

Oslo 20.12.2010

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Brukerutvalget viser til invitasjon datert 3. november 2010 til å gi innspill til Helse Sør-Øst RHF sin høringsuttalelse om ny lov til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Brukerutvalget avgir herved sin uttalelse.

Brukerutvalget vil innledningsvis gi støtte til intensjoner og retningsvalg som ligger i å gi kommunene en mer omfattende rolle i helsetjenesten. Utvalget håper samhandlingsreformen vil bidra til å vitalisere kommunenes rolle innen helsetjenesten. Brukerutvalget støtter at kommunene på tilsvarende måte som de regionale helseforetakene får et helhetlig "sørge-for ansvar" slik departementet foreslår.

Brukerutvalget savner imidlertid et tydelig og overordnet fokus på brukernes behov for gode og likeverdige tjenester av høy kvalitet til rett tid som formål med reformen. Utvalget savner også et sterkere fokus på "den nye pasientrollen" og et gjennomgående pasient- og medvirkningsperspektiv i dokumentene.

Brukerutvalget støtter at kommunene får ansvar for helsehus eller distriktsmedisinske sentra. Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten må skje gradvis i samhandling mellom nivåene og tilpasses kompetanseoppbyggingen i kommunene. Tilbud må ikke legges ned før nye er etablert. Mange kommuner vil trenge lang tid på en slik omstilling. Brukerutvalget foreslår derfor at det i en overgangsperiode åpnes for at helsehus/DMS kan drives av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Brukerutvalget støtter forslaget om at kommunene får en lovmessig plikt til å ha tilbud om "øyeblikkelig hjelp" døgnopphold for pasienter som har behov for pleie- og omsorg, medisinsk tilsyn, men uten slik alvorlighetsgrad at pasienten må til spesialisert utredning/behandling i sykehus. Dette gjelder uavhengig av alder, diagnose og virksomhetsområde.

Brukerutvalget gir sin fulle støtte til at også kommunene får ansvar for bruker- og pårørendeopplæring, men utvalget mener formuleringen i lovutkastet om kommunens ansvar for "opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål" ikke er tilstrekkelig.

Brukerutvalget støtter ikke modeller for finansiering på grunnlag av "stykkpris" per pasient som legges inn eller ligger "for lenge" i sykehus. Utvalget mener transaksjonskostnadene ved dette blir for store, og et opplegg hvor økonomiske incentiv og sanksjoner knyttes til enkeltpasienter kan få betydelige utilsiktede konsekvenser.

Brukerutvalget vil også gi uttrykk for bekymring for at kommunene, tross intensjonene i planene, lovverket og andre føringer, ikke har/får økonomi til å prioritere forebyggende, behandlende og rehabiliterende helsetilbud. Utvalget savner at det angis muligheter for øremerking eller sanksjoner for kommuner som ikke i tilstrekkelig grad prioriterer utbygging av helsetilbudene.

Brukerutvalget vil derfor poengtere at pasientenes/brukernes rettigheter må være sterke og at kommunenes plikter om nødvendig må presiseres gjennom forskrifter. Utvalget har forståelse for at veksten i kommunesektoren de kommende årene må være sterkere enn veksten i spesialisthelsetjenesten.

Brukerutvalget har inntrykk av at høringsnotatet i hovedsak fokuserer på somatisk helsetjeneste og i særlig grad på den kommende store eldrebølgen. Brukerutvalget vil peke på at lokale tilbud må styrkes også innen psykisk helsevern og rusomsorgen og gis til pasienter i alle aldersgrupper.

Brukerutvalgets innspill bygger på den inndeling som var satt opp av Helse Sør-Øst RHF og er svar på de spørsmål som ble stilt av foretaket. Brukerutvalget har i tillegg gitt innspill til noen andre punkter utvalget fant av betydning.

VEDLEGG

Spørsmålene fra Helse Sør-Øst RHF står i kursiv og fet skrift.

1 Ny kommunerolle

Anser brukerutvalget at det er hensiktsmessig å avklare "gråsonene" mellom 1. og 2. linjetjenesten gjennom avtaler, eller burde lovforslaget gitt noe mer føringer for dette?

Brukerutvalget har forståelse for at det gjennom lov- og forskriftsregulering verken er mulig eller hensiktsmessig å angi en helt presis avgrensning av henholdsvis spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar. Avgrensning på grunnlag av alder eller diagnose er, fra brukerutvalgets ståsted, ikke akseptabelt.

Lovverket bør imidlertid etter brukerutvalgets mening, ha enkelte generelle bestemmelser om ansvar for hvilket tjenestetilbud som tilligger spesialisthelsetjenesten og hva som tilligger kommunehelsetjenesten. Grad av behov for spesialisert kompetanse, behov for spesialisert utstyr og forekomst kan være forhold som kan være bestemmende for hvilke helseutfordringer som forutsettes løst i hhv kommunehelsetjenesten og spesialist- helsetjenesten.

Brukerutvalget gir støtte til at "gråsoner" mellom 1. og 2. linjetjenesten må avklares gjennom avtaler. Innbyggerne i de enkelte opptaksområder/kommuner må imidlertid ha forutsigbarhet for hva som forventes utført hvor. Dette må sikres i fellesskap mellom nivåene.

Brukerutvalget mener at avtaler som bygger på felles forståelse av utfordringene vil kunne bidra til å løse utfordringene i fremtidens helsetjeneste. En gradvis overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (akuttilbud, vurdering/observasjon, etterbehandling, rehabilitering/opplæring) må skje i samhandling mellom nivåene og tilpasses kompetanseoppbyggingen i kommunene.

Anser brukerutvalget at en profesjonsnøytral lov er mer hensiktsmessig sett fra brukernes perspektiv sammenlignet med dagens kommunehelsetjenestelov?

Brukerutvalget oppfatter at forslaget om profesjonsnøytralitet gjelder organisering av tjenestene og støtter en mer overordnet og profesjonsnøytral angivelse av pliktene. Brukerutvalget mener dette vil bidra til mer dynamiske ordninger for utvikling og organisering av tilbudet som understøtter tjenesteytelse på tvers av fagprofesjoner og i samarbeid mellom deltjenester. Det vil føre til at tjenestene organiseres etter pasientenes behov, ikke etter personellet's fagbakgrunn. Brukerutvalget vil imidlertid påpeke at kravene til en profesjonell og forsvarlig helsetjeneste utført av kvalifisert personell må bestå.

2 Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Mener brukerutvalget at en slik gjensidighet og avtaler vil være tilstrekkelige rammer rundt en gjensidig tilpasning? Har brukerutvalget andre og/eller supplerende forslag?

Brukerutvalget mener at lovpålagte gjensidige avtaler er sentrale for å få til en gradvis oppbygging av aktivitet, kompetanse og kvalitet i kommunene. Samhandling mellom nivåene og inngåelse av avtaler om organisering og finansiering av tjenester vil være nøkkelen.

Brukerutvalget støtter at nivåene i helsetjenesten har felles ansvar for å samarbeide slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. De utøvende tjenesteyternes ansvar og plikter må være så tydelig som mulig for brukerne. Dersom pasienten ikke får oppfylt de av sine rettigheter som krever samhandling vil det være tilsynsmyndighetene som må vurdere hvilken instans som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.

Brukerutvalget mener det er av avgjørende betydning at reformen følges av et kompetanseløft som stiller krav til grunn-, videre- og etterutdanningene, system for rekruttering og tiltak for å utvikle og beholde personell.

Reformens intensjon kan vanskelig virkeliggjøres dersom den ikke følges av midler som tilordnes helse- og omsorgstjenestene.

Reformens kompleksitet vil kreve kompetente prosessveiledere, følgeevalueringer og at erfaringer gjøres tilgjengelig for læring og forbedring. Brukerorganisasjoner og brukerutvalg må være naturlige samarbeidspartnere i dette arbeid.

3 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Bør kommunene, etter brukerutvalgets vurdering,

a) få en lovmessig plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp?

b) Børplikten suppleres med bestemmelse om å inngå avtale om oppgaver.

c) Hvordan bør i tilfelle denneplikten konkretiseres, og

d) hvilke mulige økonomiske forutsetninger bør ligge til grunn for å sikre en god løsning?

Brukerutvalget mener at kommunene som hovedregel må bygge ut slike tjenester selv, men ser at det ved særlige geografiske eller ressursmessige forhold kan være aktuelt for kommunene å inngå avtaler med helseforetak eller privat aktør om bruk av lokaler, eventuelt også leie av personell/tjenester. I mange kommuner vil det ta tid å bygge opp nødvendig kompetanse for slik tjeneste. Brukerutvalget foreslår derfor at slik virksomhet i en overgangsperiode kan drives av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Finansiering og ansvarsforhold må eventuelt avklares gjennom avtaler. Brukerutvalget viser til punkt 6 om kommunal medfinansiering.

Brukerutvalget mener videre at:

a) kommunene må få en lovmessig plikt til å ha tilbud om "øyeblikkelig hjelp" døgnopphold for pasienter som har behov for pleie- og/eller omsorg og/eller medisinsk tilsyn og/eller bistand til bruk av behandlingshjelpemidler, men uten slik alvorlighetsgrad at pasienten må til spesialisert utredning/behandling i sykehus. Dette gjelder uavhengig av alder, diagnose og virksomhetsområde.

b) plikten bør suppleres med bestemmelse om avtale om oppgaver i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og utformes i samarbeid med brukerorganisasjonene. Innføring av denne plikten i tillegg til organisert legevakt vil styrke beredskapen på alle helseinstitusjoner i kommunen.

c) avtalene må omhandle tilbud til pasienter som vurderes som om de ikke trenger spesialisert behandling i sykehus, men som er så dårlige at de ikke kan være hjemme. Individuelle hensyn må tas.

d) at organisering og finansiering av en slik ordning er avhengig av lokale forhold, kompetanse og kommunestørrelse. Brukerutvalget erkjenner at overføring av ansvar/oppgaver i forløpet vil kreve overføring av økonomiske ressurser fra spesialisthelsetjenesten. Ordningen bør ha sitt utgangspunkt i lokale helsehus (distriktmedisinske sentra/DMS).

4 Styring av fastlegene

Har brukerutvalget synspunkter på forslag om tydeligere reguleringer av fastlegenes plikter og prioriteringer?

I St.melding nr. 47 ble det foreslått at fastlegene skulle bidra til undervisning, veiledning, tverrfaglig samarbeid, praksiskonsulentordning, legevakt, kommunal rehabilitering, kommunalt lærings- og mestringsarbeid og forebyggende helsetjenester i helsestasjon og skolehelsetjeneste.

I høringsnotatet understreker departementet at det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger.

Brukerutvalget støtter forslaget om at fastlegetilbudet inngår i kommunens "sørge-for-ansvar", uavhengig av om fastlegen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. Brukerutvalget mener at en tydeligere regulering av fastlegenes plikter vil føre til at de i større grad blir aktive deltakere i det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Dette er helt nødvendig hvis intensjonene i samhandlingsreformen skal følges opp.

Ansvaret for legetjenester for pasienter innlagt ved kommunale kort- eller langtidstilbud må være tydelig og følges opp. Gjeldende fastlegeforskrift er etter brukerutvalgets vurdering tydelig også i dag, men utvalget er kjent med at flere kommuner likevel har etablert andre ordninger, spesielt gjelder dette pasienter som er innlagt på korttidsopphold. Det kan da oppstå problemer fordi fastlegene ikke vil tilse pasienter innlagt i sykehjem.

Brukerutvalget mener at avtaler mellom kommunene og fastlegene skal sikre ivaretagelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta.

Departementet tar sikte på at den reviderte fastlegeforskriften skal presisere ansvaret for individrettet forebyggende arbeid, herunder tidlig identifisering og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser.

Brukerutvalget slutter seg til departementets synspunkter og håper at de snarest blir innarbeidet i en ny fastlegeforskrift, samtidig som tiltakene i den nye folkehelseloven settes i verk.

5 Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Har brukerutvalget synspunkter på forslaget om avtalebasert lovpålagt samarbeid?

Brukerutvalget støtter forslaget om avtalebasert lovpålagt samarbeid. Utvalget støtter at allerede etablert avtalestruktur videreføres, dvs at det er en nasjonal rammeavtale om samhandling mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og overordnede avtaler mellom regionalt helseforetak og KS i fylkene i helseregionens ansvarsområde. Slike generelle avtaler må angi "minstenormer" med mulighet for lokal tilpasning.

Brukerutvalget mener brukerperspektivet må legges til grunn for avtalene og mener at det på alle nivå av avtaleinngåelse må sikres brukerrepresentasjon i arbeidet. Alle avtalene bør behandles i brukerutvalg både i RHF og HF og i egnede arenaer i kommunene.

Er de foreslåtte minimumskravene tilstrekkelig? Har brukerutvalget innspill til eventuelle andre krav som bør stilles?

Minimumskravene til avtale er i all hovedsak tilstrekkelig, og det kan stilles spørsmål om de er for detaljerte. Brukerutvalget foreslår at man i stedet for så stor grad av detaljering vurderer om kravene gjøres mer overordnede og at det gis anledning til å forskriftsfeste detaljer i kravene. Dette vil gi større fleksibilitet ved endrede rammebetingelser.

Brukerutvalget har likevel noen supplerende merknader

- Brukerutvalget mener at brukersynspunkt skal være sentrale når avtale skal utformes. Departementets forslag om at pasient- og brukerorganisasjonene "skal gis anledning til å medvirke" er noe svakt formulert.
- Brukerutvalget tilrår at uttrykket "oppfølging" erstattes eller suppleres med "habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud".

Brukerutvalget mener avtalene på overordnet nivå må peke på en *utviklingsretning*. Avtalene må ikke være tidsbegrenset, men de må ha med faste punkt for evaluering/revidering – minimum en gang i året. I omstillingsperioder bør avtalene vedlegges forpliktende, konkrete og flerårige opptrappings- og overføringsplaner.

6 Kommunal medfinansiering

Har brukerutvalget innspill til den videre prosessen med utredning av kommunal medfinansiering? Er det spesielle forhold som kan skape en uforholdsmessig økonomisk risiko?

Brukerutvalget støtter ikke en ordning med kommunal medfinansiering av behandling som skal foregå i spesialisthelsetjenesten basert på "stykkpris" for enkeltpasienter. Brukerutvalget mener det kan samhandles om løsninger uten at samarbeidspartnerne skal påføres betalingsplikt knyttet til enkeltpasienter.

Brukerutvalget vil påpeke at administrasjonen av pengeflyt mellom nivåene vil være kostnadskrevende og at det vil bli vanskelig å beregne størrelsen på pasientantallet som det skal betales egenandel for. Brukerutvalget tilrår på det sterkeste at det i loven legges vekt på positive incitament.

Forslaget om å innføre en kommunal "andel" ved sykehusinnleggelse av somatiske pasienter over 80 år eller for alle medisinske innleggelser/behandlinger på medisinske poliklinikker støttes heller ikke av brukerutvalget. En stor andel av sistnevnte gruppe er også eldre pasienter og forslaget kan oppfattes som aldersdiskriminering.

Dersom det likevel blir innført en form for kommunal medfinansiering basert på forbruk, mener brukerutvalget alder ikke er et kriterium. Også begrepet "medisinske pasienter" er uklart. Dersom "sanksjon ved unødvendige innleggelser" skal tas i bruk, mener brukerutvalget det må utformes medisinske kriterier uavhengig av pasientens alder eller spesialitet i helsetjenesten.

Hensikten må være at kommunene motiveres til å etablere tilbud som forebygger unødvendige innleggelser som følge av feil-/overmedisinering, manglende mobilisering/aktivitet, og/eller dårlig kosthold, og/eller manglende pleie/fastlegedekning i kommunen, eller mangel på lokale lavterskeltilbud.

Det samme gjelder tvungen kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner. Kommunal medfinansiering her vil også skape problemer og kan føre til at tilbudene i disse områdene blir dårligere enn i dag. Brukerutvalget viser til at kommunale tjenester primært skal gis i eller nærmest mulig hjemmet. Dette synspunkt er ikke til hinder for at kommuner kan inngå avtaler om tjenester ved slike institusjoner, dersom det er mer hensiktsmessig enn å bygge opp egne tjenester.

Det vil alltid kunne skje "*unødige innleggelser*", men etter brukerutvalgets mening er det andre måter å begrense tallet på slike innleggelser. Dette omtales nærmere nedenfor. Medfinansiering kan bli en risikosport. I verste fall kan man risikere at pasienter som helt klart kan profittere på behandling i spesialisthelsetjenesten ikke får dette, og derved taper leveår eller må leve med dårligere livskvalitet.

Brukerutvalget vil peke på at en ordning med større grad av lokal frihet for organisering av løsninger kan gi utfordringer mht rettferdige egenandelsordninger og ordninger for betaling av medikamenter. Brukerutvalget mener regelverket må

harmoniseres slik at pasientene får samme egenandel for likeartet tilbud, uavhengig av hvem som yter tilbudet. Tilsvarende gjelder betaling for medikamenter.

Ser brukerutvalget andre måter som kan bidra til å motivere kommunene til å sikre god forebygging og oppfølging?

Brukerutvalget mener det er mange tiltak som kan bidra til å motivere kommunene til å sikre god forebygging og oppfølging, og tilsvarende mange tiltak som kan bidra til å motivere helseforetakene til å organisere seg slik at pasientene får tilbud på lavest effektive nivå.

I all virksomhet må pasientens rett til informasjon og medvirkning følges opp gjennom god dialog og felles beslutning. Pasienten må få viktig informasjon i skriftlig form. Dette kan i enkelte tilfelle forebygge usikkerhet og unødige innleggelser på grunn av manglende oppfølging, forståelse eller feil medisinbruk pga dårlig kommunikasjon (jfr Commonwealth Fund undersøkelsen 2010). Slike hensyn må ivaretas i fremtidige avtaler.

Brukerutvalget mener at både kommuner, helseforetak og brukere har mye å tjene på at pasientene får tilbud på beste effektive nivå. Det bør være i helseforetakenes interesse å samarbeide faglig og finansielt om å etablere tilbud på lokalt nivå i stedet for at pasientene skal oppta dyre sykehussenger.

Andre tiltak for å hindre unødige innleggelser:

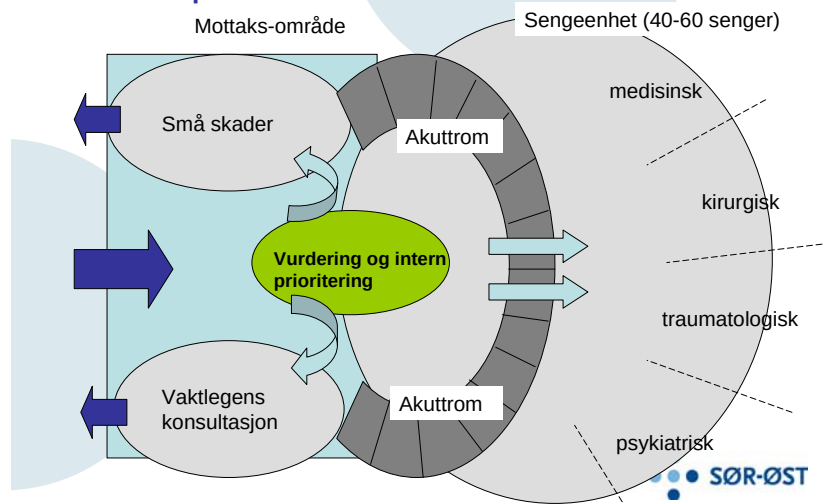
- Erfarne fastleger i legevakt.
- Systematisk skolering av mindre erfarne leger i legevakt.
- Systematisk og tilgjengelig system for telefonveiledning og telemedisinske tjenester, bemannet med erfarent personell.
- Ambulante team av erfarne sykepleiere som reiser ut til sykehjem og vurderer pasientene mht behov for innlegging og råd om behandling lokalt .
- Ambulante spesialisthelsetjenester i helsehus (DMS) og sykehjem.
- Lokale "korttids brukerstyrte plasser" for pasienter med psykiske plager som ikke krever spesialisert behandling (jfr Skottland).

Brukerutvalget er kjent med at det i de senere årene har vært gjennomført en rekke prosjekt og tiltak som bidrar til lokal forbedring. Utvalget foreslår at disse tiltakene evalueres og gjøres kjent.

Brukerutvalget vil videre peke på en rekke tiltak i sykehusene som kan redusere behovet for innlegging:

- Tverrfaglig og tverrspesialisert vurdering i mottagelse, med bl.a. erfarne allmennpraktikere og geriatrik kompetanse.
- Observasjonsposter (jfr Kaiser Permanente og Skottland).

Konsept for Felles Akuttmottak.



Konseptet for felles akuttmottak med observasjonssenger er basert på erfaringer fra bl.a. Danmark, Skottland og USA. Figuren bør være selvforklarende.

Brukerutvalget har ikke i detalj satt seg inn i ordninger for finansiering i spesialisthelsetjenesten. Utvalget vil likevel påpeke at spesialisthelsetjenestens innsats for "å holde pasientene utenfor sykehus" må kompenseres på lik linje med tjenestens øvrige innsats i sykehuset. Det må ikke "lønne seg" med en unødig innleggelse.

7 Utskrivningsklare pasienter (Kap 31, s 363 - 373)

Støtter brukerutvalget forslaget om innføring av kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én? Hvordan bør dette ansvaret reguleres? Hvilke elementer er det nødvendig at reguleres i forskrift? Er det spesielle forhold som kan skape en uforholdsmessig økonomisk risiko?

Brukerutvalget har gått gjennom de oppsatte kriterier for når en pasient er klar for utskrivning. Utvalgets erfaring er at hvis disse skal oppfylles kan det heller føre til at pasienten må bli på sykehuset noen dager ut over det som er vanlig praksis i dag. Problemer med utskrivningsklare pasienter kan knyttes til manglende systemer og dialog, like mye som mangel på plasser.

Brukerutvalget har informasjon som tyder på at problemet ikke er like stort i hele regionen. Utvalget tror at problemene kan løses bedre med en god dialog og etablering av et godt samarbeidsklima mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, enn ved innføring av økonomiske sanksjoner. Utvalget viser også til at kommunehelsetjenesten vil være tjent med at sykehusene har kapasitet til å ta imot nye pasienter i stedet for at sengene opptas av pasienter som kan få et like bra eller bedre tilbud lokalt.

For pasienter som ikke lenger har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten vil sykesenger i kommunen og ulike former for pasient- og sykehotell være løsninger som gir bedre tilbud til pasienten, og på et lavere kostnadsnivå. Gode eksempler er pasienthotellene ved sykehuset Innlandet HF, Elverum og Sørlandet Sykehus HF som inngår i sykehusets behandlingstilbud som et alternativ eller supplement til

innleggelse i vanlig sengepost. I utgangspunktet skal pasientene være selvhjulpne, kunne følge opp timeavtaler, undersøkelser og håndtere egne medisiner. Dette bidrar til selvstendighet og mestring av sykdommen og rask og trygg tilbakeføring til hjemmet.

For eldre/gamle og ofte aleneboende, kan andre tiltak redusere unødig innskriving og bidra til rask utskrivning:

- Innføring av kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp (jfr uttalelse på punkt 3)
- Avtale mellom sykehus og lokale helse- og omsorgstjenester om "innsatsteam" i kommunene, eventuelt interkommunale team som kan stille opp på kort varsel. Teamene består typisk av sykepleier, fysio-/ergoterapeut og hjemmehjelper som på kort varsel kan stille opp i hjemmet fram til det er etablert et permanent tilbud for brukeren (jfr modell fra Skottland).
- Helsestasjon for eldre, tilpasset friskverntilbud og et godt fastlegetilbud som samlet kan bidra til mobilisering, riktig kosthold og rett bruk av legemidler.

Andre tiltak

- Felles prosedyrer, og fast "adressat" (henvendelsessted) i hver kommune.
- Tverrfaglig vurdering i sykehuset før utskrivning og god dialog med pasient/pårørende og tjenesteapparatet i kommunene.

8 Forebygging, læring og mestring

Er, etter brukerutvalgets mening, forslaget til lovregulering av kommunenes plikt til innen helse- og omsorgssektoren tilstrekkelig tydelig? Hva kan pasient- og brukerorganisasjoner bidra med?

Brukerutvalget slutter seg til hovedtrekkene i beskrivelsene av kommunenes ansvar for individ- og grupperettede tjenester.

Brukerutvalget savner en presisering i loven om at kommunene som del av sitt helse- og omsorgstilbud må tilby forebyggende tiltak for brukere som har eller står i fare for å få helseproblem hvor livstilendring kan påvirke forløpet. Aktuelle tilbud er frisklivstiltak (jfr "Aktiv Eiker"), varmtvannsbasseng med treningsveiledning for ulike målgrupper, treningskontakt, kostholdsveiledning m.v. Utvalget vil spesielt peke på at samarbeid med og tilrettelegging for ulike selvhjelpstiltak, likemannstiltak kan være gunstig. Hovedhensikten med slike tilbud må være å mobilisere brukernes egne ressurser. Tilbudene må sees i sammenheng med kommunens ansvar for pasient-bruker- og pårørende opplæring.

Brukerorganisasjonene og andre frivillige organisasjoner er aktuelle samarbeidspartnere.

Lovforslaget har bestemmelser om kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. Brukerutvalget gir sin fulle støtte til at også bruker- og pårørendeopplæring inngår som tjenester kommunene får ansvar for, men utvalget mener formuleringen i lovutkastet om kommunens ansvar for "opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål" ikke er tilstrekkelig.

Wisløf-utvalget foreslo å styrke pasienters rett til opplæring med sikte på bedre mestring av egen situasjon. Utvalget mente at retten til pasientopplæring måtte forankres som en individuell rettighet i pasientrettighetsloven. Utvalget foreslo derfor å innføre en bestemmelse i pasientrettighetsloven som skulle sikre at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming blir gitt tilbud om pasientopplæring, dersom dette kan bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne. Utvalget foreslo at man skulle bygge videre på modellen med lærings- og mestringssentra som et opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming og at denne modellen skulle videreutvikles. Utvalget foreslo også at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, skulle styrke informasjonsarbeidet overfor pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

Brukerutvalget mener overnevnte er en meget presis beskrivelse på tilbudene som må finnes både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og at også pasientrettighetsloven på ha en tilsvarende rettighetsbestemmelse.

Brukerutvalget foreslår derfor følgende formulering i loven:

"Kommunen skal tilby brukere, pasienter og pårørende som har et særlig behov på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse, alder eller andre årsaker, opplæring med sikte på bedre mestring av egen situasjon. Det skal legges til rette for at pasient- og brukererfaring inngår i opplæringstilbudet, og det skal søkes samarbeide med pasient- og pårørendeorganisasjoner om slike læringstilbud."

Det bør videre fremgå at kommune- og spesialisthelsetjenesten har plikt til å samarbeide om planlegging, gjennomføring og evaluering av slike tilbud. Om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for gjennomføring av tilbudene vil avhenge bl.a. av pasientvolum. For ofte forekommende tilstander må tilbudene gis i kommunehelsetjenesten; for mer sjeldne tilstander må tilbudene gis i spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalget mener at også NAV er en relevant samarbeidspartner ved utvikling av lærings- og mestringstilbud. Det gjelder både mht ytelser og hjelpemidler.

Brukerorganisasjonene er viktige aktører i pasient- og pårørendeopplæringen og i forebyggende tiltak.

Ved hvert helseforetak og ved helsehusene (DMS) bør det være *brukerkontor*. Disse bør være betjent av "*likemenn*". Dette er personer med lang erfaring med en kronisk sykdom og, dagliglivets problemer. Likemennene kan brukes både i spesialist- og kommunehelsetjenesten slik at pasienter/brukere få kunnskap/opplæring i sine diagnoser og sin livssituasjon. Brukerkontorene må ha et aktivt samarbeid med lærings- og mestringssentrene (LMS) og brukerorganisasjonene.

Lærings- og mestringssentrene (LMS) må bli en synlig avdeling i helseforetakene, et sted hvor opplæring/undervisning og likemannstjenesten har sitt utspring. Dessverre er mange av dagens LMS ikke alltid fysisk tilgjengelige for brukerne. Disse sentrene må bli en møteplass for brukere og deres pårørende når de trenger hjelp. Også personell som ivaretar den nye koordinatorrollen må være kjent med slike tilbud.

9 Brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten

Støtter brukerutvalget departementets synspunkt? Hvordan kan det, etter brukerutvalgets mening, legges til rette for god brukermedvirkningspraksis i kommunene. Hva er de nødvendige forutsetninger? Er det risikomomenter kommunene og organisasjonene bør være oppmerksom på?

Brukerutvalget støtter departementets vurdering i at kommunene må involvere brukere og pasienter i utvikling av helse- og omsorgstjenester. Utvalget viser til de 13 prinsipper for brukermedvirkning som er utarbeidet av Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. Styret i Helse Sør-Øst RHF har gitt sin tilslutning til prinsippene.

Brukerutvalget viser også til at det er nødvendig med opplæringsprogram for brukerrepresentanter. Jfr "modulbasert opplæringsprogram" utviklet av FFO og SAFO i helseregion sør-øst.

Videre er det nødvendig med godtgjøring for brukerrepresentanter. Det vil bidra til kvalitet i medvirkningen og vil synliggjøre likeverdigheten. Brukerutvalget er innforstått med at det er en avgrensning mot det frivillige og ubetalte likemannsarbeidet.

På individnivå er pasientens rett til informasjon og medvirkning i behandling en forutsetning, men dette krever kunnskap fra behandlerens side. Pasienten må få skriftlig informasjon om sin tilstand og hvordan hun/han selv kan følge opp. Behandler må ha kunnskap om pasientopplæring, rehabilitering, folkehelsetiltak, selvhjelp for å få pasienten videre til disse tilbud.

Individuell plan er et svært viktig redskap for å sikre medvirkning.

Brukermedvirkning må inn i grunn-, etter- og videreutdanningene.

10 Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

Støtter brukerutvalget disse forslagene, og er det etter deres vurdering behov for ytterligere endringer for å understøtte elektronisk samhandling?

Brukerutvalget støtter behovet for sterkere nasjonal og regional styring av utviklingen innen IKT. Brukerutvalget registrerer at ulike helseregioner og helseforetak bruker ressurser på utvikling av likeartede løsninger. Brukerutvalget mener at slik ressursbruk ikke er hensiktsmessig; en samordning er høyst nødvendig.

Brukerutvalget mener for øvrig at det i tillegg til løsninger som forbedrer kommunikasjon mellom tjenestene, ligger et forbedringspotensial i nettsjenester og digitale verktøy for seriøs og kvalitetssikret informasjon og pasientopplæring. Eksempler på gode og brukerrettede prosjekter er:

- MinJournal
- Meldingsløft
- Helsebiblioteket
- Telemedisinske tjenester

- Videokonferanse med pasienter

Pasienten mangler i dag en enkel oversikt over ulike tilbud de kan benytte seg av for å bedre egen helse. Helsepersonell mangler også en samlet oversikt over de ulike tilbud og aktiviteter i sine distrikt. Det bør derfor utarbeides en nasjonal nettportal som inneholde informasjon om f.eks. forebygging, pasientopplæring, rehabilitering/habilitering, selvhjelp, folkehelseiltak, link til NAV/hjelpemidler, generelle pasientrettigheter som rett til informasjon og medvirkning og tilhørende andre pasientrettigheter. Pasientportalen bør kunne kobles opp til standardiserte behandlingslinjer. (jfr www.sundhed.dk).

Slike tiltak vil etter brukerutvalgets mening bidra til trygghet og mestring og motvirke sterke kommersielle interesser.

For øvrig vises til brukerutvalgets høringsuttalelse ang Norsk Helsenett og IKT. Langtidsplan
http://www.helsesorost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=37&I=2088&D=2&mid_s=a23a57a128a

11 Individuell plan – koordinator

Har brukerutvalget innspill til at hovedansvaret for individuell plan plasseres hos kommunen, og at helsepersonell får en individuell plikt til å melde fra om behov for individuell plan?

Brukerutvalget støtter forslaget om at hovedansvaret for individuell plan ligger i kommunen og at helsepersonell får en individuell plikt til å melde fra om behov for individuell plan. Dette vil bidra til tydelig ansvars plassering. Det at hovedansvaret legges til kommunen må ikke fritta spesialisthelsetjenesten for plikt til å identifisere behov for individuell plan og start av arbeidet med en slik plan når behovet oppstår mens pasientene er i spesialisthelsetjenesten. Kommunene må ha en tydelig adresse hvor helsepersonell kan melde fra om behov for individuell plan.

Brukerutvalget vil presisere at individuell plan er en overordnet plan som skal ivareta brukers behov på best mulig måte. Brukeren skal selv være den viktigste deltager da det helt og holdent er brukers plan. Brukers ønsker og behov skal respekteres selv der det virker urealistisk. Brukeren skal selv ha planen, elektronisk eller i papirutgave. Brukeren skal underveis kunne gjøre forandringer i samsvar med koordinator. Planen bør evalueres jevnlig med bruker til stede. Det er viktig å justere planen slik at planen følger bruker.

Planen skal bare utarbeides dersom bruker samtykker. Opplysninger mellom etater skal også ha samtykke fra bruker.

Brukerutvalget mener for øvrig at begrepet "*langvarige*_og koordinerte tjenester" er uheldig. Brukerutvalget foreslår at "behov for koordinerte tjenester over tid" brukes i stedet. "Langvarig" kan virke demotiverende for bruker, og hva som oppfattes som "langvarig" vil avhenge av fase i livet og i sykdommen.

Brukers egen opplevelse av behov for koordinering må veie tyngre enn helsetjenestens "objektive" forståelse av hva som er "lengde" og hva som skal til for at kravet til "koordinering" er oppfylt.

Har brukerutvalget synspunkter på endringene når det gjelder koordinerende enhet og pasientansvarlig koordinator?

Brukerutvalget støtter forslaget om at pasienter både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten kan ha rett til en profesjonsnøytral individuell koordinator. Det er en selvfølge at koordinator i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må samarbeide og sikre sømløs overgang mellom tjenester.

Utvalget støtter at ordningen med "pasientansvarlig lege" dermed avvikles. Utvalgets erfaring er at denne ordningen ikke har fungert godt nok, og at det slett ikke alltid er behov for en lege. Utvalget mener det raskest mulig må utvikles veiledere og opplæringsprogram for koordinatorene. Slike program må være profesjonsnøytrale.

Utvalget støtter også forslaget om at helsetjenestene skal ha koordinerende enheter og støtter at dette kravet løstes fra forskrift om habilitering og rehabilitering til selve lovene. Utvalget presiserer at lovkravet bør gjelde alle virksomhetsområder (somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern), og ikke avgrenses til rehabilitering innen somatikken og/eller "avdelinger for habilitering og/eller rehabilitering" slik det kan forstås innen spesialisthelsetjenesten. Dette må tydeliggjøres i lovverket.

Brukerutvalget stiller seg spørrende til bruk av begrepet "*kompleks*". Utvalget mener det kan være behov for koordinering uten at behovet nødvendigvis og ut fra et faglig ståsted er "komplekst". Et behov kan også være komplekst uten at det er behov for koordinering og oppfølging over tid.

Brukerutvalget vil gi uttrykk for at bruker selv skal kunne påvirke valg av koordinator og at det må være mulig å bytte koordinator. Koordinatoren må gjøre seg kjent med bruker og den aller viktigste oppgaven er å gi bruker trygghet. Koordinatoren må være motivert for oppgaven og ha god systemkunnskap, inkludert kunnskap om frivillige organisasjoner.

Brukerutvalget stiller seg spørrende til at begrepet "å sørge for" er brukt om koordinators plikter, siden dette begrepet både i spesialisthelsetjenesteloven og i forslag til ny lov om kommunehelsetjeneste er anvendt om et helt overordnet systemansvar for tjenester. Brukerutvalget vil tilrå at man heller bruker begrep som "bidra til" eller "sikre". Brukerutvalget vil påpeke at det er kommunen og ikke den enkelte koordinator som er pliktsubjekt mht å skaffe tjenester til veie.

12 Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer?

Mener brukerutvalget at departementet bør gå videre med forslagene om pasientforløp? Har brukerutvalget andre forslag som kan bidra til mest mulig effektivt og forutsigbart forløp (god pasientlogistikk) i helsetjenesten?

Brukerutvalget støtter at vurderingsfristen bør være noe kortere enn 30 dager. Fristen må imidlertid ikke settes så kort at det ikke er mulig å innhente nødvendig tilleggsinformasjon som kan bidra til å belyse henvisningen. Elektronisk samhandling og gode systemer for mottak, registrering og internformidling av henvisninger vil redusere tiden til formidling av henvisningene.

Brukerutvalget foreslår at det settes en maksimumsfrist og at departementet gjennom forskrift kan sette kortere frister. Det må presiseres at det dreier seg om maksimumsfrister, og at det når forsvarlighetskravet tilsier det, så er det ikke mulig å dekke seg bak vurderingsfristen. Det kan også være aktuelt, gjennom forskrift, å sette kortere frister for enkelte målgrupper (f. eks barn og unge).

Brukerutvalget er opptatt av at mange pasienter ved elektiv behandling og oppfølging etter akutt behandling opplever dårlig planlegging i forløpet etter henvisningsvurdering og første kontakt med spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalget mener at god planlegging og koordinering for pasienter som er i "ulike forløp" kan bidra til innsparinger i form av unødvendige utgifter til prøvetaking, reise, tapt arbeidstid/fortjeneste m.v.

Koordinatorers rolle må tydelig omfatte ansvar for koordinering av det totale tjenestetilbudet til pasienten, uavhengig av den til enhver tid konkrete årsak til kontakten. Dette vil etter brukerutvalgets vurdering, kreve en vesentlig endring i helsepersonellens syn på sitt ansvar og den service som ytes.

Brukerutvalget forventer at arbeidet med å utvikle pasientforløp intensiveres og at informasjon om rettigheter og tilgjengelige supplerende tiltak alltid er tilgjengelig og tilpasses individuelt uavhengig av funksjons/sansetap, alder og etnisitet. Informasjon til pasienter og pårørende må vies stor oppmerksomhet.

Det vises til innspill om pasientforløp i kapittel 10 om elektronisk samhandling. Det bør utarbeides kriterier for standard pasientforløp utarbeidet etter brukernes behov. Dette vil kunne forebygge noen av "bruddene" i pasientforløp.

13 Krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Støtter brukerutvalget disse endringsforslagene? Har brukerutvalget andre forslag, eventuelt tilleggsforslag?

Brukerutvalget støtter forslagene til lovendringer, men savner samsvar med bestemmelser i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.

14 Pasientrettigheter

Støtter brukerutvalget de foreslåtte endringene? Har utvalget eventuelt andre synspunkt på rettighetsfestingen og forholdet mellom de ulike lovene.

Brukerutvalget støtter at klagerett på helsetjenester hjemles i pasientrettighetsloven. Når lovverk slås sammen er det nødvendig med en harmonisering av lovverket med frister m.v. Klager skal nå som tidligere fremmes overfor den instans som har truffet avgjørelsen.

Brukerutvalget mener for øvrig at ordlyden i pasientrettighetsloven om "nødvendig helsehjelp" er lite pedagogisk og vet at begrepet misforstås, noe som kan resultere i utrygghet, frustrasjon og misnøye.

Brukerutvalget foreslår at loven gjennomgås og at ordlyd rettes til "rett til prioritert helsehjelp med frist" og "rett til helsehjelp" (underforstått – uten frist). Rettighetene må gjelde begge tjenestenivå, ikke minst siden lokal tilpasning kan innebære at en tjeneste som ett sted ytes i spesialisthelsetjenesten, ett annet sted kan bli gitt i kommunehelsetjenesten.

15 Klageordning

Har brukerutvalget synspunkt på klageordningen?

Brukerutvalget kan ikke slutte seg til den forslåtte bestemmelse i § 7-6: Forvaltningslovens anvendelse. Den nåværende bestemmelse i forvaltningslovens § 34 er at klageinstansen, for vedtak truffet av kommune eller fylkeskommune, skal legge vekt på kommunenes selvstyre ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen kan treffe nytt vedtak i saken eller oppheve det eller sende saken tilbake til helt eller delvis ny behandling.

Departementet forslår nå en annen formulering: *"Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak for kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det nye skjønn, herunder ved kommunenes skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav.... Helsetilsynet/ fylkesmannen kan ikke treffe nytt vedtak i saken."*

Brukerutvalget mener formuleringen begrenser omfanget av prøvelsesretten i forhold til kommunene. Det viktige er imidlertid at klageinstansen ikke kan treffe ny avgjørelse i saken. Dette er etter brukerutvalgets mening galt. En klageinstans som prøver alle sider av saken må også kunne treffe en ny avgjørelse. Hvis saken bare kan sendes tilbake til kommunene til ny behandling kan man ofte være like langt.

Kommunenes økonomi og prioriteringer kan ikke være avgjørende når det gjelder å skaffe nødvendige tjenester til innbyggere.

Brukerutvalget er videre opptatt av at det skal gis god informasjon om rettigheter og klageordninger.

Pasient- og brukerombudene blir fortsatt svært viktige og terskelen for å kontakte ombudsordningen må være lav. Ombudene må ha tilstrekkelige ressurser til å kunne veilede brukere som trenger bistand til klage eller dialog med helsetjenesten om uheldige hendelser.

17 Pasientskadeloven (Kap 7.4, s 67 - 69)

Ønsker brukerutvalget å uttale seg om pasientskadelovens virkeområde?

Brukerutvalget kan ikke se at en sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven påvirker pasientenes rettigheter etter pasientskadeloven. Brukerutvalget vil likevel påpeke at det kan være grenseoppganger mht lovverkets

virkeområde som er vanskelig å trekke, bl.a. når det gjelder brukere som er demente, utviklingshemmede og brukere med andre utviklingsforstyrrelser.

Brukerutvalget vil for øvrig påpeke at det ville vært naturlig å omtale at skader som fører til erstatning, skal brukes i kvalitetssikkerhetsarbeidet.

Supplerende kommentarer til forslaget til lov – ut over det som omfattes av spørsmålene i høringen (Del III, Lovforslag, side 453 – 484)

Brukerutvalget mener at det er mange uklare begreper i lovforslaget. I det følgende gis merknader til enkelte paragrafer i loven. Det er ikke ment som en juridisk vurdering av lovforslaget.

Kapittel 1. § 1-1

Brukerutvalget mener uttrykket "*lidelse*" er gammelmodig og stigmatiserende. Utvalget kan ikke se hva begrepet "*lidelse*" inneholder av betydning for tjenestetilbudet ut over det som omfattes av sykdom, skade og nedsatt funksjonsevne.

Brukerutvalget kan ikke se at det er behov for presisering av "*sosial trygghet*". Utvalget mener helse- og omsorgstjenesten skal bidra til å fremme trygghet generelt og at "*sosial*" trygghet er en høyst unødvendig avgrensning.

Videre mener brukerutvalget at det under § 1.1. bør innarbeides en formulering om at formålet er "*å bidra i brukernes egen habilitering og rehabiliteringsprosess*" (jfr nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering). "*Vanskeligstilte*" er for øvrig også gammelmodig og stigmatiserende og bør endres til "*brukere med særlige behov*".

Sikre økt samhandling bør presiseres å omfatte "*innad i kommunen og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten*".

Punkt om tjenestetilbud blir tilgjengelig og tilpasset brukers behov bør være eget punkt og flyttes lenger frem i paragrafen.

Generelt bør helse loven gjennomgås med sikre på begrepsbruk i forhold til brukerperspektiv og brukermedvirkning.

§ 1-3 Definisjoner

Brukerutvalget har ingen kommentarer til definisjon av ***pasient***, og påpeker at begrepene må defineres likt i de ulike lovene.

Pårørende er ikke definert eller omtalt i forslaget til ny lov. Brukerutvalget tilrår at pårørende defineres tilsvarende definisjonen i pasientrettighetsloven, dvs "*pårørende er den pasientens selv oppgir*".

Det er problematisk at departementet foreslår å definere "***bruker***" som mottager av tilbud som ikke er helsetjenester. Dette er ikke i samsvar med vanlig forståelse av brukerbegrepet. Brukerorganisasjoner anvender begrepet "*bruker*" som en fellesbetegnelse for "*pasient- og pårørende*". Bruk av begrep i lovverk som ikke svarer til vanlig forståelse av begrepet vil lede til misforståelser.

Definisjon av kvalitet: Brukerutvalget tilrår at lovgiver støtter seg til intensjon og innhold i Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

§ 3-1

Brukerutvalget stiller spørsmål ved begrepet "*nødvendige helsetjenester*" slik det er brukt her, sett i forhold til begrepsbruk i dagens spesialisthelsetjeneste lov hvor "*nødvendig*" innebærer at pasienten får en frist.

§3-2 punkt 5

Brukerutvalget savner at kommunen skal ha en lovfestet plikt til å ha tilbud om "*friskverntiltak*" til innbyggere som har eller er i faresonen for å få alvorlig/kronisk sykdom og ikke er i stand til å benytte seg av tilbud i hovedsak beregnet for funksjonsfriske.

Brukerutvalget stiller spørsmål ved at begrepet rehabilitering som i annet lovverk og i Nasjonal strategi for habilitering er definert som "*brukers egen prosess*", er spesifisert i detalj slik det er gjort i dette forslaget til lov.

§ 3-5

Brukerutvalget stiller spørsmål ved begrepet "påtrengende nødvendig". Hvordan skal dette begrepet forstås i forhold til begrep som "nødvendig" "prioritert" og "øyeblikkelig" helsehjelp i ulike lovverk? Lovgiver må forsikre seg om at begrepene defineres og anvendes likt.

§ 4-3

Brukerutvalget stiller spørsmål ved at Helsedirektoratets plikt er omtalt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

§ 6

Samarbeidet må presiseres til å gjelde kommuner og regionale helseforetak og/eller helseforetak.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst
Alf Magne Bårdslett
Leder