



Innst. 49 L

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 125 L (2014–2015)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (kontaktlege i spesialisthelsetenesta m.m.)

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 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 søksmålfristar for vedtak gjorde av Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostiknemnda og Statens helsepersonellnemnd.

1.2 Koordinator og koordinerande eining i spesialisthelsetenesta

Fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege

Dei gjeldande reglane om koordinator i spesialisthelsetenesta tok til å gjelde 1. januar 2012 og erstatta tidlegare reglar om pasientansvarleg lege. 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. Departementet hadde fått fleire oppfordringar om å fjerne hovudregelen om at

koordinatoren bør vere lege. 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.

Forslaget fekk brei støtte av høyringsinstansane. Eit klart fleirtal var einige i at det enkelte helseføretaket 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.

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. elevlar 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 koordinatarar etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, utfører helsehjelp når dei utøver koordinatorrolla.

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.

Endre omgrepet «koordinator» til «kontaktperson»

Høyingsinstansane hadde delte meiningar 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. Denne innvendinga blir særleg relevant etter at departementet har foreslått ei ordning med kontaktlege i spesialisthelsetenesta. 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 fråsegnar 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.

Endre ansvar for den koordinerande eininga

Høyingsnotatet av 28. juni 2013 inneheldt òg forslag om å innskrenke det lovpålagde ansvaret for den koordinerande eininga for habiliterings- og rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetenesta, slik at denne eininga ikkje lenger skal ha ansvar for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar.

Etter ei nærmare vurdering av fråsegnene frå høyringsinstansane finn departementet ikkje tilstrekkeleg grunnlag for å halde fast på forslaget om at den koordinerande 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 finn heller ikkje grunn til å halde fast ved forslaget om at den koordinerande 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.

1.3 Kontaktlege i spesialisthelsetenesta

Rett til å få oppnemnt og plikt til å oppnemne kontaktlege

Høyingsnotat med forslag om å lovfeste ei plikt til å oppnemne og rett til å få oppnemnt kontaktlege blei publisert 24. oktober 2014, og fekk i hovudsak støtte av høyringsinstansane. Det var 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. 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 alvorlig 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.

Departementet vil 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.

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.

Oppnemning og utpeiking av kontaktlege

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 inngåing 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.

I høyringsnotatet blei det òg foreslått at avdelingsleiaren eller einingsleiaren skal peike ut kven som skal vere kontaktlege for pasienten. 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 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».

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.

Ein kan 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.

Departementet foreslår at helseføretaket må 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 formålstenleg for å sikre kontinuitet i pasientforløpet.

I høyringsnotatet foreslo departementet 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.

Fleire høyringsinstansar meiner at kontaktlegen bør vere «behandlingsansvarleg lege». Etter departementet si vurdering bør spørsmålet om kven som skal ha hovudansvaret for behandlinga av pasienten, ikkje lovregulerast. Departementet meiner at det bør vere opp til det enkelte helseføretaket å vurdere om den som blir oppnemnd som kontaktlege, òg bør ha hovudansvaret for behandlinga av pasienten/vere behandlingsansvarleg lege. Departementet legg til grunn at det i mange tilfelle er mest naturleg og ein fordel for pasienten at kontaktlegen også har hovud-

ansvaret for behandlinga av pasienten, men meiner at helseføretaka ikkje bør påleggjast å velje ei slik ordning. På denne bakgrunn held departementet fast ved forslaget om at kontaktlegen må vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten.

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

Ansvar og oppgåver for koordinatoren

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 koordinatoren i den rettleiaren som Helsedirektoratet skal utarbeide.

FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR KREFT

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 pårørnde, i tillegg til ansvarsplassering og konkrete forløpstider.

Departementet legg til grunn at vilkåra for plikta til å oppnemne koordinatoren 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». Dersom vilkåra i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a er oppfylte, har helseføretaket ei lovbestemt plikt til å oppnemne koordinatoren. For kreftpasientar vil det oftast vere naturleg at forløpskoordinatoren har funksjonen som koordinatoren etter denne føresegna.

Oppnemning av kontaktlege/kontaktpsycholog i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige

Høyringsinstansane har delte meininger 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. 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 utnemnast 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 tilsvarande for oppnemning av kontaktpsycholog. Det same gjeld ansvaret for å oppnemne vedkomande og ansvar og oppgåver for den som blir oppnemnt.

1.4 Administrative og økonomiske konsekvensar

Fjerne hovudregelen om at koordinatoren i spesialisthelsetenesta bør vere lege

Departementet legg til grunn at det å fjerne regelen om at koordinatoren som hovudregel bør vere lege, ikkje vil føre til meirarbeid eller ha økonomiske konsekvensar.

Innføre kontaktlegeordning i spesialisthelsetenesta

Departementet meiner at forslaget om å innføre kontaktlege i spesialisthelsetenesta, først og fremst handlar om betre organisering av tenesta. Sjølv om ordninga i ein overgangsperiode kan føre til noko meir administrasjon, vil dette på lengre sikt mest sannsynleg bli utlikna av dei innsparingane ordninga kan innebere i form av samhandlingsgevinstar, 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.

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 vurderinga av når lovendringane skal tre i kraft.

Departementet held fast ved vurderinga i høyringsnotatet når det gjeld konsekvensar av retten til å klage etter pasient- og brukarrettighetsloven kapittel 7. 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.

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

Klagenemnda for behandling i utlandet (Klagenemnda) avgjer klager på vedtak gjorde av kontora ved dei regionale helseføretaka om avslag på dekning av utgifter til behandling i utlandet. Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda) avgjer søknader om preimplantasjonsdiagnostikk for å utelukke alvorleg arveleg sjukdom. 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. 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.

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.

Departementet foreslår i proposisjonen nye føresegner om søksmålsfrist for vedtak gjorde av Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda. Departementet legg til grunn at ein frist på seks månader for å bringe ei sak inn for domstolane kan vere ein tenleg frist. Forslaget har fått støtte frå eit klart fleirtal av høyringsinstansane. Etter departementet si vurdering bør søksmålsfrist på desse områda regulerast i lov.

Sekretariatet for dei tre nemndene har innvendigar 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». 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 leggjast fram for domstolane når endelig vedtak er gjort. Sekretariatet meiner at ei slik presisering også bør takast inn i pasient- og brukarrettighetsloven 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 reist 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.

Etter departementet si vurdering vil ei innføring av frist for å leggje vedtak frå dei tre nemndene fram for domstolane, innebære ein arbeidsmessig fordel for nemndene, og legg til grunn at forslaget vil ha ubetydelege økonomiske konsekvensar.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbeek Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ketil Kjenseth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, er opptatt av at pasienter og pårørendes rettigheter styrkes. Det er viktig at pasienter med alvorlig sykdom eller skade og deres pårørende skal kjenne seg trygge gjennom hele pasientforløpet. Komiteen mener at en kontaktlege kan være med og skape bedre trygghet og bedre kommunikasjon. Mange alvorlig syke pasienter opplever at de møter mange leger. Dette innebærer fare for at informasjon og kommunikasjon kan bli for dårlig. Svikt i kommunikasjon innebærer risiko for pasientskade. Komiteen mener at innføringen av koordinator i spesialisthelsetjenesten var positivt for samordning av tjenestetilbudet. Koordinator til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal sikre nødvendig oppfølging av pasienten og utarbeidelsen av individuell plan. Komiteen mener at helseforetakenes foreslåtte plikt til å oppnevne kontaktlege, pasienters rett til å få en kontaktlege og adgangen til å klage, styrker pasientens rettsstilling.

Koordinator og koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Komiteen viser til at departementet foreslår å fjerne hovedregelen i spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-5 om at koordinatoren bør være lege. Komiteen viser til at bakgrunnen for forslaget var tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten som viser at det var stor variasjon mellom helseforetakene når det gjaldt hvor langt de hadde kommet med å etablere en koordinatorfunksjon, og stor variasjon i hvilke yrkesgrupper som var involvert. I tillegg var det stor variasjon mellom helseforetakene i hvordan koordinatorrollen ble definert og hvor omfattende ansvar koordinatorene fikk.

Komiteen viser til at et flertall av høringsinstansene støtter departementets forslag om å fjerne hovedregelen om at koordinatoren i spesialisthelsetjenesten bør være lege. Et klart flertall var enig i at det enkelte helseforetaket selv bør avgjøre hvilken kompetanse koordinatoren bør ha. Komiteen viser videre til forslaget om at dagens krav om at koordinatoren må være helsepersonell, videreføres, og legger til grunn at definisjonen i helsepersonelloven § 3 gjelder ved tolking av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, slik at også sosionomer, barnevernspedagoger og andre yrkesgrupper som ikke er autorisert helsepersonell, kan være koordinator. Komiteen legger videre til grunn at de som blir oppnevnt som koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, utfører helsehjelp når de utøver koordinatorrollen.

Komiteen støtter at spørsmålet om hvem som bør inneha koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten, må vurderes konkret i hver enkelt sak.

Komiteen viser til at det under høringsrunden var delte meninger mellom høringsinstansene om forslaget som gjaldt å endre begrepet «koordinator» til «kontaktperson». Komiteen er enig i at det ikke er formålstjenlig å endre begrepet, blant annet fordi dette kan skape forvirring med hensyn til forslaget om kontaktlege. Komiteen mener derfor en bør holde fast ved begrepet «koordinator» for å skille denne rollen tydelig fra rollen til kontaktlegen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at den lovfestede plikten til å oppnevne koordinator kom i januar 2012 og erstattet tidligere regler om pasientansvarlig lege (spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a). Det har ikke manglet på lovfestede plikter som helseforetakene har hatt, der formålet har vært å sikre pasienter med langvarig behov for medisinsk faglig oppfølging på sykehus, en ansvarlig lege å forholde seg til. Til tross for dette har ordningen aldri blitt skikkelig implementert. Omleggingen fra pasientansvarlig lege til koordinator, der en åpnet for at denne personen ikke trengte å være lege, har ikke ført til merkbare forbedringer. Det er fortsatt altfor mange pasienter med behov for koordinerte tjenester, som aldri blir opplyst om at de har rett til en koordinator som kontaktperson. Helseforetakene har mange

steder ikke fulgt opp spesialisthelsetjenestelovens klare påbud. For alle pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal det etter loven oppnevnes koordinator. Koordinator skal etter loven sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere, samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

På svar til Stortinget har helse- og omsorgsministeren uttalt at han ikke vet og ikke vil innhente opplysninger om hvor mange helseforetak og sykehus som i dag har etablert ordning med koordinator i spesialisthelsetjenesten. Dette er disse medlemmer bekymret over. Det nytter ikke å lovfeste et tilbud om det ikke er politisk vilje til å følge opp.

Disse medlemmer viser til at departementet i lovproposisjonen slår fast at det er stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder arbeidet med å etablere en koordinatorfunksjon. Disse medlemmer mener at koordinator har vært lovfestet i så mange år nå at alle helseforetakene snarest må innføre rett til koordinator for pasienter som har slike behov.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle helseforetak innen utgangen av 2016 oppfyller spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og oppretter koordinator for alle pasienter med rett til dette.»

Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten

Komiteen viser til at et godt pasientforløp krever god samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom de ulike behandlingsstedene og behandlingsnivåene. Komiteen viser til at det i dag for ofte rapporteres om mangelfull informasjonsflyt og manglende kontinuitet i behandlingsforløpet. Komiteen peker på at det er viktig at pasienter med alvorlig sykdom kan føle seg trygge gjennom hele pasientforløpet. Dette er også viktig for de pårørende.

Komiteen viser til at ordningen med kontaktlege skal gjelde for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse. Videre er det en forutsetning at pasienten har behov for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten over tid. Komiteen peker på at forslaget innebærer både en plikt for spesialisthelsetjenesten til å oppnevne en kontaktlege, og en rett for den aktuelle pasientgruppen.

Komiteen viser videre til at spørsmålet om pasientens tilstand er alvorlig, skal avgjøres ut fra en objektiv, faglig vurdering, men at det må gjøres en helhetsvurdering for hvert enkelt tilfelle.

Komiteen viser videre til at når det er avklart om en pasient har rett til kontaktlege, bør pasienten straks gjøres kjent med dette.

Komiteen viser til at barn som er syke, er i en særlig sårbar situasjon. Komiteen vil derfor påpeke viktigheten av at terskelen for å oppnevne kontaktlege til barn som er i spesialisthelsetjenesten, bør være lav.

Komiteen viser videre til at Helsedirektoratet er blitt bedt om å utarbeide en veileder i samarbeid med helseforetakene og utvalgte fagmiljøer. Veilederen skal sette opp nærmere kriterier for hvilken type pasienter ordningen med kontaktlege skal gjelde for.

Komiteen mener det er riktig at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for å oppnevne kontaktlege, og at tidspunktet for tildeling av kontaktlege blir satt til så snart som mulig etter det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, og senest første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse.

Komiteen viser for øvrig til at det i proposisjonen foreslås at retten til å få oppnevnt kontaktlege skal tas inn i pasient- og brukerrettighetsloven som ny § 2-6 a. Etter at Prop. 125 L (2014–2015) ble fremmet, er imidlertid en ny lov blitt vedtatt, jf. lov 19. juni 2015 nr. 62 Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser). Ved denne loven ble pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 endret, og det ble tilføyd en ny § 2-6 a om tilbakekreving etter feilaktig utbetaling. Komiteen foreslår derfor at en bestemmelse om å få oppnevnt kontaktlege tas inn i pasient- og brukerrettighetsloven som ny § 2-5 a.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil vise til at kravet om at det skal oppnevnes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, er blitt vurdert av regjeringen som så viktig at det ble stilt som særskilt krav i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i 2014. Helse- og omsorgsdepartementet mottok i mars 2015 rapportering på dette kravet som en del av årlig melding for 2014, og det fremgikk at helseforetakene arbeider aktivt for å innfri lovkravet, men at det fortsatt ikke er på plass ved alle sykehus.

Disse medlemmer mener dagens bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a om koordinator i spesialisthelsetjenesten er lite treffsikker, og at dette kan ha forsinket oppfyllelse av lovkravet. Disse medlemmer mener derfor det er riktig å styrke pasientens rettigheter ved å innføre en rett til kontaktlege. Samtidig viser disse medlemmer til at regjeringen har foreslått å fjerne hovedregelen om at koordinator i spesialisthelsetjenesten skal være lege, slik at koordinatorfunksjonen kan ivaretas av

andre yrkesgrupper enn leger. Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet skal utarbeide en veileder for lovbestemmelsen, slik at en på denne måten kan sikre at lovkravet følges opp i tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Helse Vest RHF mener at spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for å oppnevne kontaktlege, og ikke helseforetakene. Helse Vest RHF mener at reglene ikke må utelukke at også private helseinstitusjoner med avtale kan ha plikt til å utnevne kontaktlege. Disse medlemmer mener at det må komme klart fram av veilederen at private helseinstitusjoner kan pålegges et ansvar for å oppnevne kontaktlege.

Komiteen viser videre til at forslaget om at kontaktlegen skal være den faste medisinskfaglige kontakten til pasienten, fikk støtte fra et flertall av høringsinstansene. Komiteen har merket seg at forslaget innebærer at det er opp til helseforetaket å ta stilling til om kontaktlegen også bør være informasjonsansvarlig og journalansvarlig. I vurderingen må det legges vekt på hva som i det enkelte tilfellet vil være mest formålstjenlig for å sikre kontinuitet i pasientforløpet.

Komiteen viser videre til at spørsmålet om hvem som skal ha hovedansvaret for behandling av pasienten ikke skal lovreguleres, men at det skal være opp til det enkelte helseforetaket å vurdere om den som blir oppnevnt som kontaktlege, også bør ha hovedansvaret for behandlingen av pasienten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Sosialistisk Venstreparti og Venstre, mener det i mange tilfeller vil være naturlig at kontaktlegen også har hovedansvaret for behandlingen av pasienten, men at helseforetakene ikke bør pålegges en slik ordning.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at det i de aller fleste tilfeller er naturlig at kontaktlegen ikke bare er den medisinskfaglige kontakten, men også er den som har hovedansvaret for behandling av pasienten og er behandlingsansvarlig lege. Disse medlemmer vil minne om at bakgrunnen for selve forslaget er at pasienter med alvorlig sykdom ofte har svært mange leger å forholde seg til. Dersom det blir én kontaktlege som skal være medisinskfaglig kontakt og en annen lege som skal ha hovedansvaret for behandlingen, er det fare for at det likevel blir mange leger å forholde seg til. Disse medlemmer støtter likevel forslaget i proposisjonen om at helseforetakene ikke blir pålagt at kon-

taktlege skal være behandlingsansvarlig lege, men mener at dette må tilstrebes.

Komiteen vil videre peke på at det er en fordel med en klar rollefordeling mellom koordinator og kontaktlege. Komiteen viser til at en nærmere avklaring av rollene til kontaktlege og koordinator skal innarbeides i veilederen som Helsedirektoratet skal utarbeide.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti slutter seg til forslaget om kontaktlege, men viser til at det er mange uklare forhold rundt de to forskjellige ordningene. Koordinator skal oppnevnes for dem med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Men kun de med en definert «alvorlig» sykdom vil få rett på kontaktlege. Flere høringsinstanser har påpekt at det kan bli vanskelig for pasientene å forstå forskjellene på ordningene, og at de til dels vil kunne være overlappende. For mange vil ikke skillet mellom praktiske spørsmål og medisinske spørsmål være fornuftig og lett å forstå. Hva som er kontaktlegens ansvar og oppgaver fremgår heller ikke av lovforslaget. Helsedirektoratet har i sine innspill uttalt at de mener at vilkårene for å få oppnevnt en kontaktlege er noe skjønnsmessige og vage. Det vil kunne medføre at ordningen blir krevende å administrere, siden det må legges mer arbeid i avgjørelsen av om pasienten har rett til å få oppnevnt en kontaktlege. Det kan også åpnes for forskjellsbehandling, da pasientenes fremstillingsevne kan være avgjørende for om han eller hun får oppnevnt en kontaktlege. Helse Sør-Øst sier i sitt høringsinnspill at siden man tidligere har forsøkt innføring av pasientansvarlig lege og koordinator, må kontaktlegeordningen tydeliggjøres før en eventuell innføring. Også pasient- og brukerombudene finner situasjonen uklar når det gjelder forholdet mellom kontaktlege, koordinator og forløpskoordinator etter retningslinjene for pakkeløp for kreft. Disse medlemmer mener at forskriftsarbeidet og utarbeiding av veiledere må sørge for at det blir klart hvem som har ansvar for hva av henholdsvis kontaktlege og koordinator. Det må også informeres om dette til alle pasienter som blir innlagt på sykehus.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at det fremgår av regjeringens forslag at hovedskillet mellom rollen til koordinator og rollen til kontaktlege innebærer at koordinatoren skal ha det praktiske ansvaret for å samordne tjenestene, for eksempel bestille timer og svare på praktiske spørsmål, mens kontaktlegen skal være den medisinskfaglige kontakten til pasienten. Disse medlemmer merker seg at flere høringsinstanser påpekte at det er behov for ytterligere avkla-

ring av forholdet mellom koordinatoren og kontaktlegen. Disse medlemmer viser til at det vil bli gitt nærmere orientering om rollene til koordinators og kontaktlege i veilederen som Helsedirektoratet skal utarbeide.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen har innført fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten med støtte fra Kristelig Folkeparti og Venstre. Disse partiene har også pålagt de offentlige sykehusene å kjøpe mer private tjenester gjennom anbud. Disse medlemmer registrerer at private sykehustilbydere ikke skal kunne pålegges å oppnevne kontaktlege.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti støtter ikke den delen av reformen som innebar at private helseinstitusjoner som oppfyller visse krav, skal få godkjenning til å konkurrere med offentlige sykehus om å tilby enkelte behandlinger. Disse medlemmer mener ordningen med kontaktlege i de offentlige sykehusene vil styrke tjenesten og pasientens opplevelse av den, men at dette hensynet ikke ivaretas i reformen fritt behandlingsvalg i og med at dette ikke blir pålagt de private tilbyderne som skal inn i ordningen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er uheldig at private sykehustilbydere ikke får en automatisk plikt til å oppnevne kontaktlege til pasienter som vil ha krav på dette i det offentlige, og mener at dette vil føre til en sårbar situasjon for dem med sykdom som vil kunne kategoriseres som alvorlig, og som velger behandling hos privat tilbyder. Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti var imot innføring av fritt behandlingsvalg. Disse medlemmer registrerer at styrkede pasientrettigheter viser seg å gjelde kun dem som velger å bli behandlet i det offentlige.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at pasientrettigheter etter spesialisthelsetjenesteloven, slik som rett til å få oppnevnt koordinators og kontaktlege, må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener at det regionale helseforetaket må vurdere om private institusjoner bør ha tilbud om kontaktlege ved inngåelse av avtale med private helseinstitusjoner. Disse medlemmer mener at alle pasienter som oppfyller vilkårene for

rett til kontaktlege, skal få et tilbud om dette, uavhengig av behandlingssted.

Disse medlemmer viser til at regjeringen ikke finner det hensiktsmessig at en i lovforslaget pålegger alle private helseinstitusjoner med avtale å oppnevne kontaktlege. Bakgrunnen for dette er at plikten til å oppnevne kontaktlege er begrenset til å gjelde behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, og hvor det er risiko for å måtte forholde seg til mange forskjellige leger.

Disse medlemmer viser til at ordningen med fritt behandlingsvalg skal evalueres, og regjeringen vil følge med på hvordan ordningen fungerer. Spørsmålet om en eventuell plikt til å oppnevne kontaktlege for private med godkjenning vil vurderes i lys av evalueringen, samt av erfaringene med godkjenningsordningen og erfaringene med de regionale helseforetakenes håndtering av dette spørsmålet i sine avtaler med de private.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at departementet vurderer at forslaget om kontaktlege sannsynligvis ikke fører til vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser, og at forslaget skal gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer. Disse medlemmer vil understreke at helseforetakene mange steder må gjennomføre kutt i pasienttilbudet for å sikre budsjettbalanse, og at innføring av kontaktlege naturligvis vil kreve nye administrative prosedyrer og arbeidsoppgaver.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen med sitt budsjettforslag for 2016 har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter, sammenlignet med hva de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte. Disse medlemmer viser til at denne regjeringen har styrket sykehusenes budsjetter, fjernet taket som bestemte hvor mange pasienter sykehusene kunne behandle i året, økt ISF-andelen og bedt helseregionene kjøpe mer kapasitet fra private og ideelle gjennom anbud. Disse medlemmer viser til at nye tall fra Helsedirektoratet viser at denne satsingen har hatt effekt. Ventetiden går ned, og pasientene får behandling raskere sammenlignet med i fjor. Fra 2014 til 2015 har gjennomsnittlig ventetid for pasienter gått ned med to dager. Særlig innen rusbehandling går ventetiden ned. Ruspasienter venter i snitt 13 dager mindre enn på samme tid i fjor. Disse medlemmer viser til at selv om det for hver enkelt pasient er viktigst hvor lenge man venter, er det også gledelig at antallet som venter går ned. Nesten 25 000 færre pasienter venter på behandling; en reduksjon på over ni prosent siden

i fjor. På to år er nedgangen i antall ventende pasienter på nesten 35 000.

Søksmålsfrist for vedtak gjort av klagenemnda for behandling i utlandet

Komiteen viser til at det felles sekretariat for Klagenemnda, PGD-nemnda og Helsepersonellnemnda har bedt Helse- og omsorgsdepartementet vurdere om det bør innføres en frist på seks måneder for å bringe et vedtak i en nemnd inn for domstolene. Komiteen viser til at forslaget om en frist på seks måneder har fått støtte fra et klart flertall av høringsinstansene.

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sørge for at alle helseforetak innen utgangen av 2016 oppfyller spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og oppretter koordinator for alle pasienter med rett til dette.

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

A

vedtak til lov

om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.
(kontaktlege i spesialisthelsetjenesta m.m.)

I

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

§ 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 kontaktpsycholog 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 kontaktpsychologen skal ha.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) blir det gjort følgjande endringar:

Ny § 2-5 a skal lyde:

§ 2-5 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 klagerens 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.

B

Stortinget ber regjeringen sørge for at pasientrettigheter etter spesialisthelsetjenesteloven, slik som rett til å få oppnevnt koordinator og kontaktlege, må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 12. november 2015

Kari Kjønås Kjos

leder

Kristin Ørmen Johnsen

ordfører

