



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 125 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringar i spesialisthelsetjenesteloven
m.m. (kontaktlege i spesialist-
helsetenesta m.m.)

Innhold

1	Hovudinnhaldet i proposisjonen	5			
2	To høyringar	6			
2.1	Høyring av forslag som gjaldt oppnemning av kontaktperson m.m.	6		6.3.1	Fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege
2.2	Høyring av forslag om kontaktlege i spesialisthelsetenesta og søksmålfristar	8		6.3.2	Endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson»
3	Bakgrunn for forslag om koordinator, koordinerende eining og kontaktlege	10		6.3.3	Endre ansvar for den koordinerende eininga
3.1	Koordinator og koordinerende eining	10			
3.2	Kontaktlege	10			
4	Gjeldande rett	11			
4.1	Koordinator i spesialisthelsetenesta	11		7	Kontaktlege i spesialisthelsetenesta
4.2	Koordinator i kommunen	11		7.1	Forslag i høyringsnotatet publisert 24. oktober 2014
4.3	Koordinerende eining	12		7.2	Høyringsinstansane sitt syn
4.3.1	Generelt	12		7.2.1	Generelt
4.3.2	Koordinerende eining i spesialisthelsetenesta	12		7.2.2	Plikt til å oppnemne og rett til å få oppnemnt kontaktlege
4.3.3	Koordinerende eining i kommunen	12		7.2.3	Oppnemning og utpeiking av kontaktlege
4.4	Fastlegeordninga i kommunen	12		7.2.4	Ansvar og oppgåver for kontaktlegen
4.5	Individuell plan	13		7.2.5	Rett til å klage
5	Rettsstilstanden i andre nordiske land	14		7.2.6	Forslaget om at anna helsepersonell kan utnemnast i staden for kontaktlege for tenester i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige
5.1	Sverige	14		7.3	Vurderingar og forslag frå departementet
5.2	Danmark	14		7.3.1	Generelt
6	Koordinator og koordinerende eining i spesialisthelsetenesta	16		7.3.2	Rett til å få oppnemnt og plikt til å oppnemne kontaktlege
6.1	Forslag i høyringsnotatet publisert 28. juni 2013	16		7.3.3	Oppnemning og utpeiking av kontaktlege
6.2	Høyringsinstansane sitt syn	16		7.3.4	Ansvar og oppgåver for kontaktlegen
6.2.1	Fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege	16		7.3.5	Ansvar og oppgåver for koordinatoren
6.2.2	Endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson»	18		7.3.6	Oppnemning av kontaktlege/kontaktpsykolog i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige
6.2.3	Endre ansvaret for den koordinerende eininga	19			
6.3	Vurderingar og forslag frå departementet	21		8	Administrative og økonomiske konsekvensar
				8.1	Fjerne hovudregelen om at koordinatoren i spesialisthelsetenesta bør vere lege
				8.2	Innføre kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta

8.2.1	Vurdering i høyringsnotatet publisert 24. oktober 2014	35
8.2.2	Høyringsinstansane sitt syn	36
8.2.3	Vurdering frå departementet	38
9	Søksmålsfrist for vedtak gjorde av klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnos- tikknemnda og Statens helsepersonellnemnd	39
9.1	Bakgrunn	39
9.2	Gjeldande rett	39
9.3	Forslag i høyringsnotatet	40
9.4	Høyringsinstansane sitt syn	40
9.5	Vurderingar og forslag frå departementet	41
9.6	Administrative og økonomiske konsekvensar	42

10	Merknader til endringane i spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighets- loven, helsepersonelloven og bioteknologiloven	43
10.1	Endringane i spesialisthelse- tjenesteloven	43
10.2	Endringane i pasient- og brukerrettighetsloven	44
10.3	Endringane i helsepersonel- loven	44
10.4	Endringane i bioteknologi- loven	44
	Forslag til lov om endringar i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktlege i spesialisthelse- tenesta m.m.)	46



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 125 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringar i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktlege i spesialisthelsetenesta m.m.)

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 22. mai 2015,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Solberg)*

1 Hovudinnhaldet i proposisjonen

Proposisjonen inneheld forslag om endringar i gjeldande ordning med koordinator i spesialisthelsetenesta og forslag om ny ordning med kontaktlege i spesialisthelsetenesta. Desse forslaga må sjåast i samanheng. I tillegg inneheld proposisjonen eit forslag som er heilt uavhengig av forslaga om koordinator og kontaktlege. Dette forslaget gjeld innføring av søksmålsfristar for vedtak gjorde av Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. *Kapittel 1* gir oversikt over innhaldet i proposisjonen, og *kapittel 2* gir oversikt over to høyringar.

Bakgrunnen for forslaga om koordinator, koordinerande eining og kontaktlege i spesialisthelsetenesta går fram av *kapittel 3*. *Kapittel 4* gir ei oversikt over gjeldande reglar om koordinator

og koordinerande eining i spesialisthelsetenesta og i kommunane, og om fastlegeordninga i kommunane. *Kapittel 5* gjer greie for reglane om «fast vårdkontakt» i Sverige og reglane om kontaktperson i Danmark. *Kapittel 6* gjeld forslaga om kontaktperson og koordinerande eining, og *kapittel 7* gjeld kontaktlege i spesialisthelsetenesta. *Kapittel 8* gjeld administrative og økonomiske konsekvensar av forslaga.

Kapittel 9 gjer greie for forslaget om søksmålsfrist for vedtak gjorde av Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. Spesielle merknader til dei enkelte endringane i spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og bioteknologiloven er tekne inn i *kapittel 10*.

2 To høyringar

2.1 Høyring av forslag som gjaldt oppnemning av kontaktperson m.m.

Høyringsnotatet om oppnemning av kontaktperson blei publisert 28. juni 2013, med høyringsfrist 21. oktober 2013. Dette høyringsnotatet gjaldt endringar i den ordninga som gjeld i dag, med plikt til å oppnemne koordinator. Det blei mellom anna foreslått å fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege, og dette forslaget fekk tilslutning frå eit klart fleirtal av høyringsinstansane. Høyringsnotatet inneheldt òg forslag om innskrenking av det lovpålagde ansvaret for koordinerande eningar for habiliterings- og rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetenesta, slik at ansvaret ikkje skulle omfatte oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar. I tillegg inneheldt høyringsnotatet forslag om å erstatte omgrepet «koordinator» med «kontaktperson», både i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Høyringsinstansane hadde delte meiningar om desse forslaga.

Høyringsnotatet blei sendt til følgjande instansar:

Departementa

Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
 Barne-, ungdoms- og familieetaten
 Barneombodet
 Datatilsynet
 Dei distriktpsykiatriske sentra
 Dei regionale helseføretaka
 Dei regionale kompetansesentra for rusmiddel-
 spørsmål
 Dei statlege helseføretaka
 Den nasjonale forskingsetiske komité for medisin
 (NEM)
 Den nasjonale forskingsetiske komité for
 samfunnsvitskap og humaniora (NESH)
 Fylkesmennene
 Helsedirektoratet
 Kontrollkommisjonen
 Likestillings- og diskrimineringsombodet

Nasjonalt folkehelseinstitutt
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta
 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og
 legefording
 Noregs forskingsråd
 Norsk Pasientskadeerstatning
 Pasient- og brukaromboda
 Pasientskadenemnda
 Regjeringsadvokaten
 Riksrevisjonen
 Sametinget
 SINTEF Helse
 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
 Statens helsepersonellnemnd
 Statens helsetilsyn
 Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
 Statens råd for likestilling av funksjonshemma
 Statens seniorråd
 Stortingets ombodsmann for forvaltninga
 Sysselmannen på Svalbard

Dei fylkeskommunale eldreråda
 Fylkeskommunane
 Kommunane

Høgskulane (med helsefagleg utdanning)
 Universiteta

Akademikerne
 AKAN
 A-larm
 Anonyme Alkoholikere
 Anonyme Narkomane (NA)
 Arbeidsgiverforeningen Spekter
 Aurora, Støtteforeningen for mennesker
 med psykiatriske helseproblem
 Autismeforeningen i Norge
 Barnekreftforeningen
 Blå Kors Norge
 Demensforeningen
 Den Norske Advokatforening
 Den Norske Legeforening
 Det Norske Diakonforbund
 Fagforbundet
 Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
 Fellesorganisasjonen FO

Forbundet mot rusgift
 Foreningen for hjertesjyke barn
 Foreningen for human narkotikapolitikk
 Foreningen for kroniske smertepasienter
 Forskningsstiftelsen FAFO
 Frelsesarmeens rusomsorg
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
 Fylkesrådene for funksjonshemmede
 Galebevegelsen
 Gatejuristen – Kirkens Bymisjon
 Haraldsplass diakonale høgskole
 Helhetsterapiforbundet
 Helse- og sosialombudet i Oslo
 Helsetjenestens Lederforbund
 HIVNorge
 Hovedorganisasjonen Virke
 Informasjonssenteret Hieronimus
 Innvandrernes Landsorganisasjon (INLO)
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 JURK
 Juss-Buss
 Jussformidlingen
 Jusshjelpa
 Kirkens Bymisjon
 Kirkens Sosialteneste
 Kommuneadvokaten i Oslo
 Kreftforeningen
 KS
 Landsforbundet for utviklingshemmede
 og pårørende (LUPE)
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
 Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk
 helse
 Landsforeningen for voldsofre
 Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
 Landslaget for offentlige pensjonister
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 LAR Nett Norge
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Mental Helse Norge
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk
 helsearbeid (NAPHA)
 Nasjonalt senter for erfaringskompetanse
 innen psykisk helse
 Norges Fibromyalgi Forbund
 Norges Handikapforbund
 Norges Juristforbund
 Norges kristelige legeförening
 Norges Kvinne- og familieförbundet
 Norges Parkinsonforbund
 Norges Røde Kors
 Norsk Ergoterapeutforbundet
 Norsk Forbund for utviklingshemmede

Norsk Forening for helhetsmedisin
 Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
 Norsk Fysioterapeutforbund
 Norsk Helse- og Velferdsforum
 Norsk Pasientforening
 Norsk Psykiatrisk Forening
 Norsk Psykologforening
 Norsk Sykepleierforbund
 Norsk Sykehus- og helsetjenesteförening (NSH)
 Norsk Tjenestemannslag (NTL)
 Norske Kvinners Sanitetsforening
 NOVA
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Organisasjonen mot offentlig diskriminering
 (OMOD)
 PARAT Helse
 Pensjonistforbundet
 Personskadeförbundet
 PRO-LAR – Nasjonalt förbundet for folk i LAR
 Redd Barna
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
 Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)
 Rettspolitisk förening
 Rokkansenteret
 Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)
 Rådet for psykisk helse
 SAFO – Samarbeidsforumet av funksjons-
 hemmedes organisasjoner
 Seniorsaken i Norge
 Senter for seniorpolitikk
 Senter for sjeldne sykdommer og
 diagnosegrupper
 Statstjenestemannsforbundet
 Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
 Stiftelsen Rettferd for taperne
 UNIO
 Voksne for Barn
 Veiledningssenteret for pårørende til
 stoffmisbrukere og innsatte
 We shall overcome
 Yngre legers förening
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Helse- og omsorgsdepartementet fekk totalt inn
 60 høyringssvar. Desse instansane (44) hadde
 merknader til innhaldet i høyringsnotatet:

Akershus universitetssjukehus
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
 Helsedirektoratet
 Helse Sør-Aust RHF
 Helse Vest RHF
 Fylkesmannen i Buskerud
 Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
 Oslo universitetssjukehus

Sjukehuset Østfold
 Sunnaas sykehus
 Pasient- og brukaromboda
 Universitetssjukehuset Nord-Noreg

Hedmark fylkeskommune
 Nesodden kommune
 Nord-Trøndelag fylkeskommune
 Oslo kommune – Byrådsavdeling for eldre
 og sosiale tjenester

Arbeidsgiverforeningen Spekter
 Den norske legeförening
 Diakonhjemmet Sykehus
 Fagforbundet
 Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
 Fellesorganisasjonen
 Foreningen for Muskelsyke
 Frambu – Senter for sjeldne funksjonshemninger
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
 HIVNorge
 Innvandrernes landsorganisasjon
 Kirkens Bymisjon
 Kreftforeningen
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
 Landslaget for offentlige pensjonister
 Mental Helse
 N.K.S. Kløverinstitusjoner AS
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk Fysioterapeutforbund
 Norsk Manuellterapeutforening
 Norsk Psykologforening
 Norsk Radiograførbundet
 Pensjonistforbundet
 Personskadeforbundet
 Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)

Rådet for psykisk helse
 Statens seniorråd

Desse instansane (16) uttalte at dei ikkje hadde merknader til høyringsnotatet:

Barne-, likestillings- og inkluderings-
 departementet
 Dåverande Arbeidsdepartementet
 Dåverande Nærings- og handelsdepartementet
 Dåverande Miljøverndepartementet
 Fornyings-, administrasjons- og kyrkjedeparte-
 mentet
 Forsvarsdepartementet
 Justis- og beredskapsdepartementet
 Kunnskapsdepartementet
 Landbruks- og matdepartementet

Samferdselsdepartementet
 Utanriksdepartementet

Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Noregs forskingsråd
 Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
 Helseregion Aust og Sør
 Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell

Landsorganisasjonen i Norge

2.2 Høyring av forslag om kontaktlege i spesialisthelsetenesta og søksmålsfristar

Høyringsnotatet om kontaktlege i spesialisthelsetenesta og søksmålsfristar blei publisert 24. oktober 2014, med høyringsfrist 24. januar 2015. Høyringsnotatet blei sendt til dei same instansane som høyringsnotatet om oppnemning av kontaktperson, jf. punkt 2.1.

Helse- og omsorgsdepartementet fekk totalt inn 58 høyringssvar. Desse instansane (48) hadde merknader til innhaldet i høyringsnotatet:

Felles fråsegn frå pasient- og brukaromboda i landet
 Helsedirektoratet
 Helse Nord-Trøndelag HF
 Helse Sør-Aust RHF, vedlagt egne fråsegner frå
 Akershus universitetssjukehus HF
 Brukarutvalet i Helse Sør-Aust RHF
 Oslo universitetssjukehus HF
 Sjukehuset i Vestfold HF
 Sjukehuset Østfold HF
 Sjukehuset Telemark HF
 Helse Vest RHF, vedlagt egne fråsegner frå
 Helse Bergen HF
 Helse Fonna HF
 Likestillings- og diskrimineringsombodet
 Nasjonal kompetanseteneste for sjeldne diagnosar
 Regionsenter for barn og unges psykiske helse,
 Helseregion Aust og Sør
 Statens helsepersonellnemnd
 Statens helsetilsyn
 St. Olavs Hospital HF, vedlagt eiga fråsegn frå
 Divisjon Psykisk Helsevern
 Sørlandet sjukehus HF, vedlagt egne fråsegner frå
 Medisinsk klinikk
 Klinikk for psykisk helse
 Vestre Viken HF
 Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF

Fylkeseldrerådet i Buskerud

Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Råd for likestilling av funksjonshemmede
i Buskerud

Askim kommune
Drammen kommune
Felles fråsegn frå kommunane Berg, Dyrøy,
Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy
Lørenskog kommune
Oslo kommune

Brukerrådet ved Kvinne- og barneklubben,
Oslo universitetssjukehus
Den norske legeförening
Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
Fellesorganisasjonen
Gatejuristen
Høgskolen i Telemark
Innoco AS
Kreftforeningen
Landslaget for offentlige pensjonister
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Norges Optikerforbund
Norsk Pasientforening
Norsk Psykologforening
Norsk Revmatikerforbund
Personskadeforbundet

Desse instansane (10) uttalte at dei ikkje hadde
merknader, eller at dei ikkje ønskte å uttale seg:

Justis- og beredskapsdepartementet
Klima- og miljødepartementet
Kunnskapsdepartementet
Samferdselsdepartementet
Utanriksdepartementet

Arbeids- og velferdsdirektoratet
Datatilsynet
Nordlandssjukehuset HF
Noregs forskingsråd

Landsorganisasjonen i Norge

3 Bakgrunn for forslag om koordinator, koordinerende eining og kontaktlege

3.1 Koordinator og koordinerende eining

Før høyringsnotatet om oppnemning av kontaktperson blei publisert, hadde departementet fått fleire oppfordringar om å fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege. Nokre meinte at dette kravet gjer ordninga upraktisk, med ein lite tenleg bruk av legen si tid, og at det ofte er meir tenleg at anna helsepersonell utfører praktiske koordineringsoppgåver, til dømes i samband med avtalar, prøvesvar og anna overføring av informasjon.

Tilbakemeldingar frå spesialisthelsetenesta viste at det var stor variasjon mellom helseføretaka når det gjaldt ambisjonsnivå og kor langt dei hadde kome i arbeidet med å etablere ein koordinatorfunksjon og redusere talet på personell som var involvert. Det blei vist til at dei ordningane som var etablerte, var ulike både når det gjaldt kva for yrkesgruppe som var involvert, korleis yrkesgruppene samarbeidde om koordineringsansvaret, korleis koordinatorrolla blei definert, og kor omfattande ansvar koordinatorane fekk.

Departementet oppfatta tilbakemeldingane slik at det ofte var ein sjukepleiar som hadde rolla som koordinator, men at det òg kunne vere merkantilt personell.

Tilbakemeldingane frå helseføretaka tydde òg på at dei koordinatorfunksjonane som var oppretta, oftast var lagde inn under den enkelte behandlingseininga og var ikkje knytte til dei koordinerende einingane i helseføretaka.

3.2 Kontaktlege

I regjeringsplattforma av 7. oktober 2013 heiter det at regjeringa vil «styrke pasienters og pårørendes rettigheter og innføre fast kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for alvorlig syke pasienter». Med bakgrunn i dette foreslår departementet ei

ordning med kontaktlege i spesialisthelsetenesta i tillegg til koordinatorordninga. Departementet foreslår òg å styrkje rettane til pasientane, slik at oppnemning av kontaktlege ikkje berre skal vere ei plikt for helseføretaka, men òg ein rett for den enkelte pasienten. Ordninga med kontaktlege skal etter forslaget gjelde for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding, som har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta over ein viss tidsperiode.

For å få til eit godt pasientforløp krevst det god samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom dei ulike behandlingsstadene og behandlingsnivåa. Avviksmeldingar og pasientklager viser at forløpa i ein del tilfelle ikkje fungerer slik dei skal, mellom anna blir det rapportert om mangelfull informasjonsflyt og manglande kontinuitet og oversikt over behandlingsforløpa. Formålet med den koordinatorordninga som gjeld i dag, er å sikre kontinuerlege og heilskapelege pasientforløp. Det er behov for å styrkje rettane til pasientar som er alvorleg sjuke eller har ein alvorleg skade eller ei alvorleg liding. Denne pasientgruppa bør få spesiell merksemd og bli særleg godt teken hand om.

Det er viktig at pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding, og også dei pårørande, kan kjenne seg trygge gjennom heile pasientforløpet. Ein kontaktlege kan vere med på å skape betre 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. Ei ordning med kontaktlege kan gjere situasjonen betre for denne pasientgruppa, samtidig som kvaliteten og heilskapen i det medisinske tilbodet kan bli følgt opp på ein betre måte. Ei ordning med kontaktlege vil bidra til betre pasienttryggleik, sidan all veksling mellom behandlarar og behandlingsstader inneber ein risiko for svikt i informasjonsoverføringa og dermed òg ein risiko for pasientskade.

4 Gjeldande rett

4.1 Koordinator i spesialisthelsetenesta

Dei gjeldande reglane om koordinator i spesialisthelsetenesta tok til å gjelde 1. januar 2012 og erstatta tidlegare reglar om pasientansvarleg lege. Ordninga vi har i dag, inneber ei plikt til å oppnemne koordinator for «pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. I forarbeida (Prop. 91 L (2010–2011)) er det mellom anna vist til at pasientar kan ha behov for fleire ulike deltenester gjennom behandlingsforløpet, og at dette kan dreie seg om tenester frå fleire behandlingseiningar, frå ulike avdelingar i ei behandlingseining og frå fleire profesjonar. Ordninga er ikkje regulert som ein rett etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Ansvar til koordinatoren er å følgje opp pasienten sitt behov for eit kontinuerleg og heilskapleg behandlingsforløp. Det går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første ledd at koordinatoren skal «sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient». Vidare er det presisert at koordinatoren skal «sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold». Dette inneber at koordinatoren sitt ansvar gjeld både ved polikliniske forundersøkingar, under sjølve behandlingsopphaldet og ved oppfølging og etterbehandling. Omgrepet «sikre» må ein forstå slik at koordinatoren skal bidra til å sikre samordning.

Det er òg presisert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første ledd at koordinatoren skal «sikre samordning overfor andre tjenesteytere». Dersom behovet for kontinuitet og samanheng i pasientforløpet tilseier det, skal koordinatoren følgje opp overfor personell utanfor institusjonen som har eller kjem til å få eit behandlings- eller oppfølgingsansvar for pasienten. Dette kan til dømes gjelde fastlegen, koordinatoren i den kommunale helse- og omsorgstenesta, heimesjukepleia og spesialistar i eit anna helseføretak.

Koordinatoren skal òg «sikre framdrift i arbeidet med individuell plan». Ansvar for å utarbeide

ein individuell plan skal vere forankra hos leiinga av helseføretaket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, som pålegg helseføretaket ei plikt til å utarbeide ein individuell plan. Omgrepet «sikre» må også i denne samanhengen forståast slik at koordinatoren skal bidra til å sikre framdrift i arbeidet med den individuelle planen.

Koordinatoren sitt ansvar er eit «sørgjeforansvar». Det inneber at koordinatoren ikkje må utføre alle oppgåvene sjølv, men at vedkomande har eit hovudansvar for å sørgje for nødvendig oppfølging av pasienten, sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med den individuelle planen. Det må etablerast system som legg til rette for formålstenlege løysingar mellom samarbeidande personell og merkantile støttefunksjonar, og leiinga må sørgje for rammevilkår som gjer det mogleg å fylle ei koordinatorrolle.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a andre ledd er det bestemt at «koordinator bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig». I høyringsnotatet som blei sendt ut i juni 2013, blei denne føresegna foreslått erstatta med ei føresegn om at kontaktpersonen skal vere helsepersonell, jf. kapittel 2.

4.2 Koordinator i kommunen

Plikta for kommunane til å tilby koordinator er i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-2 avgrensa til å gjelde for «pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester» etter denne lova. Koordinatoren skal «sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan».

Koordinatoren i kommunen har ei viktig rolle i samhandlinga med spesialisthelsetenesta. Dersom det er behov for det, bør det etablerast kontakt mellom koordinatoren i kommunen og koordinatoren i spesialisthelsetenesta.

4.3 Koordinerande eining

4.3.1 Generelt

Både helseføretaka og kommunane har plikt til å ha ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemda. Dette blei lovpålagt frå 1. januar 2012, samtidig som helse- og omsorgstjenesteloven tok til å gjelde. Ordninga for spesialisthelsetenesta er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b, medan helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 regulerer ordninga for kommunane. Desse føresegnene vidarefører ordninga som tidlegare var regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering. Denne forskrifta blei oppheva og erstatta av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator då helse- og omsorgstjenesteloven tok til å gjelde.

4.3.2 Koordinerande eining i spesialisthelsetenesta

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b første ledd skal helseføretaket ha ei koordinerande eining som «skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen». Det er òg presisert i lovteksten at eininga «skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen». Vidare er det presisert at eininga i tillegg skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Etter § 2-5 b andre ledd kan departementet gi forskrift med nærmare føresegner om kva slags ansvar den koordinerande eininga skal ha. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator regulerer ansvaret for dei koordinerande einingane for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta i § 11. I tillegg til oppgåvene som går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b første ledd, presiserer § 11 i forskrifta at eininga skal «bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering». Det er òg gitt døme på kva eit overordna ansvar for individuell plan inneber.

4.3.3 Koordinerande eining i kommunen

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 første ledd skal kommunen ha «koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-

1 og 7-2.» Av § 7-3 andre ledd går det fram at departementet kan gi nærmare føresegner om kva slags ansvar den koordinerande eininga skal ha. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 regulerer ansvaret for dei koordinerande einingane i kommunane. Her er det, på same måten som for dei koordinerande einingane i spesialisthelsetenesta, presisert at eininga «skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering», og det er gitt døme på kva eit overordna ansvar for individuell plan inneber.

4.4 Fastlegeordninga i kommunen

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4 har kommunane ansvar for å tilby fastlegeordning. Kommunane skal både organisere denne ordninga og sørge for at alle som ønskjer fastlege, får eit tilbod om det, under føresetnad av at personen har rett til å stå på ei fastlegeliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2.

I forskrift om fastlegeordning i kommunene er det presisert at kommunen skal leggje til rette for samarbeid mellom fastlegane og spesialisthelsetenesta, jf. § 8 tredje ledd. Listeansvaret til fastlegen dekkjer alle allmennlegeoppgåver innanfor somatikk, psykisk helse og rus for innbyggjarane på lista dersom ikkje anna er presisert i lov eller forskrift, jf. forskrifta § 10 første ledd.

Fastlegen skal òg ha ei medisinskfagleg koordineringsrolle og skal samarbeide med andre relevante tenesteytarar om eigne listeinnbyggjarar, jf. forskrifta § 19 første ledd. I merknadene til denne føresegna er det presisert at koordineringsansvaret til fastlegen ikkje fell saman med oppgåvene til koordinatoren, men at fastlegen har ansvar for koordinering av dei medisinskfaglege tenestene. Det går òg fram at rehabiliteringsfasen er inkludert i forløpet. Vidare er det presisert at fastlegen må ha system som gjer at andre tenesteytarar og samarbeidspartnarar får tak i legen for å få avklart nødvendige spørsmål eller for å få gitt informasjon. Fastlegen har òg eit eige ansvar for å kontakte andre tenesteytarar når faglege forhold tilseier det.

Dersom ein innbyggjar på lista har behov for langvarige og koordinerte tenester, pliktar fastlegen å informere om og medverke til at det blir utarbeidd ein individuell plan og oppnemnt ein koordinator i kommunen, jf. forskrifta § 19 andre

ledd. I merknadene til denne føresegna er det presisert at det er kommunen som er ansvarleg for å peike ut ein koordinator for den enkelte pasienten eller brukaren, men at det i dei fleste tilfelle uansett vil vere behov for dialog og samarbeid mellom fastlegen og koordinatoren.

4.5 Individuell plan

Personar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester har rett til å få utarbeidd ein individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Nærmare reglar om plikta til å utarbeide individuell plan går fram av helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Med behov for «langvarige» tenester er det meint at behovet må vere til stades over ein viss tidsperiode, men det er ikkje eit krav at behovet skal vere varig eller strekkje seg over så eller så mange månader eller år. Med behov for «koordinerte» tenester er meint at behovet må gjelde to eller fleire helse- og omsorgstenester, og at tenestene må eller bør sjåast i samanheng.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 er plikta til å utarbeide individuell plan lagd til helseføretaket, og i psykisk helsevernloven § 4-1 er plikta lagd til den enkelte institusjonen. Begge føresegnene presiserer at ein skal samarbeide med andre tenesteytarar om planen for å kunne gi eit heilskapleg til-

bod for pasienten. Kommunen skal sørge for at arbeidet med planen blir sett i gang og koordinert dersom pasienten har behov for tenester både etter spesialisthelsetjenesteloven / psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Helseføretaket/institusjonen skal varsle kommunen så snart som råd når det er behov for ein individuell plan som òg omfattar kommunale helse- og omsorgstenester. I slike tilfelle har helseføretaket/institusjonen òg ei plikt til å medverke i kommunen sitt arbeid med den individuelle planen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b pålegg helseføretaket å ha ei koordinerande eining for habilitering- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Denne eininga skal mellom anna ha overordna ansvar for arbeidet med individuelle planar og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatarar.

Helsepersonelloven § 4 andre ledd pålegg helsepersonell ei plikt til å ta del i arbeidet med den individuelle planen når ein pasient eller brukar har rett til ein slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonell skal òg snarast råd gi melding til den koordinerande eininga om behovet pasientar og brukarar har for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38 a.

Nærmare reglar om formålet med den individuelle planen, samtykke, innhaldet i planen m.m. er gitt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

5 Rettstilstanden i andre nordiske land

5.1 Sverige

Sverige har hatt ei ordning med «fast vårdkontakt» sidan 1. juli 2010. Ordninga erstatta ei tidlegare ordning med pasientansvarleg lege og er regulert i «Hälso- och sjukvårdslagen» § 29 a:

«29 a § Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.»

Føreseгна inneber at det er verksemdleiaren som har ansvar for å sikre pasienten sitt behov for kontinuitet, samordning og tryggleik i behandlinga. Dersom det er nødvendig for å sikre desse behova, skal verksemdleiaren peike ut ein «fast vårdkontakt». Sjølv om verksemdleiaren meiner at behova til pasienten kan tilfredsstillast på annan måte, skal ein «fast vårdkontakt» oppnemnast dersom pasienten krev det. Det inneber at pasienten si eiga oppfatning av hans eller hennar behov blir styrande. Av forarbeida går det mellom anna fram:

«Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.»

Ny «patientlag» tok til å gjelde 1. januar 2015. Her er det i kapittel 6 ei eiga føresegn om «fast vårdkontakt»:

«2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.»

Av forarbeida går det fram at formålet med denne føreseгна framfor alt er å styrkje pasienten si stilling, men også å tydeleggjere «vårdens» ansvar for samordning og kontinuitet.

Det går òg fram at regjeringa håper at ei føresegn i «patientlagen» som korresponderer med utpeiking av «fast vårdkontakt» i «hälso- och sjukvårdslagen», vil føre til at føreseгна blir teken i bruk i større utstrekning, slik at fleire pasientar får tilgang til ein «fast vårdkontakt».

5.2 Danmark

I Danmark er det etablert ei ordning med kontaktperson for pasientar som kjem til ambulant behandling eller behandling på sjukehus. Ordninga er regulert i «sundhedsloven» kapittel 23 a og tok til å gjelde 1. januar 2009. Ein kontaktperson er definert som «en sygehusansat sundhedsfaglig person tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb».

Med verknad frå 1. juni 2010 blei ordninga endra, med bakgrunn i regjeringa sin «afbureaukratiseringsplan». Tidlegare vilkår om at ordninga skulle gjelde dersom behandlingsforløpet strekte seg over meir enn eitt døgn, blei erstatta med vilkår om at ordninga som hovudregel skal gjelde «når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mer end 2 dage». I forarbeida til endringa blei det vist til at ordninga med kontaktperson skulle målrettast, slik at pasientar med ukompliserte behandlingsforløp og kortvarig kontakt med sjukehusvesenet ikkje lenger skulle få tilbod om kontaktperson.

Etter den danske ordninga gjeld det unntak «hvis en patient har særligt behov for det». I slike tilfelle skal ein tilby éin eller fleire kontaktpersonar, «selv om behandlingsforløbet kun strækker sig over 1–2 dage». «Indenrigs- og sundhedsministeren» kan fastsetje nærmare reglar om kva pasientgrupper unntaket skal gjelde for, og på kva tidspunkt i behandlingsforløpet tildeling av kontaktperson skal skje.

Kontaktpersonen skal vere ein «sundhedsperson» som medverkar ved behandlinga av pasienten. Det kan fastsetjast nærmare reglar om funksjonane til kontaktpersonen og reglar om at andre enn «sundhedspersoner» kan peikast ut til kontaktpersonar. «Sundhedsperson» er i lova definert slik:

«Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.»

Ifølgje opplysningar innhenta frå «Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse» vil kontaktpersonen på sjukehus vanlegvis vere ein lege eller sjukepleiar, medan det i psykiatrien også kan vere andre fagpersonar. Pasienten er tildelt ein kontaktperson under heile behandlingforløpet.

I forarbeida til føresegna om at ein skal tilby ein kontaktperson også dersom behandlingsforløpet berre strekkjer seg over 1–2 dagar, heiter det:

«Forslaget herom er først og fremmest møntet på pasienter med kroniske og livstruende sykdomme fx kreft – og hjertepatienter, for hvilke der almindeligvis vil kunne forudses et længerevarende eller kompliceret behandlingsforløb, og de vil derfor ofte have behov for en kontaktperson allerede fra første eller anden kontakt med sygehuset. Andre patientgrupper, som fx den ældre medicinske patient, kronisk svækkede patienter, patienter med komplekse forløb, patienter med funktionsnedsættelse og udsatte grupper kan også have særlige behov for en kontaktperson. Den behandlingsansvarlige sundhedsperson vurderer, om en patient har behov for en kontaktperson ved første eller anden sygehuskontakt.»

6 Koordinator og koordinerande eining i spesialisthelsetenesta

6.1 Forslag i høyringsnotatet publisert 28. juni 2013

I høyringsnotatet som blei publisert 28. juni 2013, foreslo departementet endringar i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven om oppnemning av kontaktperson. Høyringsnotatet inneheldt for det første forslag om at hovudregelen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a om at koordinatoren bør vere lege, skulle fjernast, og at dei krava ein har i dag om at den som blir oppnemnd som kontaktperson i spesialisthelsetenesta, må vere helsepersonell, skulle vidareførast. Departementet viste til at det enkelte helseforetaket sjølv bør avgjere kven som skal oppnemnast som kontaktperson, og kva for kompetanse vedkomande bør ha. Det blei òg presisert at dersom sjukehuset i det konkrete tilfellet meiner at ein lege bør oppnemnast, står sjukehuset fritt til å oppnemne ein lege.

Vidare foreslo departementet at omgrepet «koordinator» i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven skulle erstattast med «kontaktperson». Departementet grunnga dette slik:

«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». Departementet understreker at det ikke foreslås endringer i ansvaret som disse bestemmelsene i dag pålegger koordinator. Dette ansvaret foreslås videreført for kontaktpersonen uten endringer (...).»

Departementet foreslo òg endringar i reglane om koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetenesta, slik at denne eininga ikkje skulle ha ansvar for oppnem-

ning, opplæring og rettleiing av koordinatoren. Departementet uttalte:

«Etter departementets vurdering er det grunn til å videreføre plikt for helseforetaket til å ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b. Det samme gjelder pålegg om at enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten bør også beholde overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, på tilsvarende måte som koordinerende enhet i kommunen har et slikt ansvar. Etter departementets vurdering er det imidlertid grunn til å fjerne krav om at koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten skal ha 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. Det foreslås derfor en endring i reguleringen av ansvar for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b første ledd, slik at lovpålagt ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator/kontaktperson ikke videreføres.»

6.2 Høyringsinstansane sitt syn

6.2.1 Fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege

Eit klart fleirtal av høyringsinstansane støtta forslaget om å fjerne hovudregelen om at koordinatoren i spesialisthelsetenesta bør vere lege. 35 av dei 43 instansane som uttalte seg om dette, støtta forslaget. Dei viste mellom anna til at helselovgivinga bør leggje til rette for at helseforetaka sjølve kan bestemme korleis dei skal organisere seg internt, og at pasienten sitt behov bør avgjere kva for kompetanse koordinatoren skal ha.

Helsedirektoratet uttalte:

«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. (...)

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. (...)

Dersom det etterspurte behovet for en lege som har ansvar for den enkelte pasient i spesialisthelsetjenesten skal avhjelpest, 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.»

Helse Vest uttalte:

«Det er viktig å få fram at koordinatorfunksjonen vil gjelde og er viktig for mange ulike typer pasientgrupper. Til dømes innan psykiatri, rusbehandling og ei rekke kroniske somatiske lidingar, habilitering av barn, unge og vaksne, og innanfor rehabiliteringsområdet generelt.

(...) Helse Vest vil støtte kravet om at koordinator i hovudsak ikkje treng vera lege. Ein viktig føresetnad for dette er at koordinatoren samarbeider tett med utgreiings-/behandlingsansvarleg lege. Pasienten treng to personar som legg til rette for å få gode forløp: ein lege som lager ein medisinsk plan og heile tida oppdaterer denne, og ein pasientkoordinator som i nært samarbeid med legen tar hand om alle dei praktiske tiltaka for at pasienten skal møte eit forløp der alt er samordna og koordinert.»

Fagforbundet viste mellom anna til at forslaget kan bidra til eit betre fleirfagleg samarbeid i spesialisthelsetenesta.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) uttalte:

«LHL støtter at kontaktpersonen ikke som hovedregel må være lege. Erfaringen med pasientansvarlig lege, som gjaldt for alle pasienter, var at nesten ingen fikk dette oppnevnt. Også etter endringen til koordinator og at denne som hovedregel skal være lege, er det påfallende få som får oppnevnt koordinator. LHL antar at dette har flere årsaker, men en kan være kravet om at koordinator som hovedregel skal være lege. LHL mener at i mange tilfeller kan også annet helsepersonell enn leger ivareta rollen som koordinator på en god måte. LHL tror også at dette vil medføre at flere vil få oppnevnt kontaktperson.»

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) uttalte:

«Når det gjelder kravet om at en koordinator i spesialisthelsetjenesten som hovedregel må være lege, stiller FFO seg bak departementets vurdering at en slik bestemmelse ikke er hensiktsmessig. Annet helsepersonell kan godt fylle koordinatorrollen. For pasienten er det viktig at koordinator også er tilgjengelig, og ikke for vanskelig å få tak i. Forutsetningen er at koordinator kjenner pasienten, er god til å snakke med pasienter og kjenner sin oppgave som koordinator. I mange tilfeller kan det være bedre å ha en sykepleier, fysioterapeut eller annet helsepersonell som ansvarlig for koordineringen av behandlingsforløpet, enn en travel lege.»

Kreftforeningen uttalte:

«(...) vi tror det kan være positivt at rollen som koordinator kan fylles av flere faggrupper, for eksempel sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Kreftforeningens erfaringer så langt tilsier også at svært få sykehusavdelinger tilbyr en koordinator som er lege.

Det vil være av avgjørende betydning at koordinator samarbeider nært med behandlingsansvarlig lege som har ansvar for den medisinske oppfølgingen. Koordinatoren må i samarbeid med legen holde orden på de praktiske tiltakene og samordningen gjennom hele pasientforløpet. Koordinatoren bør i tillegg som pasientens kontaktpunkt ved sykehuset formidle rask kontakt til behandlingsansvarlig lege når pasienten har problemer eller spørsmål som koordinatoren ikke kan håndtere.»

Åtte av dei 43 instansane som uttalte seg om forslaget, var imot å fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege. Dei viste særleg til at gjeldande rett er tilstrekkeleg til å sikre at rett person kan ta hand om funksjonen som koordinator, og at den endringa som er foreslått, ikkje nødvendigvis vil gi eit betre tilbod for pasientane.

Akershus universitetssjukehus uttalte:

«Vi mener at alle forarbeider og erfaringer taler for at det er viktig at rollen knyttes opp mot den som er medisinsk ansvarlig for pasienten. Sykepleietjenesten har i sin rolle en administrativ og koordinerende funksjon overfor pasienten, men her dreier det seg som regel om behov for oppfølging på det medisinske området. Det åpnes i gjeldende lovgiving for at legen kan knytte til seg andre fagprofesjoner og merkantilt støttepersonell, og det åpnes i gjeldende lovtekst for at koordinator kan være en annen enn lege. Dette er tilstrekkelig til å sikre at rett person kan ivareta koordinatorfunksjonen.»

Pasient- og brukaromboda i landet og Helse-, sosial- og eldreombodet gav ei felles høyringsfråsegn. Her blei det mellom anna uttalt:

«Istedenfor å endre bestemmelsen bør man heller legge press på, og uttrykke forventninger om, at bestemmelsen etterfølges fordi den er viktig. Vårt innspill er vidare 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 fungerer som et mellomledd, og mindre som selvstendig pådriver i kraft av sin rolle. Ombudene mener vidare at forslaget ikke samsvarer med direktoratets pågående arbeid og gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold.»

Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) meinte at det ikkje er nødvendig å vidareføre kravet om at kontaktpersonen skal vere helsepersonell:

«Vi støtter alle endringene med ett unntak: Vi mener at det innenfor TSB ikke er nødvendig at kontaktpersonen må være helsepersonell, tvert imot kan det i mange tilfeller være en fordel at kontaktpersonen har en sosialfaglig bakgrunn.»

Kirkens Bymisjon Oslo uttalte:

«For den delen av spesialisthelsetjenesten som omfatter Tverrfaglig Spesialisert rusbehandling (TSB) mener vi likevel at det bør presiseres at helsepersonell i denne sammenheng også omfatter yrkesgrupper som sosionomer, barnevernspedagoger e.l. Det vil si de yrkesgrupper som naturlig inngår i de tverrfaglige teamene i TSB og som har som oppgave å arbeide med pasientens individuelle plan (IP).»

6.2.2 Endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson»

Høyringsinstansane hadde delte meiningar om å endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson». Departementet fekk inn 43 fråsegner om dette forslaget, 17 støtta det, og 19 var imot. Sju instansar hadde merknader både for og imot forslaget, eller dei uttalte at dei ikkje hadde merknader. Dei som var imot forslaget, viste særleg til at omgrepet koordinator er meir dekkjande for dei funksjonane det gjeld, at omgrepet har festa seg, og at ei endring av omgrep kan skape forvirring og gi ein uheldig signaleffekt.

Helse Vest RHF uttalte:

«Helse Vest vil ikkje støtte forslaget om å endre omgrepet koordinator til kontaktperson fordi dette vil kunne svekke den viktigaste del av rolla som er konkret tilrettelegging av godt koordinerte pasientforløp.»

Universitetssjukehuset Nord-Noreg meinte at den foreslåtte endringa av omgrep var unødvendig, og uttalte:

«Koordinator er dessuten et mer dekkende begrep for innholdet i funksjonen, all den tid dagens koordinatoransvar videreføres. I tillegg har begrepet befestet seg i mange miljø og en navneendring kan skape forvirring.»

Pensjonistforbundet uttalte:

«Navneendringen fra pasientansvarlig lege via koordinator til kontaktperson kan lett tolkes i retning av at det pasientrettede ansvaret blir mindre tydeliggjort, selv om dette ikke er meningen.»

Dei som støtta forslaget, meinte at endringa av omgrep var godt eigna til å beskrive rolla som fast kontaktpunkt for pasienten. Fleire meinte òg at endringa ville auke pasienten/brukarane si forståing av fordelene med å ha ein kontaktperson.

Kreftforeningen uttalte:

«Å erstatte «koordinator» med «kontaktperson» av pedagogiske årsaker er noe Kreftforeningen er enig i. Det kan, som departementet sier, ha en gunstig signaleffekt og gjøre det enklere å forstå personens funksjon og rolle som fast kontaktperson for den enkelte pasient, og ikke først og fremst som en logistikkforbedrer på systemnivå.»

N.K.S. Kløverinstitusjoner AS støtta òg forslaget og uttalte at det

«kan bidra til lavere terskel for kontakt og dermed øke brukerperspektivet. Vi forutsetter at kontaktpersonens ansvar likestilles med dagens koordinator. Vi mener også at det er utilstrekkelig at pasienten får oppgitt kontaktpersonens kontaktinformasjon. Det må pålegge kontaktpersonen et ansvar for å ta kontakt med pasienten.»

Norsk Psykologforening uttalte:

«Norsk Psykologforening støtter departementets forslag om å endre begrepet «koordinator» til «kontaktperson». Det vil kunne gjøre det lettere for pasienten å forstå rollen til kontaktpersonen. Begrepsendringen medfører imidlertid ikke større klarhet i hva som faktisk ligger i denne rollen. Etter vårt syn er det viktigste at pasienten har samme person å forholde seg til i hele behandlingsløpet. Det er en viktig forutsetning for at pasienten skal oppleve kontaktpersonen som viktig at vedkommende har tilgang til de nødvendige hjelpemidler og systemer for å kunne utføre en god jobb for pasienten. En viktig del av arbeidet er å sørge for at det er fremdrift i arbeidet med den individuelle planen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5.»

Fellesorganisasjonen (FO) uttalte seg både for og imot forslaget:

«Vi ser at departementets forslag om å endre betegnelsen fra «koordinator» til «kontaktperson» kan gi pasienter/brukere en umiddelbar og bedre forståelse av at dette dreier seg om en

person som skal være tilgjengelig for dem, og som kan og skal bistå dem. Det vil være positivt, fordi det kan bidra til at den enkelte får en god opplevelse av å bli møtt. På den andre siden kan «koordinator»-begrepet fungere bevisstgjørende for ansatte i tjenestene og dermed bidra til en bedre samordning i og mellom tjenester, noe som er et viktig faglig og politisk mål. «Koordinator» er etter hvert et innarbeidet begrep, noe som også kan tale for å beholde det.

Uavhengig av hvilket begrep som velges vil FO peke på at det er nødvendig å vektlegge informasjon om innholdet i kontaktperson-/koordinatorrollen, samt ha kontinuerlig oppmerksomhet på hvordan innholdet kan ivaretas og forbedres. Tilgang på nødvendig opplæring og veiledning er vesentlig, samt å sikre at de som innehar rollen har kapasitet til å ivareta ansvaret.»

6.2.3 Endre ansvaret for den koordinerende eininga

Høyringsinstansane hadde delte meninger om å innskrenke ansvaret for den koordinerende eininga for habiliterings- og rehabiliteringstiltak, slik at denne eininga ikkje lenger skal ha ansvar for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. 32 instansar uttalte seg om dette. 12 av dei støtta forslaget, 13 var imot, fem slutta seg delvis til forslaget, og to uttalte seg både for og imot. Dei som støtta forslaget, viste til at det er naturleg og formålstenleg at dette ansvaret blir lagt til den eininga som har ansvaret for behandlinga av pasienten. *Helse Sør-Aust RHF* var blant desse, og uttalte:

«Endringsforslaget innebærer en innskrenkning av det lovpålagte ansvar for koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjeneste. Helse Sør-Øst RHF støtter dette og mener det er naturlig at et slikt ansvar er forankret i behandlende enhet. Ansvar og system for opplæring av kontaktperson må nedfelles i institusjonens kvalitetssystem.»

Universitetssjukehuset Nord-Noreg uttalte:

«UNN støtter disse forslagene. Det må være opp til helseforetaket å bestemme hvem som skal ha slike funksjoner. Det er hensiktsmessig at oppnevning av koordinator for pasienter som trenger dette, skjer i den avdeling eller den klinikk, hvor pasienten mottar behandling.»

Pensjonistforbundet uttalte:

«Det pekes på at tilbakemelding fra helseforetakene tyder på at koordinatorfunksjoner som er opprettet, oftest er underlagt den enkelte behandlingsenhet og ikke knyttet til koordinerende enhet i helseforetaket. Dette er i tråd med den virkeligheten Pensjonistforbundet kjenner til. Vi er enig i at dette er en hensiktsmessig og lite byråkratisk ordning og støtter endringsforslaget.»

Dei som delvis støtta forslaget, var einige i at den koordinerende eininga ikkje skal oppnemne koordinator, men meinte at eininga framleis bør ha ansvar for opplæring og rettleiing av koordinatorar.

Oslo universitetssjukehus uttalte:

«OUS støtter forslaget om at Koordinerende enhet (KE) ikke skal ivareta ansvar for oppnevning av koordinator. Vi finner det imidlertid viktig at KE har ansvar for å sørge for et system som sikrer opplæring og rettleiing av koordinator. Dette passer sammen med at KE har ansvar for å sikre at det foreligger et overordnet system for ivaretagelse av Individuell plan. Overordnet ansvar for utarbeidelse av system for Individuell plan og Koordinator bør i prinsippet være forankret samme sted.»

Fellesorganisasjonen uttalte:

«FO er skeptisk til forslaget når det gjelder opplæring og veiledning av koordinator. Vi er bekymret for at fjerning av lovbestemmelsen på dette området kan føre til en utydeliggjøring og pulverisering av ansvaret, og at det vil svekke kvaliteten på opplæring og veiledning. Vi frykter også at opplæring og veiledningsvirksomheten kan bli nedprioritert.»

Helse Vest RHF uttalte:

«Helse Vest støtter forslaget om å ta bort ansvaret for utnemning av koordinator frå koordinerende eining. Nokre av helseforetaka i regionen har stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig å ta bort ansvaret for opplæring og rettleiing av koordinatorar. Det er eit stort behov for opplæring og rettleiing av koordinatorar. Dersom koordinerende eining ikkje skal ha denne oppgåva lenger, må det sikrast at andre har ansvar for dette.

Koordinerende eining skal framleis ha eit overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og dette heng nært saman med opplæring og rettleiing av koordinatorane.»

Dei som var imot forslaget, viste særleg til at det kan utvikle seg ulik praksis mellom helseforetaka, og også mellom 1.- og 2.-linjetenesta. Fleire frykta ansvarspulverisering og meinte at pasientane vil vere best tente med at ansvaret til den koordinerende eininga blir vidareført slik det er i dag. Særleg pasient- og brukarorganisasjonar var imot forslaget, i tillegg til Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og fleire andre.

Frambu (Sen, for sjeldne funksjonshemninger) uttalte:

«Vi mener at arbeidet med å få på plass en synlig og godt fungerende koordineringsfunksjon innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og øvrig tjenesteapparat, krever en entydig og lik ansvars plassering i alle helseforetakene. Oppgaven med å oppnevne, lære opp og veilede koordinatorer, er så viktig at det ikke bør være opp til hvert enkelt helseforetak å fastsette hvem som skal ha dette ansvaret. Delt ansvar knyttet til koordinatorfunksjonen innad i hvert helseforetak og ulik ansvars plassering mellom helseforetakene gjør det dessuten vanskeligere for både pasienter, pårørende, fagpersoner og kommunale koordinatorer å holde seg orientert om hvor de skal henvende seg i ulike sammenhenger. Frambu slutter seg derfor ikke til forslaget om endringer i ansvarsområdet til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten.»

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke uttalte:

«LHL er skeptisk til forslaget om at koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten ikke lenger skal ha ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Blir det opp til det enkelte helseforetak å selv stå for disse oppgavene, kan det utvikle seg ulik praksis mellom helseforetakene. Det kan også være vanskelig for et helseforetak å bygge opp god nok kompetanse på opplæring etc. LHL mener derfor det er viktig at det er en enhet i spesialisthelsetjenesten som har et særskilt ansvar for ordningen med kontaktperson. Når det gjelder oppnevning av kontaktperson mener LHL at et nært samarbeid mellom helseforetak og koor-

dinerende enhet vil sikre en god forankring i helseforetaket og den enkelte avdeling.»

Fylkesmannen i Buskerud uttalte:

«Fylkesmannen i Buskerud kjenner til at spesialisthelsetjenesten har brukt lang tid på å etablere koordinerende enheter. Vi mener det er en tett sammenheng mellom de øvrige oppgavene til koordinerende enhet og oppgavene om å oppnevne, gi opplæring til og veilede koordinatorene. Etter å ha lest høringsnotatet ser vi at praksis ikke samsvarer med gjeldende regelverk. Vi mener i utgangspunktet dette ikke gir grunnlag for å endre regelverket, men heller sikre tettere oppfølging av gjeldende regelverk og praksis. Vi mener det er viktig at spesialisthelsetjenesten har et system for oppnevning av koordinator til den enkelte pasient. Når behandlingsforløpene er komplekse, er det viktig at det er enighet om hvem som skal ha ansvar for å følge opp pasienten og samordne det enkelte pasientforløp. I praksis vil dette kunne bety at koordinerende enhet har ansvar for å utpeke hvilken avdeling/virksomhet som skal ta ansvar for koordineringen, men at avdelingen/virksomheten selv kan velge hvem som skal være koordinator. Dette er vanlig praksis ute i kommunene.

Kordinering er krevende og koordinatorene trenger opplæring og veiledning. Vi mener det er avgjørende at dette blir satt i system og mener derfor at koordinerende enhet i helseforetakene fortsatt skal ha ansvar for disse oppgavene på et overordnet nivå, slik at koordinatorene sikres lik grunnopplæring og forståelse av sin rolle.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag var «i utgangspunktet ikke uenig» i forslaget, men viste til at lovgiveren hadde ei grunngeving for å leggje ansvaret til koordinerende eining i 2012. Vidare uttalte Fylkesmannen:

«Det er vanskelig å se hva som vesentlig har endret seg siden den tid, og hvorfor det er grunn til å ha ulik regulering for spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste. (...)

Dersom endringsforslaget gjennomføres finner Fylkesmannen i Sør-Trøndelag grunn til å fremheve behovet for enhetlige og omforente løsninger i helseforetaket. Dersom koordinering, funksjonen for koordinator/kontaktperson osv. skal få tilstrekkelig effekt, er det viktig

at system og praksis er omforent i helseforetaket. Ordningen må ikke være klinikk-/avdelingsavhengig, men gjennomgripende for hele organisasjonen og implementert. Dette vil også lette gjenkjennbarheten og forutsigbarheten for samarbeidspartene.»

Helsedirektoratet uttalte:

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

6.3 Vurderingar og forslag frå departementet

6.3.1 Fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege

Forslaget om å fjerne hovudregelen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a om at koordinatoren bør vere lege, fekk brei støtte av høringsinstansane, jf. punkt 6.2.1. Eit klart fleirtal var einige i at det enkelte helseforetaket sjølv bør avgjere kva kompetanse koordinatoren skal ha. På denne bakgrunn held departementet fast på forslaget. Forslaget må sjåast i samanheng med forslaget om kontaktlege i spesialisthelsetenesta. Dette blir vurdert nærmare i kapittel 7. Ansvar og oppgaver for kontaktlegen og koordinatoren blir kommentert i punkta 7.3.4 og 7.3.5.

Departementet foreslo òg at dei krava vi har i dag om at koordinatoren må vere helsepersonell,

skulle vidareførast. Med omgrepet helsepersonell meiner ein ikkje berre helsepersonell med autorisasjon. Helsepersonell er definert i helsepersonelloven § 3 første ledd. Her går det fram at omgrepet omfattar

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49
2. personell i helse- og omsorgstenesta eller i apotek som utfører helsehjelp
3. elevar og studentar som i samband med helsefagleg opplæring utfører helsehjelp.

Denne definisjonen av helsepersonell gjeld òg ved tolking av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.

Departementet legg til grunn at dei som blir oppnemnde som koordinatorar etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, utfører helsehjelp når dei utøver koordinatorrolla. Helsehjelp er i helsepersonelloven § 3 tredje ledd definert som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som uføres av helsepersonell». Ein tilsvarande definisjon finn vi i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Det inneber at òg sosionomar, barnevernspedagogar og andre yrkesgrupper som ikkje er autorisert helsepersonell, kan vere koordinator i spesialisthelsetenesta. Departementet viser her til høyringsfråsegnene frå Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon og Kirkens Bymisjon Oslo, jf. punkt 6.2.1.

Spørsmålet om kven som bør inneha koordinatorrolla i spesialisthelsetenesta, må vurderast konkret i kvar enkelt sak. Kva for kvalifikasjonar koordinatoren bør ha, er mellom anna avhengig av kva sjukdom eller skade pasienten har, og kvar pasienten er i pasientforløpet. I somme tilfelle kan det vere formålstenleg at til dømes ein sjukepleiar, helsefagarbeidar, helsesekretær, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, vernepleiar eller psykolog blir oppnemnd. I andre tilfelle kan det vere meir formålstenleg at til dømes ein sosionom eller ein barnevernspedagog blir oppnemnd i koordinatorrolla, til dømes i eit rehabiliteringsforløp.

6.3.2 Endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson»

Høyringsinstansane hadde delte meininger om forslaget som gjaldt å endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson». Eit knapt fleirtal var imot dette forslaget og viste mellom anna til at ei endring av omgrep kan skape forvirring, jf. punkt 6.2.2. Denne innvendinga blir særleg relevant etter at departementet har foreslått ei ordning

med kontaktlege i spesialisthelsetenesta, jf. kapittel 7. Departementet finn det ikkje formålstenleg å halde fast på forslaget om å endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson» etter at forslaget om «kontaktlege» er sendt ut. Ein bør halde på omgrepet koordinator for å skilje denne rolla tydelegare frå rolla til kontaktlegen. Departementet viser òg til fråsegner frå høyringsinstansane om at omgrepet koordinator har festa seg og er dekkjande for dei funksjonane som denne ordninga skal omfatte. På denne bakgrunn finn departementet at ein bør halde på omgrepet koordinator både i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven.

6.3.3 Endre ansvar for den koordinerende eininga

Høyringsinstansane hadde ulike syn på forslaget om å innskrenke det lovpålagde ansvaret for den koordinerende eininga for habiliterings- og rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetenesta, slik at denne eininga ikkje lenger skal ha ansvar for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar. Det var om lag like mange som var imot forslaget som dei som støtta det. Fleire meinte at den koordinerende eininga ikkje bør ha ansvar for å oppnemne kontaktperson, men at eininga framleis bør ha ansvar for opplæring og rettleiing av koordinatorar, jf. punkt 6.2.3. Motstanden mot forslaget kom særleg frå pasient- og brukarorganisasjonane, medan helseføretaka støtta forslaget, anten heilt eller delvis.

Fleirtalet av dei som uttalte seg om forslaget (18 av 30), meinte at den koordinerende eininga framleis bør ha ansvaret for opplæring og rettleiing av koordinatorar. Fleire viste til føresetnaden om at den koordinerende eininga framleis skal ha ansvar for individuelle planar, og at det er nær samanheng mellom arbeidet med ein individuell plan og opplæring og rettleiing av koordinatorar. I tillegg var fleire redde for at forslaget kan føre til ulik praksis mellom helseføretaka og mellom 1.- og 2.-linjetenesta. Enkelte frykta òg ansvarspulverisering, nedprioritering av arbeidet m.m.

Departementet er einig i at det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan heng nært saman med opplæring og rettleiing av koordinatorar. Departementet ser òg at det kan vere ein fordel at både den koordinerende eininga i kommunane og den koordinerende eininga i spesialisthelsetenesta har overordna ansvar for opplæring og rettleiing av koordinatorar, slik at det blir lagt til rette for ein einsarta og samordna praksis på dette området. Etter ei nærmare vurdering

av fråsegnene frå høyringsinstansane finn departementet ikkje tilstrekkeleg grunnlag for å halde fast på forslaget om at den koordinerende eininga i spesialisthelsetenesta ikkje lenger skal ha overordna ansvar for opplæring og rettleiing av koordinatorar. Det inneber at departementet etter høyringa meiner at gjeldande reglar bør vidareførast. Departementet vil likevel understreke at ansvaret etter gjeldande reglar er overordna, både for dei koordinerende einingane i kommunane og dei koordinerende einingane i helseføretaka. Det vil seie at det er opp til den koordinerende eininga å ta stilling til korleis opplærings- og rettleiingsarbeidet skal følgjast opp i praksis, kva for rutinar som skal følgjast, osv.

Når det gjeld spørsmålet om kven som bør ha ansvar for å oppnemne koordinator, har eit fleirtal av høyringsinstansane støtta at helseføretaket sjølv bør bestemme kven som skal ha dette ansvaret. Helsedirektoratet har vist til forarbeida til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 32.6.39. Her heiter det: «Det vil være naturleg at leder i den aktuelle avdelingen utpeker koordinator, og det bør i det enkelte helseføretak etableres rutiner for hvordan koordinatoren utpekes, hvordan dette dokumenteres, hvordan pasienten informeres, og hvordan funksjonen skal ivaretas når koordinatoren ikke er på jobb.» Departementet vil understreke at gjeldande ansvar for å oppnemne koordinator er overordna, både når det gjeld koordinerende einingar i kommunane og koordinerende einingar i helseføretaka. Det inneber at det etter reglane i dag er opp til den koordinerende eininga å ta stilling til kven som i praksis skal utpeike koordinator, kva for rutinar som skal følgjast, osv.

Departementet legg til grunn at det i ein del tilfelle vil vere naturleg at den koordinerende

eininga i spesialisthelsetenesta sjølv utnemner koordinator, medan det i andre tilfelle kan vere meir formålstenleg at den eininga/avdelinga som har behandlingsansvaret for pasienten, bestemmer kven som skal utnemnast. Det overordna ansvaret inneber at den koordinerende eininga skal sørge for at pasienten får oppnemnt koordinator i dei tilfella der vilkåra er oppfylte. Dersom pasienten meiner at vilkåra er oppfylte, men ikkje får oppnemnt koordinator, er det den koordinerende eininga pasienten bør vende seg til.

Departementet har merkt seg fråsegna frå Helsedirektoratet om at det kan vere eit mogleg alternativ å endre føresegnene i lover og forskrifter slik at det overordna ansvaret for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar anten skal ligge i den koordinerende eininga eller i den eininga som helseføretaket bestemmer. Etter departementet si vurdering er det viktig med ei eintydig og klar plassering av det overordna ansvaret for desse oppgåvene, for å unngå tvil om kven som har dette ansvaret. I alle tilfelle er det viktig å ha eit nært samarbeid mellom den koordinerende eininga i helseføretaket og den behandlande eininga/avdelinga.

Etter ei nærmare vurdering av høyringsfråsegnene finn departementet ikkje grunn til å halde fast ved forslaget om at den koordinerende eininga i spesialisthelsetenesta ikkje skal ha eit overordna ansvar for å oppnemne koordinator. Departementet viser òg til innspel frå fleire høyringsinstansar om at reglane har verka i kort tid, og at det tek tid før slike reglar festar seg og får full effekt i tenesteapparatet. Departementet vil følgje utviklinga og eventuelt vurdere endringar etter at reglane har fått verke i noko lengre tid, dersom det skulle vise seg å vere behov for det.

7 Kontaktlege i spesialisthelsetenesta

7.1 Forslag i høyringsnotatet publisert 24. oktober 2014

Høyringsnotatet som blei publisert 24. oktober 2014, inneheldt forslag til nye reglar i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrengjeldingsloven om oppnemning av kontaktlege i spesialisthelsetenesta. Departementet foreslo både ei plikt for helseføretaket til å oppnemne kontaktlege og ein rett for den aktuelle pasientgruppa til å få oppnemnt kontaktlege. Både plikta og retten blei foreslått avgrensa til å gjelde for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning, og som har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta i ein viss tidsperiode («av ein viss varighet»). Det blei presisert at kontaktlegen bør ha tre primær oppgåver: vere tilgjengeleg for pasienten, gi informasjon til pasienten og ha ei rolle i behandlingsteamet rundt pasienten.

Departementet foreslo at det blir sett som vilkår at den som blir peikt ut til kontaktlege, må vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten. Vidare blei det foreslått at den ansvarlege leiaren for avdelinga eller eininga snarast råd etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, seinast ved innlegginga eller ei poliklinisk undersøking eller behandling, skal peike ut kven som skal vere kontaktlege. Pasienten skal så snart som råd få vite kven som er hans eller hennar kontaktlege, og skal samtidig få orientering om dei oppgåvene og det ansvaret kontaktlegen har.

For pasientar i det psykiske helsevernet og rusmiddelavhengige som får tverrfagleg spesialisert behandling, foreslo departementet at anna helsepersonell kan peikast ut i staden for kontaktlege «dersom det er mest hensiktsmessig ut frå den behandling eller oppfølging som skal gis».

Ei presisering av at kontaktlegen bør vere den faste medisinskfaglege kontakten til pasienten, blei teken inn i forslaget til ny § 2-5 c i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg blei det foreslått at helseføretaket må vurdere om kontaktlegen òg bør peikast ut som informasjonsansvarleg etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarleg etter helsepersonelloven § 39.

7.2 Høyringsinstansane sitt syn

7.2.1 Generelt

Eit fleirtal av høyringsinstansane er positive til innføring av ei kontaktlegeordning, men mange har kritiske merknader. *Pasient- og brukarorganisasjonane* støttar i hovudsak forslaget. Det same gjeld dei *kommunane* som har uttalt seg. *Pasient- og brukaromboda* har gitt ei felles fråsegn og stiller seg positive til at lovgivaren ønskjer å gi alvorleg sjuke pasientar betre oppfølging og kontinuitet i behandlinga. *Helseføretaka* har delte meiningar om dei ulike punkta i forslaget. Fleire høyringsinstansar viser til tidlegare erfaringar med pasientansvarleg lege. Det gjeld mellom andre *Den Norske Legeforening*, som meiner at eigarlinja bør brukast til å gjennomføre ulike forsøk med følgjeforskning, og at lovfesting bør vente til ein har funne ein velfungerande nasjonal modell. *Norsk Psykologforening* meiner at forslaget ikkje gir svar på dei utfordringane det pretenderer å løyse, og at det derfor bør trekkjast. *Lørenskog kommune* uttalte:

«Tiltaket med innføring av kontaktlege oppfattes som overveiende positivt for alle parter. Det vil bedre samhandling og kvalitet. Det vil medføre økt forutsigbarhet, trygghet og bedre informasjon til pasientene. Samarbeidet mellom sykehus, fastlege og kommune kan bli bedre med kontaktlegeordning. Det kan oppleves mer tilfredsstillende for sykehuslegen som lettere kan svare mer utfyllende på spørsmål og kan følge «sine» pasienter over tid.

Utfordringen kan bli å kombinere kontaktlegeordningen med turnus- og vaktordninger for legene, timelister på poliklinikkene og arbeidsbelastningen for den enkelte sykehuslege. Det vil trolig kreve omlegging av rutiner på sykehusene, og det er mulig det trengs mer legeressurser som igjen kan gi økte utgifter. Den totale konsekvensen av forslaget i forhold til dette, og hvordan det i praksis kan vere gjennomførbart, kan best vurderes av spesialisthelsetjenesten.»

Det blir gjort nærmare greie for høyringsinstansane sitt syn nedanfor.

7.2.2 Plikt til å oppnemne og rett til å få oppnemnt kontaktlege

Forslaget om å lovfeste retten til å få oppnemnt og plikta til å oppnemne kontaktlege får i hovudsak støtte av høyringsinstansane, men fleire meiner at vilkåra for kven som skal ha rett til kontaktlege, må bli tydelegare. Fleire meiner òg at andre pasientgrupper enn dei som er nemnde i høyringsnotatet, bør vere omfatta, og at ønske frå og opplevinga til den enkelte pasienten som hovudregel, og ikkje berre unntaksvis, bør tilleggjast vekt. Andre viser til at talet på pasientar som vil få rett til kontaktlege, kan bli svært høgt.

Helsedirektoratet uttalte:

«Av forslag til lovtekst fremgår at det er et vilkår at pasienten har en alvorlig sykdom, skade eller lidelse. Dersom pasienter som ikke objektivt kan sies å falle inn under dette vilkåret, i unntakstilfeller også skal ha rett på kontaktlege, bør det fremgå av loven i og med at dette skal være en rettighet for pasienten.

Etter direktoratets vurdering er vilkårene for å få oppnevnt en kontaktlege slik de er omtalt i høyringsnotatet, noe skjønnsmessige og vage. Dette vil kunne medføre at ordningen blir krevende å administrere siden det må legges mer arbeid i avgjørelsen av om pasienten skal eller ikke skal få oppnevnt kontaktlege. Alvorlighetsgrad kan være vanskelig å beskrive på en måte som sikrer at alle pasienter med behov omfattes. Direktoratet vil i tillegg bemerke at langvarig kontaktbehov er i seg selv en grunn til å få kontaktlege.

Ved å legge vekt på subjektive forhold kan det åpne for forskjellsbehandling da pasientens fremstillingsevne kan være avgjørende for om han eller hun får oppnevnt en kontaktlege. Direktoratet støtter vektlegging av subjektive forhold, men det bør gå tydelig frem at pasientens uttrykte behov for kontaktlege skal vektlegges i vurderingen. Dersom sykehuset er i tvil om en pasient skal få oppnevnt kontaktlege så bør det oppnevnes kontaktlege, da ordningen helt klart vil være et gode for pasienten. Dersom ordningen ikke fortolkes for innskrenkende vil også antall klager reduseres.

Det fremgår at terskelen for å oppnevne kontaktlege til barn som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten bør være lav. Dette støtter direk-

toratet da det er viktig både av hensyn til barnet og foreldrene. Det er slik direktoratet leser høyringsnotatet ikke krav om at barnet må ha en sykdom, skade eller lidelse som er alvorlig for å få oppnevnt kontaktlege – og direktoratet er enig i dette. Etter direktoratets vurdering bør det også fremgå av lovteksten at terskelen for å oppnevne kontaktlege for barn som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten skal være lav.

Kravet til «en viss varighet» er i høyringsnotatet definert som behov for behandling over et tidsrom på mer enn 3–4 dager, mens krav til oppfølging over en viss tid forstås som at det som hovedregel må være behov for mer enn én oppfølgende poliklinisk konsultasjon. Det påpekes samtidig at gjennomsnittlig liggetid på sykehus nå er 4 dager i somatikken, og at 3–4 dagers innleggelse ofte fører til behov for kontaktlege. Også her er det behov for en presisering i lovbestemmelsen, alternativt klare retningslinjer til loven. Pasienten bør få kontaktlege så snart det er klart at pasienten har rett til dette. Det er uheldig dersom pasienter som har en slik rett, må vente i 3–4 dager.»

Statens helsetilsyn uttalte:

«I høyringsnotatet beskrives at rettighetsspørsmålet skal avgjøres ut fra en objektiv vurdering, samtidig som det åpnes for å ta hensyn til pasientens opplevelse av alvorligheten. Etter vår vurdering blir ikke beskrivelsen i bestemmelsen om hvem som skal ha en rettighet presis nok og forslaget vil derfor kunne gi spesialisthelsetjenesten betydelige praktiske utfordringer.

Som eksempler på pasienter som vil falle utenfor gruppen, angis i høyringsnotatet pasienter med ukomplisert akutt hjerteinfarkt og ukompliserte ortopediske inngrep. Vi mener at disse eksemplene ikke treffer helt da både pasienter med ukomplisert hjerteinfarkt og ortopediske inngrep vanligvis vil måtte følges opp poliklinisk etter oppholdet i spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil både hjerteinfarkt og ortopediske inngrep kunne oppleves som alvorlige tilstander for pasientene.»

7.2.3 Oppnemning og utpeiking av kontaktlege

I høyringsnotatet blei det foreslått at den ansvarlege avdelingsleiaren eller einingsleiaren skal peike ut kven som skal vere kontaktlege for pasienten, så snart som råd etter at det er vurdert at

pasienten har rett til kontaktlege, seinast ved innlegging eller poliklinisk undersøking. *Statens helsestilsyn* foreslår at det blir klargjort om det er formålstjenleg å leggje ansvaret for utpeiking av kontaktlege til avdelingsleiaren eller einingsleiaren, og om det er praktisk mogleg å leggje tidspunktet for tildeling seinast til innleggingstidspunktet.

Helse Vest RHF meiner at forslaget bør gå ut på at det er spesialisthelsetenesta som skal oppnemne kontaktlege, og ikkje helseføretaket. Dette er grunnlagt med at det er ulike måtar å organisere tenestene på, og at reglane ikkje må utelate at også private helseinstitusjonar med avtale kan ha plikt til å oppnemne kontaktlege. Vidare uttalte Helse Vest RHF:

«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 vurdera 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.»

7.2.4 Ansvar og oppgåver for kontaktlegen

Mange høyringsinstansar meiner at rolla til kontaktlegen ikkje er tydeleg nok, slik det er gjort greie for denne rolla i høyringsnotatet, og at rolla må bli tydelegare, særleg i forhold til koordinatoren, men òg i forhold til den behandlingsansvarlege legen og forløpskoordinatoren for pakkeforløp for kreft. Særleg helseføretaka er opptekne av dette, men også pasient- og brukaromboda, brukarutval og fleire. *Fylkesmannen i Oslo og Akershus* uttalte at dei primæroppgåvene som er tiltenkt kontaktlegen, allereie er godt tekne omsyn til i den lovgevinga vi har i dag.

Pasient og brukaromboda uttalte:

«Ombudene finner situasjonen uklar når det gjelder forholdet mellom kontaktlege, koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og forløpskoordinator etter retningslinjene for pakkeforløp kreft. Vi stiller spørsmål ved om pasienten i disse tilfellene er tenkt å ha to koordinatore og en kontaktlege å forholde seg til. Ansvarsforholdet mellom disse tre bør i så fall avklares nærmere, da ansvarsklarheter er et risikomoment i forhold til pasientsikkerhet. Vi stiller også spørsmål ved om dette vil være til

det beste for pasienten eller om det vil føre til ytterligere uklarhet.»

Norsk Pasientforening uttalte:

«Vi legger (...) til grunn at kontaktlegeordningen er ment å komme i tillegg til koordinatorordningen. Arbeidet med pakkeforløp kreft (Hdir IS-2246), som skal danne basis for alle pasientforløp, synliggjør betydningen av teamarbeid og etter vårt syn behovet for en fast medisinskfaglig kontakt.

NP er imidlertid av den oppfatning at kontaktlege bør være behandlingsansvarlig lege, og det bør derfor hete behandlingsansvarlig lege. Det vil bevisstgjøre legen på det ansvaret man har overfor pasienten og det vil tydeliggjøre for pasienten hvem som er pasientens kontaktpunkt/behandlingsansvarlig i sykehuset.»

Helse Sør-Aust RHF uttalte:

«Den primære utfordringen med forslaget om kontaktlege, er at det blir definert for mange, dels overlappende og uklare roller som både pasienter og helsepersonell må forholde seg til. Gitt at man tidligere har forsøkt å oppnå mye av det samme gjennom først innføring av pasientansvarlig lege og deretter en koordinatorfunksjon, må en kontaktlegeordning tydeliggjøres før en eventuell innføring. 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.

Hva som er kontaktlegens oppgaver og ansvar fremgår ikke av selve lovforslaget og er lite beskrevet i høyringsnotatet. 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. Det er også viktig å avklare kontaktlege i forhold til eksempelvis informasjonsansvarlig, behandlingsansvarlig lege og fastlegens rolle.

Det er krevende å finne gode argumenter for å skille kontaktlege fra behandlingsansvarlig lege (som har det medisinskfaglige ansvaret). Et slikt skille vil kunne føre til utfordrende situasjoner hvor ansvaret for totalbehandlingen; der kommunikasjon/informasjon også inngår, lett kan pulveriseres.

Det er anført at kreftpasienter er en gruppe som i de fleste tilfeller vil komme inn under ordningen. Kontaktlegerollen må derfor også

sammenholdes med rollen som «forløpskoordinatorer» for kreft som ble innført fra januar 2015. Dette er en ordning som ikke er hjemlet i lover eller forskrifter, men som har mange likheter med koordinatorordningen som beskrevet over, men da begrenset til å gjelde for kreftpasienter og definerte kreftdiagnoser/ pakkeforløp. Forløpskoordinator skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele forløpet, inkludert koordinerte legetjenester.

Etter vår oppfatning er det grunn til å stille spørsmål ved om alle pasienter vil kunne forstå og forholde seg til skillet mellom kontaktlege, koordinatorer/kontaktperson og andre roller med dels lik karakter og hva som er rettigheter hjemlet i lover eller ikke. Det er ikke åpenbart at pasienter vil oppleve at skillet mellom praktiske spørsmål og medisinske spørsmål er fornuftig og lett å forstå. 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 kan være uheldig. (...)

Her er det mange roller og oppgaver som blir overlappende og kan føre til uklarheter i ansvarsforhold også for helsepersonell. I det praktiske liv er det også et spørsmål om det er mulig og ønskelig å skille mellom disse rollene. Særlig gjelder dette i mindre helseforetak og sykehus og i forhold til prinsippet om at pasienter ønsker å ha færrest mulig personer å forholde seg til. «

Sørlandet Sjukehus HF uttalte:

«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.»

Helse Bergen HF uttalte:

«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 være ein risiko for at ei ansvarsdeling mellom kontaktlege og koordinator fører til at informasjonen til pasienten blir lite koordinert.»

7.2.5 Rett til å klage

Det blei presisert i høringsnotatet at forslaget om å lovfeste retten for enkelte pasientar til å få oppnemnt kontaktlege, inneber at pasientane òg får rett til å klage til Fylkesmannen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 første ledd første punktum. Høringsinstansane har delte meininger om dette. Fleire viser til faren for at det blir mange klagesaker.

Norsk Psykologforening støttar departementet sitt forslag til klageordning og den avgrensinga det blir lagt opp til når det gjeld pasienten sitt høve til å klage på kven som er utpeikt til å ha rolla som kontaktlege/kontaktpsikolog.

Norsk Pasientforening uttalte:

«Med den behandlingstiden og kapasiteten fylkesmennene har i dag vil klageordningen etter pasientrettighetsloven bli illusorisk. Behovet for en kontaktlege vil for mange alvorlig syke og deres pårørende være akutt og i noen tilfeller i en begrenset periode.

Det foreslås derfor innført en lignende klageordning som den man har når det gjelder tvangsmedisinering i psykiatrien, med korte frister for klagebehandlingen i sykehuset og hos fylkesmennene.»

Helse Sør-Aust RHF uttalte:

«Vi ser her et potensial for for mange klagesaker. Den klageadgangen det legges opp til i høringsnotatet tilsier mer byråkrati og administrasjon for ledere (...). Dette harmonerer ikke med målet om mindre administrasjon og avbyråkratisering av det offentlige.»

Helsedirektoratet uttalte:

«Ordningen med kontaktlege er et klart gode for pasientene. Direktoratet vil påpeke betydningen av at pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten (henvist, innlagt) blir informert om at de har blitt vurdert/vil bli vurdert i henhold til denne rettigheten og pasienten vil få resultatet av vurderingen så raskt som mulig. Dette gir klagemulighet tidlig i pasientforløpet.

I fastlegeordningen har pasienter rett til å bytte fastlege og det kan reises spørsmål ved om pasienten også skal få en rett til å bytte kontaktlege. Direktoratet mener i likhet med departementet at det bør være sykehuset/hel-

seforetaket som bestemmer hvem som skal oppnevnes som kontaktlege for en pasient, og pasienten kan følgelig ikke velge hvilken lege vedkommende ønsker skal være kontaktlege. Dersom en pasient ønsker å bytte, mener direktoratet det eventuelt må vurderes individuelt av avdelingens ledelse hvor det tas hensyn både til pasient og ressurs- og kompetansetilgang. Direktoratet er enig med departementet i at valg av kontaktlege, ikke skal være en rettighet for pasienten.

Det følger av lovforslaget at legen som oppnevnes må være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten. Dersom lovens krav ikke blir fulgt, er direktoratet enig i at pasienten må kunne klage på det, slik det foreslås i høringsnotatet.»

7.2.6 Forslaget om at anna helsepersonell kan utnemnst i staden for kontaktlege for tenester i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

For tenester innanfor det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige blei det i høringsnotatet foreslått at anna helsepersonell kan peikast ut i staden for kontaktlege, dersom det er mest formålstenleg ut frå den behandlinga eller oppfølging ein skal gi. Høringsinstansane har delte meiningar om dette. *Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sjukehus HF* støttar forslaget og ser på det som ein føresetnad for at lovforslaget kan støttast. *Sjukehuset Østfold HF* «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». *Divisjon Psykisk Helsevern ved St. Olavs Hospital HF* støttar at reguleringa blir gjord profesjonsnøytral innanfor psykisk helsevern. *Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon* støttar forslaget under tvil og uttalte:

«Rusbehandling er en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste med et sosialt og helsemessig perspektiv. Det og fortsatt sikre det tverrfaglige er hovedgrunnen til at Fagrådet støtter unntaksbestemmelsen. Derfor kan flere yrkesgrupper være kontaktperson for pasienten i spesialisthelsetjenesten. Helseperspektivet har siden 2004 fått større plass og flere ansatte med helseutdanning. Ny legespesialitet innenfor Rusmedisin fra 2015 tilsier en ny giv og flere leger. Det kan imidlertid være vanskelig å skille koordinator og kontaktperson innenfor TSB når

kontaktperson ikke er lege selv om høringsnotatet prøver å forklare dette.

Alle institusjoner i TSB har legetjenester men det er ofte annet personell som har større kunnskap om pasientens situasjon og behandling enn legen. Legetjenestene innenfor TSB er økende men i mange institusjoner er det ofte kun en eller to leger. I noen tilfeller vil legen allikevel kunne være kontaktperson for en eller flere pasienter der det er naturlig, men det skjer etter en vurdering i hvert enkelt tilfelle.»

Norsk Pasientforening (NP) og Den Norske Legeforening støttar ikkje forslaget. NP uttalte:

«Disse pasientgruppene har akkurat de samme behov for informasjon, tilgjengelighet og kontinuitet som pasientene i somatikken. NP mener prinsipielt at det er uheldig at man gjennom forslaget bidrar til at disse pasientgruppene skal behandles annerledes enn andre pasienter. Dette er pasienter med de samme behov for medisinskfaglig kontakt og kontinuitet i behandlingen. I dette tilfellet kan vi heller ikke se gode faglige grunner for et slikt skille. Vår erfaring er at disse pasientene og deres pårørendes behov er de samme som for de somatiske pasientene. Vi er overbevist om at for eksempel suicidale pasienter og deres pårørende vil ha de samme behov for kontinuitet, tilgjengelighet og informasjon fra en medisinskfaglig kontakt. Vi tror ønsket om å få ned antall selvmord i psykiatrien har større mulighet for å lykkes dersom også disse pasientene får kontaktlege.

Pasienter med rusproblemer (særlig) og/eller psykiske problemer har ofte somatiske plager i tillegg. De er derfor dobbelt utsatt/sårbar og de bør derfor ha en behandlingsansvarlig lege/kontaktlege.»

Pasient- og brukaromboda er ikkje einig i at reguleringa på rus- og psykiatriområdet bør vere profesjonsnøytral, men er einig i at det kan gjerast unntak for psykolog. *Norsk Psykologforening* tilrår at forslaget blir utforma slik at rolla som kontaktansvarleg på desse områda blir avgrensa til helsepersonell som er autorisert som lege eller psykolog, og foreininga uttalte:

«På området psykisk helsevern/rus har psykologer i Norge et selvstendig behandlingsansvar på linje med legene, og Norsk psykologforening er enige i at det på dette området ikke er

hensiktsmessig å begrense kontaktansvaret til personell med autorisasjon som lege.

Imidlertid vil Norsk psykologforening påpeke det paradoksale i å kreve lege som ansvarlig i somatikken, mens det ser ut til at departementet ikke stiller samme krav til utdanning/kompetanse for å ha ansvaret i psykisk helse. En slik forskjellsbehandling av psykisk helsepasientene fremstår ulogisk og ikke faglig fundert.

Dersom bestemmelsen gjøres fullt ut profesjonsnøytral innen området psykisk helsevern og rus, vil rollen som kontaktansvarlig ikke skille seg fra koordinatorrollen. Selv om både sosionomer og sykepleiere har viktige oppgaver i tverrfaglige behandlingsopplegg innen psykisk helsevern og rus, legger Norsk psykologforening til grunn at begrunnelsen for innføring av en ordning med kontaktlege/kontaktpsykolog nettopp er å sikre høy faglig kompetanse hos vedkommende som pasienter/pårørende skal ha kontakt med.»

7.3 Vurderingar og forslag frå departementet

7.3.1 Generelt

Fleirtalet av høyringsinstansane støttar innføring av ei kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta, jf. punkt 7.2.1. Departementet held på denne bakgrunn fast på hovudtrekka i forslaget. Departementet har merkt seg at mange har kritiske merknader til dei ulike punkta i forslaget. Dette blir omtalt og vurdert nærmare nedanfor.

7.3.2 Rett til å få oppnemnt og plikt til å oppnemne kontaktlege

Det går fram av punkt 7.2.2 at forslaget om å lovfeste ei plikt til å oppnemne og rett til å få oppnemnt kontaktlege i hovudsak får støtte av høyringsinstansane. Det er delte meiningar om kva for krav og kor strenge krav ein skal stille til *når* plikta og retten skal gjelde. Etter departementet si vurdering er det korkje mogleg eller formålstenleg å regulere i detalj i lovteksten kva for pasientgrupper forslaget skal omfatte. Pasient- og brukerrettighetsloven er prega av skjønsmessige vilkår for når dei ulike rettane gjeld, og etter departementet si vurdering er det ikkje til å unngå at også vilkåra for rett til kontaktlege blir skjønsmessige. Forslaget baserer seg på at det må gjerast ei heilskapsvurdering i kvart enkelt tilfelle.

Departementet held fast på at både plikta og retten blir avgrensa til «pasienter som har alvorleg sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet». Forslaget inneber at både kravet til kor alvorleg tilstanden er, og kravet til behandling eller oppfølging i ein viss tidsperiode, må vere oppfylte for at vilkåra skal vere tilfredsstillte.

Som det blei peikt på i høyringsnotatet, bør spørsmålet om tilstanden er alvorleg, som utgangspunkt avgjerast ut frå ei objektiv fagleg vurdering, og det må leggjast vekt på om tilstanden vil føre til risiko for alvorleg funksjonsnedsetjing eller invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjonar eller sansar eller eventuelt risiko for tidleg død. Vidare bør det leggjast vekt både på fysiske og psykiske følgjer av tilstanden. Det må òg leggjast vekt på om pasienten i tillegg har annan sjukdom, skade eller liding. Etter ei totalvurdering kan det føre til at pasienten sin tilstand må reknast som alvorleg.

I høyringsnotatet blei det uttalt:

«(...) det kan ikkje utelukkast at i unntakstilfelle bør det leggjast vekt på opplevinga til den enkelte pasienten. Somme pasientar kan til dømes ut frå eiga forhistorie eller i eigen erfaringsbakgrunn ha ei sterk oppleving av at tilstanden er alvorleg, og det kan i somme tilfelle vere grunn til å leggje vekt på dette.»

Enkelte høyringsinstansar meiner at det som hovudregel, og ikkje berre unntaksvis, bør leggjast vekt på den enkelte pasienten sine ønske og opplevingar. Etter departementet si vurdering er det fare for at ein slik regel vil føre til stor variasjon i praksis for når retten og plikta til å oppnemne kontaktlege blir oppfatta som oppfylt. Departementet vil derfor halde fast ved vurderinga i høyringsnotatet om at utgangspunktet for når retten og plikta for å få oppnemnt kontaktlege skal gjelde, må vere ei objektiv, fagleg vurdering.

Det går fram av punkt 7.2.2 at Helsedirektoratet meiner at det bør gå fram av lovteksten at terskelen for å oppnemne kontaktlege for barn som er i kontakt med spesialisthelsetenesta, skal vere låg. Statens helsetilsyn har uttalt: «Dersom det er tenkt at det skal tas særleg hensyn til barn ved rettighetsvurderingen, bør dette etter vår vurdering komme frem direkte av lovteksten eller av forskrift.» Etter departementet si vurdering er det ikkje nødvendig eller formålstenleg å presisere i lovteksten at terskelen for å oppnemne kontaktlege eller kontaktpsykolog til barn som er i kon-

takt med spesialisthelsetenesta, skal vere låg. Departementet held fast ved at omsynet til både barnet og foreldra tilseier at terskelen for barn bør vere låg, og viser til at ein i alle høve må gjere ei heilskapsvurdering i kvart enkelt tilfelle. Som det blei peikt på i høyringsnotatet, vil barn som er sjuke, vere i ein særleg sårbar situasjon, og eit godt forhold til ein kontaktlege eller kontaktpsycholog er derfor ekstra viktig. Ein kontaktlege eller kontaktpsycholog som kan gi barnet og foreldra god informasjon om kva som skal skje i forløpet, kan vere med på å skape tryggleik for barnet og foreldra. Det kan igjen vere med på å gjere foreldra betre rusta til å ta seg av barnet på ein god måte.

Som det blei peikt på i høyringsnotatet, bør kravet om behov for behandling «av en viss varighet» som hovudregel omfatte tilfelle der det er behov for behandling over eit tidsrom på meir enn 3–4 dagar. Krav om behov for oppfølging «av en viss varighet» skal forståast slik at det som hovudregel omfattar tilfelle der det er behov for meir enn ein enkelt avtale om oppfølging, til dømes meir enn ein oppfølgjande poliklinisk konsultasjon. «Oppfølging» skal forståast slik at det omfattar meir enn det som kan reknast som «behandling». Det er ikkje mogleg å setje klare grenser for alle tilfelle. Spesialisthelsetenesta må i kvart enkelt tilfelle vurdere kor lenge pasienten har behov for å vere innlagd på sjukehuset og behov for oppfølging frå spesialisthelsetenesta etterpå.

Departementet er einig i at det er behov for meir rettleiing om korleis krava i forslaget til lovtekst skal bli forstått. Departementet vil derfor be Helsedirektoratet om å utarbeide ein rettleiar i samarbeid med helseføretaka og utvalde fagmiljø. Rettleiaren kan setje opp nærmare kriterium for kva typar pasientar ordninga skal gjelde for.

7.3.3 Oppnemning og utpeiking av kontaktlege

Det går fram av punkt 7.2.3 at Helse Vest RHF meiner at spesialisthelsetenesta bør ha ansvar for å oppnemne kontaktlege, og ikkje helseføretaket, slik det blei foreslått i høyringsnotatet. Helse Vest RHF har vist til at det er ulike måtar å organisere tenestene på, og at reglane ikkje må utelukke at også private helseinstitusjonar med avtale kan ha plikt til å utnemne kontaktlege. Departementet finn det ikkje formålstenleg å påleggje alle private helseinstitusjonar med avtale å oppnemne kontaktlege, men meiner at det enkelte regionale helseføretaket må vurdere dette i samband med innføring av den enkelte avtalen.

Etter dette held departementet fast på forslaget om at det enkelte helseføretaket bør ha ansvaret for å oppnemne kontaktlege. Departementet viser òg til at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b seier at den koordinerande eininga i det enkelte helseføretaket har det overordna ansvaret for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator, jf. nærmare om dette i punkta 4.3.2, 6.2.3 og 6.3.3.

I høyringsnotatet blei det òg foreslått at avdelingsleiaren eller einingsleiaren skal peike ut kven som skal vere kontaktlege for pasienten. Statens helsetilsyn har foreslått at det blir klargjort om dette er formålstenleg, jf. også fråsegn frå Helse Vest RHF om dette. Departementet finn etter ei ny vurdering at spørsmålet om kva person som skal peike ut kontaktlegen, ikkje bør lovregulerast. Forslaget til ny § 2-5 c andre ledd i spesialisthelsetjenesteloven er derfor endra, slik at det går fram at helseføretaket skal peike ut kven som skal vere kontaktlege for pasienten. Dette inneber at helseføretaket skal stå fritt til å bestemme kven som i praksis skal utpeike kontaktlegen, og kva for rutinar som skal følgjast.

Fleire høyringsinstansar er kritiske til forslaget i høyringsnotatet om at kontaktlegen skal peikast ut seinast ved innlegging eller poliklinisk undersøking. Det blir vist til at dette i praksis kan vere vanskeleg eller umogleg å oppfylle. Departementet har forståing for innvendingane. Det kan vere vanskeleg å oppnemne kontaktlege ved akuttinnleggingar og i helgar og på heilagdagar, då det ofte berre er vaktpersonell til stades. Departementet foreslår på denne bakgrunn at tidspunktet for tildeling av kontaktlege blir sett til «så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, senest første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse».

7.3.4 Ansvar og oppgåver for kontaktlegen

I høyringsnotatet foreslo departementet at kontaktlegen skulle vere den faste medisinskfaglege kontakten til pasienten. Ei presisering av dette var teken inn i forslaget til ny § 2-5 c tredje ledd første punktum i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet oppfatar fråsegnene frå høyringsinstansane slik at eit fleirtal støttar dette forslaget, og held fast ved det.

Som peikt på i høyringsnotatet, kan ein ikkje vente at kontaktlegen sjølv skal kunne svare på alle medisinskfaglege spørsmål, men vedkomande skal ha ansvar for å innhente informasjon og eventuelt formidle kontakt med andre, slik at pasienten får svar eller eventuelt blir undersøkt i andre delar av spesialisthelsetenesta.

Spesialisthelsetenesta skal sørge for koordinering av tenestene ved sjukehusinnlegging/dagbehandling og vidare oppfølging i spesialisthelsetenesta, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, der det går fram at ein skal gi den enkelte pasienten eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod. Spesialisthelsetenesta skal sikre gode pasientforløp, at pasienten får god informasjon om forløpet, og at han eller ho får undersøking og behandling til rett tid.

I høyringsnotatet foreslo departementet at det skulle gå fram av lovteksten at helseføretaket må vurdere om kontaktlegen og bør peikast ut som informasjonsansvarleg etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarleg etter helsepersonelloven § 39. Dette var foreslått presisert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c tredje ledd andre punktum. Etter helsepersonelloven § 10 skal den som yter helse- og omsorgstenester, gi informasjon til den som har krav på det etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Av desse føresegnene går det fram kva type informasjon pasienten skal ha, når dei næraste pårørande skal ha informasjon, og kven som skal ha informasjon når pasienten er mindreårig. I ein helseinstitusjon er det den helseinstitusjonen peiker ut, som skal gi slik informasjon.

Departementet uttalte i høyringsnotatet:

«Ofte vil det vere naturleg at kontaktlegen også har rolla som informasjonsansvarleg overfor pasienten og eventuelt dei pårørande. Det vil likevel vere opp til helseinstitusjonen å ta stilling til om kontaktlegen eller ein annan, til dømes ein koordinator dersom det er oppnemnt ein slik, bør peikast ut som informasjonsansvarleg. Det må vurderast konkret i det enkelte tilfellet kva som vil vere mest tenleg ut frå det enkelte forløpet, kor lenge behandlinga varer m.m. Det same gjeld spørsmålet om kven som skal ha overordna ansvar for pasientjournalen etter helsepersonelloven § 39. I denne føresegna er det presisert at det i helseinstitusjonar skal peikast ut ein person som skal ha det overordna ansvaret for den enkelte journalen, og som òg skal ta stilling til kva for opplysningar som skal stå i pasientjournalen.»

Departementet understrekar at forslaget inneber at det vil vere opp til helseføretaket å ta stilling til om kontaktlegen også bør vere informasjonsansvarleg og journalansvarleg. I vurderinga må det leggast vekt på kva som i det enkelte tilfellet vil vere mest formålstenleg for å sikre kontinuitet i pasientforløpet. Spørsmålet om kven som skal påleggast ansvar etter helsepersonelloven §§ 10

og 39, bør etter departementet si meining ikkje regulertast i lova. Dette bør vurderast av det enkelte helseføretaket ut frå lokale forhold og kva som vil vere best for pasienten i kvart enkelt tilfelle. På denne bakgrunn held departementet fast ved forslaget om at helseføretaket må vurdere om kontaktlegen og bør peikast ut som informasjonsansvarleg etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarleg etter helsepersonelloven § 39.

Departementet foreslo eit krav om at den som blir peikt ut til kontaktlege, må vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten. Dette blei foreslått presisert i ny § 2-5 c første ledd andre punktum i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet uttalte:

«Forslaget inneber at den som blir peikt ut, må vere ein del av det teamet som behandlar pasienten. Vedkomande treng ikkje å ha eit hovudansvar for behandlinga, men må ha ei aktiv rolle i behandling eller oppfølginga av pasienten.»

Fleire høyringsinstansar meiner at kontaktlegen bør vere «behandlingsansvarleg lege», jf. punkt 7.2.4. Etter departementet si vurdering bør spørsmålet om kven som skal ha hovudansvaret for behandlinga av pasienten, ikkje lovregulertast. Helsepersonelloven har i dag ingen føresegner om dette. Omgrepet «behandlingsansvarleg lege» er ikkje brukt i helselovgivinga, men blir ofte brukt i praksis. Omgrepet blei òg brukt i tidlegare forskrift om pasientansvarleg lege m.m., som blei oppheva i januar 2013.

Departementet meiner at det bør vere opp til det enkelte helseføretaket å vurdere om den som blir oppnemnd som kontaktlege, og bør ha hovudansvaret for behandlinga av pasienten/vere behandlingsansvarleg lege. Departementet vil understreke at helseføretaket står fritt til å bestemme dette, under føresetnad av at kravet i helsepersonelloven § 4 om fagleg forsvarleg yrkesutøving er oppfylt. Etter denne føresegna er helsepersonell pålagt å «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Departementet legg til grunn at det i mange tilfelle er mest naturleg og ein fordel for pasienten at kontaktlegen også har hovudansvaret for behandlinga av pasienten, men meiner at helseføretaka ikkje bør påleggast å velje ei slik ordning. På denne bakgrunn held departementet fast ved forslaget om at kontakt-

legen må vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten.

Departementet held fast ved det som blei sagt i høyringsnotatet:

«Kontaktlegen bør vere den i spesialisthelsetenesta som fastlegen eller andre i den kommunale helse- og omsorgstenesta kan kontakte dersom det er behov for medisinskfagleg samarbeid og rettleiing, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, som pålegg helsepersonell rettleiingsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Kontaktlegen bør òg ta kontakt med fastlegen til pasienten dersom det er behov for dialog eller samarbeid mellom kontaktlegen og fastlegen.

Sjukehuset må sikre at kontaktlegen får tilstrekkeleg løpande kontakt med pasienten. Det kan til dømes skje ved at det er kontaktlegen som går på visitt. Dersom dette er vanskeleg å gjennomføre, må pasienten få informasjon om når kontaktlegen er tilgjengeleg, og når han eller ho vil ta kontakt med pasienten. Ved polikliniske konsultasjonar bør pasientane i størst mogleg grad treffe kontaktlegen sin.

(...) Dersom kontaktlegen ikkje er til stades, må ein annan kunne kontaktast, eventuelt må pasienten få melding om at kontaktlegen kan kome innom på eit anna tidspunkt eller ein annan dag. I dei tilfella det er aktuelt at ein annan lege mellombels er medisinskfagleg kontakt for pasienten, bør den mellombelse legen ha ansvar for å formidle informasjon til kontaktlegen så raskt som råd.

Helseføretaket har ansvaret for å organisere tenesta slik at pasientar som av ulike grunnar ikkje får kontakt med kontaktlegen sin, blir kanaliserte vidare ved behov. 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. Dersom det er behov for eit raskare svar til pasienten, må sjukehuset/poliklinikken ha ordningar som sikrar nødvendig oppfølging, til dømes ved at vakthavande lege eller postlegen / andre kollegaer på den aktuelle avdelinga/poliklinikken svarer på slike førespurnader.»

Ansvar og oppgåver for koordinatoren blir omtalt nærmare i punkt 7.3.5.

Kor mange pasientar ein lege/psykolog kan vere kontaktlege/kontaktpsykolog for, vil vari-

ere, avhengig av typen pasientgruppe. Det må leggjast til rette for at legen/psykologen på ein forsvarleg måte får høve til å følgje opp dei oppgåvene og det ansvaret vedkomande skal ha. Det er helseføretaket som er ansvarleg for at tenestene som blir tilbydde eller ytte, er forsvarlege, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Helseføretaket er òg ansvarleg for at rettane til pasientane blir sikra.

Nærmare rettleiing om ansvar og oppgåver for kontaktlegen vil bli gitt i rettleiaren som skal utarbeidast av Helsedirektoratet i samarbeid med helseføretaka/fagmiljøa.

7.3.5 Ansvar og oppgåver for koordinatoren

I høyringsnotatet blei det peikt på at det er viktig at kontaktlegen samarbeider med koordinatoren dersom det også blir oppnemnt ein koordinator for pasienten. Vidare blei det presisert:

«For mange av dei som etter forslaget har rett til kontaktlege, vil spesialisthelsetenesta òg ha plikt til å oppnemne ein koordinator, men vilkåra for plikt til å oppnemne koordinator skil seg noko frå vilkåra for å oppnemne kontaktlege, jf. punkt 5.1. Koordinatoren skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten, sikre samordning av tenestetilbodet og sikre framdrift i arbeidet med den individuelle planen. Dette inneber at koordinatoren skal ha *det praktiske ansvaret* for å samordne tenestene, til dømes bestille timar, kontakte andre avdelingar ved behov, svare på praktiske spørsmål og ta imot meldingar til kontaktlegen, medan kontaktlegen skal vere *den medisinskfaglege kontakten* til pasienten.

Det må etablerast system som legg til rette for formålstenleg og tett samarbeid mellom kontaktlegen og koordinatoren. Dersom pasienten eller pårørande tek kontakt med koordinatoren, bør koordinatoren følgje opp innspela, men dersom førespurnadene gjeld medisinskfaglege spørsmål, bør dei kanalisert vidare til kontaktlegen.»

Departementet held fast ved at hovudskiljet mellom rolla til koordinatoren og rolla til kontaktlegen inneber at koordinatoren skal ha det praktiske ansvaret for å samordne tenestene, medan kontaktlegen skal vere den medisinskfaglege kontakten til pasienten. Tilbakemeldingane frå høyringsinstansane viser at det er behov for meir rettleiing om forholdet mellom koordinatoren og kontaktlegen.

Departementet vil sørge for at det vil bli gitt nærmare orientering om rollene til kontaktlegen og koordinator i den rettleiaren som Helsedirektoratet skal utarbeide.

Forløpskoordinator for pakkeforløp for kreft

Etter oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet saman med tverrfaglege arbeidsgrupper utarbeidd pakkeforløp for kreft. Frå 1. januar 2015 blei det innført pakkeforløp for dei fire mest vanlege kreftformene: lunge-, bryst-, prostata- og tjukk- og endetarmskreft. Etter planen skal det i løpet av 2015 implementerast totalt 28 pakkeforløp for kreft. Eit pakkeforløp er eit standard pasientforløp som gjer greie for organisering av utgreiing og behandling, kommunikasjon/dialog med pasienten og pårørande, i tillegg til ansvars plassering og konkrete forløpstider. Pakkeforløpet startar når eit helseføretak tar imot ei tilvising med grunngitt mistanke om kreft. Formålet med pakkeforløpa er at pasientar skal oppleve eit godt organisert, heilskapleg og føreseieleg forløp utan unødvendig ikkje-medisinsk grunngitte forseinkingar ved utgreiing, diagnostikk og rehabilitering. Det skal leggjast stor vekt på at pasienten blir sikra informasjon og brukar-medverknad.

Koordinering av forløp er omtalt slik i *Generell informasjon frå Helsedirektoratet om alle pakkeforløpene* (IS-2246):

«Alle helseføretak som utreder og behandler kreft, skal etablere forløpskoordinatorer som skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet, det vil si utredning, initial behandling og oppfølging uten unødig ikkemedisinsk begrunnet ventetid. Samtidig sikres effektiv utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Forløpskoordinatoren skal være representert ved møter i tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT-møter) for å sikre kontinuitet i pakkeforløpet.»

I pasientbrosjyren *Utredning ved mistanke om brystkreft* (Helsedirektoratet IS-0465) er det presisert:

«Alle sykehus som utreder og behandler kreft, skal ha forløpskoordinatorer som forbereder ditt forløp ved booking av timer til ulike undersøkelser og prøver du må ta. Du kan kontakte forløpskoordinator om praktiske spørsmål rundt utredningen, timer og lignende. Forløpskoordinator er ofte sykepleier, men kan også ha annen bakgrunn.»

Pakkeforløp og forløpstider er ikkje ein juridisk rett for den enkelte pasienten. Dette er presisert i rettleiingsmateriellet frå Helsedirektoratet, mellom anna i heftet *Pakkeforløp for kreft* (Helsedirektoratet IS-2257) og pasientbrosjyren *Utredning ved mistanke om kreft* (Helsedirektoratet IS-0469). Av rettleiingsmateriellet går det fram at dei nasjonale pakkeforløpa for kreft «beskriver hvordan forløpet bør være for et flertall av pasientene».

Departementet legg til grunn at vilkåra for plikta til å oppnemne koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a ofte vil vere oppfylte for kreftpasientar, fordi dei ofte vil ha behov for «koordinerte tjenester», eventuelt «komplekse eller langvarige tjenester», jf. nærmare om gjeldande rett i punkt 4.1. Dersom vilkåra i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a er oppfylte, har helseføretaket ei lovbestemt plikt til å oppnemne koordinator. For kreftpasientar vil det oftast vere naturleg at forløpskoordinatoren har funksjonen som koordinator etter denne føresegna. Det inneber at dersom vilkåra for plikt til å oppnemne koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven er oppfylte, bør det som regel vere unødvendig å oppnemne to koordinatorar for kreftpasientar, jf. spørsmål frå Pasient- og brukaromboda, referert i punkt 7.2.4. Det vil bli gitt nærmare rettleiing om den lovbestemte plikta til å oppnemne koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og forholdet til forløpskoordinatorar for pakkeforløp for kreft i rettleiaren som Helsedirektoratet skal utarbeide.

7.3.6 Oppnemning av kontaktlege/kontakt-psykolog i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige

Høyringsinstansane har delte meiningar om forslaget som gjaldt tenester i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. For desse tenestene blei det foreslått at anna helsepersonell kan peikast ut i staden for kontaktlege, dersom det er mest formålstenleg ut frå den behandlinga eller oppfølginga som skal skje, jf. punkt 7.2.6. Norsk Psykologforening viste til at dersom føresegna blir gjord «profesjonsnøytral», vil rolla som kontaktansvarleg ikkje skilje seg frå koordinatorrolla, og at ordninga med kontaktlege skal sikre høg fagleg kompetanse hos den som pasientar/pårørande skal ha kontakt med. Departementet er einig i dette. Pasient- og brukaromboda meiner, som Norsk Psykologforening, at reguleringa

på rus- og psykiatriområdet ikkje bør vere profesjonsnøytral, men at det kan gjerast unntak for psykolog.

Etter ei nærmare vurdering av høyringsfråsegnene meiner departementet at rolla som kontaktansvarleg for tenester i det psykiske helsevernet og for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige kan avgrensast til helsepersonell som er autorisert som lege eller psykolog. Forslaget til ny § 2-5 c fjerde ledd er derfor

endra, slik at kontaktpsycholog kan utnemnst i staden for kontaktlege for desse tenestene dersom det er mest formålstenleg ut frå den behandlinga eller oppfølginga som skal skje.

Dei krava som gjeld for plikta til å oppnemne og retten til å få oppnemnt kontaktlege, gjeld tilsvarende for oppnemning av kontaktpsycholog, jf. punkt 7.3.2. Det same gjeld ansvaret for å oppnemne vedkomande og ansvar og oppgåver for den som blir oppnemnt, jf. punkt 7.3.3 og 7.3.4.

8 Administrative og økonomiske konsekvensar

8.1 Fjerne hovudregelen om at koordinatoren i spesialisthelsetenesta bør vere lege

I *høyringsnotatet* frå juni 2013 uttalte departementet at det å fjerne regelen om at koordinatoren som hovudregel bør vere lege, vil stille helseføretaka friare til å avgjere kven som skal oppnemnst som kontaktperson, og kva slags kompetanse vedkomande skal ha. Det blei vist til at dette vil gjere det enklare for helseføretaka å oppfylle plikta til å oppnemne kontaktperson, slik at kravet kan innfriast raskare. Det blei òg lagt til grunn at forslaget ikkje vil føre til meirarbeid eller ha økonomiske konsekvensar. *Høyringsinstansane* hadde ikkje innvendingar mot departementet si vurdering av administrative og økonomiske konsekvensar av dette forslaget, og *departementet* held fast på vurderinga si.

8.2 Innføre kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta

8.2.1 Vurdering i høyringsnotatet publisert 24. oktober 2014

I høyringsnotatet uttalte departementet:

«Etter departementet si vurdering vil innføring av kontaktlege gi samhandlingsgevinstar ved betre og enklare samarbeid mellom helsepersonell både internt i sjukehuset/poliklinikken og mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta/fastlegar. Forslaget vil truleg òg auke pasienttryggleiken ved at uheldige hendingar på grunn av dårleg kommunikasjon og samhandling blir reduserte. Årsaka til uheldige hendingar er ofte manglande eller dårleg kommunikasjon og samhandling.

Ved å innføre ei ordning med kontaktlege kan ressursane utnyttast på ein betre og meir effektiv måte. 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.

Etter departementet si vurdering inneber forslaget ubetydelege økonomiske konsekvensar for spesialisthelsetenesta. Forslaget føreset ikkje auka utgifter for tenesta i form av fleire legetilsetjingar. Meininga er at legetenesta skal organiserast på ein betre måte, til beste for pasientane. Sjølv om ordninga i ein overgangperiode kan krevje noko meir administrasjon, vil dette på lengre sikt bli utlikna av dei innsparingane ordninga kan innebere i form av samhandlingsgevinstar, betre ressursutnytting og betre kvalitet i tenesta. Ordninga vil leggje til rette for betre bruk av legane sin tid og kompetanse, til fordel både for pasientar, pårørande, legar og anna helsepersonell – og for drifta.

Avgrensing av ordninga til å gjelde pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding, med behov for behandling eller oppfølging over ein viss tidsperiode, kan føre til at ein del vil gjere seg nytte av retten til å klage etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Det er usikkert kor mange som vil falle inn under denne retten, og vanskeleg å seie noko om kor mange som kjem til å gjere seg nytte av klageretten. Generelt sett er det få klager på manglande oppfylging av pasient- og brukarrettar. *Tilsynsmeldinga 2013*, som Statens helsetilsyn har gitt ut, viser at Fylkesmennene i 2013 gjorde 3126 vedtak i saker som gjaldt klage over manglande oppfylging av rettar i helse- og omsorgstenesta. I 24 prosent av vedtaka fekk klagaren medhald ved at avgjerda i førsteinstansen blei endra, eller vedtaket blei oppheva og saka send tilbake for å bli behandla på nytt.

Det kjem flest klager på manglande refusjon av reiseutgifter til og frå behandling i spesialisthelsetenesta (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6). I 2013 utgjorde slike klager 36 prosent (1137 av 3126 vedtak). Til samanlikning var det i 2013 berre 48 vedtak som gjaldt klager på manglande oppfylging av rett til

medverknad og informasjon og 260 vedtak som gjaldt klager på manglande oppfylling av rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta. Dette er låge tal når ein reknar med at 35,5 prosent av befolkninga i Noreg (i overkant av 1,8 millionar pasientar) var i kontakt med den somatiske spesialisthelsetenesta i 2013.

Ei klage skal setjast fram for det organet som har teke avgjerda. Det kan derfor tenkjast at ein del saker løyser seg i spesialisthelsetenesta (hos førsteinstansen), slik at saka ikkje kjem vidare til Fylkesmannen. Det vil seie at sjølv om det er få klager hos Fylkesmannen, kan spesialisthelsetenesta likevel ha hatt noko arbeid med sakene. Departementet legg til grunn at meirarbeidet, fordelt på dei enkelte helseføretaka og fylkesmannsembeta, som følgje av retten til å klage på manglande oppnemning av kontaktlege vil bli omfattande.

Ved innføring av ei kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta er det viktig at sjukehusa har oversikt over kapasiteten til den enkelte legen for å kunne tildele «rett» kontaktlege til pasientar som har krav på det. Det bør vere enkelt å registrere kven som er kontaktlege for pasienten, og dette bør òg kome tydeleg fram i dei pasientadministrative systema.

Samla sett meiner departementet at forslaget om kontaktlege kjem til å ha ubetydelege økonomiske og administrative konsekvensar. Forslaget kan etter departementet si vurdering gjennomførast innanfor gjeldande økonomiske rammer.»

8.2.2 Høyringsinstansane sitt syn

Mange høyringsinstansar har kritiske merknader til departementet si vurdering av administrative og økonomiske konsekvensar i høyringsnotatet. Det gjeld eit fleirtal av helseføretaka, men òg pasient- og brukarorganisasjonar, kommunar, Legeforeningen, Norsk Psykologforening, Likestillings- og diskrimineringsombodet og Statens helsetilsyn.

Legeforeningen uttalte:

«Vi mener at departementet underestimerer de administrative og økonomiske konsekvensene, og har en urealistisk vurdering av hvilke gevinster forslaget vil ha for helsetjenesten. Legeforeningen tror det er lite realistisk at forslaget vil løse både samhandlingsutfordringer internt og eksternt, strukturelle og organisatoriske problemer i spesialisthelsetjenesten og

øke pasientsikkerheten, i tillegg til å være arbeidsbesparende både administrativt og for den enkelte lege.

(...) Legeforeningen mener at det må tas høyde for at forslaget innebærer en merbelastning, som nødvendigvis vil kreve tid og ressurser for at ordningen skal fungere til pasientenes fordel.

En vellykket innføring og implementering av en «kontaktlege-funksjon» vil forutsette at legen får satt av nok tid til hver pasient og har kapasitet til å ivareta sine oppgaver. Skal dette fungere kan man ikke legge denne oppgaven på toppen av en allerede hardt presset arbeidstid og forvente at det skal frigjøre ressurser. Det må tas høyde for at det vil bli et økt behov for leger til å kunne ivareta kontaktlegefunksjonen i tråd med lovens intensjoner. Alternativet er redusert behandlingsskapasitet i en situasjon med omfattende ventelisteutfordringer.

Vi ser det som lite sannsynlig at opprettelse av kontaktlegefunksjon vil være arbeidsbesparende, verken for den enkelte legen eller administrativt – ihvertfall ikke på kort sikt. Mer sannsynlig er det at det vil kreve mer administrasjon, både av de initiale vurderingene og håndtering av klager, på oppnevning og underveis, bytting av kontaktlege og annen administrasjon av ordningen.»

Psykologforeningen uttalte:

«Ønsker man at innføringen av kontaktlege/kontaktpsykolog skal medføre en faktisk bedring av informasjonsflyten til pasientene, må det følge med midler som gjør det mulig å endre rammevilkårene i helsetjenesten, slik at det er mulig å ansette flere spesialister, og slik at tidspresstet kan avhjelpes.

Selv om rammene for spesialisthelsetjenesten som et hele kan tenkes å være romslige nok for innføring av ordningen med kontaktlege/kontaktpsykolog, vil det kreves politisk styring å foreta nødvendig omdisponering fra ikke-klinisk virksomhet til møtet mellom pasienter og spesialister i klinikken.»

Askim kommune uttalte:

«Man antar at ordningen vil frigjøre minst like mye ressurser som den krever, ved at pasientforløp og behandling kan bli mer effektive. Denne antagelsen er ikke begrunnet ut fra erfaring. Vi mener at denne tilnærmingen i praksis undergraver muligheten for at ordnin-

gen kan lykkes. Skal pasienter og pårørende erfare en annen type tilgjengelighet og oppfølging, så vil det kreve tid. Det er helt usannsynlig at dette ikke vil bety noe for samlet tilgjengelig legeressurs i et sykehus. Før man baserte seg på slike antagelser, burde man eventuelt hatt en periode med en forsøksordning ved noen helseforetak.»

Helse Sør-Aust RHF uttalte:

«Vi tror ikke at ordningen med kontaktlege vil gi bedre og mer effektiv ressursutnyttelse og bli arbeidsbesparende for den enkelte lege. En kontaktlegeordning som skal fungere godt, vil gi merarbeid for legene. Særlig vil dette gjelde de som vil være kontaktlege for mange pasienter, og pasienter med hyppige innleggelser (for eksempel KOLS-pasienter). Vi tror den som blir oppnevnt som kontaktlege vil få flere, og ikke færre henvendelser, samtidig som det må brukes tid på å avstemme hvem som gjør hva med de andre «rollene». Kontaktlege må også stille tid til rådighet for å være tilgjengelig, både for pasienter og fastleger. Det vil være u hensiktsmessig for daglig drift og logistikk å legge dette til dagtid, og vi ser for oss at dette da vil legges til ettermiddagen, etter at poliklinikk og aktiviteter i forhold til inneliggende pasienter er avviklet. Vi mener dette må utredes nærmere.

Når det gjelder administrative konsekvenser, ser vi en fare for at ordningen vil medføre økt behov for tilrettelegging av vakter og tilstedetid. Dette betyr mer tidsbruk på administrasjon for ledere og helsepersonell. Blant annet vil ledere vil få en utfordring med å sikre at aktuelle nyinnlagte pasienter har kontaktlege og å håndtere evt. klager. Dette vil særlig gjelde de avdelinger/enheter som har mange leger, høyt pasientvolum og korte liggetider. På den annen side vil ordningen stille mer krav til planlegging og bruk av personalressurser i spesialisthelsetjenesten. Dette er positivt, men kan også oppnås ved andre virkemidler.

Vi deler ikke departementets syn om at dette vil gi ubetydelige økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, og mener dette må utredes nærmere. Siden det er utydelig avgrensning i forhold til hvilke pasienter som har rett eller ikke, vil dette medføre klager om brudd på lovrettigheter, evt. med utbetaling av erstatning til et økt antall pasienter som resultat. Endringer i tilstedeværelsestid kan gi

økonomiske konsekvenser og behov for flere leger.»

Helse Fonna HF meiner at innføring av kontaktlege «kan gjennomførast formelt utan større utfordringar», men peiker på tre punkt der det etter deira vurdering er behov for avklaringar eller avgrensingar. Desse punkta gjeld kor tilgjengeleg kontaktlegen skal vere, kva som ligg i formuleringa «alvorlig sykdom, skade eller lidelse av en viss varighet», og kven som skal peikast ut i staden for kontaktlege i det psykiske helsevernet.

Andre helseforetak viser til at dei allereie har innført eller er i gang med å etablere ei ordning med kontaktlege. *St. Olavs Hospital HF* uttalte:

«St. Olavs Hospital gjør nå et stort arbeid vedrørende utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp som en del av St. Olavs Hospitals forbedringsprogram og de nasjonale pakkeforløp for kreft. I disse forløpene legges det opp til en forløpsansvarlig lege på systemnivå og en kontaktlege på individnivå.»

Sjukehuset Telemark HF uttalte:

«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.»

Helsedirektoratet uttalte seg om systema for elektronisk pasientjournal:

«Direktoratet har vurdert om det er behov for å gjøre endringer i EPJ-systemene for å dekke forskriftens intensjon om kontaktlege. Saken har vært drøftet med sekretariatet for NIKT-SEF (Systemeierforum). Ut fra sekretariatets vurdering finnes det pr. i dag funksjonalitet i journalsystemene som lett kan brukes til formålet. Erfaringene så langt er at den funksjonaliteten som finnes i liten grad benyttes. Sekretariatet mener dette ikke skyldes at funksjonaliteten ikke er tilpasset formålet, men at det organisatorisk er krevende for det enkelte HF å følge opp.

På kort sikt er det mulig å løse dette med å gjenbruke eksisterende felt som pr. i dag brukes til å registrere «pasientansvarlig lege» ol.»

8.2.3 Vurdering frå departementet

Som det går fram av punkt 7.3, held departementet fast ved forslaget om å innføre kontaktlege i spesialisthelsetenesta. Retten til å få oppnemnt og plikta til å oppnemne kontaktlege blir avgrensa til «pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet».

Departementet meiner at dette først og fremst handlar om betre organisering av tenesta. Å informere og følgje opp pasientar er ein del av legen sine ordinære plikter. Ordninga med kontaktlege har som formål å gjere oppfølginga av kvar enkelt pasient betre og meir effektiv. Det bør derfor ikkje vere behov for å tilsetje fleire legar i spesialisthelsetenesta for å ta seg av denne ordninga. I staden må leiinga på den enkelte avdelinga vurdere arbeidsfordelinga internt mellom legar og til dømes sjukepleiarar i tenesta. Arbeidsfordelinga mellom ein kontaktlege og ein koordinator, til dømes forløpskoordinatoren for kreftpasientar, må avklarast. Mange førespurnader frå pasientar vil sannsynlegvis kunne avklarast av koordinatoren utan at det er nødvendig å involvere kontaktlegen. Ordninga legg til rette for betre bruk av legen si tid og legen sin kompetanse, til fordel for pasientar, pårørande, legar og anna helsepersonell, og for drifta.

Helsedirektoratet skal utarbeide ein rettleiar (jf. pkt. 7.3.2) til lovteksten. Rettleiaren skal utarbeidast i samarbeid med helseføretaka og fagmiljøa, og skal gi tilrådingar om korleis verke semda kan organiserast for å leggje til rette for funksjonen som kontaktlege. Ansvar og oppgåver for kontaktlegen, samarbeid med koordinatoren og anna helsepersonell og alternativ for organisering av poliklinikkar bør omtalast i rettleiaren.

Sjølv om ordninga i ein overgangperiode kan føre til noko meir administrasjon, vil dette på lengre sikt mest sannsynleg bli utlikna av dei innsparringane ordninga kan innebære i form av sam-

handlingsgevinstar, betre ressursutnytting og betre kvalitet i tenestene. Samla sett meiner departementet at forslaget om kontaktlege sannsynlegvis ikkje får vesentlege økonomiske eller administrative konsekvensar. Forslaget kan derfor etter departementet si vurdering gjennomførast innanfor gjeldande økonomiske rammer. Departementet viser til at enkelte helseføretak allereie har innført eller er i gang med å innføre ei ordning med kontaktlege, jf. punkt 8.2.2.

Departementet ser at det vil vere krevjande for mange avdelingar på sjukehusa å få omorganisert tenesta slik at ordninga er på plass straks. Fleire høyringsinstansar har peikt på at innføring av kontaktlege vil krevje nye administrative prosedyrar og arbeidsoppgåver knytte til vurdering av rettar, oppnemning av kontaktlege, dokumentasjon, informasjon osv. Dette må takast med i vurderingane av når lovendringane skal tre i kraft.

Departementet held fast ved vurderingane i høyringsnotatet når det gjeld konsekvensar av retten til å klage etter pasient- og brukarrettighetsloven kapittel 7, jf. punkt 8.2.1. Her går det fram at departementet legg til grunn at meirarbeidet, fordelt på dei enkelte helseføretaka og fylkesmannsembeta, som følgje av retten til å klage på manglande oppnemning av kontaktlege ikkje vil bli omfattande.

Når det gjeld systema for elektronisk pasientjournal, viser departementet til fråsegna frå Helsedirektoratet, sitert i punkt 8.2.2.

Innføring av ordninga med kontaktlege vil kunne krevje ei relativt omfattande kultur- og organisasjonsendring. I mange sjukehus er verke semda i dag organisert på ein måte som gjer det krevjande å få til ein slik kontinuitet i pasientbehandlinga som ordninga føreset. Departementet foreslår derfor at implementering av ordninga med kontaktlege blir kopla til Helsedirektoratet sitt arbeid med rettleiar, i samarbeid med helseføretaka og utvalde fagmiljø, for å førebu innføringa av ordninga. Ein skal sjå til arbeidet med innføring av pakkeforløp for kreft.

9 Søksmålsfrist for vedtak gjorde av klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd

9.1 Bakgrunn

Klagenemnda for behandling i utlandet (Klagenemnda) avgjer klager på vedtak gjorde av kontora ved dei regionale helseforetaka om avslag på dekning av utgifter til behandling i utlandet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd og prioriteringsforskriften (forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd) § 3. Vedtak i nemnda kan ikkje påklagast, men det er presisert i prioriteringsforskriften § 13 at domstolane kan prøve om avgjerdene i nemnda er lovlege. Korkje pasient- og brukerrettighetsloven eller prioriteringsforskriften har reglar om søksmålsfrist for vedtak gjorde av denne nemnda.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda) avgjer søknader om preimplantasjonsdiagnostikk for å utelukke alvorleg arveleg sjukdom, jf. bioteknologiloven (lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.) § 2A-1 andre ledd. I tillegg avgjer nemnda søknader om preimplantasjonsdiagnostikk for å undersøkje vevstype med sikte på at eit komande barn kan vere stamcelledonor for eit sysken med alvorleg, arveleg sjukdom. Vedtaka i nemnda kan ikkje påklagast, men det er presisert i forskrift om preimplantasjonsdiagnostikknemnda (forskrift 27. juni 2008 nr. 721) at domstolane kan prøve om avgjerdene i nemnda er lovlege. Korkje bioteknologiloven eller forskrifta har reglar om søksmålsfrist for vedtak gjorde av PGD-nemnda.

Statens helsepersonellnemnd (Helsepersonellnemnda) er klageorgan for vedtak som gjeld tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven og reaksjonar ved brot på føresegnene i lova mv. Korkje helsepersonelloven eller forskrift om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling (forskrift 21.12.2000 nr. 1383) har reglar om søksmålsfrist for vedtak gjorde av Helsepersonellnemnda.

Det felles sekretariatet for Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda har bede departementet om å vurdere om det bør innførast ein frist på seks månader for å bringe eit vedtak i ei nemnd inn for domstolane.

9.2 Gjeldande rett

Klagenemnda er oppretta med heimel i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 andre ledd. Prioriteringsforskriften kapittel II har nærmare reglar om kompetanse, samansetjing, saksbehandling osv. i denne nemnda. PGD-nemnda er oppretta med heimel i bioteknologiloven § 2A-4. Samansetjing, saksbehandling m.m. er nærmare regulert i forskrift om preimplantasjonsdiagnostikknemnda. Helsepersonellnemnda er oppretta med heimel i helsepersonelloven § 68. Helsepersonelloven §§ 69 og 71 regulerer høvesvis organisering av nemnda og domstolsprøving av vedtak i nemnda. Av § 71 går det fram at domstolane kan prøve alle sider av saka, og at føresegna ikkje er til hinder for at vedtak kan klagast inn for Stortingets ombodsmann for forvaltninga. Nærmare reglar er gitt i forskrift om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling.

Felles for Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda er at dei vedtaka desse nemndene gjer, kan bringast inn for domstolane etter dei alminnelege reglane i tvisteloven (lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister). Tvisteloven har ikkje særlege reglar om søksmålsfrist, slik at spørsmål om søksmålsfrist må vurderast opp mot dei enkelte særlovene, jf. Ot.prp. nr. 51 (2004–2005) Om lov om mekling og rettergang i sivile saker (tvistelova) side 345. Her heiter det:

«Etter dette foreslår departementet å ta inn i forvaltningsloven reglar om en adgang for forvaltningsorganet til å stille krav om at klageretten skal vere utnyttet før søksmål kan reises.

Spørsmålet om å sette en søksmålsfrist for saker om gyldigheten av eller erstatning for tap som følge av et forvaltningsvedtak står etter departementets mening i en annen stilling. Departementet mener det kan reises prinsipelle innvendinger mot en alminnelig bestemmelse som gir hvilket som helst forvaltningsorgan adgang til å sette en slik søksmålsfrist, som kan tenkes å avskjære den søksmålsadgang som ellers vil være til stede. I erstatningssaker kan det også tenkes at det økonomiske tap for den private part ikke lar seg fastslå før søksmålsfristen er ute. Departementet mener derfor at behovet for søksmålsfrister bør vurderes i forhold til de enkelte særlover og ikke reguleres i noen alminnelig bestemmelse i tvisteloven eller forvaltningsloven.»

Ingen av dei aktuelle særlovene eller forskriftene som er gitt med heimel i desse lovene, har reglar om søksmålsfrist for vedtak gjorde av dei tre nemndene. Dette inneber at det i dag ikkje gjeld nokon frist for å reise sak for domstolane om vedtaka i desse nemndene er gyldige.

9.3 Forslag i høyringsnotatet

Departementet foreslo i høyringsnotatet nye føresegner om søksmålsfrist for vedtak gjorde av Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda. Når det gjeld vedtak gjorde av Klagenemnda og PGD-nemnda, uttalte departementet at det er ønskeleg å innføre søksmålsfristar for å avslutte fastsetjinga av pasientane sine rettar og staten sine plikter innan rimeleg tid. Vidare uttalte departementet:

«Dersom pasienten er ueinig i nemnda si vurdering og vedtaket i nemnda, vil vedkomande vanlegvis ha teke standpunkt til dette i løpet av kort tid. Vedtaka i nemndene gjeld helsespørsmål som er svært viktige for den enkelte, og ofte kan tidsaspektet vere viktig, fordi pasienten ønskjer eller treng rask avklaring av saka.

Det kan tenkjast at det etter utløpet av søksmålsfristen kjem ny medisinsk kunnskap eller nye domsavgjerdar som endrar det grunnlaget nemndene tidlegare har basert vurderingane sine på. I desse tilfella kan det vere meir formålstenleg å fremje krav overfor forvaltninga om at saka må takast opp att, enn å bringe saka inn for domstolane.»

Når det gjeld vedtak gjorde av Helsepersonellnemnda, uttalte departementet:

«Med utgangspunkt i ståstaden til helsepersonellet vil dei same argumenta tale for å innføre søksmålsfrist også for vedtak gjorde av Helsepersonellnemnda. I desse sakene kan det ofte vere vanskeleg å skaffe bevis når det går lang tid, til dømes når det gjeld vitneforklaringar.

I den grad retten si avgjerd om det aktuelle vedtaket er gyldig kan bli påverka av at vitne hugsar mindre eller ikkje er sikre på kva som har skjedd, kan dette innebere ein fare for rettstryggleiken. Det same gjeld dersom retten si avgjerd av om vedtaket er gyldig blir påverka av at det ikkje lenger kan skaffast bevismateriale.»

Når det gjeld lengda på søksmålsfristen uttalte departementet:

«Departementet viser til at det òg gjeld søksmålsfrist for vedtak i andre nemnder, mellom anna Pasientskadenemnda. Etter pasientskadeloven (lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv.) § 18 gjeld det ein frist på seks månader for å bringe eit endeleg vedtak i Pasientskadenemnda inn for domstolane. Fristen blir rekna frå det tidspunktet meldinga om endeleg vedtak i nemnda har kome fram til den som krev erstatning.

Departementet legg til grunn at ein frist på seks månader for å bringe ei sak inn for domstolane kan vere ein tenleg frist også for vedtak gjorde av Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda. Dette vil gi pasienten/helsepersonellet noko tid til å vurdere om det bør reisast søksmål, utan at saka blir utsett for mykje. Fristen skal bli rekna frå det tidspunktet vedtaket har kome fram til vedkommande.»

9.4 Høyringsinstansane sitt syn

Høyringsinstansane er positive til dette forslaget, med eitt unntak. *Norsk Pasientforening* støttar forslaget og legg til grunn at det «må anses som en romslig frist i saker av stor viktighet for den enkelte pasient, og som en følgelig må forvente at pasientene raskt avklarer om de vil forfølge rettslig». *Helse Sør-Aust RHF* ser utelukkande positivt på forslaget, og *Norsk Psykologforening* «deler departementets vurderinger av behov for å innføre søksmålsfrist, for konsekvens av å innføre søksmålsfrist, og forslaget til søksmålsfrist».

Sekretariatet for Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda støttar forslaget om innføring av søksmålsfristar og uttalte:

«Når det gjelder vedtak fattet av Klagenemnda og PGD-nemnda er det ønskelig, som det fremgår av høringen, å innføre søksmålsfrister for å avklare pasientenes rettigheter og statens plikter innen rimelig tid. En pasient vil som regel innen kort tid ha tatt et standpunkt til om vedkommende er uenig i nemndas vedtak. Vedtakene omhandler helse spørsmål for den enkelte, og det vil også være i pasientens interesse å få en rask avklaring av saken.

Vedtak fattet av Helsepersonellnemnda kan omhandle alvorlige administrative reaksjoner som tilbakekall, eller begrensning, av autorisasjon. Det vil være i helsepersonellens interesse å få en hurtig avklaring i slike saker. Også i saker som gjelder spørsmål om rett til autorisasjon vil det være av stor betydning at helsepersonellet får en avklaring innen rimelig tid. (...)

For sekretariatet vil det innebære en arbeidsmessig fordel at søksmålsfristen innføres. (...)

Sekretariatet støtter forslaget om seks måneders søksmålsfrist. Vi mener dette vil gi pasienten/helsepersonellet tilstrekkelig tid til å vurdere om søksmål skal reises, skaffe seg bistand og fremskaffe eventuell ytterligere dokumentasjon uten at endelig avgjørelse av saken blir utsatt for lenge.»

Sekretariatet hadde innvendingar mot forslaget om at det i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 og helsepersonelloven § 71 blir teke inn ei føresegn om at «(...) Søksmål kan likevel i alle tilfeller reises når det er gått 6 måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.» I tillegg ønskte sekretariatet at det i helsepersonelloven eller i forskrift om Statens helsepersonellnemnd – organisering og saksbehandling blir teke inn ei føresegn om at det er staten, ved helsepersonellnemnda, som er rett saksøkt.

Brukarutvalet ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF meiner at det ikkje bør innførast søksmålsfristar for vedtak i klagenemnda og PGD-nemnda. Brukarutvalet uttalte:

«Det er verken ut frå opplysningane i notatet eller ut i frå anna kunnskap, gjort sannsynlig at det er gode grunnar for å innføre slike fristar. Pasienten vil kanskje, som det står i punkt 9 i

notatet, vanlegvis ta standpunkt til om han ønsker domstolsprøving i løpet av kort tid, men om pasienten skulle bruke noe lengre tid enn seks månader, for eksempel fordi ho må bruke alle kreftene på å få naudsynt helsehjelp som Klagenemnda har avslått at staten skal betale, så bør ikkje vedkommende miste muligheita til å få domstolen si vurdering av om Klagenemnda har fatta lovleg vedtak sjølv om det skulle gå meir enn seks månader før saken blir brakt inn for domstolen. Forslaget om seks måneders søksmålsfrist bør leggjast bort.»

9.5 Vurderingar og forslag frå departementet

Forslaget i høyringsnotatet har fått støtte frå eit klart fleirtal av høyringsinstansane. Som det gjekk fram av høyringsnotatet, kan det stillast spørsmål om slike føresegner bør forankrast i lov, eller om det er tilstrekkeleg med regulering i ei forskrift. Etter departementet si vurdering bør søksmålsfrist på desse områda regulerast i lov. Departementet viser til Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) Om lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven). Kapittel 26 i denne proposisjonen handlar mellom anna om prøving av forvaltningsvedtak. Formuleringane her trekkjer i retning av at ei regulering av søksmålsfrist bør skje i lov, jf. særleg punkt 26.3.4, der det heiter at

«behovet for søksmålsfrister bør vurderes i forhold til de enkelte særlover og ikke reguleres i noen alminnelig bestemmelse i tvisteloven eller forvaltningsloven».

Også ordlyden i forvaltningsloven § 27 tredje ledd tredje punktum trekkjer i denne retninga. Her står det:

«Er det etter § 27 b i loven her eller etter særskilt lovbestemmelse et vilkår for søksmål at klageadgangen er nyttet, eller at søksmålet anlegges innen en viss frist, skal parten i underretningen om vedtaket også gjøres oppmerksom på dette.»

Etter departementet si vurdering er det òg tvilsamt om eksisterande forskriftsheimlar kan danne grunnlag for ei regulering av søksmålsfrist i ei forskrift. Ein viser her til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b sjuande ledd og § 7-2 andre ledd, bioteknologiloven § 2A-4 femte ledd og helsepersonelloven § 70. I tillegg viser ein til at søksmåls-

fristen som gjeld for vedtak gjorde av Pasient-skadenemnda, er fastsett i lov, jf. pasientskadeloven § 18.

På denne bakgrunn held departementet fast ved at søksmålsfrist for vedtak gjorde av Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda, bør lovregulerast.

Sekretariatet for dei tre nemndene har innvendingar mot forslaget om at søksmål i alle tilfelle kan reisast «når det er gått 6 månader fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger», jf. forslag til tredje punktum i nytt tredje ledd i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 og andre punktum i nytt andre ledd i helsepersonelloven § 71. Dette gjeld vedtak frå Klagenemnda og Helsepersonellnemnda, og sekretariatet meiner at desse lovreglane bør utformast i tråd med pasientskadeloven § 18. I denne føresegna er det ikkje vist til at søksmål i alle tilfelle kan reisast når det er gått seks månader sidan klaga første gongen blei sett fram, men presisert at saka først kan leggast fram for domstolane når endeleg vedtak er gjort. Sekretariatet meiner at ei slik presisering også bør takast inn i pasient- og brukerrettighetsloven og i helsepersonelloven.

Etter departementet si vurdering er det meir naturleg å samordne føresegnene med føresegnene i forvaltningsloven, jf. denne lova § 27 b andre punktum, der det går fram at klagaren skal ha høve til å reise søksmål når det har gått seks månader etter at klaga blei sett fram, dersom klagaren ikkje kan klandrast for at nemnda ikkje har gjort vedtak.

Når det gjeld spørsmål om kven søksmål skal reisast mot, viser departementet til tvisteloven § 1-5 første punktum. Her går det fram: «Søksmål om gyldigheten av forvaltningsvedtak reises mot den

myndighet som har truffet avgjørelsen i siste instans.» På denne bakgrunn finn departementet at det ikkje er nødvendig å regulere dette i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og bioteknologiloven.

Departementet held fast på forslaget til utforming av dei nye føresegnene om søksmålsfrist.

Høvet til å reise søksmål er ei vidareføring av gjeldande rett. Endringane gjeld innføring av fristar for å reise søksmål.

9.6 Administrative og økonomiske konsekvensar

Etter departementet si vurdering vil ei innføring av frist for å leggje vedtak frå dei tre nemndene fram for domstolane innebere ein arbeidsmessig fordel for nemndene. Som regel vil det gå med meir tid til saksførebuing i nemndene knytt til domstolsbehandlninga etter kvart som tida går. Det blir lettare å gløyme saksforløpet og detaljar om sakene, det vil vere ein større sjanse for at saksbehandlaren har slutta eller har fått andre arbeidsoppgåver, osv.

Når det gjeld domstolsbehandlninga, kan det bli vanskelegare å framskaffe bevis etter kvart som tida går, til dømes fordi vitne gløymer saksforløpet og fakta i saka. Dette må ein sjå i samanheng med at det i ein del av sakene kan gå relativt lang tid frå ei aktuell hending til det ligg føre vedtak i nemnda. På denne bakgrunn kan innføring av søksmålsfrist òg innebere ein arbeidsmessig fordel for domstolane.

Departementet legg til grunn at innføring av frist for å bringe vedtak frå dei tre nemndene inn for domstolane vil ha ubetydelege økonomiske konsekvensar.

10 Merknader til endringane i spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og bioteknologiloven

10.1 Endringane i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-5 a Koordinator

Andre ledd

Hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege, er fjerna, og føresegna om at anna helsepersonell kan vere koordinator når det blir rekna som tenleg og forsvarleg, er erstatta med ei føresegn om at koordinatoren skal vere helsepersonell. Nærmare omtale er gitt i punkt 6.3.1.

Til ny § 2-5 c Kontaktlege

Første ledd

Første punktum pålegg helseføretaket ei plikt til å oppnemne kontaktlege for pasientar som har alvorleg sjukdom, skade eller lidning, og som har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta i ein viss tidsperiode («av en viss varighet»). Både kravet om at tilstanden må vere alvorleg, og kravet om «en viss varighet» må vere oppfylte for at vilkåra skal vere tilfredsstilte. Forslaget inneber at det må skje ei heilskapsvurdering i kvart enkelt tilfelle. Spørsmålet om tilstanden er alvorleg, må som utgangspunkt avgjerast ut frå ei objektiv fagleg vurdering, og det må leggjast vekt på om tilstanden kan føre til risiko for alvorleg funksjonsnedsetjing eller invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjonar eller sansar eller eventuelt risiko for tidleg død. Vidare bør det leggjast vekt på både fysiske og psykiske følgjer av tilstanden. Det må òg leggjast vekt på om pasienten i tillegg har annan sjukdom, skade eller lidning. Etter ei totalvurdering kan det gjere at tilstanden til pasienten må reknast som alvorleg.

Terskelen for å oppnemne kontaktlege til barn skal vere låg, slik at vurderinga av om tilstanden er alvorleg, skal vere mildare enn vurderinga av ein tilsvarande tilstand hos vaksne.

Kravet om at pasienten skal ha behov for behandling frå spesialisthelsetenesta i ein viss

tidsperiode («av en viss varighet»), skal forståast slik at det som utgangspunkt omfattar tilfelle der det er behov for behandling over eit tidsrom på meir enn 3–4 dagar. Behov for oppfølging «av en viss varighet» skal forståast slik at det som utgangspunkt omfattar tilfelle der det er behov for meir enn ein enkel avtale om oppfølging.

Nærmare omtale av vilkåra for plikt til å oppnemne kontaktlege er gitt i punkt 7.3.2.

Etter *andre punktum* må den som blir oppnemnd til kontaktlege, vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten. Dette inneber at den som blir oppnemnd, må vere ein del av det teamet som behandlar pasienten. Vedkomande treng ikkje å ha eit hovudansvar for behandlinga, men må ha ei aktiv rolle i behandlinga eller oppfølginga av pasienten, sjå nærmare omtale av dette i punkt 7.3.4.

Andre ledd

Første punktum pålegg helseføretaket å peike ut kven som skal vere kontaktlege for pasienten, så snart som råd etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege. Siste frist for utpeiking av kontaktlege er sett til første yrkedag etter innlegging eller poliklinisk undersøking. Etter *andre punktum* skal pasienten så snart som råd få vite kven som er hans eller hennar kontaktlege. Samtidig skal pasienten få orientering om dei oppgåvene og det ansvaret kontaktlegen har. Nærmare omtale av utpeiking av kontaktlege er gitt i punkt 7.3.3.

Tredje ledd

Etter *første punktum* skal kontaktlegen vere den faste medisinskfaglege kontakten til pasienten. Det kan ikkje krevjast at kontaktlegen sjølv skal kunne svare på alle medisinskfaglege spørsmål, men vedkomande skal ha ansvar for å hente inn informasjon og eventuelt formidle kontakt med andre, slik at pasienten får svar eller eventuelt blir undersøkt i andre delar av spesialisthelsetenesta.

Etter *andre punktum* må helseføretaket vurdere om kontaktlegen òg bør peikast ut som informasjonsansvarleg etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarleg etter helsepersonelloven § 39. I vurderinga må det leggjast vekt på kva som i det enkelte tilfellet vil vere mest tenleg for å sikre kontinuitet i pasientforløpet. Ansvar og oppgaver for kontaktlegen er omtalt nærmare i punkt 7.3.4.

Fjerde ledd

For tenester i det psykiske helsevernet gir *første punktum* høve til å oppnemne kontaktpsycholog i staden for kontaktlege dersom det er mest tenleg ut frå den behandlinga eller oppfølginga som pasienten skal ha. Helseføretaket må i kvart enkelt tilfelle ta stilling til kva som er best for pasienten. Det same gjeld tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, jf. *andre punktum*. Oppnemning av kontaktpsycholog er nærmare omtalt i punkt 7.3.6.

10.2 Endringane i pasient- og brukerrettighetsloven

Til ny § 2-6 a

Første ledd gir pasientar som har alvorleg sjukdom, skade eller lidning, og som har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta i ein viss tidsperiode («av en viss varighet») rett til å få oppnemnt kontaktlege i samsvar med føreseigna i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c. Vilråa for rett til å få oppnemnt kontaktlege er dei same som vilråa for plikt for helseføretaket til å oppnemne kontaktlege, sjå merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

Til § 7-2

Nytt tredje ledd

Føreseigna regulerer høve til å reise søksmål for saker som kan påklagast til klagenemnd oppnemnd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 andre ledd. Forslaget inneber at høvet til å klage på må vere nytta før det kan reisast søksmål som gjeld vedtak frå nemnda. Fristen for å reise søksmål er sett til seks månader og skal reknast frå det tidspunktet vedtaket har kome fram til vedkomande. Søksmål kan likevel i alle tilfelle reisast når det har gått seks månader frå klaga første gongen blei sett fram, og klagaren ikkje kan klandrast for at nemnda ikkje har gjort vedtak. Denne føreseigna svarer til føreseigna i forvaltningsloven § 27 b andre punktum. Av tvisteloven § 1-5 går det fram

at søksmål om gyldigheita av eit forvaltningsvedtak skal reisast mot den styremakta som har gjort vedtak i første instans.

Fjerde ledd

Føreseigna presiserer at dersom fristen etter tredje ledd er overskriden utan at det er reist søksmål, har vedtaket same verknad som ein rettskraftig dom.

10.3 Endringane i helsepersonelloven

Til § 71 Domstolsprøving

Nytt andre ledd

Føreseigna set ein frist på seks månader for å bringe vedtak frå Statens helsepersonellnemnd inn for domstolen. Fristen skal reknast frå det tidspunktet vedtaket har kome fram til den som har klaga til nemnda. Søksmål kan likevel i alle tilfelle reisast når det har gått seks månader frå klaga første gongen blei sett fram, og klagaren ikkje kan klandrast for at nemnda ikkje har gjort vedtak. Av tvisteloven § 1-5 går det fram at søksmål om gyldigheita av eit forvaltningsvedtak skal reisast mot den styremakta som har gjort vedtak i første instans.

Nytt fjerde ledd

Føreseigna presiserer at dersom fristen etter tredje ledd er overskriden utan at det er reist søksmål, har vedtaket same verknad som ein rettskraftig dom.

10.4 Endringane i bioteknologiloven

Til ny § 2A-9 Domstolsprøving

Første ledd gir høve til å reise søksmål for saker som gjeld søknad om preimplantasjonsdiagnostikk. Det kan reisast søksmål for domstolane når PGD-nemnda har gjort vedtak.

Andre ledd

Første punktum set ein frist på seks månader for å bringe vedtak frå PGD-nemnda inn for domstolen. Fristen skal reknast frå det tidspunktet vedtaket har kome fram til vedkomande. *Andre punktum* presiserer at dersom fristen etter tredje ledd er overskriden utan at det er reist søksmål, har vedtaket same verknad som ein rettskraftig dom.

Helse og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Dykkar Majestet godkjenner og skriv under
eit framlagt forslag til proposisjon til Stortinget
om endringar i spesialisthelsetjenesteloven m.m.
(kontaktlege i spesialisthelsetenesta m.m.)

Vi HARALD, Noregs Konge

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjere vedtak til lov om endringar i spesialisthelsetjenesteloven m.m.
(kontaktlege i spesialisthelsetenesta m.m.) i samsvar med eit vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktlege i spesialisthelsetenesta m.m.)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. blir det gjort følgjande endringer:

§ 2-5 a andre ledd skal lyde:

Koordinatoren skal være helsepersonell.

Ny § 2-5 c skal lyde:

§ 2-5 c Kontaktlege

Helseforetaket skal oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Helseforetaket skal peke ut kontaktlege for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, senest første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse. Pasienten skal så snart som mulig få vite hvem som er hans eller hennes kontaktlege, og skal orienteres om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kontaktlegen har.

Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. For å sikre kontinuitet i pasientforløpet skal helseforetaket vurdere om kontaktlegen også skal være informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39.

For tjenester i det psykiske helsevernet kan kontaktpsykolog utnevnes i stedet for kontaktlege dersom det er mest hensiktsmessig ut fra den behandling eller oppfølging som skal gis. Det samme gjelder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, jf. § 2-1 a første ledd nr. 5.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper som omfattes og hvilke oppgaver og hvilket ansvar kontaktlegen eller kontaktpsykologen skal ha.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerreteigheter (pasient- og brukerreteighetsloven) blir det gjort følgjande endringer:

Ny § 2-6 a skal lyde:

§ 2-6 a Rett til kontaktlege

Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper rettigheten omfatter.

Kapittel 7 overskrifta skal lyde:

Kapittel 7 Klage mv.

§ 7-2 overskrifta skal lyde:

§ 7-2 Klage mv.

§ 7-2 nytt tredje og fjerde ledd skal lyde:

Den som har klaget til klagenemnd oppnevnt etter andre ledd, kan bringe saken inn for domstolene når vedtak fra klagenemnda foreligger. Søksmål må reises innen seks måneder fra det tidspunkt vedtak i klagenemnda har kommet fram til vedkommende. Søksmål kan likevel i alle tilfelle reises når det er gått seks måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagers side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.

Når fristene etter tredje ledd er utløpt uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom.

Noverande tredje og fjerde ledd blir nytt femte og sjette ledd.

III

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) blir det gjort følgende endringer:

§ 71 skal lyde:

§ 71 *Domstolskontroll*

Vedtak i Statens helsepersonellnemnd etter §§ 53, 56-59 a og 62-65 a kan bringes inn for retten, som kan prøve alle sider av saken.

Søksmål etter første ledd må reises innen seks måneder fra det tidspunkt vedtak i Statens helsepersonellnemnd har kommet fram til den som har klaget til nemnda. Søksmål kan likevel i alle tilfelle reises når det er gått seks måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.

Retten kan ved kjennelse beslutte at vedtak etter bestemmelsene i første ledd ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken eller før endelig dom foreligger.

Når fristene etter andre ledd er utløpt uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at vedtak kan bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen.

IV

I lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) blir det gjort følgende endring:

Ny § 2A-9 skal lyde:

§ 2A-9 *Domstolsprøving*

Den som har fremmet søknad til nemnd oppnevnt etter § 2A-4, kan bringe saken inn for domstolene når vedtak fra nemnda foreligger.

Søksmål må reises innen seks måneder fra det tidspunkt vedtak i nemnda har kommet fram til vedkommende. Når denne fristen er utløpt uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom.

V

Lova tek til å gjelde frå det tidspunkt Kongen fastset. Kongen kan setje i verk dei einskilde føresegnene til ulik tid.



