler av oppgavene.

Dette er det viktigste argumentet mot ordningen: den rokker ved, og undergraver, det totalansvaret enhver behandlende lege har for å ivareta, og være med på sikre, den enkelte pasient et godt forløp.

Nye gråsoner med uavklarte ansvarsforhold

I kapittel 3 i høringsnotatet beskrives gjeldende rett, med bestemmelser som skal bidra til samordning og koordinering; koordinatorordningen i spesialisthelsetjenesten, koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, koordinatorordningen i kommunene, fastlegens ansvar for koordinering, og ordningen med individuell plan. Kravet om forløpskoordinatører i pakkeforløp for kreftbehandling er ikke nevnt i høringsnotatet, men er nok et eksempel på nye roller som skal ivareta samhandling og koordinering.

I tillegg foreslås det altså oppretting av kontaktleger. Klinikken mener at det vil kunne oppstå uavklarte ansvarsforhold som følge av gråsoner mellom de ulike koordinatoransvarlige (for eksempel kontaktleger og koordinator), og mellom de ulike koordinatoransvarlige og behandlende helsepersonell. Klinikken mener det er feil å opprette egne stillinger som skal sikre koordinering; dette må sikres gjennom det løpende arbeidet, i form av funksjoner, og gjennom systemer som understøtter samhandling og samarbeid på tvers av enheter og nivåer. Satt på spissen; det kan om kort tid bli behov for koordinering av koordinatorene.

Praktisk gjennomføring av ordningen

Sykehus driftes med 3 skift i døgnet, 7 dager i uken, 52 uker i året. Både avdelingens sengeposter, poliklinikker og dagenheter skal bemannes med leger med riktig kompetanse, og vaktordninger skal bemannes døgnet rundt, inklusive ved akuttmottakene.

Godt driftet avdelinger påser allerede i dag at kronikere/pasienter med langvarige alvorlige pasientforløp treffer sin faste lege ved planlagte konsultasjoner eller innleggelse. God logistikk ved kirurgiske avdelinger sikrer at opererende leger også har ansvar for forundersøkelse og utskriving av pasienten, så langt som mulig.

Ved akutte forverringer med behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, eller konsultasjon ved akuttpoliklinikken, er pasientene opptatt av å få rask behandling, av kompetent personell. Pasienten vil ha forståelse for at den faste legen ikke nødvendigvis er i akuttmottaket natt til mandag, eller på akuttpoliklinikken onsdag kveld. I den akutte situasjonen er det vakthavende personell innenfor den aktuelle spesialitet som må

- være tilgjengelig for pasienten
- gi informasjon til pasienten

- ha en rolle i behandlingsteamet rundt pasienten,

altså oppgavene som er påtenkt kontaktlegen. Tilsvarende vil gjelde for alle situasjoner der kontaktlegen av ulike grunner ikke er tilstede (sykdom, ferie, permisjoner, overlegepermisjoner, obligatoriske kurs for leger i utdanning, konferanser, møter med mer). En pasient som har et døgnopphold på for eksempel 6 døgn, vil i løpet av oppholdet nødvendigvis måtte treffe flere leger. Det som er viktig er at den enkelte lege som er involvert ivaretar sitt ansvar for sin del av forløpet, at vedkommende sikrer god og løpende dokumentasjon i pasientens journal og at det er IKT-systemer som sikrer tilgang til denne informasjonen, også på tvers av sykehus, enheter og nivå.

Klinikken mener at man bør ta lærdom av at ordningen med pasientansvarlig lege (PAL) ikke fungerte i praksis, heller ikke for de pasientene som hadde langvarige og alvorlige forløp. Det er ikke mulig å se hva som skulle tilsi at ordningen med kontaktlege skal fungere bedre. Klinikken mener at pasientene også denne gangen loves noe som ikke er mulig å gi et reelt innhold.

Ny pasientadministrativ forordning

Klinikken mener at en reell innføring av denne ordningen vil ha transaksjonskostnader ut over det som beskrives i høringsnotatet. Det vil bli krevende å forankre ordningen og skape forståelse for behovet hos legene. I tillegg vil det forutsette nye administrative rutiner med oppnevning av koordinator, dokumentasjon av oppnevningen, informasjon til pasienten og systemer for kommunikasjon mellom øvrig helsepersonell og kontaktlegen.

Klinikken viser til at sykehusene også i 2015 har mange andre nye pasientadministrative oppgaver, blant annet knyttet til endringene i pasientrettighetsloven som trer i kraft 1. september. SSHF har også, som de fleste andre foretak, fortsatt uløste oppgaver knyttet til kontroll og styring av det pasientadministrative arbeidet, jfr. handlingsplan for oppfølging av konsernrevisjonen fra 2013.

Alternative virkemidler

Det er en ledelsesoppgave å sørge for godt koordinerte forløp. Gode avdelingsledere og medarbeidere utvikler en kultur der dette vektlegges. Toppledere har ansvar for at organisering, pasientadministrative system og IKT understøtter samhandling og samarbeid.

Klinikken er enig i at sykehusene fortsatt har forbedringspotensiale på dette området. I stedet for å pålegge nye ordninger, ønsker klinikken å videreutvikle og styrke den ordinære driften, og bygge opp under den enkelte medarbeiders evne og mulighet til å utøve sine oppgaver, i

det komplekse samspillet som er nødvendig for å sikre koordinering av langvarige og sammensatte forløp.

Lokalt kan det arbeides for å videreutvikle systemer som understøtter samarbeid på tvers av avdelinger, for eksempel etter modell fra kreftbehandlingen der multidisiplinære team (MDT) er etablert som gullstandard. Faste eller ad-hoc MDT-møter også innenfor andre fagområder, systemer for felles bedside tilsyn (med leger fra flere spesialiteter) fremfor enkelttilsyn, og felles bedside vurderinger i akuttmottakene, med pasientadministrative ordninger som understøttelse, vil kunne være viktige bidrag. Det er lederne på seksjon- og avdelingsnivå som må drive frem slike og andre ordninger.

Det toppledelse og eiere kan bidra med her er i første rekke

- *IKT-løsninger som fungerer på tvers av forvaltningsnivåer og tvers av enheter*; Ingen kan bli overrasket over at det er vanskelig å få til god nok samhandling når det fremdeles er nødvendig å bruke fax, telefon eller papirpost ved utveksling av pasientinformasjon. Fastleger i Oslo kan for eksempel ennå ikke sende elektroniske henvisninger til OUS. Ved SSHF har vi mottatt elektroniske henvisninger fra fastleger på Agder siden 2010, men må fremdeles sende henvisninger til andre sykehus og til OUS i ordinær brevpost. Samhandlingsreformen ble innført uten at det forelå muligheter for elektronisk melding mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. Det er åpenbart at mangel på slike løsninger fører til dårligere samhandling.
- *IKT-løsninger som understøtter langvarige og komplekse pasientforløp*; dagens pasientadministrative system (Dips) understøtter på ingen måte klinikernes behov for å få god oversikt over forløpet. Omstendelige innkjøpsprosesser har så langt ført til at system som sikrer dette ikke er anskaffet ved vårt sykehus
- *å sørge for fravær av unødvendig detaljert rapportering og nye pålagte administrative forordninger som ikke gir økt helse*

Avslutning

Et sykehus med kultur for samarbeid og samordning, der organisering, pasientadministrative system og IKT understøtter dette, vil ikke ha behov for kontaktleger eller koordinatører på toppen, som glavalag mellom det enkelte helsepersonell og pasienten. Der er *funksjonen* koordinering som er målet, og som må fylles av det helsepersonell som til enhver tid er på vakt, gjennom et godt samarbeid mellom lege, sykepleier og merkantilt personell. Gode pasientadministrative system og IKT-løsninger som sikrer kommunikasjon på tvers av enheter og nivå i helsetjenesten, er avgjørende.

Det bes om at sykehuset sender sin uttalelse direkte til Helsedepartementet, og ikke kun til det regionale helseforetaket. De lokale helseforetakene er de som vil måtte bære belastningen med å gjennomføre ordningen.

Med vennlig hilsen

Nina Iversen

klinikk sjef Medisinsk klinikk



Vestre Viken HF

Helse og
Omsorgdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
Saksbehandler:
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:

Dato:

24.01.2015

Halfdan Aass

14/02412-62 / 008
13/5286-

Svar på høring - Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - Søksmålsfrister

Det vises til høringsbrev av 24.10.14. Vestre Viken har drøftet høringsnotatet og ønsker å gi følgende kommentarer:

Det foreslås å innføre kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse som har behov for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten over en viss tidsperiode (anslagsvis satt til 3-4 dager). Oppnevning av kontaktlege skal både være en plikt for helseforetakene og en rett for den enkelte pasienten. Hensikten er å bedre kontinuitet, informasjonsflyt og oversikt over behandlingsforløpet.

Dagens praksis og situasjon:

Det har etablert praksis ved de fleste avdelinger at man tilstreber at pasienter med langvarige behov for spesialisthelsetjenester følges av samme lege. Dette vil oftest være pasienter som følges ved poliklinisk/ambulant behandling over tid med eventuelle innleggelse av og til. I noen tilfeller, f. eks. ved kronisk dialysebehandling, kan det være en liten gruppe leger som sammen tar hånd om pasientene, men ofte er det da også en som følger pasienten spesielt.

Ved kortvarige innleggelse blir oppfølging ofte delt på flere. Dette skyldes bl. a vaktordninger, ulike arbeidsoppgaver for legene, effektivitetshensyn mv. Det er likevel et mål at pasienten skal oppleve behandlingen som kontinuerlig og få god informasjon underveis og ved utskrivelse. Ut fra pasienter og andres tilbakemeldinger er det et mål å forbedre dette. I den nasjonale årlige erfaringsundersøkelsen blant innlagte pasienter ved somatiske avdelinger "Pasienterfaringer ved norske sykehus" som utføres av Kunnskapscenteret, er et av spørsmålene: "Oppløvd du at én lege hadde hovedansvaret for deg". I undersøkelsen i 2013 svarte 54 % av pasientene i "stor/svært stor grad", 22 % "i noen grad" og 24 % "i liten grad/ikke i det hele tatt" på dette spørsmålet (Kunnskapscenteret, PasOpp rapport nr. 2- 2014). Erfaringene er således varierte. Resultatene sier ikke noe om hvordan svarene for målgruppene for kontaktlegeordningen fordeler seg. Men en god del av pasientene svarer at de har oppløvd det som er hensikten med kontaktlegeordningen.

Tidligere ordning med pasientansvarlig lege:

Den tidligere ordningen med pasientansvarlig lege viste seg vanskelig å få til å fungere på en god måte. Utredningen "Fra stykkevis til helt" (NOU, 2005:3) anfører at ordningen med pasientansvarlig lege ikke er evaluert noen gang. Etter utvalgets oppfatning er det ikke behov for

en slik ordning for alle pasienter, men anbefaler at ordningen rettes mot de pasientgruppene som trenger det mest. Erkjennelsen av dette var vel begrunnelsen for at ordningen med

pasientansvarlig lege ble avvirket. Den foreslåtte ordning er i overensstemmelse med anbefaling om en mer spisset ordning.

Andre koordinerende ordninger/pakkeforløp:

I dag er gjeldende regel at det skal oppnevnes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige koordinerte tjenester. Det skal nettopp sikre en koordinert oppfølging, men er ikke en pasientrettighet.

Ved innføring av pakkeforløp for kreft er det innført forløpskoordinatorer som skal sikre koordinering av pakkeforløpet og være kontaktperson for pasient og pårørende. Disse vil dekke en del av de oppgaver som ellers ville være lagt til kontaktlege.

Om den foreslåtte ordningen med kontaktlege:

Vestre Viken anbefaler ikke at det innføres en ordning med kontaktlege som plikt for foretaket og som rett for pasienten. Målene for innføring av slik ordning er lett å være enige i. Pasienter som følges over tid i spesialisthelsetjenesten bør hovedsakelig følges av samme lege. Men målene bør det kunne arbeides med uten at det innføres en plikt- og rettighetsbestemmelse om kontaktlege.

Dersom ordningen likevel innføres, er det viktig å få klare retningslinjer for hvilke pasienter som kommer inn under ordningen. Det støttes at det er alvorlighetskriteriet som er det viktige, men det er grunn til å presisere dette nærmere. Varighetsbegrepet er utydelig beskrevet. Ved innleggelse, ikke minst ved akuttinnleggelse, kan både alvorlighetsgrad og varighet være uklart. Det samme gjelder ved første polikliniske konsultasjon. Det anføres (s.13) i høringsnotatet at kontaktlege skal utnevnes ".....snarast råd etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, seinest ved innlegging eller ei poliklinisk undersøkning eller behandling....". Det forutsettes at tilstanden er avklart allerede på dette tidspunktet, men det vil ofte ikke være tilfelle. "Seinest ved innleggelse" vil således ikke egne seg for akutte eller uavklarte tilstander. Det er anført at kreftpasienter er en gruppe som i de fleste tilfeller vil komme inn under ordningen. For denne viktige pasientgruppen er pakkeforløp under innføring, og det bør høstes erfaring med pakkeforløp og forløpskoordinatorfunksjonen før det innføres ytterligere en ordning. En viktig oppgave for forløpskoordinatorene vil nettopp være å sørge for koordinerte tjenester, inklusive legetjenester. Ved kreftsykdom kan utredning skje ved medisinsk avdeling, behandlingen gis ved kirurgisk avdeling og videre behandling med cellegift skje ved kreftpoliklinikk. Det vil være rimelig at lege ved den avdeling som til enhver tid behandler pasienten er kontaktlege. Kontaktlege vil derfor skifte underveis i et forløp.

Det anføres at innføringen av kontaktlege vil gi samhandlingsgevinster, trolig øke pasientsikkerheten og redusere uheldige hendelser. Bedret samhandling vil kunne gi slike gevinster. Imidlertid kan det å legge oppfølging på enkeltpersoner også gi utfordringer ved at oppfølging og avgjørelser utsettes i påvente av kontakt med kontaktlege. Derfor ligger det også en risiko her, som det må ta høyde for ved utforming av ordningen. Det er viktig at ordninger som skal sikre pasientrettigheter og tilfredsstillende behandling og kommunikasjon ikke baseres på enkeltpersoner, men på systemer som fungerer kontinuerlig uavhengig av person.

Høringsnotatet anfører at forslaget innebærer ubetydelige økonomiske og administrative konsekvenser. Vår vurdering er imidlertid at det vil bli økt administrativt arbeid, avhengig av hvor omfattende ordningen gjøres. For hver pasient skal det vurderes om det skal opprettes kontaktlege, denne vurderingen må dokumenteres i journalen, det må følges opp at ordningen fungerer med rapportering og oppfølging av rutiner. Ved fravær må det sørges for at det oppnevnes ny kontaktlege, klager skal behandles mv. Slik ordningen foreslås er det ikke et krav at

kontaktlegen gir all informasjon eller deltar i all behandling av pasienten. En slik smidighet er viktig særlig under innleggelse, men det er risiko for at effektiviteten reduseres i påvente av at kontaktlegen involveres. Det må også forventes økt bruk av legeressurser hos innlagte pasienter. Visittgående lege vil ikke være kontaktlege for alle pasientene i et område, og vet må forventes

at kontaktlege vil ha ytterligere kontakt med pasienten. Omfanget vil avhenge av hvordan ordningen utformes.

Det støttes at "kontaktlege" innen psykisk helsevern og rus ikke behøver være lege, men kan værfe annet behandlende helsepersonell.

Konklusjon:

Intensjonene med kontaktlege er gode. Som anført over, er dette allerede etablert praksis for mange pasientgrupper i helsetjenesten uten at det er formalisert.

Pasientopplevelsesundersøkelser støtter at pasienten også oppfatter det slik.

Vestre Viken anbefaler at ordningen ikke innføres som pliktordning for foretakene eller som pasientrettighet, men at målsettingene arbeides videre med på annen måte. Spesielt anbefales at det avventes hvilke erfaringer som gjøres med pakkeforløp for kreft som er under innføring.

Dersom ordningen innføres, er det viktig å etablere klare retningslinjer for ordningen, jfr. over.

Det må forventes at ordningen medfører økt administrativt arbeid og økt legeressursinnsats.

Det anbefales at ordningen eventuelt innføres som en prøveordning/pilot ved et helseforetak eller for en spesifikk pasientgruppe, slik at det kan høstes erfaringer før det gjøres til en lovfestet ordning for større pasientgrupper.

Søksmålsfrister:

Forslagene i høringsnotatet støttes.

Med vennlig hilsen

For Vestre Viken

Halfdan Aass (sign)

fagdirektør

Medisin og helsefag

Kopi til: Helse Sør-Øst RHF

Vedlegg 9

Lovisenberg Diakonale sykehus

Administrasjonen
Kvalitetsavdelingen
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
0440 Oslo
Sentralbord: 23 22 50 00
Besøksadresse:
Lovisenberggt. 17
Faks: 23 22 51 35
www.lids.no

Org. nr.: No 965 985 166

Deres ref.: Vår ref.: Saksnr.: Arkivnr.: Dato:

14-01465-2 P.A.Holman 2014/1110-2 14-01-201

Hørings svar – kontaktlege i spesialisthelsetjenesten

Intensjonen om å styrke kontinuiteten i behandlingen for pasienter med alvorlig sykdom av en viss varighet er god. Vi anerkjenner behovet. En slik ordning bør kunne iverksettes i større deler av spesialisthelsetjenesten, man har i praksis vist seg vanskelig gjennomførbar i deler av tjenesten.

Vi tror ordningen egner seg godt i avdelinger med stor grad av elektiv behandling både i somatikk og psykisk helsevern. I akuttavdelinger vil ordningen være vanskeligere å implementere. Vi er usikre på om det i somatikk alltid bør være en lege som ivaretar kontinuiteten og koordinering. Utviklingen går i retning av at bl.a. sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer og fysioterapeuter overtar oppgaver fra legene, spesielt i forhold kronisk syke og grupper som regelmessig skal følges opp med kontrolltiltak.

Sykepleiedrevne poliklinikker er et slikt eksempel. Et annet eksempel kan være dersom en alvorlig lungesyk pasient også får et hjerteinfarkt, hvor det kan være u hensiktsmessig at lungelegen skal koordinere kardiologens behandling.

Vi er skeptiske til å innføre nye pasientrettigheter som på den foreslåtte måten detaljstyrer den kliniske praksis og organisering av arbeidet. Det vanskeliggjør nødvendige prioriteringer og tilpasninger til lokale forhold.

Vi deler ikke departementets vurdering av at ordningen bare har positive administrative gevinster og ingen økonomiske konsekvenser. Dersom ordningen med koordinator styrkes med en fast kontaktperson bør det gis åpning for at spesialisthelsetjenesten kan vurdere hvilken profesjon det er mest hensiktsmessig at pasienten kan kontakte, også i somatikk slik som foreslått i PHV og TSB.

Vennlig hilsen

For Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Lars Erik Flatø (sign.) Per Arne Holman
Administrende direktør kvalitetssjef