

Høringsnotat

Endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.

Oppnevning av kontaktperson

Høringsfrist: 21. oktober 2013

Innhold

1	Høringsnotatets hovedinnhold	3
2	Bakgrunn – praktisering av reglene om koordinator i spesialisthelsetjenesten	3
3	Oppnevning av koordinator – gjeldende rett	5
3.1	Generelt	5
3.2	Koordinator i spesialisthelsetjenesten	5
3.3	Koordinator i kommunen	8
4	Koordinerende enhet – gjeldende rett	8
4.1	Generelt	8
4.2	Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten	9
4.3	Koordinerende enhet i kommunen	9
5	Forslag om endringer i reglene om koordinator	9
5.1	Endre begrepet ”koordinator” til ”kontaktperson”	9
5.2	Presisering i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	10
5.3	Fjerne kravet om at koordinator i spesialisthelsetjenesten som hovedregel bør være lege	10
6	Forslag om endring i ansvaret til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten ..	12
7	Administrative og økonomiske konsekvenser	12
8	Forslag til lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.	13
9	Forslag til endring i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	14

1 Høringsnotatets hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i dette høringsnotatet endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget gjelder oppnevning av kontaktperson for pasienter og brukere med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Departementet foreslår at hovedregelen i spesialisthelsetjenesteloven om at koordinator bør være lege, fjernes. Dagens krav om at den som oppnevnes som kontaktperson i spesialisthelsetjenesten må være helsepersonell, videreføres. Departementet foreslår også at begrepet ”koordinator” i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven erstattes med ”kontaktperson”. I tillegg foreslås endringer i regulering av koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, slik at bestemmelsen om at koordinerende enhet skal ha ansvar for ”oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator” ikke videreføres. Det foreslås også en presisering i gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Presiseringen går ut på at kontaktpersonen skal være tilgjengelig for pasienten eller brukeren ved at vedkommende får oppgitt navn og telefonnummer og kan ta kontakt ved behov.

Bakgrunnen for forslagene framgår av *kapittel 2*. *Kapittel 3* gir en oversikt over gjeldende rett når det gjelder oppnevning av koordinator, og *kapittel 4* redegjør for gjeldende regler om koordinerende enhet. *Kapittel 5* gjelder forslag om endringer i reglene om koordinator. *Kapittel 6* gjelder forslag til endring av reglene om koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. *Kapittel 7* omhandler administrative og økonomiske konsekvenser. Lovforslaget er tatt inn i *kapittel 8*, mens forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er tatt inn i *kapittel 9*.

2 Bakgrunn – praktisering av reglene om koordinator i spesialisthelsetjenesten

Det blir fra flere hold vist til at reglene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a ikke blir fulgt i praksis. Flere mener at kravet om at koordinator som hovedregel bør være lege, innebærer en upraktisk løsning med en lite hensiktsmessig bruk av legens tid. Praktiske koordineringsoppgaver, for eksemplet i forbindelse med avtaler, prøvesvar og annen informasjonsoverføring, og løpende kontakt med pasienter og pårørende, kan i mange tilfeller mer hensiktsmessig utføres av annet helsepersonell.

Som oppfølging av innspill fra Kreftforeningen ble det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2012 stilt krav om at pasienter som henvises med mistanke om kreft, skulle få oppnevnt en egen kontaktperson. Det ble påpekt at det ofte vil være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten. I sitt innspill til oppdragsdokumentet var Kreftforeningen ikke opptatt av at denne funksjonen skulle knyttes til noen bestemt profesjon.

Ved brev av 04.2013 ba departementet de regionale helseforetakene redegjøre for status for arbeidet med å forbedre tilbudet til kreftpasienter på følgende områder:

- fast kontaktperson (navn, telefonnummer) for pasienter som henvises med mistanke om kreft
- bedre koordinerte pasientforløp med hensyn til avtaler, svar på prøver og annen informasjonsoverføring, også mellom sykehus og mot primærhelsetjenesten
- eventuelle tiltak for å begrense antall leger og annet helsepersonell involvert i utredning, behandling og oppfølging av den enkelte pasient.

Tilbakemeldingene fra spesialisthelsetjenesten viser at det er betydelig variasjon mellom helseforetakene når det gjelder ambisjonsnivå og hvor langt de har kommet i arbeidet med å etablere en koordinatorfunksjon og begrense antall involvert personell. Det er vist til at ordningene som er etablert, er ulike både når det gjelder hvilken yrkesgruppe som er involvert, hvordan yrkesgruppene samarbeider om koordineringsansvaret, hvordan koordinatorrollen blir definert og hvor omfattende ansvar som blir tillagt koordinator.

Blant de svarene departementet har mottatt, er det også vist til at hensiktsmessig organisering og tilrettelegging internt i helseforetakene er en viktig forutsetning for at koordinator kan ivareta bedre koordinerte pasientforløp. Flere sykehus har uttalt at en ordning med en fast koordinator som følger pasienten er vanskelig å gjennomføre av organisatoriske årsaker. Enkelte har vist til at det er utarbeidet retningslinjer/prosedyrer for funksjonen, men at disse ennå ikke er fullt ut implementert, og at det arbeides videre med dette.

Departementet oppfatter tilbakemeldingene slik at det ofte skilles mellom funksjoner som koordinator/kontaktperson skal ivareta og funksjoner som behandlende lege skal ivareta. Rollen som koordinator/kontaktperson ivaretas ofte av sykepleier, men også av merkantilt personell. Telemark sykehus HF har blant annet uttalt:

”Kreftkoordinatorerne er kontaktperson inn mot helseforetaket/sykehuset for pasienter og pårørende. Helsepersonell internt og i andre, samarbeidende helseforetak tar kontakt for spørsmål som er knyttet til pasientforløpet, som ventetider, planlegging og forløpstider. (...) I tillegg har den enkelte kreftpasient knyttet til seg en lege som har informasjonsplikt/-rett, ansvar for behandling og planlegging av det videre forløpet. (...)

Leger og helsepersonell tilknyttet poliklinikkene og avdelingene ved Sykehuset Telemark HF, har fortsatt hovedansvaret for å gi svar på prøver, organisere avtaler, sende henvisninger etc. Kreftkoordinatorerne kontaktes av både pasienter, pårørende og helsepersonell når det gjelder spørsmål om ventetid på timer, behandlinger, avtaler etc. Koordinatorerne jobber for å sikre pasientflyten innenfor eget helseforetak og inn mot andre helseforetak.”

Helse Bergen HF har vist til at de med bakgrunn i lovendring fra 1. januar 2012 har laget utkast til prosedyrer for oppnevning av koordinatører, og at koordinator skal sikre rask og god oppfølging av pasienter som trenger koordinerte tjenester. Videre er det uttalt:

”Av prosedyrene som er utarbeidet for oppnevning av koordinatører i Helse Bergen går det fram at koordinator er medarbeider i sykehuset som har fått tildelt rollen som koordinator for pasient som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Det heter nærmere:

- Oppnevning av koordinator må vurderes når det i forbindelse med institusjonsopphold er nødvendig med tjenester fra flere ulike profesjoner, enheter/avdelinger/seksjoner
- Den behandler som avdekker behovet, har ansvar for å melde fra til enhetsleder for oppnevning av koordinator
- For pasienter med flere innleggelser bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges til rette for at pasienten får den samme koordinator ved hvert opphold.”

Helse Førde HF har blant annet uttalt:

”Både koordinatorfunksjonen generelt og kreftkoordinatorordningen er med på å gi mer koordinerte pasientforløp med hensyn til avtaler, svar på prøver og annen informasjonsoverføring, også mellom sykehus og mot primærhelsetjenesten. Det er i foretaket økende fokus på logistikk og pasientkommunikasjon.”

Tilbakemeldingene fra helseforetakene tyder også på at de koordinatorfunksjonene som er opprettet, oftest er underlagt den enkelte behandlingsenhet og ikke knyttet til koordinerende enhet i helseforetaket.

3 Oppnevning av koordinator – gjeldende rett

3.1 Generelt

Både spesialisthelsetjenesten og kommunen har plikt til å oppnevne koordinator. Dette ble lovpålagt fra 1. januar 2012, samtidig som ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft. Plikten er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Disse bestemmelsene viderefører ordning som var regulert i tidligere forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Denne forskriften ble med virkning fra 1. januar 2012 opphevet og erstattet av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. I gjeldende forskrift § 19 bokstav c er det presisert at den individuelle planen skal angi hvem som er koordinator. Det er også presisert at plikten til å tilby koordinator gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan, jf. §§ 21 og 22.

3.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Ordningen med koordinator etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a erstattet tidligere ordning med pasientansvarlig lege. Det ble i forarbeidene til den nye bestemmelsen lagt til

grunn at ordningen med pasientansvarlig lege ikke var treffsikker når det gjelder behovet for samhandling, og at en ny ordning i større grad burde målrettes mot de pasientgruppene som trenger dette mest, jf. Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Den nye ordningen ble derfor avgrenset til å gjelde for ”*pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her*”. Av merknadene til lovbestemmelsen i Prop. 91 L (2010-2011) framgår det:

”Pasienter kan ha behov for flere ulike deltjenester i sitt forløp. Dette kan dreie seg om komplekse tjenester hvor det er behov for tjenester fra flere behandlingsenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingsenhet og fra flere profesjoner. Et eksempel er kreftpasienter som vil ha behov for tjenester fra avdelinger som har ansvar for utredning og diagnostikk, fra kirurgisk avdeling, fra kreftavdeling og poliklinikker og fra flere profesjoner som leger, kreftsykepleiere, fysioterapeuter osv.”

Ansvar til koordinator er å ivareta pasientenes behov for kontinuerlige og helhetlige behandlingsforløp. Det framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første ledd at koordinator skal ”*sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient*”. Videre framgår det at koordinator skal ”*sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold*”. Dette innebærer at koordinators ansvar gjelder både ved polikliniske forundersøkelser, under selve behandlingsoppholdet og ved oppfølging og etterbehandling. Begrepet ”sikre” må i denne sammenhengen forstås slik at ansvaret innebærer at koordinator skal bidra til å sikre samordning.

Det er også presisert at koordinator skal sikre samordning ”*overfor andre tjenesteytere*”. I Prop. 91 L (2010-2011) er dette kommentert slik:

”Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i pasientforløpet tilsier det, skal koordinator også følge opp i forhold til personell utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten. Dette kan gjelde i forhold til fastlege, koordinator i kommunehelsetjenesten, hjemmesykepleie og spesialist i et annet helseforetak.”

Koordinator skal ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første ledd også ”*sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan*”. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av helseforetaket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, som pålegger helseforetaket plikt til å utarbeide individuell plan. Begrepet ”sikre” må også i denne sammenhengen forstås slik at ansvaret innebærer at koordinator skal bidra til å sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinators ansvar er et ”sørge-for-ansvar”. Dette innebærer at koordinator ikke må utføre alle oppgavene selv, men at vedkommende har et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av pasienten, sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Som påpekt i Prop. 91 L (2010-2011) må det ”etableres systemer som legger til rette for hensiktsmessige løsninger mellom samarbeidende personell og merkantile støttefunksjoner”. Det framgår også at ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle.

Departementet presiserte i Prop. 91 L (2010-2011) at det svært ofte vil være hensiktsmessig at koordinator også har rollen som informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10 og uttalte:

”Kombinasjonen av rollen som koordinator og informasjonsansvarlig vil gi koordinator et mer helhetlig ansvar overfor pasienten og minske faren for ansvarspulverisering, mange kontaktpunkter og uklare ansvarsforhold. Dette anses som særlig viktig både for pasienten på individnivå og i et samhandlingsperspektiv. Samme vurdering bør foretas i forhold til hvem som skal ha overordnet ansvar for pasientens journal etter helsepersonelloven § 39 andre ledd.”

I høringsnotat som ble sendt ut i oktober 2010, foreslo departementet en profesjonsnøytral ordning. Etter en vurdering av høringsuttalelsene ble det i proposisjonen foreslått en presisering i § 2-5 a andre ledd av at koordinator som hovedregel bør være lege. Forslaget ble vedtatt slik: *”Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.”*

I Prop. 91 L (2010-2011) framgår det:

”I høringsnotatet har departementet blant annet vist til uttalelse fra Helse- og omsorgskomiteen om at rollen som koordinator kan fylles av flere faggrupper, og flere høringsinstanser uttaler det samme. Det er likevel slik at det for mange av de pasientgruppene som spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a vil omfatte, vil være mest naturlig at koordinator er lege. Etablering av et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenestetilbud, som omfatter oppfølging fra flere ulike tjenesteytere, vil oftest kreve medisinskfaglig kompetanse. Det foreslås derfor en hovedregel om at koordinator bør være lege. Denne legen vil være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. Å være medisinskfaglig kontakt innebærer at koordinator skal være det faste kontaktpunktet for pasienten i forhold som gjelder medisin og behandling.

For enkelte pasientgrupper vurderer departementet at det likevel unntaksvis kan være hensiktsmessig å bruke andre grupper helsepersonell enn lege som koordinator. Hvilke kvalifikasjoner koordinator skal ha, vil blant annet avhenge av hvilken sykdom pasienten har og hvor pasienten befinner seg i pasientforløpet. Fysioterapeuter kan for eksempel være mest egnet til å koordinere enkelte rehabiliteringsforløp, mens sykepleiere kan være egnet til å koordinere behandlingen for stomipasienter, ved enkelte typer palliativ behandling, for dialysepasienter mv. Det foreslås derfor at også at andre typer helsepersonell, som for eksempel ernæringsfysiologer, sykepleiere, psykologer eller fysioterapeuter, kan være koordinator når dette anses hensiktsmessig og forvarlig. Når det oppnevnes koordinator som ikke er lege, er det helt vesentlig at koordinatoransvaret utøves i nært samarbeid med behandlingsansvarlig lege.”

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a tredje ledd kan departementet i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinator skal ha. I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er ansvaret til koordinator i spesialisthelsetjenesten presisert i § 21, mens ansvaret for koordinator i kommunen framgår av § 22. Ansvaret er i forskriften angitt på samme måte som i spesialisthelsetjenesteloven og i helse- og omsorgstjenesteloven.

3.3 Koordinator i kommunen

Plikten for kommunen til å tilby koordinator er i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 avgrenset til å gjelde for ”*pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester*” etter helse- og omsorgstjenesteloven. I Prop. 91 L (2010-2011) framgår det:

”Det vil være en rekke pasienter som bare er innom helse- og omsorgstjenesten på grunn av enkeltstående lidelser mv. Å innføre en plikt til å oppnevne en egen koordinator for alle som har kontakt med helse- og omsorgstjenesten, vil etter departementets syn føre til en unødvendig byråkratisering og en uheldig vridning av ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten.”

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 første ledd skal koordinator ”*sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.*” I likhet med det som gjelder for spesialisthelsetjenesten, er koordinators ansvar et ”sørge-for-ansvar”. Dette innebærer at koordinator ikke må utføre alle oppgavene selv, men at vedkommende har et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging og samordning. Ledelsen av virksomheten må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 ansvaret for å utarbeide individuell plan.

I Prop. 91 L (2010-2011) framgår det at koordinator i kommunen har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og at det ved behov bør etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene.

Mange høringsinstanser var bekymret for om kravene til kvalitet og kompetanse var tilstrekkelig ivare tatt i forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov. Departementet viste i Prop. 91 L (2010-2011) til at muligheten for lokalt tilpassede løsninger tilsier at kommunene bør ha en viss frihet til å vurdere hvem som er best egnet til å ha koordinatorrollen for den enkelte pasient eller bruker. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 andre ledd kan Kongen i statsråd i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinator skal ha. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator angir ansvaret for koordinator i kommunen på samme måte som helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 første ledd. Det er ikke gitt bestemmelser om hvilken kompetanse koordinator i kommunen skal ha, verken i helse- og omsorgstjenesteloven eller i forskrift.

4 Koordinerende enhet – gjeldende rett

4.1 Generelt

Både helseforetakene og kommunene har plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Dette ble lovpålagt fra 1. januar 2012, samtidig som helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft. Ordningen for spesialisthelsetjenesten er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b, mens helse- og

omsorgstjenesteloven § 7-3 regulerer ordningen for kommunen. Disse bestemmelsene viderefører ordning som tidligere var regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering. Denne forskriften ble opphevet og erstattet av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator da helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft.

4.2 Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b første ledd skal helseforetaket ha en koordinerende enhet som ”skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen”. Det er også presisert i lovteksten at enheten ”skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen”. Videre er det presisert at enheten 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 nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator regulerer ansvaret for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i § 11. I tillegg til oppgavene som framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b første ledd, presiserer forskriften § 11 at enheten skal ”bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering”. Det er også gitt eksempler på hva overordnet ansvar for individuell plan innebærer.

4.3 Koordinerende enhet i kommunen

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 første ledd skal kommunen ha en ”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 framgår det at departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 regulerer ansvar for koordinerende enhet i kommunen i. Her er det i likhet med det som gjelder for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten, presisert at enheten ”skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering” og gitt eksempler på hva overordnet ansvar for individuell plan innebærer.

5 Forslag om endringer i reglene om koordinator

5.1 Endre begrepet ”koordinator” til ”kontaktperson”

Etter departementets vurdering er det grunn til å opprettholde plikt for spesialisthelsetjenesten til å oppnevne en person med hovedansvar for å følge opp enkeltpasienter og samordne deres tjenestetilbud. Gjeldende avgrensning av målgruppen

for ordningen bør videreføres, slik at ordningen fortsatt skal gjelde for ”pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester” etter spesialisthelsetjenesteloven. Departementet har ikke mottatt innspill om at denne avgrensningen ikke fungerer i praksis.

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, jf. punkt 3.2 og 3.3.

5.2 Presisering i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Etter departementets vurdering er det viktig at kontaktpersonen er tilgjengelig for pasient og bruker ved at disse får oppgitt navn og telefonnummer og kan ta kontakt ved behov for informasjon og oppfølging knyttet til behandlingsforløp. Departementet foreslår en presisering av dette i gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, jf. høringsnotatet kapittel 9, der forslag til endring av forskriften §§ 21 og 22 er tatt inn.

Hvis det blir vedtatt slike lovendringer som foreslås i dette høringsnotatet, må forskriften tilpasses lovendringene. Forslag til tekniske forskriftsendringer vil ikke bli sendt på høring, men hvis det skal foreslås forskriftsendringer som ikke kan anses som tekniske tilpasninger, vil forslag til endringer bli sendt på alminnelig høring.

5.3 Fjerne kravet om at koordinator i spesialisthelsetjenesten som hovedregel bør være lege

Det framgår i punkt 3.2 at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a stiller krav om at koordinatoren som hovedregel bør være lege. Samtidig er det presisert at annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig. Tilsvarende bestemmelser gjelder ikke for koordinator i kommunen. I Prop. 91 L (2010-2011) er det tvert imot vist til at muligheten for lokalt tilpassede løsninger tilsier at kommunene bør ha en viss frihet til å vurdere hvem som er best egnet til å ha koordinatorrollen for den enkelte pasient eller bruker.

Bakgrunnen for at disse bestemmelsene ble tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven, var særlig innvendinger mot forslag om profesjonsnøytral ordning i høringsnotatet som ble

sendt ut i oktober 2010. Legeforeningen ønsket ikke innføring av en profesjonsnøytral pasientansvarlig koordinator, og landets pasient- og brukerombud bemerket at en pasientansvarlig lege var en funksjon som pasientene selv etterlyser, og som i enkeltsaker hadde vist seg verdifull, både for pasient og helseforetak. Forslaget i høringsnotatet fikk imidlertid også støtte, blant annet fra flere instanser i spesialisthelsetjenesten.

Det vises til kapittel 2, der det er redegjort for praktiseringen av reglene om koordinator i spesialisthelsetjenesten. Redegjørelsen viser at de ordningene som er etablert, er ulike, både når det gjelder hvilken yrkesgruppe som er involvert og hvordan yrkesgruppene samarbeider om koordineringsansvaret. Videre framgår det at det ofte skilles mellom funksjoner som behandlende lege skal ivareta, og funksjoner som koordinator/kontaktperson skal ivareta. Tilbakemeldingene fra spesialisthelsetjenesten gjelder i hovedsak ordninger som er etablert for kreftpasienter, men det er også redegjort for ordninger etablert for andre pasienter.

Etter departementets vurdering bør det enkelte helseforetak selv avgjøre hvem som skal oppnevnes som kontaktperson og hvilken kompetanse vedkommende bør ha.. Departementet finner imidlertid grunn til å videreføre dagens krav om at den som oppnevnes, må være helsepersonell. Dersom sykehuset i det konkrete tilfellet mener at et lege bør oppnevnes, står sykehuset fritt til å oppnevne en lege.

Kontaktpersonen kan ofte fungere som et bindeledd mellom pasienten og behandlere, men det kan fortsatt velges en ordning der behandlende lege eller annet behandlende helsepersonell skal være kontaktperson. Det vil uansett være viktig å sørge for gode systemer for intern kommunikasjon som gir oversikt over pasientens henvendelser og hvilken informasjon som er gitt.

Hvis det ved mottak av henvisninger er åpenbart at vilkårene for plikten til å oppnevne kontaktperson er oppfylt, bør kontaktperson oppnevnes så tidlig som mulig.

De tilbakemeldingene spesialisthelsetjenesten har gitt, viser at det varierer hvilke funksjoner som i dag blir tillagt koordinator i spesialisthelsetjenesten, jf. kapittel 2. Departementet finner ikke grunn til å regulere i detalj hvilke funksjoner kontaktpersonen skal ha. Kontaktpersonen skal fortsatt ha det ansvaret som framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, jf. punkt 5.1. Det enkelte helseforetaket bør avklare nærmere ved interne retningslinjer/prosedyrer hvilke konkrete oppgaver kontaktpersonen skal ivareta. Departementet vil understreke at kontaktpersonen skal fungere som fast kontaktperson for den enkelte pasient og ikke primært som logistikkforbedrer for de enkelte virksomhetene.

Tilbakemeldingene viser at hensiktsmessig organisering og tilrettelegging internt i helseforetaket er en avgjørende forutsetning for at kontaktpersonen kan ivareta det ansvaret som framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Departementet legger til grunn at spesialisthelsetjenesten vil arbeide videre med å tilrettelegge for bedre koordinerte pasientforløp, både internt i det enkelte helseforetaket, mellom helseforetakene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

6 Endre lovpålagt ansvar til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

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.

7 Administrative og økonomiske konsekvenser

Departementet legger til grunn at forslaget om å erstatte begrepet ”koordinator” med kontaktperson ikke vil ha administrative eller økonomiske konsekvenser. Som det framgår i punkt 5.1, foreslås det ikke endringer i det ansvaret som i dag er pålagt koordinator.

Forslaget om å fjerne hovedregelen om at koordinator bør være lege, vil stille helseforetakene friere enn i dag til å avgjøre hvem som skal oppnevnes som kontaktperson og hvilken kompetanse vedkommende skal ha. Dette vil etter departementets vurdering gjøre det enklere for helseforetakene å oppfylle plikten til å oppnevne kontaktperson, slik at kravet kan innfris raskere. Det legges til grunn at forslaget ikke vil føre til merarbeid eller ha økonomiske konsekvenser.

Forslaget om å endre ansvaret til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten, slik at disse enhetene ikke skal ha lovpålagt ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av kontaktperson, vil formelt sett innebære en innskrenkning i ansvarsområdet. Tilbakemeldinger fra helseforetakene tyder imidlertid på at koordinatorfunksjoner som er opprettet, oftest er underlagt den enkelte behandlingseenhet og ikke er knyttet til koordinerende enhet i helseforetaket. Etter departementets vurdering innebærer forslaget en mer hensiktsmessig ordning, der helseforetaket selv må bestemme hvem/hvilken enhet i helseforetaket som skal ha ansvar for å gjennomføre disse oppgavene. Departementet antar at forslaget kan gjøre det noe enklere å oppfylle plikten til å oppnevne kontaktperson og legger til grunn at det totalt sett ikke vil ha administrative eller økonomiske konsekvenser.

Forslaget om å presisere i forskrift at kontaktpersonen skal være tilgjengelig for pasienten eller brukeren ved at vedkommende får oppgitt navn og telefonnummer og kan ta kontakt ved behov, vil i praksis muligens føre til noe merarbeid for kontaktpersonen. Det foreslås imidlertid ingen endringer i det ansvaret koordinator i dag er pålagt. Departementet legger til grunn at forslaget ikke vil ha økonomiske konsekvenser, heller ikke administrative konsekvenser av betydning.

8 Forslag til lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.

I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) gjøres følgende endringer:

§ 2-5 a skal lyde:

§ 2-5 a *Kontaktperson*

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes *kontaktperson*. *Kontaktpersonen skal være koordinator og sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.*

Kontaktpersonen skal være helsepersonell.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver *kontaktpersonen* skal ha.

§ 2-5 b første ledd skal lyde:

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell *plan*, *jf. §2-5.*

II

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) gjøres følgende endringer:

Overskriften til kapittel 7 skal lyde:

Individuell plan, kontaktperson og koordinerende enhet

§ 7-2 skal lyde:

§ 7-2 *Kontaktperson*

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunene tilby *kontaktperson*. *Kontaktpersonen* skal være *koordinator* og sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av *tjenestetilbudet* og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver *kontaktpersonen* skal ha.

§ 7-3 første ledd skal lyde:

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av *kontaktperson* etter §§ 7-1 og 7-2.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.

9 Forslag til endring i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

I forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gjøres følgende endringer:

§ 21 skal lyde:

Kontaktperson i kommunen

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby *kontaktperson*, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Kontaktpersonen skal være *koordinator* og sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. *Kontaktpersonen* skal også sikre samordning av *tjenestetilbudet* og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kontaktpersonen skal være tilgjengelig for pasienten eller brukeren ved at vedkommende får oppgitt navn og telefonnummer og kan ta kontakt ved behov.

§ 22 skal lyde:

Kontaktperson i spesialisthelsetjenesten

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys *kontaktperson*, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Kontaktpersonen skal være koordinator og sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient. Kontaktpersonen skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kontaktpersonen skal være tilgjengelig for pasienten ved at pasienten får oppgitt navn og telefonnummer og kan ta kontakt ved behov.