

Vår dato
21.01.2015
Deres dato
24.10.2014Vår referanse
14/08890-10 - 321
Deres referanse
13/5286Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO**Hørings svar fra Sørlandet sykehus HF - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålfrister**

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.

Opgavene 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

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Fagdirektør
Postboks 416
4604 Kristiansand**Besøksadresse**
Eg
4615 Kristiansand**Telefon**
+47 38 07 44 00
Telefaks**Bankkonto**
1503.27.07405**Administrasjonsadresse**
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
03738**Foretaksregisteret**
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

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. Sån 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 gråsoneproblematikk.

Sykehus drives på døgnbasis. Både 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 lege 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 kontaktleger 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 kontaktleger 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

Vår dato
06-01-2015
Deres datoVår referanse

Deres referansePer Engstrand, Fagdirektør
Sørlandet Sykehus**Høringsuttalelse - kontaktlege i spesialisthelsetjenesten**

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 kontaktlege 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 Kontaktlege*, 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 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.

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

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Klinikkledelsen
Postboks 416
4604 Kristiansand**Besøksadresse**
Eg
4615 Kristiansand**Telefon**
+47 38 03 86 00
Telefaks
+47 38 03 86 01
Bankkonto
1503.27.07405**Administrasjonsadresse**
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
03738**Foretaksregisteret**
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

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 or at man ved unntakstilfeller bør legge vekt på opplevelsen til den enkelte pasient.

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Oddvar Sæther
Klinikkssjef

Notat**Til**

Fagavdelingen, her

Kopi til**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 kontaktlege 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 kontaktlege 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

Oppgavene 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 kontaktlege) i disse situasjonene. En ordning der en kontaktlege 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 kontaktlege, noe som kan forsinke forløpet, og føre til at ingen ivaretar deler av oppgavene.

Dette er det viktigste argumentet mot ordningen: den røkkes ved, og undergraver, det totalansvaret enhver behandlerne 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 kontaktlege. Klinikken mener at 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 behandlerne 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 koordinatorne.

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 lege 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
klinikksjef Medisinsk klinikk