

Høringsuttalelse fra Pasient- og brukerombudene/Helse, sosial- og eldreombudet- forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.

Vi viser til brev av 28.06.13 med høringsnotat om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m – oppnevning av kontaktperson.

Forslag til lovendring gjelder:

1. Fjerne krav i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a om at koordinator som hovedregel bør være lege.
2. Erstatte begrepet ”koordinator” med ”kontaktperson”.
3. Innskrenke lovpålagt ansvar for koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten, slik at ansvaret ikke omfatter oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Ombudene gir med dette en felles høringsuttalelse.

Sammendrag:

Forslaget som er ute til høring innebærer etter Ombudenes syn en betydelig svekking av koordinatorfunksjonen, og dermed en mulig svekking av kvaliteten og forsvarligheten i pasientforløpene.

Ombudene vil kommentere de enkelte endringsforslagene nedenfor:

1. Fjerne krav i spesialisthelsetjenesteloven om at koordinator som hovedregel bør være lege

Bakgrunnen for bestemmelsen slik den står i dag, var flere innvendinger mot forslaget i 2010 om en profesjonsnøytral ordning. Landets pasient- og brukerombud bemerket da at pasientene etterlyste en pasientansvarlig lege, og at man anså det som viktig å holde på at koordinator som hovedregel burde være lege ved ny lovbestemmelse. Ordlyden i bestemmelsen slik den står i dag er at koordinator bør være lege, men at det kan, når det anses *hensiktsmessig og forsvarlig*, være annet helsepersonell. I dette ligger et krav til faglig forsvarlig utførelse av rollen. Vi leser det også slik at oppgavene ikke kun er logistikkrettet, men også at den innebærer å ha ”et overordnet blikk” på pasientforløpet og behandlingen som gis. Vi mener å finne støtte for dette i merknadene til bestemmelsen.

I høringsnotatet påpekes det at man vil fravike anbefalingene om at vedkommende bør være lege fordi det viser seg vanskelig å gjennomføre ute på sykehusene. Departementet mener videre at det vil stille helseforetakene friere enn det gjør i dag, og det vil være enklere å oppfylle plikten. Dette mener ombudene ikke er en legitim begrunnelse for å endre bestemmelsen. Man ønsker å fravike et prinsipp som man for kort tid tilbake anså som riktig, fordi tjenestestedene frem til nå rapporterer om mangelfull gjennomføring. Istedenfor å endre bestemmelsen bør man heller legge press på, og uttrykke forventninger om, at bestemmelsen etterfølges fordi den er viktig. Vårt innspill er videre at en lege som koordinator kan ha større gjennomslagskraft, og

sitte med den informasjon og kunnskap som er sentral for å utføre jobben best mulig. Vi ønsker ikke en situasjon hvor koordinator/kontaktperson mest fungerer som et mellomledd, og mindre som selvstendig pådriver i kraft av sin rolle. Ombudene mener videre at forslaget ikke samsvarer med direktoratets pågående arbeid og gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold. Vi forstår det slik at direktoratets forslag vektlegger god kommunikasjon, samhandlingskompetanse og systemforståelse for nettopp å sikre enda bedre pasientforløp og pasientsikkerhet.

Ombudene vil uttrykke enighet i at koordinatorrollen for enkelte pasientforløp kan ikles av annet helsepersonell, dersom det er *forsvarlig*. Vårt inntrykk er likevel at det som hovedregel bør være en lege, og man må videre holde fast ved kravet om at det skal være en forsvarlighetsvurdering som er avgjørende. At man fjerner kravet om lege og således lettere kan oppfylle kravet til koordinator mener vi er uheldig. Det vesentlige er at innholdet i oppgaven utføres etter lovens intensjon og krav. I sist runde i 2010 fant man at dette best ble utført av lege. Vi ser ikke at forholdene har endret seg de siste årene på en måte som skal forklare et annet syn enn i 2010.

Man kan så diskutere om koordinator oftere skulle skulle ut de rene logistikkoppgavene til andre, slik at man fikk større fokus på å tilrettelegge og holde i det medisinske tilbudet/sikre forsvarlig fremdrift. Vi tillater oss å komme tilbake til dette avslutningsvis i et eget punkt.

Sammenholdt med høringsnotatets øvrige presiseringer av innholdet i koordinatorrollen, jfr andre navn til kontaktperson, mener vi at forslaget innebærer en ren svekkelse av funksjonen.

2. Erstatte begrepet "koordinator" med "kontaktperson"

Ombudene er ikke enig i departementets forslag. Begrunnelsen for forslaget er slik vi leser det et behov for en avklaring av rolle. Samtidig mener vi at avklaringen som det vises til er en undergraving av rollen koordinator har i dag, og derfor en svekkelse av funksjonen.

Det hevdes i høringsnotatet at funksjonen som fast kontaktpunkt for pasienten vil komme tydeligere frem. Videre følger det at kontaktpersonen skal være et bindeledd mellom pasient og behandlere, og ikke primært som en logistikkforbedrer for virksomhetene. Vi deler oppfatningen om at koordinatører ikke skal jobbe med systemer rundt logistikk, dette er et ledelsesansvar å organisere. Vi mener imidlertid at nettopp arbeidet med å sikre samordning, redusere faren for ansvarspulverisering, sikre effektive forløp og nødvendig oppfølging er en sentral del av koordinatorens rolle. Dette følger også av merknadene til lovbestemmelsen, som det refereres til i høringsnotatet.

Ombudene er av den oppfatning at departementet gjennom sine uttalelser i notatet går langt i å legge opp til en svekking av rollen koordinatorene har pr i dag. Vi mener at navneendringen vil representere en uheldig signaleffekt.

Vi vil for øvrig legge til at innholdet i koordinator oppgaver bør defineres nærmere. I høringsnotatet skriver departementet at det ikke finner grunn til å regulere i detalj hvilke funksjoner som skal ligge i rollen. Det gis tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten på at det varierer hvilke funksjoner som tillegges koordinator. Ombudene mener at det ikke kan være opp til det enkelte foretak å definere ansvarsoppgaver til en funksjon som er ment å minske faren for ansvarspulverisering, mange kontaktpunkter og uklare ansvarsforhold, jfr Prop.91 L(2010-2011). Vi mener koordinatorrollen kan være en sentral aktør for å minske lite samkjørte pasientforløp, forglemmelser og rot og sommel. Det bør derfor være klart hva som forventes av rollen, og hvordan helseforetakene best kan legge til rette for koordinator arbeidsoppgaver. Ombudene mener også det er naturlig å rettighetsfeste tildeling av koordinator i pasient- og brukerrettighetsloven.

3. Innskrenke lovpålagt ansvar for koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten, slik at ansvaret ikke omfatter oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Ombudene har ingen særskilte kommentarer til dette punktet.

Avsluttende bemerkninger rundt organisering av pasientforløp. Forløpsansvarlig.

Som nevnt ovenfor tillater Ombudene seg å komme med en bemerkning noe på siden av høringsnotatet. Bemerkningen dreier seg om at koordinator oftere skulle skille ut de rene logistikkoppgavene til andre, slik at man fikk større fokus på å tilrettelegge og holde i det medisinske tilbudet/sikre forsvarlig fremdrift.

Utfordringen er slik vi ser det at koordinatorrollen både skal inneha logistikk- og informasjonsoppgaver, samtidig som den skal ha et helsefaglig ansvar. Noen av landets ombud har tidligere tatt til orde for at sykehusene kunne vært tjent med rene forløpsansvarlige som i all hovedsak tilrettela komplekse pasientforløp. Dette ville komme i tillegg til en koordinator/pasientansvarlig lege som ville ha ansvar for at det medisinske var under kontroll, særlig ved samhandling mellom flere avdelinger/sykehus.

Det presiseres i merknadene til lovbestemmelsen i Prp.91 L (2010-2011) at koordinatorens ansvar er et "sørge-for-ansvar". Dette innebærer at koordinator ikke må utføre alle oppgavene selv, men at vedkommende har et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging med mer. Vi mener derfor det vil være klokt å opprette en egen stilling med ansvar for forløp.

Ombudene ser årlig en rekke saker hvor rotete forløp og manglende oversikt kan ha ført til svært uheldige utfall for pasientene. Vi mener det er et stort potensial for forbedring her, og at en koordinatorfunksjon med rent medisinsk blikk vil være av svært stor verdi. Ved siden av har man da en støttefunksjon som sikrer fortløp og effektivitet. Vi mener en slik ordning vil bedre pasientens situasjon, gi bedre flyt i behandlingsforløpene og spare tid og penger for alle parter.

Dagens forslag om endring av den nåværende koordinatorrollen går i helt motsatt retning. Ombudene mener det representerer en feil retning. Funksjonene må bygges opp, ikke tas ned.

Anne-Lise Kristensen
Helse, sosial- og eldreombud i Oslo

Ragnhild Meek
spesialkonsulent