

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Innledningsvis vil vi understreke betydningen av at det nå må skje en lovfesting av kommunenes ansvar og forpliktelse til å tilby praksisplasser for studenter. Under dette ligger også en plikt til å ha kvalifisert personell til veiledning og oppfølging av studenter. Kommunenes ansvar beskrives nå mer overordnet, og det åpner for utvikling av forskjeller i utførelsen av forskjellige oppgaver. Dette kan gi uheldige konsekvenser for studenter, som risikerer å få forskjellig praksis avhengig av i hvilken kommune de har praksis.

Vi vil påpeke at sosialfaget kan oppleves som utydelig i forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov. Dette skjer blant annet ved at begrepet "sosiale tjenester" blir erstattet av "omsorgstjenester". Her inngår de sosiale tjenestene som i dag er igjen i sosialtjenesteloven sammen med en del av kommunehelsetjenestene.

Lovverket må ikke bidra til at kompetansen som sosialarbeidere besitter, og som er sentral for de oppgaver som er nevnt, blir oversett. Dette vil ha betydning for tilbud og etterspørsel av både sosial- og helsefaglig arbeidskraft, og rekruttering til utdanningene<sup>1</sup>.

Forslaget til ny helse- og omsorgslov er en pliktlov for kommunene. Den tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene, mens rettighetsbestemmelsene er nedfelt i pasientrettighetsloven. Mens begrepet helsetjenester er definert i § 1-3, riktignok gjennom en henvisning til pasientrettighetsloven, sies det ikke noe om det nye begrepet "omsorgstjenester". Begrepet "omsorgstjenester" bør gis en direkte og positiv definisjon. Begrepet bør inneholde det sosialt arbeid representerer, herunder forebygging og arbeid rettet mot sosiale mekanismer som ekskluderer og marginaliserer grupper av mennesker. Dette vil blant annet synliggjøre kommunenes ansvar for generell forebyggende virksomhet, som vi mener ikke kommer godt nok fram i forslaget slik det foreligger.

Kommunens plikter angis i § 3-2 i utkastet. Her nevnes en del helsetjenester samt enkelte tjenester som i dag står i sosialtjenesteloven kapittel 4. I bestemmelsens første ledd nr. 6 c er personlig assistanse nevnt. Etter vårt syn bør praktisk bistand, opplæring og støttekontakt videreføres her.

<sup>1</sup> Jfr. Kunnskapsdepartementets rapport fra desember 2010 om tilbud og etterspørsel etter høyere utdannet arbeidskraft fram mot 2020. Her vises det til at veksten i behovet for sosionomer og barnevernspedagoger har vært undervurdert i tidligere prognoser, se s. 76. Å sikre nødvendig kompetanse til helse- og sosialsektoren gjennom å tydeliggjøre disse oppgavene er derfor vesentlig.

Det er positivt at jordmortjenesten kommer under begrepet ”nødvendige helse- og omsorgstjenester”, men det er uheldig at tjenesten ikke skal være en ”skal-tjeneste” på helsestasjonene. Det bemerkes at selv om gravide kan gå til svangerskapskontroll hos fastlegen, foregår ikke disse kontrollene på helsestasjonene. Intensjonen om å ha svangerskapsomsorgen som en helsestasjonstjeneste blir da svekket.

Helsestasjon, derunder svangerskaps- og barselomsorgen, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom bør sees på som et organisatorisk krav til kommunen (slik som fastlegeordningen) som følgelig må lovfestes med profesjon helsesøster, helsestasjon - og skolelege, fysioterapeut og jordmor. Undersøkelser viser at helsesøsters rolle som klinisk spesialist på helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge de siste årene dreier fra folkehelse, helseopplysning og veiledning til forebyggende barnevern. Man bør kanskje som med spesialisthelsetjenesten, lovfeste rutiner for samarbeid med barnehager, skoler, PPT og barnevern. Altså ikke trekke disse gruppene inn som en del av helsestasjon og skolehelsetjenesten. Helsesøster må ha en koordinerende rolle.

De plikter som etter gjeldende rett er pålagt kommunene, blir i hovedsak videreført, men utformingen endres. Dette innebærer at pliktene utformes mer overordnet og profesjonsnøytralt, med unntak av legetjenesten. Når loven utformes profesjonsnøytral, må oppgavene som skal ivaretas tydeliggjøres. Dette gjelder både helsehjelp og omsorgstjenester. Det kan også være nødvendig å definere kompetansekrav for utførelse av forskjellige oppgaver. Kravene til faglig forsvarlighet i tjenesteyting og oppgaveutførelse må ikke svekkes. Dette har også betydning for kvaliteten i undervisning og veiledning, og vanskeliggjør studentenes mulighet til å utvikle sin faglige identitet.

Pasienter og brukere innenfor helse- og omsorgssektoren vil ofte ha sammensatte problemer, og det vil blant annet være behov for samordningsfunksjoner, både internt og med eksterne instanser. Flere yrkesgrupper kan sammen bidra til å løse slike sammensatte problemer, og det trengs generalistkompetanse i kommunikasjons- og relasjonsarbeid. Slik kompetanse er en forutsetning for god samhandling. Ett eksempel er arbeidet med individuelle planer. Personer med sosialarbeiderutdanning vil være viktige bidragsyttere sammen med helsepersonell for at kommunenes behov for slik kompetanse skal dekkes.

Lovens intensjoner er at den skal medvirke til økt aktivitet i kommunene, men det er ikke fastsatt i loven at nye konkrete helseoppgaver skal pålegges kommunene. Det sies heller ikke noe om hvilke konkrete oppgaver som skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunene vil få økt ansvar for forebyggende helsearbeid, økt ansvar for oppfølging av allmennlegetjenesten, opprettelse av døgnskuttinuerlig øyeblikkelig-hjelp tilbud (etter modell fra Fosen) og økt samarbeid kommunene imellom. Det er imidlertid grunn til å bemerke at det å opprettholde døgnskuttinuerlig øyeblikkelig-hjelp tilbud i alle kommuner, forutsetter ansettelse av kompetanse det allerede i dag er vanskelig å rekruttere.

I forhold til spørsmålet om hvorvidt det er fylkesmann eller helsetilsynet som skal være klage- og tilsynsinstans, bør det tillegges vekt at det er et viktig element i samhandlingsreformen å oppnå harmonisering og samordning av tjenester horisontalt i kommunen, og vertikalt overfor spesialisthelsetjenesten. Dette kan tale for at klageinstansen for avgjørelser etter den nye

loven bør være den samme uavhengig av hva klagen gjelder. Det er etter vårt syn viktig at tjenestemottakere med sammensatte bistandsbehov opplever en forenkling ved at de kan henvende seg til en klageinstans i stedet for to forskjellige. Det er grunn til å tro at også klageinstansen vil oppleve det enklere å vurdere tjenestene i sammenheng når ansvarsområdet ikke er delt mellom to instanser. En klage eller anmodning om pliktbruddvurdering vil ofte kunne omhandle både helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er i tråd med vurderingene i samhandlingsreformen at klage og tilsyn med disse tjenester ligger i samme instans. Spørsmålet blir derfor hvilken instans som bør velges. Fylkesmannen har lang tradisjon som klageinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområder. Hensynet til samordningen av klageordningene i kommunesektoren, tilsier at Fylkesmannen også blir klageinstans etter den nye loven. Dette er også i tråd med Bernt-utvalgets innstilling.

Det er, slik departementet foreslår, hensiktsmessig at Statens helsetilsyn fortsatt har ansvaret for det overordnede tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. Dette for å påse at virksomheten drives i på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift. En videreføring av Statens helsetilsyns rolle når det gjelder å gi vurderinger til overordnet myndigheter og ansvarlige for tjenestene om udekkede behov eller prioriteringer som ikke er i samsvar med lovgivningen og nasjonale mål og prioriteringer, støttes også.

Når det gjelder spørsmålet om hvem som skal være regional tilsynsinstans, er det grunn til å legge vekt på den faglige autoritet og legitimitet i helsetjenesten som Helsetilsynet i fylket har opparbeidet. En overføring av oppgaver fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan, slik departementet påpeker, gjøre det vanskelig å rekruttere tilstrekkelig personell med helsefaglig kompetanse. Departementet foreslår at den instans som velges som felles regional helseinstans, må underlegges faglig instruksjonsmyndighet fra Statens helsetilsyn. Vi finner det derfor hensiktsmessig at den felles regionale tilsynsinstans ligger hos Helsetilsynet i fylket. Det vil, slik vi ser det, være viktig for mottakere av helsetjenester at samhandlingen mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten blir godt ivaretatt.

Kommunene blir ansvarlig for tjenestetilbudet til utskrivningsklare pasienter fra sykehus, fra første dag. Forslaget har ikke funnet og heller ikke drøftet en mulig løsning på ansvarsavklaringen mellom utskrivningsklar og mottaksklar. Det er grunn til å tro at spesialisthelsetjenesten og kommunene vil kunne ha forskjellig syn på hvorvidt en utskrivningsklar pasient fra sykehus også er mottaksklar til å kunne nyttiggjøre seg kommunens pleie- og omsorgstilbud. Kommunens skjønnsutøvelse må sikres tilstrekkelig betydning.

Det er etter gjeldende rett slik at sosialfaglig personell som arbeider innen en helseinstitusjon og utfører oppgaver som faller inn under helsehjelp, er å betrakte som helsepersonell med de forpliktelser helsepersonelloven oppstiller. I en felles helse- og omsorgslov bør kommunens ansvar likestilles for alle yrkesgrupper som omfattes av loven. Det gjelder både med hensyn til krav til opplæring, kvalitetssikring, etter- og videreutdanning og samarbeid med utdanningsinstitusjonene om praksis for studenter i grunnutdanningene.

Ny helse- og omsorgslov vil for øvrig kunne medføre behov for endringer/harmonisering i andre lover. Forslag til endringer i andre lover som følge av dette er:

### 1. Helsepersonelloven

§3, fjerde ledd: Tillegget ”Med helseinstitusjon menes.....(*med unntak av aldershjem og barneboliger*)....

Det er sterkt beklagelig at barneboliger foreslås unntatt fra definisjonen ”helseinstitusjon”. Dette fordi de barna som bor fast, eller har lengre opphold innen dette tjenestetilbudet pr. i dag, ofte har svært omfattende bistandsbehov av helsemessig karakter. Det vil være en svekkelse av tilbudet til disse barna å definere botilbudet utenfor institusjonsomsorgen. Når det gjelder aldershjem, er det vel knapt noen kommune pr. i dag som har opprettholdt dette tilbudet. Det vil derfor være å anbefale å ikke videreføre et begrep som ikke benyttes.

### 2. Pasientrettighetsloven

§ 2-7. Forvaltningslovens anvendelse:

Tilføyselen i tredje ledd kan fremstå som noe unødvendig, da dette kun er en presisering av partsbegrepet i forvaltningsloven § 2. Det ville vært mer hensiktsmessig med en henvisning dit.

§ 7-6 om forvaltningslovens anvendelse vedrørende klagebehandling er for upresis. Formuleringen ”..forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder ...*så langt de passer*... kunne med fordel vært konkretisert, særlig fordi dette er en rettighetslov. Klage er en viktig rettssikkerhetsgaranti for pasienter og andre tjenestemottakere. Det er derfor viktig at prosessreglene er tydelig beskrevet.

Med hilsen

Gunnar Bendheim (sign)  
studiedirektør

Rune Hegge  
førstekonsulent

Kopi:  
Avdeling for teknologi  
Avdeling for helse- og sosialfag  
Avdeling for sykepleierutdanning