

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres dato:
Deres referanse:
Vår dato: 14.01.2011
Vår referanse: 2010/710
Vår saksbehandler:
Roy Kenneth Skulstad-Hansen
rkh@hive.no

Kommentar til høringsnotat: Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Innledningsvis vil vi takke regjeringen for at høringsnotatet er åpen netthøring, slik at alle som berøres av den nye loven har anledning til å komme med innspill.

Generelt synes vi at det i høringsnotatet er inkonsistens mht. til bruk av begreper, samt mye gjentakelser. Det begrenser leservennligheten og kan redusere antall tilbakemeldinger.

Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Vestfold ønsker å komme med følgende innspill:
Vi støtter departementets forslag om at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester utformes som en pliktlov for kommunen, mens den enkeltes rettigheter samles i pasientrettighetsloven. I følge samhandlingsreformen skal kommunene ta mer ansvar for helsetjenestene. Skal de mestre det, er det en del forutsetninger som må ivaretas.

Lovens formål: § 1-1 Likeverdig tilbud

Hvordan sikre at tilbudet er likeverdig? Hva menes med det? I mange tilfeller vil dette være et vurderingsspørsmål – ikke minst vil den enkelte pasients livskvalitet veie tungt i denne sammenheng. Sees dette i sammenheng med Pasientrettighetsloven kan det bli vanskelig, da det der står at individets rett til behandling ikke kan sammenliknes med andres rett.

Samhandlingsreformen tar sikte på at færre skal innlegges på sykehus eller oppholde seg der i kortere tid. Det kommunale ansvaret økes. Hvordan skal kommunene kunne ivareta den store gruppen av yngre tjenestemottakere som pr. i dag utgjør ca. 40 % og som er voksende - og som har behov for avanserte tjenester for å få tilfredsstilt sine behov uten å presisere at det er avanserte sykepleietjenester det er behov for? Når vi i tillegg får en økende andel eldre med sammensatte lidelser, må fokuset rettes mot både kvantitet og kvalitet i tilbudet.

Vi mener at det bør spesifiseres hvilken sykepleiefaglig kompetanse det er behov for i lovutkastet når det er presisert behov for fastlege.

Vi mener at kommunene bør ansette en eller flere kommunesykepleiere på linje med kravet til kommuneleger.

Hvem er det som ikke får komme til sykehus for å få vurdert sin helsetilstand?

De eldre? De pasienter og pårørende som ikke er oppdaterte på sine rettigheter?

§3 -6: Kommunens ansvar for pasient, bruker og pårørende opplæring

Skal vi sikre best mulig grunnlag for å redusere forskjellsbehandling og opprettholde rettferdighet må pasienter, brukere og pårørende få opplæring. Vi vet fra undersøkelser at den opplyste pasientene får bedre behandling fordi de kan stille de rette spørsmål i tillegg til at de kjenner sine rettigheter. Hvordan dette kan gjøres på en best mulig måte, krever stadig påfyll av kompetanse for helsearbeiderne da pasient, bruker og pårørende gruppen stadig endres. Hvordan helsepersonell skal gi informasjon på best mulig måte, krever kompetanse.

Denne kompetansen kan høgskoler og universiteter bidra til å utvikle.

Vi synes det er positivt at ansvaret for lærings- og mestringssentrene flyttes til kommunal sektor på samme måte som at hovedansvaret for koordinering av individuelle plan også får sin ansvarlige part i kommunal sektor. Tiden på sykehus er nå så knapp at det er uhensiktsmessig at hovedansvaret for opplæring og pasientutdanning skal ligge der. Et lovfestet og nært samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten er imidlertid nødvendig for å sikre best mulig kvalitet på undervisnings og veiledningstilbudet til pasientene.

Skal ønsket om best mulig informasjon, undervisning og veiledning til pasienter og pårørende ivaretas kreves **kompetanse hos helsepersonellet og ramme faktorer** (tid, sted, organisering) som kan ivareta dette.

Det er derfor bekymringsfullt i dag når stadig flere høgskoler melder om at de må avlyse kurs for bl.a. sykepleiere fordi kommunene ikke vil betale kursavgift for sine sykepleiere. (Kurs i kunnskapsbasert praksis, helsepedagogikk, kliniske kurs i gastro-, nevro- og infeksjonssykepleie, smittevern med mer).

I høringsnotatet kan vi lese på s. 222 at det skal *flyttes midler til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende når behandlingsoppgavene flyttes – noe som anses som positivt*. Samtidig kan det leses på s. 226 at *forslaget til for eksempel forskningsmidler ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser*.

All erfaring viser at det tar både tid og penger å bygge opp et forskningsmiljø.

Kapt. 11.5 Departementets overordnede vurdering og forslag knyttet til regulering av kommunenes plikter.

En av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene skal ivareta pasientenes behov for koordinerte tjenester. Det vil kreve et godt samarbeid av ulike yrkesgrupper innen helse og omsorg. Vi er for et tverrfaglig samarbeid og at tjenesteyting på tvers av fagpersoner og samarbeid. Men det kan ikke innebære at hvem som helst kan gjøre hva som helst, hvor en ikke tar hensyn til ulike fagprofesjoners særegne kunnskaper.

Vi stiller oss sterkt kritisk et lovforslag som er utformet så profesjonsnøytralt som departementet foreslår (med unntak av fastlege). I lovforslaget presiseres det flere ganger at helse- og omsorgstjenester skal være faglig forsvarlig, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Det er bekymringsfullt at en virksomhetsleder uten tilstrekkelig helsefaglig bakgrunn skal kunne definere og spesifisere behov for arbeidskraft som skal ivareta pasienters ulike behov. Vi vet at samfunnet står foran en eldrebølge som vil sette store krav til kommunens helse- og omsorgstjenester. Vi vet også at det er flere yngre med psykiske lidelser og rusproblemer blir ivaretatt av kommunens helsetjeneste.

Hvem mener departementet har den kompetanse som kreves til å vurdere de sykeste syke pasientene og deres behov for pleie i fremtiden? Sykepleiere utdannes til å ha kompetanse til å vurdere hvem som skal utføre de utfordrende sykepleiefaglige oppgavene faglig forsvarlig. Det bør klargjøres at det er et sentralt sykepleiefaglig ansvar.

Vi mener at sykepleiere skal ha en sentral rolle i framtidens kommunale sektor og dette bør komme frem i loven. Sykepleiere utdannes til å vurdere somatiske og psykiske pasienters tilstand. Legen er avhengig av denne kompetansen for å kunne gjøre sine faglige beslutninger slik at tilbudet til pasientene blir forsvarlig.

Kapt. 11.6.7 Døgntilbud

Høringsinstansene er bedt spesielt om å vurdere nødvendigheten av å lovfeste en plikt for kommunene til å sørge for at det etableres et døgntilbud for observasjon, undersøkelse og behandling som et alternativ til sykehusinnleggelse.

Det foreslås at dette tilbudet evt. bygges eller etableres i allerede eksisterende sykehjemsbygg for å samle og bruke faglig kompetanse. I våre dager satses det på mer kompetanse i sykehjem blant annet intravenøse prosjekter, for å slippe å flytte eldre til sykehus for væske og antibiotika behandling.

Det er viktig at fagmiljøer styrkes. I rekrutteringsundersøkelser for sykepleiere påpekes det at et faglig stimulerende miljø er attraktivt.

Kapt. 17 Undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning

Sykepleierutdanningene i Norge er opptatt av å møte framtidens utfordringer i kommunal sektor. Vi har tatt vårt samfunnsmandat på alvor ved å sørge for at sykepleierstudenter har kliniske studier i sykehjem, hjemmesykepleie og DPS

Det sies at utdanningsinstitusjonene i for stor grad er rettet mot spesialisthelsetjenesten. Det ønskes påpekt at norsk sykepleierutdanning har mer enn halve tiden av sine kliniske studier i kommunal helsetjeneste. Et problem er at sykehjemmene har en stor andel ufaglært helsepersonell, noe som fører til at studentenes læringsmuligheter i kommunal sektor er svært varierende.

En utfordring kan være å finne kvalifisert veiledningspersonell for sykepleierstudenter siden kravet til antall sykepleiere fra kommunenes side ikke er definert.

Utfordringer mht. veiledning av studenter vil også kunne gjelde videre- og etterutdanninger.

I denne sammenheng ønskes det å opplyse om at Oslofjordalliansen (høgskolene i Buskerud, Vestfold og Østfold) utreder nå muligheten for å starte en *masterutdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Dette gjøres for å øke kompetansen hos helsearbeidere slik at intensjonene i samhandlingsreformen lettere kan gjennomføres.

Vi mener det bør presiseres i kommende lov hvilket ansvar og rolle praksisfeltet/kommunene har for å legge til rette for gode læringsarenaer/læringsmuligheter for studenter og elever. For å sikre fremtidig rekruttering i kommunal sektor må læringsmulighetene styrkes. Derfor er det viktig å nedfelle i loven hva praksisfeltets ansvar er.

Sykepleierutdanningen ved statlige høgskoler har pr. i dag hovedansvaret for å utdanne sykepleiere. Utdanningssektoren nevnes i begrenset grad og vi stiller spørsmål med hva som ligger til grunn for det. Vi mener at et samarbeid med utdanningssektor om etter- og videreutdanning til sykepleiere, hjelpepleiere osv. er avgjørende for å sikre at kvalitetsforbedring finner sted i kommunal sektor.

Vi stiller derfor spørsmål ved hvilken rolle departementet tenker at utdanningssektoren skal ha i framtidens helsevesen. Vi mener dette bør komme inn i lovverket.

Kapt. 19. Avvikshåndtering

Vi stiller oss kritiske til at avvikshåndtering i kommunal sektor overføres fra Helsetilsynet til Nasjonalt Kunnskapssenter. Vi mener det er naivt å tro at meldinger om avvik vil øke dersom meldere unngår sanksjoner. Begrunnelsen for den ordningen der Kunnskapssenteret får en rolle der feil og mangler kartlegges og at forbedring vil finne sted, har vi liten tro på. Vi har erfaring fra sykehjem i dette fylket og har en oppfatning om at det skal tungt skyts til for å få til forbedring i denne sektoren. Årsaken ligger på flere nivå: ledelse, begrenset antall faglærte, pleiekultur, motstand mot endring etc.

Vi mener at Helsetilsynet bør ha tilsynsrollen i fremtiden.

Kapt. 19.6 Kvalitet

Gjennomgående i hele helselovgivningen stilles det krav til kvalitet og at tjenestene skal være faglig forsvarlige. Det sies at forsvarlig tjenester må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. *Det bør komme tydeligere frem hvor på akse for forsvarlighetskravet skal ligge.*

Endringer i definisjonen av kvalitet synes ikke hensiktsmessig. Det er helsepersonellet som er profesjonelle, ikke kunnskapen i seg selv. Kunnskap innhentets fra ulike områder jfr. kunnskapsbasert praksis. Således synes vi at definisjonen Nasjonal helseplan 2007-2010 gir av kvalitet er bedre (jfr. s. 246) enn den som departementet foreslår (s. 248).

IKT systemer

Pr. i dag hender det at helsepersonell ikke gir informasjon til samarbeidende helsepersonell pga. misforstått taushetsplikt. Det bør komme tydelig frem at for eksempel en sykepleier som har ansvar for observasjoner og vurderinger av pasienter, må ha kjennskap til pasientens diagnoser. Enkelte hevder at det er nødvendig å få pasientens samtykke til dette.


Vi mener ansvarsfordeling må klargjøres. Hvis diagnoser ikke skal være kjent, må sykepleier kunne frasi seg sitt ansvar pga. manglende faglig forsvarlighet for utøvelsen av sykepleie.


Generelt

I avslutningen av hvert kapittel er det gjennomgående en kommentar om at endringer som følge av den nye loven ikke vil få økonomiske konsekvenser.

Dette stiller vi oss kritiske til. En ressursvekst i kommunal sektor vil koste penger. Ved å overføre flere konkrete oppgaver og større ansvar til kommunene relatert til helse, er det vanskelig å forestille seg at det kan skje kostnadsfritt.

Med vennlig hilsen
Høgskolen i Vestfold


Petter Aasen
Rektor


Lisbeth Thoresen
Dekan