

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

13/5822-8

Nina Cecilie Dybhavn

21.10.2013

Høring om forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven – oppnevning av kontaktperson m.m.

Helsedirektoratet viser til departementets høringsbrev datert 28. juni 2013 med høringsfrist 21. oktober 2013. Direktoratet har følgende innspill til høringen:

1. Til forslag om å erstatte begrepet «koordinator» med «kontaktperson», både i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven

Det fremgår av høringen at flere har vist til at begrepet «koordinator» bør erstattes med «kontaktperson» fordi dette kan ha en gunstig signaleffekt og gjøre det enklere å forstå personens funksjon og rolle som fast kontaktpunkt for den enkelte pasient, og ikke først og fremst som en logistikkforbedrer på systemnivå. Av pedagogiske grunner foreslår derfor departementet at begrepet «koordinator» i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 erstattes med «kontaktperson». Det foreslås ikke endringer i innholdet i ansvaret.

Kommentar:

Helsedirektoratet mener det er viktig at pasienter både i spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesten har et helsepersonell som er deres faste kontaktpunkt.

I kommunene har koordinator-begrepet og koordinators rolle gjennom snart 10 år blitt gradvis innarbeidet og betegner den tjenesteyter som blant annet har ansvar for individuell plan og for å koordinere tjenestene til pasient og bruker. Ved innføring av nye lovbestemmelser fra 1. januar 2012 ble plikt til å oppnevne koordinator lovfestet både for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene har satsset på opplæring av koordinator blant annet gjennom koordinator skoler, og koordinator har fått en tydelig rolle. Koordinatorfunksjonen er også et viktig tema ved årets ReHab-uke i uke 43 2013, der slagordet er «Et løft for koordinatorrollen».

Selv om det foreslås å ta inn i lov- og forskriftstekst at kontaktpersonen skal være koordinator, og at innholdet ikke vil bli endret, vil fokus etter vår mening bli flyttet. Det vil derfor kunne skape forvirring dersom begrepet i disse bestemmelsene endres nå. Begrepet kontaktperson vil også kunne sammenblandes med primærkontakt i tjenestene.

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling bioteknologi og helserett

Nina Cecilie Dybhavn, tlf.: 24163545

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

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

Vi støtter viktigheten av å ha en kontaktperson som kan bidra til å koordinere pasientforløp m.v. også i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten erstattet bestemmelsen om oppnevning av koordinator den tidligere bestemmelsen om pasientansvarlig lege. Det har vært vist til at ordningen med pasientansvarlig lege ikke fungerte. Både før og etter oppheving av ordningen med pasientansvarlig lege har det vært mye fokus, også i media, på at pasienter i spesialisthelsetjenesten savner å ha én lege som har ansvar for dem å forholde seg til (tilsvarende en fastlege i kommunen), for eksempel i forbindelse med utredning og behandling av kreft. Vi forstår forslaget om at det skal oppnevnes en kontaktperson som skal være tilgjengelig for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, som et svar på dette. Dette er en viktig funksjon.

Avgjørende for om ordningen fungerer etter hensikten er slik vi ser det gode rutiner for innføring og oppfølging av ordningen ved det enkelte helseforetak.

Hvis det anses ønskelig å introdusere begrepet kontaktperson i de aktuelle lov- og forskriftsbestemmelsene, vil vi foreslå at forslaget «snus», slik at kommune og spesialisthelsetjeneste har plikt til å tilby koordinator, men at bestemmelsene gis et tillegg om at koordinator skal være kontaktperson.

Når det gjelder forslag om å forskriftsfeste en ordning med å oppgi navn og telefonnummer til koordinator i forskriften §§ 21 og 22 tredje ledd, bør muligheten til å ta kontakt gjelde innenfor koordinators arbeidstid og på hans eller hennes tjenestetelefon. Det kan derfor være en god løsning om pasient og bruker får oppgitt et telefonnummer som de kan ringe til for å bli satt over til koordinator, hvor de får oppgitt når koordinator er å treffe eller hvem som kan bistå dersom koordinator ikke er til stede.

2. Til forslag om å fjerne krav i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a om at koordinator som hovedregel bør være lege

Bakgrunnen for forslaget er at reglene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a ikke blir fulgt i praksis. Flere mener at kravene om at koordinator som hovedregel bør være lege, innebærer en upraktisk løsning med en lite hensiktsmessig bruk av legens tid. Praktiske koordineringsoppgaver, for eksempel i forbindelse med avtaler, prøvesvar og annen informasjonsoverføring, og løpende kontakt med pasienter og pårørende, kan i mange tilfeller mer hensiktsmessig utføres av helsepersonell.

Det vises til tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene til departementet om at det er betydelig variasjon mellom helseforetakene når det gjelder ambisjonsnivå og hvor langt de har kommet i arbeidet med å etablere en koordinatorfunksjon og begrense antall involvert personell. Det fremgår at det er flere årsaker til dette.

Etter departementets vurdering bør det enkelte helseforetak selv avgjøre hvem som skal oppnevnes som kontaktperson og hvilken kompetanse vedkommende skal ha. Kontaktpersonen kan ofte fungere som et bindeledd mellom pasienten og behandlere, men det kan fortsatt velges en ordning der behandlende lege eller annet behandlende helsepersonell skal være kontaktperson.

Kommentar:

Direktoratet slutter seg til at de ulike helseforetakene kan bestemme hvem som skal oppnevnes som koordinator. Hvem som best vil inneha en slik rolle vil kunne variere fra ulike fagavdelinger og mellom de ulike foretakene. Innenfor habilitering og rehabilitering kan det som nevnt i høringsnotatet være hensiktsmessig at også andre grupper som ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier eller andre er koordinator.

Valg av person til rollen som koordinator bør gjøres ut i fra pasientens behov. Det må tas hensyn til de grunnleggende hensyn bak ordningen med pasientansvarlig lege på sykehus som nevnt i Ot.prp. nr. 10, punkt 3.7.6. Viktige hensyn her var et klart forankret kontaktpunkt gjennom hele sykehusoppholdet, at større trygghet hos pasienten kan virke positivt på resultatet av behandlingen og bidra til en bedre kommunikasjon mellom sykehuset og pasienten og dennes pårørende, og mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Det sentrale innholdet i rollen ble videreført til koordinator i forarbeidene til ny bestemmelse, Prop 91 L punkt 32.6.3.

Ved alvorlige og sammensatte lidelser vil pasientens behov best kunne ivaretas ved at en lege innehar funksjonen. Det er avgjørende at det foreligger et godt tillitsforhold mellom pasient og koordinator, og at koordinatoren anses som en sentral aktør med tydelige oppgaver og ansvar i det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

Det bør foreligge faglige funderte vurderinger både når koordinator oppnevnes, og ved eventuelt behov for eller ønske om å bytte av koordinator. Gode prosedyrer for dette arbeidet er avgjørende for at arbeidet skal ivaretas etter hensikten.

Vi er enig i at oppnevning av koordinator bør gjøres så tidlig som mulig, og ved mottak av henvisningen der det fremgår at vilkårene for å oppnevne koordinator er til stede. Vi er også enig i at det enkelte helseforetak bør avklare nærmere ved interne retningslinjer/prosedyrer hvilke konkrete oppgaver koordinatoren skal ivareta. Foretaket bør dermed utarbeide rutiner for hvordan pasienten skal få informasjon om hvem koordinatoren er, om denne informasjonen kan gis i innkallingsbrevet til pasienten eller på hvilken annen måte kontakten skal etableres.

Dersom det etterspurte behovet for én lege som har ansvar for den enkelte pasient i spesialisthelsetjenesten skal avhjelpe, tror vi imidlertid det er behov for en bestemmelse i tillegg til bestemmelsen om «kontaktperson». Det kan være nyttig å beskrive på hvilken måte ansvaret for behandling, journalføring - og informasjon kan samordnes slik at pasienten blir best mulig ivaretatt av lege under oppholdet. Dette var noe omtalt i tidligere forskrift om pasientansvarlig lege m.m.

Helsedirektoratet har erfaring med at ordningen med pasientansvarlig lege kan fungere godt der dette er tilrettelagt. Legen får henvendelser fra og om de riktige pasientene, noe som sparer legen og andre ansatte ved avdelingen for ekstraarbeid. Det vil også være til stor fordel for pasienten som ellers møter mange leger og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

3. Til forslaget om å endre spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3, slik at ansvaret til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjeneste ikke omfatter oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

Det er lagt frem forslag om at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b skal endres slik at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ikke lenger skal ha overordnet ansvar «for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator».

Departementet mener at det enkelte helseforetaket selv bør bestemme hvem/hvilket organ som skal ha et slikt ansvar, og at spesialisthelsetjenesteloven ikke bør regulere dette.

Kommentar:

Det fremgår i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, Prop. 91 L, pkt. 32.6.3 (s. 374) om «Koordinator i stedet for pasientansvarlig lege» at: «*Det vil være naturlig at leder i den aktuelle avdelingen utpeker koordinator, og det bør i det enkelte helseforetak etableres rutiner for hvordan koordinatoren utpekes, hvordan dette dokumenteres, hvordan pasienten informeres, og hvordan funksjonen skal ivaretas når koordinatoren ikke er på jobb*». Samtidig er det fastslått både i lov og forskrift, jf forskriften § 11, jf § 6, at koordinerende enhet har et «overordnet ansvar» for oppnevning og oppfølging av koordinator.

Helsedirektoratet vurderer at det er viktig at det fortsatt fremgår av spesialisthelsetjenesteloven og forskriften hvor det *overordnede ansvaret* for oppnevning av koordinator eller heretter kontaktperson er plassert i helseforetaket. Mange pasienter, blant annet kreftpasienter, er inntatt i en rekke avdelinger og kanskje også ulike helseforetak. Hva som er «*aktuell avdeling*» med plikt til å tilby koordinator eller heretter kontaktperson, vil ofte være uklart for pasienten. Det må derfor fremgå av lov og forskrift hvor ansvaret er plassert, slik at pasienten vet hvor de skal henvende seg når de mener at de har behov for koordinator/kontaktperson. Dette vil sikre god kvalitet i koordinatorfunksjonen.

Et mulig alternativ er at lov- og forskriftsbestemmelsene endres slik at det fremgår at overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av kontaktperson ligger hos koordinerende enhet eller den enhet som helseforetaket (eventuelt regionalt helseforetak) bestemmer. Dette samsvarer med den modellen som er valgt for melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i §§ 7 og 12 i forskriften.

Det bør samtidig inntas i forskriften at pasienter som mener at helseforetaket ikke har oppfylt sin plikt til å oppnevne kontaktperson, kan henvende seg til koordinerende enhet eller dit helseforetaket bestemmer.

Bedre informasjon til pasienter og helsepersonell om vilkårene for å få oppnevnt koordinator eller heretter kontaktperson i spesialisthelsetjenesten og om hva som er dennes rolle i helseinstitusjon, vil trolig også være nødvendig for å få til en bedre koordinering av pasientforløpet i forbindelse med utredning og behandling i institusjon.

Dette beskrives nærmere i den nye veilederen til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som nå er under utarbeidelse.

Vennlig hilsen

Cecilie Daae e.f.
divisjonsdirektør

Kristin Cordt-Hansen
avdelingsdirektør