

Høyringsnotat

- kontaktlege i spesialisthelsetjenesten
 - søksmålsfrister

(Endringer i spesialisthelsetenestelova, pasient- og brukarrettslova mv.)

Høyringsfrist 24. januar 2015

Del I Innleiing

1	Hovudinnhaldet i høyringsnotatet	4
---	--	---

Del II Kontaktlege i spesialisthelsetenesta

2	Bakgrunn for forslaget om kontaktlege i spesialisthelsetenesta	6
2.1	Høyringsnotat om oppnemning av kontaktperson sendt ut 28.06.2013.....	6
2.2	Politisk plattform	6
3	Gjeldande rett	7
3.1	Koordinator i spesialisthelsetenesta	7
3.2	Koordinator i kommunen	8
3.3	Fastlegeordninga i kommunen	8
3.4	Individuell plan	9
4	Rettstilstanden i andre nordiske land	9
4.1	Sverige	9
4.2	Danmark.....	10
5	Departementet sine vurderingar og forslag	11
5.1	Innleiing	11
5.2	Rett til å få oppnemnt og plikt til å oppnemne kontaktlege	12
5.3	Utpeiking av kontaktlege	13
5.4	Ansvar og oppgåver for kontaktlegen	14
5.5	Behandlingsplan.....	16
5.6	Retten til å klage	17
6	Administrative og økonomiske konsekvensar	18

Del III Søksmålsfrist for vedtak gjorde av tre nemnder

7	Bakgrunn for forslag om søksmålsfrist	21
8	Gjeldande rett	21
9	Departementet sine vurderingar og forslag	22
10	Administrative og økonomiske konsekvensar	24

Del IV Forslag til lov- og forskriftsendringar

11	Forslag til lov om endringar i spesialisthelsetenestelova	26
12	Forslag til endring i forskrift om pasientjournal	28

Del I
Innleiing

1 Hovudinnhaldet i høyringsnotatet

Dette høyringsnotatet inneheld forslag til lovendingar i to saker som er heilt uavhengige av kvarandre. Det eine forslaget gjeld kontaktlege i spesialisthelsetenesta, og det andre dreiar seg om innføring av søksmålsfristar for vedtak gjorde av Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd.

Kontaktlege

Etter departementet si vurdering bør det innførast ei ordning i spesialisthelsetenesta slik at pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning får ein kontaktlege som kan vere med på å sikre kontinuiteten i pasientforløpet. Kontaktlegen bør ha tre primær oppgåver: vere tilgjengeleg for pasienten, gi informasjon til pasienten og ha ei rolle i behandlingsteamet rundt pasienten.

På denne bakgrunnen foreslår Helse- og omsorgsdepartementet nye reglar i spesialisthelsetenestelova og pasient- og brukarrettslova om oppnemning av kontaktlege i spesialisthelsetenesta. Departementet foreslår 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 blir foreslått avgrensa til å gjelde for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning, som har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta i ein viss tidsperiode («av en viss varighet»).

Bakgrunnen for dette forslaget går fram av *kapittel 2* i dette høyringsnotatet. *Kapittel 3* gir ei oversikt over gjeldande reglar om koordinator i spesialisthelsetenesta og i kommunane, og om fastlegeordninga i kommunane. Det er òg gitt ei oversikt over reglane om individuell plan. *Kapittel 4* handlar om rettstilstanden i Sverige og Danmark. *Kapittel 5* gjer greie for departementet sine vurderingar og forslag, mellom anna avgrensing av ordninga, utpeiking av kontaktlege, kva oppgåver og ansvar kontaktlegen skal ha, og om retten til å klage. *Kapittel 6* gjeld administrative og økonomiske konsekvensar.

Innføring av søksmålsfristar

Høyringsnotatet inneheld òg forslag om søksmålsfrist for vedtak gjorde av Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd. Bakgrunnen for dette forslaget går fram av *kapittel 7*. *Kapittel 8* inneheld ei oversikt over gjeldande rett, og *kapittel 9* gjer greie for departementet sine vurderingar og forslag. *Kapittel 10* gjeld administrative og økonomiske konsekvensar av dette forslaget.

Forslag til endringar i spesialisthelsetenestelova, pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova og bioteknologilova er tekne inn i *kapittel 11*. Forslag til endring av forskrift om pasientjournal er teke inn i *kapittel 12*.

Del II
Kontaktlege i spesialisthelsetenesta

2 Bakgrunn for forslaget om kontaktlege i spesialisthelsetenesta

2.1 Høyringsnotat om oppnemning av kontaktperson sendt ut 28.06.2013

Forslaga i dette høyringsnotatet om kontaktlege har samanheng med forslaga i eit høyringsnotat sendt ut 28.06.2013, og tidlegare ordning med pasientansvarleg lege. Høyringsnotatet frå juni 2013 gjaldt enkelte endringar i den ordninga som gjeld i dag, med plikt til å oppnemne koordinator, mellom anna forslag om å fjerne hovudregelen om at koordinatoren bør vere lege. Dette forslaget fekk tilslutning frå eit klart fleirtal av høyringsinstansane. 35 av dei 43 instansane som uttalte seg om dette, støtta forslaget. Departementet tek sikte på å følgje opp dette forslaget, saman med forslaget i dette høyringsnotatet, i ein felles lovproposisjon for Stortinget. Forslaget i høyringsnotatet frå 2013 er såleis ikkje tema for denne høyringa.

2.2 Politisk plattform

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 heilskaplege 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.

3 Gjeldande rett

3.1 Koordinator i spesialisthelsetenesta

Gjeldande reglar 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 tenester etter loven her», jf. spesialisthelsetenestelova § 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 brukarrettslova.

Ansvar til koordinatoren er å følgje opp pasienten sitt behov for eit kontinuerleg og heilskapleg behandlingsforløp. Det går fram av spesialisthelsetenestelova § 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 tenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold». Dette inneber at koordinatoren sitt ansvar gjeld både ved polikliniske forundersøkingar, under sjølv behandlingssopphaldet og ved oppfølging og etterbehandling. Omgrepet «sikre» må ein forstå slik at koordinatoren skal bidra til å sikre samordning.

Det er òg presisert i spesialisthelsetenestelova § 2-5 a første ledd at koordinatoren skal «sikre samordning overfor andre tenesteytere». 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 helseforetak.

Koordinatoren skal òg «sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan». Ansvar for å utarbeide ein individuell plan skal vere forankra hos leiinga av helseforetaket, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-5, som pålegg helseforetaket 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 «sørgje-for-ansvar». 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 spesialisthelsetenestelova § 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. Som nemnt tek departementet sikte på å følgje opp dette forslaget, saman med forslag i høyringsnotatet her, i ein felles lovproposisjon for Stortinget.

3.2 Koordinator i kommunen

Plikta for kommunane til å tilby koordinator er i lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) § 7-2 avgrensa til å gjelde for «pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tenester» etter denne lova.

Koordinatoren skal «sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift 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.

3.3 Fastlegeordninga i kommunen

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-2 første ledd nr. 4 har kommunane ansvar for å tilby fastlegeordning. Kommunen 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 brukarrettslova § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukarrettar i fastlegeordninga § 2.

I forskrift om fastlegeordning i kommunane (fastlegeforskrifta) er det presisert at kommunen skal leggje til rette for samarbeid mellom fastlegane og spesialisthelsetenesta, jf. § 8 tredje ledd. Listansvaret 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. fastlegeforskrifta § 10 første ledd.

Fastlegen skal òg ha ei medisinskfagleg koordineringsrolle og skal samarbeide med andre relevante tenesteytarar om eigne listeinnbyggjarar, jf. fastlegeforskrifta § 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. fastlegeforskrifta § 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.

3.4 Individuell plan

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

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 spesialisthelsetenestelova § 2-5 er plikta til å utarbeide individuell plan pålagd helseføretaket, og i psykisk helsevernlova § 4-1 er plikta pålagd den enkelte institusjonen. Begge føresegnene presiserer at ein skal samarbeide med andre tenesteytarar om planen for å kunne gi eit heilskapleg tilbod for pasienten. Kommunen skal sørge for at arbeidet med planen blir sett i gang og koordinert dersom pasienten har behov for tenester både etter spesialisthelsetenestelova/psykisk helsevernlova og helse- og omsorgstenestelova. 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.

Spesialisthelsetenestelova § 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 koordinatorar.

Helsepersonellova § 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 brukarrettslova. Helsepersonell skal òg snarast råd gi melding til den koordinerande eininga om behovet pasientar og brukarar har for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonellova § 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.

4 Rettstilstanden i andre nordiske land

4.1 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.»

Regjeringa i Sverige har nyleg foreslått ein ny «patientlag». Her er det foreslått ei eiga føresegn om «fast vårdkontakt», som skal tre i kraft 1. januar 2015:

«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».

4.2 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. Slike reglar er så langt ikkje gitt.

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, men slike reglar er så langt ikkje gitt. «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 har 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 patienter med kroniske og livstruende sygdomme fx kræft – 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.»

5 Departementet sine vurderingar og forslag

5.1 Innleiing

Etter departementet si vurdering bør det innførast ei ordning i spesialisthelsetenesta som gjer at pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding får ein kontaktlege som kan vere med på å sikre kontinuiteten i pasientforløpet. Kontaktlegen bør ha tre primær oppgåver: vere tilgjengeleg for pasienten, gi informasjon til pasienten og ha ei rolle i behandlingsteamet rundt pasienten.

Forslaget vil gjelde når pasienten blir lagd inn ved institusjonar i spesialisthelsetenesta, ved polikliniske tenester før og etter innlegging, og ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling i spesialisthelsetenesta.

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

Departementet foreslår at ordninga med kontaktlege skal gjelde for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning. Vidare er det ein føresetnad at pasienten har behov for behandling eller oppfølging frå spesialisthelsetenesta over ein viss tidsperiode. Forslaget inneber både ei plikt for spesialisthelsetenesta til å oppnemne kontaktlege og ein rett for den aktuelle pasientgruppa. Vilkåra for når retten til kontaktlege skal gjelde, og når plikta til å oppnemne kontaktlege skal gjelde, skal etter forslaget vere dei same, jf. forslag til ny § 2-5 c første ledd i spesialisthelsetenestelova og ny § 2-6 a første ledd i pasient- og brukarrettslova.

Dei vilkåra som er foreslått, skil seg frå vilkåra som i dag gjeld for plikt til å oppnemne koordinator, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-5 a. Vilkåra for plikt til å oppnemne koordinator er at pasienten har behov for «komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester» etter spesialisthelsetenestelova. Det er i § 2-5 ikkje stilt krav om at tilstanden til pasienten må vere alvorleg. For mange av dei som etter forslaget skal ha rett til kontaktlege, vil spesialisthelsetenesta òg ha plikt til å oppnemne koordinator, men plikta til å oppnemne koordinator vil ikkje gjelde for alle som er omfatta av forslaget.

Spørsmålet om tilstanden er *alvorleg*, bør som utgangspunkt avgjerast ut frå ei objektiv fagleg vurdering. Ein må gjere ei heilskapsvurdering i kvart enkelt tilfelle, og 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 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. I vurderinga av spørsmålet om tilstanden er alvorleg, må det uansett 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. Det bør leggjast vekt både på fysiske og psykiske følgjer av sjukdommen, skaden eller lidinga. Vidare må det leggjast vekt på om pasienten i tillegg har ein annan sjukdom, skade eller lidning. Etter ei totalvurdering kan det føre til at pasienten sin tilstand må reknast som alvorleg.

Barn som er sjuke, er i ein særleg sårbar situasjon. Pasient- og brukarrettslova kapittel 6 har derfor reglar som gir barn særlege rettar. For barn er eit godt forhold til ein kontaktlege ekstra viktig. Både omsynet til barnet og foreldra tilseier at terskelen for å oppnemne kontaktlege til barn som er i kontakt med spesialisthelsetenesta, bør vere låg. Ein kontaktlege 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.

Kravet om behov for behandling «*av en viss varighet*» bør etter departementet si vurdering som hovudregel omfatte tilfelle der det er behov for behandling over eit tidsrom på meir enn 3–4 dagar. Krav om behov for oppfølging over ei viss tid bør forståast slik at det som hovudregel omfattar tilfelle der det er behov for meir enn ein enkelt avtale om oppfølging, til dømes meir enn éin oppfølgjande poliklinisk konsultasjon. Det kan likevel vere vanskeleg å setje klare grenser for alle tilfelle. Den gjennomsnittlege liggjetida på sjukehusa er no kort (4 dagar i somatikken), noko som indikerer at mykje skjer på kort tid, og at få dagars innlegging (3–4 dagar) ofte fører til behov for kontaktlege. Spesialisthelsetenesta må vurdere kor lenge pasienten har behov for å vere innlagd på sjukehuset og behov for oppfølging frå spesialisthelsetenesta etterpå.

Kortvarig behandling der det ikkje er behov for individuell oppfølging i spesialisthelsetenesta, vil etter forslaget falle utanfor ordninga. Dette kan til dømes gjelde pasientar som får behandling for ukomplisert akutt hjarteinfarkt, som etter ei innlegging på tre–fire dagar blir følgt opp gjennom ein «hjarteskule». Anna behandling som vil falle utanfor, er ukompliserte ortopediske inngrep, til dømes hofteoperasjonar av elles friske pasientar. Blindtarm- og brokkoperasjonar, behandling av brotskadar og sterilisering er andre døme på behandling som i utgangspunktet vil falle utanfor forslaget. Det same gjeld behandling av infeksjonar med ukomplisert forløp og lettare lungebetennelse.

Kreftpasientar vil som hovudregel kome inn under ordninga. Unntak kan gjelde for kreftformer med god prognose som blir raskt ferdigbehandla, utan behov for oppfølging i spesialisthelsetenesta, til dømes enkelte former for hudkreft.

5.3 Utpeiking av kontaktlege

Når det er avklart om ein pasient har rett til kontaktlege, bør pasienten straks gjerast kjend med dette. Departementet foreslår at det blir sett som vilkår at den som blir peikt ut til kontaktlege, må vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten, jf. forslag til ny § 2-5 c første ledd andre punktum i spesialisthelsetenestelova. 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.

Departementet foreslår 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 for pasienten, jf. ny § 2-5 c andre ledd første punktum i spesialisthelsetenestelova. Pasienten skal så snart som råd få vite kven som er hans eller hennar kontaktlege. I tillegg foreslår departementet at pasienten samtidig skal få orientering om dei oppgåvene og det ansvaret kontaktlegen har, jf. ny § 2-5 c andre ledd andre punktum. I tilfelle der barn er pasientar, må ein melde frå til foreldra /dei føresette.

I dei tilfella då det òg skal oppnemnast ein koordinator, bør koordinatoren, så langt det er mogleg, oppnemnast samtidig med kontaktlegen. Pasienten bør få informasjon om begge desse oppnemningane så tidleg som råd i pasientforløpet.

Etter departementet si vurdering bør kontaktlegen vere den same under heile opphaldet, dersom det er formålstenleg. I somme tilfelle kan det likevel vere praktisk vanskeleg å få dette til, til dømes ved permisjonar og ferie- og sjukefråvær. I andre tilfelle kan faglege grunnar eller omsynet til pasienten tilseie at ein annan kontaktlege bør oppnemnast. Dersom ein pasient ønskjer å byte kontaktlege, må dette vurderast nærmare av leiaren for avdelinga/eininga, ut frå omsynet til pasienten og ut frå ressurs- og kompetansetilgangen. Etter forslaget har pasienten likevel ingen rett til å velje kven som skal vere kontaktlege, heller ikkje ein rett til å byte kontaktlege. Etter departementet si vurdering vil innføring av rett til å velje og byte kontaktlege, i tillegg til rett til å få oppnemnt kontaktlege, skape unødvendig byråkrati, jf. og punkt 5.6 om retten til å klage.

Dersom pasienten blir lagd inn på nytt, eller ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling, bør hovudregelen vere at pasienten skal få den same kontaktlegen. Føresetnaden for at den same kontaktlegen skal peikast ut, må vere at dette er formålstenleg og praktisk mogleg.

Etter departementet si vurdering skal det alltid gå fram av pasientjournalen kven som er pasienten sin kontaktlege. Departementet foreslår at ei føresegn om dette blir teken inn i forskrift om pasientjournal (forskrift 21. desember 2000 nr. 1385) § 8 bokstav m første punktum, jf. kapittel 12.

For pasientar i det psykiske helsevernet reiser det seg spørsmål om det bør oppnemnast kontaktlege, eller om reguleringa her bør vere profesjonsnøytral. Det same spørsmålet gjeld rusmiddelavhengige som får tverrfagleg spesialisert behandling. Etter departementet si vurdering bør kontaktpersonen på desse områda ikkje nødvendigvis vere lege. Her kan det ofte vere naturleg at kontaktpersonen til dømes er psykolog, sjukepleiar eller sosionom som arbeider i spesialisthelsetenesta. Departementet foreslår derfor i ny § 2-5 c fjerde ledd i spesialisthelsetenestelova at ein psykolog eller anna helsepersonell kan peikast ut i staden for kontaktlege for tenester i det psykiske helsevernet og ved tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 a første ledd nr. 5.

5.4 Ansvar og oppgåver for kontaktlegen

Etter departementet si vurdering bør kontaktlegen vere den faste medisinskfaglege kontakten til pasienten. Ei presisering av dette er teken inn i forslaget til ny § 2-5 c tredje ledd første punktum i spesialisthelsetenestelova.

Det kan ikkje forventast 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. spesialisthelsetenestelova § 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.

For å sikre kontinuitet i pasientforløpet må helseføretaket vurdere om kontaktlegen òg bør peikast ut som informasjonsansvarleg etter helsepersonellova § 10 og journalansvarleg etter helsepersonellova § 39. Dette er foreslått presisert i § 2-5 c tredje ledd andre punktum. Etter helsepersonellova § 10 skal den som yter helse- og omsorgstenester, gi informasjon til den som har krav på det etter pasient- og brukarrettslova §§ 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.

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 helsepersonellova § 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.

Det er viktig at kontaktlegen samarbeider med koordinatoren dersom det også blir oppnemnt ein koordinator for pasienten. 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 spesialisthelsetenestelova § 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.

Kontaktlegen bør vere den i spesialisthelsetenesta som fastlegen eller den andre kommunale helse- og omsorgstenesta kan kontakte dersom det er behov for medisinskfagleg samarbeid og rettleiing, jf. spesialisthelsetenestelova § 6-3, som pålegg helsepersonell rettleiingsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Kontaktlegen bør og 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.

Ordninga med kontaktlege må gjennomførast innanfor praktiske og fornuftige rammer, mellom anna når det gjeld vaktordningar og avspasering. Reglane i arbeidsmiljølova må følgjast. 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.

Kor mange pasientar ein lege kan vere kontaktlege for, vil variere, avhengig av typen pasientgruppe. Det må leggjast til rette for at legen 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. spesialisthelsetenestelova § 2-2. Helseføretaket er òg ansvarleg for at rettane til pasientane blir sikra.

5.5 Behandlingsplan

Forskrift om pasientjournal (forskrift 21. desember 2000 nr. 1385) har i § 8 nærmare reglar om kva pasientjournalen skal innehalde. Av bokstav e går det fram at journalen skal innehalde relevante og nødvendige opplysningar om bakgrunnen for helsehjelpa, opplysningar om pasienten si sjukehistorie og opplysningar om pågåande behandling, i tillegg til ei beskriving av tilstanden til pasienten, mellom anna status ved innlegginga og

utskrivninga. Av § 8 bokstav f i forskrifta går det fram at pasientjournalen skal innehalde relevante og nødvendige opplysningar om:

«Foreløpig diagnose, observasjonar, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om vidare oppfølging.»

Etter departementet si vurdering er det viktig at det blir utarbeidd ein behandlingsplan for den enkelte pasienten. Behandlingsplanen treng ikkje vere stort meir enn ei kort nedteikning i journalen som blir utarbeidd etter mottakssamtalen ved innlegginga. Behandlingsplanen må reviderast ved behov. Helseføretaket har ansvar for at behandlingsplanen heile tida er oppdatert. Det er og viktig at utarbeiding av behandlingsplan blir sedd i samanheng med plikta til å oppnemne kontaktlege for pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller liding.

Etter helsepersonellova § 41 skal den som har krav på det etter pasient- og brukarrettslova § 5-1, ha rett til innsyn i journalen.

5.6 Retten til å klage

Forslaget om å lovfeste ein rett for enkelte pasientar til å få oppnemnt kontaktlege inneber at pasientane òg får rett til å klage til Fylkesmannen, jf. pasient- og brukarrettslova § 7-2 første ledd første punktum. Dersom helseføretaket, etter å ha vurdert om pasienten har rett til kontaktlege, kjem til at pasienten ikkje fyller vilkåra, kan pasienten klage på dette. Retten til å klage gjeld berre for helseføretaket si avgjerd om at pasienten ikkje har rett til kontaktlege, jf. punkt 5.2. Pasienten har ikkje rett til å velje kven som skal peikast ut til kontaktlege. Klageretten omfattar derfor ikkje eit ønske om å byte ut den tildelte kontaktlegen. Det er opp til den ansvarlege leiaren i den aktuelle avdelinga/eininga å avgjere kven som skal peikast ut, jf. punkt 5.3. Departementet legg likevel til grunn at pasienten kan klage dersom han eller ho meiner at den som er oppnemnt, ikkje er involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten.

Etter pasient- og brukarrettslova § 7-2 første ledd andre punktum skal klaga sendast til den som står for avgjerda. Det inneber at spesialisthelsetenesta/helsepersonellet får høve til å endre avgjerda si, slik at det ikkje blir nødvendig å sende klaga vidare til Fylkesmannen. Klagefristen er fire veker, jf. pasient- og brukarrettslova § 7-5.

Etter pasient- og brukarrettslova § 7-6 gjeld reglane i forvaltningslova om behandling av klager over enkeltvedtak så langt dei passar, med dei særlege reglane som er gitt i pasient- og brukarrettslova kapittel 7. Dersom ei avgjerd om at pasienten ikkje har rett til kontaktlege, blir halden oppe etter at pasienten har klaga, skal dokumenta i saka sendast Fylkesmannen så snart saka er tilrettelagd, jf. forvaltningslova § 33 fjerde ledd. Dersom spesialisthelsetenesta/helsepersonellet gir klageinstansen fråsegn som pasienten kan sjå utan hinder av reglane i forvaltningslova § 19 (innskrenka tilgang til visse opplysningar), skal kopi sendast til pasienten. Fylkesmannen skal sjå til at saka er så godt opplyst som

råd er før det blir gjort vedtak, og kan påleggje underinstansen (spesialisthelsetenesta) å gjennomføre nærmare undersøkingar m.m., jf. forvaltningslova § 33 femte ledd.

Fylkesmannen kan prøve alle sider av saka og kan òg ta omsyn til nye moment. Klageinstansen skal vurdere dei synspunkta klagaren kjem med, og kan òg ta opp forhold som ikkje er nemnde av pasienten, jf. forvaltningslova § 34 andre ledd. Fylkesmannen kan sjølv gjere vedtak i saka eller oppheve avgjerda og sende saka tilbake til spesialisthelsetenesta til heilt eller delvis ny behandling, jf. forvaltningslova § 34 fjerde ledd.

Etter helsepersonellova § 55 kan den som meiner at føresegner om plikter fastsette i eller med heimel i helsepersonellova «er brutt til ulempe for seg», be Fylkesmannen om ei vurdering av forholdet. Departementet legg til grunn at pasienten til dømes kan be Fylkesmannen vurdere om det forholdet at ein behandlingsplan ikkje er utarbeidd, inneber at kravet om forsvarleg behandling i helsepersonellova § 4, jf. § 16 ikkje er etterlevd. Pasienten kan eventuelt opptre ved ein representant.

6 Administrative og økonomiske konsekvensar

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 overgangsperiode 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.

Avgrensning av ordninga til å gjelde pasientar med alvorleg sjukdom, skade eller lidning, 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 brukarrettslova 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 oppfyljing av pasient- og brukarrettar. *Tilsynsmeldinga 2013*, som Statens helsetilsyn har gitt ut, viser at Fylkesmennene i fjor gjorde 3126 vedtak i saker som gjaldt klage over manglande oppfyljing 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 brukarrettslova § 2-6). I 2013 utgjorde slike klager 36 prosent (1137 av 3126 vedtak). Til samanlikning var det i 2013 berre 48 klager på manglande oppfyljing av rett til medverknad og informasjon og 260 klager på manglande oppfyljing 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 ikkje 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.

Del III

*Søksmålsfrist for vedtak gjorde av Klagenemnda
for behandling i utlandet,
Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens
helsepersonellnemnd*

7 Bakgrunn for forslag om søksmålsfrist

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, jf. pasient- og brukarrettslova § 2-1 b femte ledd og prioriteringsforskrifta (forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd) § 3. Vedtak i nemnda kan ikkje påklagast, men det er presisert i prioriteringsforskrifta § 13 at domstolane kan prøve om avgjerdene i nemnda er lovlege. Korkje pasient- og brukarrettslova eller prioriteringsforskrifta har reglar om søksmålsfrist for vedtak gjorde av denne nemnda.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda) avgjer søknader om preimplantasjonsdiagnostikk for å utelukke alvorleg arveleg sjukdom, jf. bioteknologilova (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 forskrifta om preimplantasjonsdiagnostikknemnda (forskrift 27. juni 2008 nr. 721) at domstolane kan prøve om avgjerdene i nemnda er lovlege. Korkje bioteknologilova 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 helsepersonellova og reaksjonar ved brot på føresegnene i lova mv. Korkje helsepersonellova 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.

8 Gjeldande rett

Klagenemnda er oppretta med heimel i pasient- og brukarrettslova § 7-2 andre ledd. Prioriteringsforskrifta kapittel II har nærmare reglar om kompetanse, samansetjing, saksbehandling osv. i denne nemnda. PGD-nemnda er oppretta med heimel i bioteknologilova § 2A-4. Samansetjing, saksbehandling m.m. er nærmare regulert i forskrift om preimplantasjonsdiagnostikknemnda. Helsepersonellnemnda er oppretta med heimel i helsepersonellova § 68. Helsepersonellova §§ 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 tvistelova (lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister). Tvistelova 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 regler om en adgang for forvaltningsorganet til å stille krav om at klageretten skal være 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 Departementet sine vurderingar og forslag

Vedtak gjorde av Klagenemnda og PGD-nemnda

Når det gjeld vedtak gjorde av Klagenemnda og PGD-nemnda, er det ønskjeleg å innføre søksmålsfristar for å avslutte fastsetjinga av pasientane sine rettar og staten sine plikter innan rimeleg tid. 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.

Vedtak gjorde av Helsepersonellnemnda

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.

Lengda på søksmålsfristen

Departementet viser til at det òg gjeld søksmålsfrist for vedtak i andre nemnder, mellom anna Pasientskadenemnda. Etter pasientskadelova (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. o

Departementet foreslår på bakgrunn av dette nye føresegner om søksmålsfrist. Det kan 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 (tvistelova). 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 forvaltningslova § 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 brukarrettslova § 2-1 b sjuande ledd og § 7-2 andre ledd, bioteknologilova § 2A-4 femte

ledd og helsepersonellova § 70. I tillegg viser ein til at søksmålsfristen som gjeld for vedtak gjorde av Pasientskadenemnda, er fastsett i lov, jf. pasientskadelova § 18.

Departementet sitt forslag til lovendringar om søksmålsfrist går fram av kapittel 11, jf. forslag til nytt tredje og fjerde ledd i pasient- og brukarrettslova § 7-2, nytt andre og fjerde ledd i helsepersonellova § 71 og ny § 2A-4 a i bioteknologilova. For saker som kan påklagast til Klagenemnda eller Helsepersonellnemnda, inneber forslaget at klageadgangen må vere utnytta før søksmål kan reisast. Fristen skal bli rekna frå det tidspunktet vedtaket har kome fram til vedkommande. Når det gjeld desse sakene, kan søksmål likevel i alle tilfelle reisast når det har gått 6 månader frå klage fyrste gongen blei satt fram, og klagaren ikkje kan verte klandra for at nemnda ikkje har truffe vedtak. Denne føresegna svarer til føresegna i forvaltningslova § 27 b andre punktum. PGD-nemnda avgjer søknader som fyrste instans, og vedtak frå denne nemnda kan ikkje påklagast, jf. kapittel 7.

10 Administrative og økonomiske konsekvensar

Etter departementet si vurdering vil ei innføring av frist for å bringe vedtak frå dei tre nemndene inn for domstolane innebere ein arbeidsmessig fordel for nemndene. Som regel vil det gå med meir tid til saksførebuing i nemndene knytt til domstolsbehandlinga 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 domstolsbehandlinga, 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 bakgrunnen 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.

Del IV
Forslag til lov- og forskriftsendringer

11 Forslag til lov om endringer i spesialisthelsetjenestelova

I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) blir det gjort følgjande endring:

Ny § 2-5 c skal lyde:

§ 2-5 c. *Kontaktlege*

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

Ansvarlig avdelingsleder eller enhetsleder skal peke ut hvem som skal være kontaktlege for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, senest ved 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 oppgaver kontaktlegen har.

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

For tjenester i det psykiske helsevernet kan annet helsepersonell 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 skal omfattes og hvilke oppgaver og ansvar kontaktlegen skal ha.

II

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

Ny § 2-6 a skal lyde:

§ 2-6 a. *Rett til kontaktlege*

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

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

Tittelen på kapittel 7 skal lyde:

Klage mv.

Overskrifta til § 7-2 skal lyde:

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 6 måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.

Når fristen 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 nytt andre ledd skal lyde:

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 6 måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.

§ 71 nytt fjerde ledd skal lyde:

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

Noverande andre og tredje ledd blir nytt tredje og femte ledd.

IV

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

Ny § 2A-4 a skal lyde:

§ 2A-4 a. *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.

12 Forslag til endring i forskrift om pasientjournal

I forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal blir det gjort følgende endring:

§ 8 bokstav m første punktum skal lyde:

Pasientens *kontaktlege*.