



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Dykkar ref:

Vår ref:

2014/991 - 7669/2015

Sakshandsamar:

Hanne Løvereide Årstad 51963803

Dato:

20.01.2015

## Høring - Kontaktlege i spesialisthelsetenesta - Søksmålsfristar

Helse Vest RHF viser til brev av 24.10.2014 frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vedrørende høring til innføring av kontaktlege i spesialisthelsetenesta og innføring av søksmålsfristar.

Helse Vest har lagt høyringsnotatet fram for dei fire sjukeshusføretaka i Helse Vest. Vi har motteke skriftlege tilbakemeldingar frå to av føretaka. Helse Vest har valt å leggja ved dei to skriftlege høyringsuttalene frå føretaka.

Helse Vest støttar forslag til innføring av søksmålsfristar for vedtak fatta av klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. Ut over dette har vi ikkje merknadar til del III i høyringsnotatet.

Merknadane er knytt opp til kap 5 og 6 i høyringsnotatet og følgjer same inndeling.

### Innleiing

Helse Vest er positiv til ei ordning som gjer at pasientane i størst mogleg grad skal treffe den same legen i sitt pasientforløp.

For dei fleste pasientar vil dette ikkje dreie seg om innlegging eller polikliniske behandling over eit avgrensa tidsrom der man kan peika ut ein kontaktlege som tar hand om denne funksjonen i ei avgrensa periode. Verkelegheten vil oftast vere annleis:

Regelene knytt til ei ordninga med kontaktlege bør ta utgangspunkt i den kvardag pasientar med alvorleg sjukdom, eller liding opplev og dei negative erfaringar man har med å få gjennomført ordninga med pasientansvarleg lege.

- Pasientane blir flytta mellom ulike medisinske spesialitetar/ avdelingar i same helseføretak.

- Pasientar utanfor dei store byane må skifte helseføretak/sjukehus ein eller fleire gonger i løpet av forløpet.
- Forløpet kan gå over veker eller månadar med ei blanding av innlegging, dagbehandling og poliklinikk.
- Forløpet kan gå mellom ulike sjukehus som i aukande grad får samordna journalsystem, men kor dette ikkje er allment gjennomført.
- Pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding er ofte ikkje omgitt av noke «behandlingsteam rundt pasienten», eller bare i korte periodar. Dei fleste forløp føregår poliklinisk med pasienten buande heime, eller på sjukehotell.
- Mange avdelingar som spelar ei stor rolle for desse pasientgrupper har vaktordningar som gjer at legar i betydelig grad ikkje er til stade i normalarbeidstid.

Høyringsnotatet tar i for liten grad inn over seg dei store organisatoriske utfordringar dette skaper.

## 5.2 Rett til å få oppnemnt og plikt til oppnemne kontaktlege

Departementet foreslår at både *«plikta og retten blir avgrensa til å gjelde for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding, som har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta i ein viss tidsperiode («av en viss varighet»)*.

*Kravet om behov for behandling «av en viss varighet» bør etter departementet si vurdering som hovudregel omfatte tilfelle der det er behov for behandling over eit tidsrom på meir enn 3–4 dagar.*

Helse Vest meiner det er behov for å avgrensa ordninga betre. Dette gjeld både med tanke på å rettleie sjukehusa i når dei skal oppnemne kontaktlege, men også for å definera pasientane sine rettar.

Kva som er «alvorleg sjukdom, skade eller liding, bør klargjerast. Departementet skriv at spørsmålet om ein tilstand er alvorleg bør som utgangpunkt avgjerast ut frå ei objektiv fagleg vurdering. Det blir i høyringsnotatet peikt på nokre objektive kriterier som skal vurderast. Vidare skriv departementet at «ein må gjera ei heilskapleg vurdering i kvart enkelt tilfelle, og det ikkje kan utelukkast at i unntakstilfelle bør det leggjast vekt på opplevinga til den enkelte pasient».

Helse Vest meiner at når oppnemning av kontaktlege også skal definera pasienten sine rettar må det tydeleg gå frem i retningslinjer/ forskrift kven som skal få ein slik rett.

Når det gjeld vilkåret « av en viss varighet» blir det vist til ein tidsperiode på meir enn 3-4 dagar. Dette kan etter Helse Vest sin vurdering vere ei fornuftig avgrensing om det dreier seg om ei innlegging for ein alvorleg tilstand. Dreier det seg om ein poliklinisk behandling med meir enn eit oppmøte med tidsavstand over tre dagar vil ordninga bli svært omfattande.

Helse Vest viser vidare til vedlagte høyringsuttale frå Helse Bergen HF under dette punkt.

### 5.3 Utpeiking av kontaktlege

Forslaget går ut på at det er **helseforetaket** som skal oppnemne kontaktlege for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetenesten av ein viss varighet.

Helse Vest vil her peike på bruken av omgrepet helseforetaket og er av den meining at det bør stå spesialisthelsetenesten. Det er ulike måter organisere tenestene på og reglane må ikkje utelukke at private helseinstitusjonar med avtale også kan ha plikt til å oppnemne kontaktlege.

Vidare står det i forslag til ny § 2-5 c at « *Den som oppnevnes må være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.*» Helse Vest er i prinsippet einig i at den som blir pekt ut må vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten. Det vil likevel vere store praktiske utfordringar å få dette til. Vi viser til punktet under om ansvar og oppgåver for kontaktlegen.

*«Ansvarlig avdelingsleder eller enhetsleder skal **peke ut** hvem som skal være kontaktlege for pasienten så snart som mulig etter at **det er vurdert** at pasienten har rett til kontaktlege, senest ved innleggelse eller poliklinisk undersøkels,»* jf forslaget til ny § 2-5 c 2. ledd.

Helse Vest merkar seg at ein i lova har bestemt kven i organisasjonen som skal peike ut kontaktlege, men det blir ikkje peikt på kven som skal vurdere retten til kontaktlege. Helse Vest er av den oppfatning at lovteksten ikkje treng å gi føringar på korleis arbeidet skal organiserast, men peike på at begge oppgåver ligg til spesialisthelsetenesta, eventuelt at institusjonen skal peike ut kven i organisasjonen som er ansvarleg for begge oppgåvene.

Helse Vest er vidare einig i forslaget om at innan psykiatrien og tverrfagleg spesialisert rusbehandling kan oppnemninga vere meir profesjonsnøytral, jf forslaget om at oppnemning innan desse områda « *kan **annet helsepersonell** utnevnes i stedet for kontaktlege dersom det er mest hensiktsmessig ut fra den behandling eller oppfølging som skal gis*» jf. forslag til ny § 2-5 c. 4. ledd.

### 5.4 Ansvar og oppgåver for kontaktlegen

Forslaget til ny § 2-5 c, 3. ledd «*Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. For å sikre kontinuitet i pasientforløpet må helseforetaket vurdere om kontaktlegen også skal være informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven 10 og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39.*

Helse Vest vil peike på at dette vil vere vanskeleg å praktisera. Modellen legg opp til at leger skal fungera i ulike roller som er uklart avgrensa kvar for seg og mot kvarandre:

- Kontaktlege,
- Informasjonsansvarleg lege
- Journalansvarleg lege

- Leger som møter pasient på sengeavdeling, dagavdeling eller poliklinikk

Desse ulike roller kan ikkje ivaretaast av legar på tvers av kliniske avdelingar eller sjukehus. Ein kirurg kan ikkje vere verken kontaktlege, informasjonsansvarleg eller journalansvarleg når pasienten er ute av kirurgisk avdeling og får behandling for en postoperativ lungebetennelse på medisinsk avdeling. Det er heller ikkje sjeldan at pasientar blir flytta mellom sjukehus.

I den enkelte avdeling vil ansvaret for ulike oppgåver (til eksempel informasjon) vere uklart med så mange uklart avgrensa og delvis overlappanda roller.

Helse Vest meiner at skal eit system med desse ulike legeroller fungera, må ein akseptera hyppige skifte i desse rollene når pasientar flyttast. Dette får administrative konsekvensar og behov for fortløpande informasjon til pasientane.

Mange pasientar som skal ha kontaktlege vil også ha pasientkoordinator.

Departementet skriv: «Dersom det er oppnemnt ein koordinator, kan det i første omgang vere aktuelt å vise til koordinatoren, som anten kan avklare spørsmålet eller gi informasjon om når kontaktlegen er til stades, eller leggje att ei melding til vedkomande

Helse Vest støttar dette, men meiner det kan komma tydlegare fram at koordinator er førsteval. Dette av følgjande grunnar:

- Svært mange kontaktar dreiar seg enten om praktiske forhold koordinator tar hand om, eller om vanlige medisinske spørsmål koordinator kan svare godt på etter å ha fått spørsmåla fleire ganger før.
- Der lege må trekkast inn, vil koordinator vite kva lege frå kva spesialitet/avdeling det er best å spørje.
- Legen bør bruke sin tid på oppgåver andre ikkje kan gjere, ikkje dei oppgåver andre kan gjere like godt eller betre.

## 5.5 Behandlingsplan

Etter departementet si vurdering er det viktig at det blir utarbeidd ein behandlingsplan for den enkelte pasienten. Behandlingsplanen må reviderast ved behov.

Det som karakteriserar helsehjelp ved alvorleg sjukdom eller skade er at den ofte er avansert, med krav til høg grad av spesialkompetanse. Vidare at helsehjelpen i delar av forløpet blir gitt 24/7, og ved fleire sjukehus. Det er derfor, sjølv med optimal organisering, ikkje mogleg at pasienten kun kan halde seg til eit lite tal leger gjennom heile forløpet.

Det er viktig at ein behandlingsplan i journal, er laget av ein lege, som kjenner pasienten godt, og inneheld alle viktige tiltak (inkludert informasjonssamtaler). Vidare er det viktig at denne er godt dokumentert. Er dette tilfellet vil også legar og anna helsepersonell som møter pasienten kortvarig eller i «biroller» til alle tider av døgnet

vite kva plan som skal følgjast opp og sørge for at pasient og pårørende får god informasjon.

Helse Vest meiner at god planlegging og god dokumentasjon i journal er vel så viktig for å skape god kontinuitet og auke pasienttryggleiken som å oppnemne legar i ulike roller. Helse Vest vil vidare peike på at felles journalsystem og journalrutinar med «innsyn på tvers» mellom sjukehus som samarbeider om pasienten vil ytterlegare bidra til å nå desse måla.

Like viktig er ein systematisk langsiktig planlegging av driften, for å sikre at pasienten møter ein gjennomtenkt plan alt ved første oppmøte. I dette ligg at pasienten møter riktig lege ved første oppmøte og same lege i det vidare forløp så lenge det ikkje er medisinske grunnar til skifte. Med eit slikt opplegg vil den lege som følgjer pasienten over tid raskt gli inn i rolla som kontaktlege uavhengig av formell oppnemning.

Helse Vest oppfattar bruk av avansert, langsiktig oppgåveplanlegging som vel så viktig for å skape kontinuitet for pasientar.

## **6. Administrative og økonomiske konsekvensar**

Departementet uttaler: «Ordninga vil vere arbeidssparande administrativt ved at det blir enklare å finne rett person til å svare på spørsmål om pasienten, og dessutan arbeidssparande for den enkelte legen. Den som blir oppnemnd som kontaktlege, kjem ikkje nødvendigvis til å få fleire førespurnader, men vedkomande vil få førespurnader om pasientar han eller ho kjenner.»

Vidare: «Etter departementet si vurdering inneber forslaget ubetydelege økonomiske konsekvensar for spesialisthelsetenesta.»

Helse Vest er ikkje einig i dette. Det er ei arbeidskrevjande oppgåve å oppdatere kva lege som er i kva roller ( kontaktlege, journalansvarleg, inforasjonsansvarleg og kven som møter pasienten den aktuelle dag) i eit system der pasientar flyttar i sjukehussystemet avhengig av medisinsk behov og der pasientstrømmene er store. En fare vi også vil peike på er at dette også kan utløyse gråsoner når det gjeld ansvar.

### **Avsluttande kommentar**

Helse Vest kan sjå at innføring av kontaktlege samla sett vil ha klart positiv innverknad på kvaliteten og opplevinga av pasientforløpet for den enkelte pasient.

Vi vil likevel peike på at dette vil føre til ekstra tidsbruk og dermed kostnadar. Det er for tida fleire endringar som treff sjukehusa med stor tyngde og krev organisasjonsmessige endringar. Til dømes kan vi nemne pakkeforløp og koordinatorar. Det er usikkert om ein samtidig innføring av kontaktlege- ordninga vil gi forbetring, eller om det vil forstyrre dei andre ordningane og gjere rollene utydelege.

Det er også viktig at det blir tydelig at det ikkje er brot på pasientrettane om pasienten møter fleire legar, eventuelt må bytte kontaktlege i pasientforløpet.

Helse Vest er vidare oppteken av at innføring av kontaktlege ikkje gjer at fastlegen sitt ansvar for oppfølging av pasienten blir svekka.

Når dette er sagt bør sjukehusa ha som mål at pasientane i størst mogleg grad skal treffe den same legen gjennom heile sitt pasientforløp – enten det dreier seg om ein langvarig og kronisk sjukdom, eller det er ein kortvarig og kanskje dramatisk sjukehistorie. Dette bør gjerast synleg i planleggingsarbeid gjennom bruk av avansert, langsiktig oppgåveplanlegging.

Med vennleg helsing



Herlof Nilssen  
administrerande direktør



Ivar Eriksen  
eigardirektør

Vedlegg: Høyringsuttale frå Helse Bergen HF av 13.1.2015  
Høyringsuttale frå Helse Fonna HF av 15.1.2015

Helse Vest RHF  
Postboks 303 Forus  
4066 Stavanger

Deres ref:

Vår ref:  
2014/22129

Saksbehandler:  
Nina Christin Næsheim

Dato:  
13.01.2015

## Høyringsuttale- kontaktlege i spesialisthelsetenesta - søksmålsfristar

Helse Bergen viser til brev av 20. november 2014 frå Helse Vest der vi blir bedne om å komme med innspel til høyring om kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta og søksmålsfristar innan 15. januar 2015. Helse Bergen har ikkje merknader til forslaget om innføring av søksmålsfristar for vedtak gjorde av Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd.

Når det gjeld forslaget om innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta, har Helse Bergen gjennomført eit høyringsmøte med representantar frå aktuelle avdelingar den 8. desember 2014. Vidare har utkast til høyringssvar vore sendt ut for gjennomgang i aktuelle fagmiljø i sjukehuset.

### Oppsummering

Helse Bergen oppfattar at føremålet med forslaget til lovendring er å bidra til at pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning kjenner seg trygge gjennom heile pasientforløpet. Helse- og omsorgsdepartementet legg til grunn at kontaktlegeordninga vil medverke til at pasientane møter færre legar og at informasjonen og kommunikasjonen blir betra. Vidare tenkjer ein seg at kvaliteten og heilskapen i det medisinske tilbodet kan bli følgt opp på ein betre måte ved innføring av ei slik ordning.

Fagmiljøet på sjukehuset er einig i at kontaktlegeordninga kan bidra til betre pasientforløp for dei alvorleg sjuke pasientane, men meiner at det er viktig at det blir vidare klargjort korleis ordninga er tenkt gjennomført og implementert. Det er viktig at det blir presisert at alvorleg sjuke pasientar også i framtida vil måtte møte mange forskjellige legar, både av helsefaglege og legitime praktiske årsaker.

Helse Bergen meiner det er viktig å ta omsyn til følgjande punkt ved innføring av ordninga:

- Det bør vurderast om målgruppa for kontaktlegeordninga er for omfattande slik den er formulert i forslaget til lovendring. Dette sett i forhold til pasientane sitt behov, og dessutan i kva grad det er mogleg for spesialisthelsetenesta å implementere ordninga utan betydelege administrative og økonomiske konsekvensar. Helse Bergen meiner det er viktig at det blir vidare klargjort, eventuelt i forskrift, kva pasientar som skal ha rett til kontaktlege.
- Det bør tydeleggjerast kva ansvar og oppgåver kontaktlegen skal ha. Kontaktlegen må ikkje påleggjast oppgåver som det er meir tenleg at anna helsepersonell i behandlingsgruppa utfører. Det bør særleg avklarast kva departementet meiner med at kontaktlegen skal vere tilgjengeleg for pasienten.
- Innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta må ikkje svekke den rolla fastlegen har som medisinsk-fagleg koordinator for pasientane på si liste.

#### **Retten til å få oppnemnt og plikt til å utpeike kontaktlege**

På dette punktet meiner dei aktuelle fagmiljøa at det er behov for ei brei drøfting av kva pasientgrupper som skal ha rett til å få oppnemnt kontaktlege. For at ordninga skal vere enkel å administrere bør det utarbeidast klare retningslinjer for kven som skal ha ein slik rett. Dette vil også vere viktig for å sikre mest mogleg lik praktisering av ordninga i heile landet.

Høyringsnotatet nemner kortvarig behandling der det ikkje er behov for individuell oppfølging i spesialisthelsetenesta som noko som vil falle utanfor ordninga. Dei eksempla som blir nemnde på side 13 i høyringsnotatet tyder på at departementet meiner at kontaktlegeordninga skal vere eit tilbod til fleirtalet av pasientar med behov for sjukehusbehandling av ein viss lengd. Dette kan ikkje vere hensiktsmessig. Helse Bergen foreslår at det blir sett ned ei arbeidsgruppe samansett av helsepersonell og brukarrepresentantar for å diskutere kva gruppe av pasientar som bør ha rett til kontaktlege før lovendringa blir vedtatt, og at det blir gitt heimel for å gi forskrift som utdjuar målgruppa.

Helse Bergen meiner at pasienten bør følgjast opp i primærhelsetenesta i dei fasane av sjukdomsforløpet der dette er forsvarleg og god helsehjelp. Innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta må ikkje utydeleggjere den arbeidsfordelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta som samhandlingsreforma legg opp til. På denne bakgrunn bør det presiserast at retten til kontaktlege berre gjeld for ein avgrensa periode. Det kan ikkje vere slik at kontaktlegen skal vere tilgjengeleg i periodar av pasientforløpet der spesialisthelsetenesta har vurdert at det er medisinsk forsvarleg at pasienten blir følgt opp av primærhelsetenesta, sjølv om pasienten skal inn til regelmessige kontrollar i spesialisthelsetenesta.

Ved kronisk sjukdom og langvarig poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetenesta, er kontaktlegefunksjonen viktig. Det bør likevel presiserast at ordninga ikkje endrar pasientens rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Utanom dei avtalte opphalda/polikliniske avtalane må kontakt med spesialisthelsetenesta skje på vanleg måte sjølv om pasienten har kontaktlege. Det motsette vil undergrave den moglegheita fastlegen har til å gi gode tenester og det vil belaste spesialisthelsetenestene utover det som er nødvendig.



### **Utpeiking av kontaktlege**

Helse Bergen er einig i at det bør vere eit vilkår at den som blir peikt ut til å vere kontaktlege for pasienten må vere ein del av det teamet som behandlar pasienten. Vidare bør hovudregelen vere at pasienten skal få den same kontaktlegen ved nye polikliniske timar eller innleggingar. Helse Bergen ser likevel at det vil vere praktisk vanskeleg å få til dette, det vises til kommentarane i neste punkt.

Helse Bergen er også einig i at det for pasientar i det psykiske helsevernet og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, ikkje treng å vere lege som blir peikt ut til å vere kontaktperson.

### **Ansvar og oppgåver for kontaktlegen**

Departementet skriv at kontaktlegen bør vere den faste medisinsk-faglege kontakten til pasienten. Helse Bergen ser at dette kan vere vanskeleg å få til i praksis. Dei lovpålagte oppgåvene til spesialisthelsetenesta gjer at mange legar deler tida si mellom pasientbehandling, forskning og utdanning/spesialisering. Legar som står på operasjonsstova delar av dagen, som arbeider turnus og som har delar av stillinga si knytt til forskning, vil i store deler av dagane i løpet av eit år vere utilgjengeleg for uavtalt kontakt med pasientar, pårørande og fastlegar. På denne bakgrunn er det viktig å gi pasientane realistiske forventningar til kva det betyr at kontaktlegen skal «vere tilgjengeleg for pasienten».

Ein del pasientgrupper med kroniske sjukdommar vil i stabile fasar gå til kontroll på ein poliklinikk, for eksempel ein gong per år, over mange år. Det er behov for at LIS-legar (legar i spesialisering) får erfaring med poliklinisk oppfølging med desse pasientkategoriane, slik dei får i dag. Dersom det blir innført eit strengt krav om at pasienten skal møte kontaktlegen sin ved poliklinisk kontroll, vil pasienten måtte bytte kontaktlege når LIS-legen går vidare i utdanningsforløpet sitt. Alternativt må det bli godtatt at ein overlege ved poliklinikken er kontaktlege, og at pasienten likevel møter ein LIS-lege når han/ho er på kontroll.

Spesialisthelsetenesta og tilsynsmyndighetene har i mange år hatt fokus på systemperspektivet. Helse Bergen er også opptatt av at pasientbehandlinga ikkje skal bli for avhengig av enkeltpersonar, fordi det fører til auka sårbarheit i tenesta, og kan føre til at den totale ventetida i pasientforløpet blir lenger. Det blir forventa at sjukehus har robuste system for handtering av pasientforløp, slik at ein unngår unødige tidstap, eller at pasientar fell ut av systemet på grunn av feil frå enkeltpersonar.

Helse Bergen har forståing for at det blir opplevd som utrygt at legar ikkje alltid er einige om kva som er den beste behandlinga for alvorleg sjuke pasientar. Det er likevel grunn til å minne om at det finst mange eksempel på at pasientar har fått livreddande behandling fordi dei møtte ein ny lege som hadde erfaring med, eller akkurat hadde lese om, eit liknande tilfelle, og som derfor oppdaga noko den faste legen hadde oversett. Innspelet frå fagmiljøa er at dei fleste legar opplever det som effektivt å møte sine eigne pasientar i poliklinikk, fordi dei slepp å lese seg opp i journalen på same måte som når dei møter pasientar dei ikkje kjenner. Likevel viser dei til at det er eit viktig kvalitetssikringstiltak at andre legar iblant også vurderer pasienten, i tillegg til at det kan gi nye innfallsvinklar til behandlinga. Vidare blir det peika på at det er god læring i å overta andre legar sine pasientar.

Helse Bergen meiner at det er viktig at ein ikkje skapar forventning om at innføring av ordninga med kontaktlege vil føre til at pasientar ikkje lenger kjem til å møte forskjellige legar i pasientforløpet. Det bør presiserast at kontaktlegen skal møte pasienten på såkalla nøkkelsamtalar, men at pasientane elles i forløpet må rekne med å møte andre legar. I Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk i Helse Bergen har ein allereie ei ordning der behandlingsansvarleg lege følgjer opp behandlinga til pasienten, og i størst mogleg grad møter på nøkkelsamtalar. I det intensive behandlingsforløpet kreftpasientar ofte må gjennomgå, har

det vist seg å ikkje vere mogleg at pasienten møter same lege til kvar konsultasjon. Dette på grunn av legens vaktplanar og andre oppgåver i sjukehuset.

Helse Bergen meiner det er viktig at den legen som møter pasienten, er ein lege som har nødvendig kompetanse på den aktuelle tilstanden. Det må på denne bakgrunn vere krav om fagleg forsvarleg behandling av pasienten som er styrande for kven som til ei kvar tid undersøker, informerer og behandlar pasienten. I vurderinga av kva som er fagleg forsvarleg behandling ligg og ei vurdering av om pasienten kan vente til kontaktlegen kan undersøke han/henne, eller om konsultasjonen eller behandlinga må gjennomførast av ein annan lege for å unngå ventetid.

Innanfor psykisk helsevern har ein mange plassar kome lenger med å få til ein fast behandlar for pasientar, særleg for dei pasientane som er under poliklinisk oppfølging. Dette har samband med at helsepersonellet ikkje i like stor grad går i vaktordning ved poliklinikkane, slik det blir gjort elles i sjukehuset, og derfor er dei tilgjengelege i kontortida dei fleste kvardagar.

### **Forholdet til koordinatorordninga**

Kontaktlegeordninga er tenkt innført i tillegg til ordninga med koordinator i spesialisthelsetenesta. Helse Bergen ser at ei arbeidsdeling mellom koordinator og kontaktlege vil gjere arbeidsoppgåva til kontaktlegen meir overkommeleg. Fagmiljøet er likevel bekymra for om det kan vere ein risiko for at ei ansvarsdeling mellom kontaktlege og koordinator fører til at informasjonen til pasienten blir lite koordinert.

Helse Bergen saknar ein gjennomgang av i kva grad ordninga med «vårdkontakt» i Sverige og «kontaktperson» i Danmark har ført til ei målbar forbetring av tenestetilbodet, og om ordningane i nabolanda våre skil seg vesentleg frå gjeldande reglar om koordinator i spesialisthelsetenesta i Noreg.

### **Administrative konsekvensar**

Helse Bergen er einig i at innføring av kontaktlege kan gi samhandlingsgevinstar. Det er avgjerande at ordninga blir innført for ei klart avgrensa gruppe pasientar. Dersom kontaktlegeordninga blir ein rett for ein stor del av pasientane i spesialisthelsetenesta, er Helse Bergen av den oppfatning at ordninga vil føre til betydeleg auka kostnader.

Leiarane i Helse Bergen jobbar kontinuerleg med forbetring av avdelingane sine med sikte på å gi pasientane den beste behandlinga som er mogleg innanfor dei økonomiske og lovmessige ramar ein må halde seg til. Helse Bergen sitt utgangspunkt er at dei beste kvalitetsforbetringstiltaka spring ut frå kryssingspunktet mellom forskning og praksis- og pasientnær erfaring. Ein er i Helse Bergen usikre på om det er tilstrekkeleg grunnlag for å gå ut frå at kontaktlegeordninga vil legge til rette for betre bruk av tida og kompetansen til legane, til fordel både for pasientar, pårørande, legar og anna helsepersonell – og for drifta.

Ordinga med pasientansvarleg lege blei avvikla for to år sidan, og Helse Bergen saknar ei drøfting av kva som gjorde at denne ordninga i praksis ikkje blei gjennomført slik som lov og forskrift stilte krav om. I NOU 2005 nr 3 blei ordninga omtala, og det blei foreslått at ei avgrensa praktisering av ordninga kunne vere meir realistisk å gjennomføre.

Helse Bergen meiner det er viktig at fagmiljøa blir høyrte i forhold til administrative og faglege utfordringar med kontaktlegeordning og at ho blir avgrensa tilstrekkeleg til at det er realistisk at ordninga kan gjennomførast og at ein oppnår føremålet med ordninga.

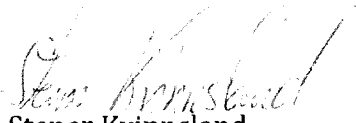
### **Avsluttande kommentar**

Helse Bergen meiner det er viktig at ein ved innføringa av kontaktlegeordninga skapar ei forståing for at pasientar med alvorlege og komplekse sjukdommar, av medisinsk-faglege og praktiske årsaker, vil møte forskjellige legar i pasientforløpet.

Innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta vil etter Helse Bergen sitt syn kunne føre til betring av kvaliteten og heilskapen i det medisinske tilbodet for enkelte pasientar. Dette føreset at det blir tydeleggjort at ordninga er meint for ei avgrensa pasientgruppe, i ein avgrensa periode av forløpet og at det blir klargjort at det ikkje er eit brot på retten til kontaktlege at ein møter andre legar i pasientforløpet.

Helse Bergen er opptatt av at ei innføring av kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta, ikkje fører til ei endring av den arbeidsfordelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta som samhandlingsreforma legg opp til.

Vennleg helsing



Stener Kvinnsland  
administrerende direktør

**Fra:** Lier, Haldis Johanne Økland (haldis.johanne.okland.lier@helse-fonna.no)

**Sendt:** 15.01.2015 08:25:26

**Til:** Årstad, Hanne Løvereide

**Kopi:**

**Emne:** Høring - kontaktelege i spesialisthelsetjenesten

**Vedlegg:**

**Sakstittel:** Høring - Kontaktelege i spesialisthelsetjenesten - Søksmålsfrister

**Saksnummer:** 2014/2821

**Saksdato:** 24.10.2014

### **Innspel og merknadar til høyring om kontaktelege i spesialisthelsetjenesten og søksmålsfristar**

Me syner til e-post frå seniorrådgjevar/jurist Hanne Løvereide Årstad med svarfrist 15. januar 2015.

Forslag om innføring av kontaktelege i spesialisthelsetjenesta og søksmålsfristar har vore til høyring i organisasjonen.

Helse Fonna meiner at innføringa av kontaktelege kan gjennomførast formelt utan større utfordringar, men vil peika på tre område der det etter vår vurdering er trong for avklaringar eller avgrensingar:

1. Tilgjengelighet av kontaktelege

Turnus/vaktordningar vil begrense tilgjengeligheten til kontaktlegar. Vår vurdering er at dette bør tydeleggjerast kva krav til tilgjengelighet endringa vil gje. Dette for å sikre realistiske forventningar frå pasientar og gjennomførbarhet i spesialisthelsetjenesta.

2. Alvorleg sjukdom, skade eller lidning av ei viss varighet

Gjeldande ordlyd dekkjer etter vårt syn ikkje rett til kontaktelege for pasientar som er i utredningsforløp. Vi ser at det i nokre tilfeller kan vera hensiktsmessig og meiner det bør inkluderast.

3. Psykisk helsevern:

I psykisk helsevern kan psykolog eller anna helsepersonell peikast ut i staden for kontaktelege. Slik vi forstår dette, vil ikkje begrepet kontaktelege bli innført i psykisk helsevern. Dette er, etter vår mening, i tråd med slik ansvarsforholda er organisert i høve til den einskilde pasient i psykisk helsevern, innhaldet i rolla kontaktelege er allereie dekkja inn i dette.

Helse Fonna har ingen merknadar til forslag om innføring av søksmålsfristar.

Vennleg helsing

Haldis Økland Lier  
haldis.johanne.oekland.lier@helse-fonna.no  
05253

Helse Fonna HF  
Fagdirektør