

Helse- og omsorgsdepartementet
Einar Gerhardsens plass 3
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Oslo, 17.01.2011
Vår ref: ERB
Deres ref: 200903950-/ATG

Høringssvar fra Norsk Fysioterapeutforbund til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	2
2. Autorisert helsepersonell en nødvendighet	2
3. Fysioterapitjenesten.....	3
4. Privat helsetjenestevirksomhet i kommunene	4
5. Elektronisk samhandling og IKT-systemer	6
6. Kommentar til kapitlene i lovforslaget.....	6
Kapittel 1 Formål, virkeområde og definisjoner	6
Til 1-3 Definisjoner	6
Kapittel 2 Forhold til andre lover	7
Til 2-1 Forholdet til helsepersonelloven.....	7
Til § 2-3 Forvaltningslovens anvendelse	7
Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester.....	7
Til § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester	8
Til § 3-2 Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester .	8
Til 3-3 Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.	11
Til 3-6 Kommunenes ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring.....	12
Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet	12
Kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver	13
Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak.....	13
Til § 6-2 Krav til avtalens innhold	13
Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet	13
Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning	13
Kapittel 11 Finansiering og egenbetaling	13
Til § 11-1 Kommunenes ansvar for utgifter	13
Til kapittel 12 Forskjellige bestemmelser.....	14

1. Innledning

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet, og vil herved avgi høringsuttalelse til lovutkastet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

NFF støtter samhandlingsreformens intensjoner, og vi har tidligere påpekt at fremtidens helse- og omsorgsutfordringer ikke kan løses med å gjøre mer av det samme som vi gjør i dag. En styrket kommunehelsetjeneste med bedre forbygging, tidlig intervensjon og rehabilitering er viktige elementer som må på plass. Grunnlaget for NFFs vurdering av forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov har vært om loven bidrar til at målene i samhandlingsreformen nås.

NFF mener lovforslaget ikke støtter opp om intensjonene i samhandlingsreformen i tilstrekkelig grad. En omfattende reform av den kommunale helse- og sosialtjenesten krever langt tydeligere styring enn det som fremkommer i høringsnotatet.

NFFs merknader til høringsutkastet er i hovedsak følgende:

NFF er opptatt av at fysioterapitjenesten må omtales og lovreguleres i § 3-2, i og med at en av premissene i lovforslaget er å videreføre gjeldende rett. Fysioterapitjenesten er en svært viktig del av kommunehelsetjenesten. Dersom den ikke er lovpålagt, kan den stå i fare for å bli nedprioritert i økonomiske innsparingstider. Det henvises til høringsuttalelsens punkt 3 og 6 for en nærmere redegjørelse for dette.

NFF mener det er viktig at helsetjenester utføres av autorisert helsepersonell. NFFs bekymring er at forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse når det gjelder utførelse av enkelte tjenester. NFF mener derfor at forslår derfor at lovutkastet må endres for å sikre pasientene behandling av offentlig godkjent helsepersonell. Det henvises til høringsuttalelsens punkt 2 og 6 for en nærmere redegjørelse for dette.

Gjeldende kommunehelsetjenestelov kapittel 4 om privat virksomhet som del av helsetjenesten i kommunen er ikke videreført i det nye forslaget. NFF mener at rettsgrunnlaget for etablering av nye driftsavtaler ikke er like tydelig som i dagens lov, hvor fysioterapitjenesten er lovpålagt. Rettsgrunnlaget for etableringer av avtalehjemler for privat fysioterapivirksomhet er, etter NFFs vurdering, ikke godt nok omtalt i høringsnotatet. Det henvises til høringsuttalelsens punkt 4 og 6 for en nærmere redegjørelse for dette.

Høringsuttalelsens punkt 5 omhandler elektronisk samhandling og IKT-systemer. Uttalelsens punkt 6 knytter merknader til de sentrale kapitlene i lovutkastet.

2. Autorisert helsepersonell en nødvendighet

NFF mener det er viktig at helsetjenester utføres av autorisert helsepersonell. NFFs bekymring er at forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse når det gjelder utførelse av enkelte tjenester. NFF forslår derfor at

begrepet helsehjelp må benyttes gjennomgående i lovutkastets kapittel 3 på en slik måte at man sikrer pasientene behandling av offentlig godkjent helsepersonell.

NFF kan ikke se at samhandlingsreformens mål kan nås med forslaget om profesjonsnøytralitet. Lovforslaget stiller, på samme måte som i dag, kommunene fritt til å organisere helsetjenestene slik de mener er mest hensiktsmessig. Samtidig stilles det ikke lenger krav til hvilken kompetanse de som utøver helsetjenestene, skal ha. Vi mener dermed at forslaget ikke bidrar til å sikre likeverdige tilbud, og vi frykter derfor store forskjeller på tjenestetilbudene i kommunene.

Helsepersonell har profesjonsutdanning som fører frem til offentlig autorisasjon. Det gir trygghet for at personellet kan sitt fag og legger grunnlag for faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Profesjoner burde være et begrep for kvalitet og tydeliggjøring av hvilke oppgaver man er kvalifisert til å gjøre, slik at pasientene får best mulig behandling. Hva man er kompetent til, ligger i kravene som stilles i utdanningene, og testes for leger og fysioterapeuter i praksis gjennom utdanningen, hvor kandidatene blir vurdert som egnet til selvstendig behandlingsansvar.

Kommunene har allerede i dag krevende faglige oppgaver, og det foreliggende lovforslaget tar sikte på å øke oppgavene både i omfang og kompleksitet. Dette innebærer at kommunen trenger nødvendig fagkompetanse både til tjenestene som skal ytes, og til å vurdere hva som mangler av kompetanse for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Tjenestene bør derfor gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. For enkelte tjenester bør det også vurderes om det i forskrifts form bør konkretiseres kompetansekrav, på tilsvarende eller tilnærmet samme måte som gjeldende forskrift om legemiddelhåndtering.

Det legges til grunn at dagens lov er til hinder for ansettelse av enkelte yrkesgrupper. Oppfatningen av at fysioterapeuter fortrenger annet helsepersonell slik det står omtalt i høringsnotatet, er ikke begrunnet i notatet, og NFFs erfaringer og utviklingen av årsverk i fysioterapitjenesten støtter heller ikke opp under en slik hypotese.

3. Fysioterapitjenesten

Fysioterapeutene har en viktig rolle innen forebyggende arbeid og er en helt sentral yrkesgruppen innen behandling muskel/skjelettlidelser, men også innen mye annen behandling. Fysioterapeuter er helt sentrale i rehabilitering for å sikre gjenvinning av funksjon. Når man skal videreføre gjeldende rett og styrke innsatsen innen de områdene fysioterapeutene arbeider innenfor, må fysioterapitjenesten omtales og lovreguleres i § 3-2. Dersom tjenesten ikke er lovpålagt, kan den stå i fare for å bli nedprioritert i økonomiske innsparingstider. Vi erfarer dette allerede innen deler av tjenestens virksomhet.

Fysioterapitjenesten tilbud om utredning, diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering bidrar til høyere livskvalitet, bedre helse og raskere tilbakeføring til arbeidslivet. For å sikre rask behandling og videre henvising har fysioterapeuter med mastergrad i manuellterapi henvisnings- og sykemeldingsrett.

Oppgavene kan i dag utføres av fysioterapeuter ansatt i kommunale stillinger eller av privatpraktiserende fysioterapeuter med eller uten driftsavtale med kommunen. Denne kombinasjonen av ansatte og privatpraktiserende er unik, og har vist seg som en svært effektiv og hensiktsmessig måte å organisere tjenesten på. Brukergrupper og oppgaver som utøves er forskjellige innen disse to delene av den kommunale fysioterapitjenesten, og utfyller hverandre. Enkelte typer behandling er egnet for stykkprisfinansiering, andre mer omfattende behandlinger og deler av det forebyggende og helsefremmende arbeidet egner seg for fysioterapeuter ansatt i kommunale stillinger.

Oppgavene som utføres av fysioterapeuter ansatt i kommunale stillinger på fast lønn, er et stort spekter av tjenester. Det er forebyggende innsats i helsestasjons- og skolehelsetjenesten rettet mot familier, i barnehager og skoler, og mye er fokusert på å forebygge livsstilsrelaterte problemer. Fysioterapeuten er også sentral i frisklivssentralene og driver virksomhet for å redusere omfanget av fall og funksjonssvikt hos eldre. Ansatte fysioterapeuter har ofte ansvar for diagnose, behandling og habilitering/rehabilitering av barn og voksne med funksjonshemninger, både i hjem, i barnehage/ skole og på institusjon og sykehjem. Tilbud om aktivisering og opptrening, samt stimulering, forbedring og vedlikehold av funksjonsevne, står sentralt i denne virksomheten.

Flertallet av fysioterapeutene (ca. to av tre) i kommunehelsetjenesten driver diagnostisering og behandling i egen privat praksis med eller uten avtale med kommunene. Brukerne oppsøker selv fysioterapeuten på bakgrunn av henvisning fra lege, og behandlingen blir oftest utført i fysioterapeutens lokaler. Rekvisisjon fra lege er ikke nødvendig ved konsultasjon hos manuellterapeut. Fysioterapi kan også ytes i pasientens hjem hvis dette anses som nødvendig. Oppgavene er i hovedsak utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering av muskel-/skjelettsykdommer, psykiske og revmatiske plager og bruddbehandling. Pasientgruppen er i hovedsak fra den voksne befolkningen i yrkesaktiv alder. Å forebygge sykefravær knyttet til muskel-/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, hindre utstøting fra yrkeslivet, arbeidsplassvurderinger og rehabilitering tilbake til arbeid står sentralt i de privatpraktiserende fysioterapeutenes virksomhet.

NFF mener at det er uklart om fysioterapitjenestens faglige bredde og omfang innen alle de individrettede og grupperettede helse- og omsorgstjenestene er med i lovforslagets § 3-2. Det står videre i høringsnotatet at fysioterapi er en behandlingsform, samtidig som den omtales som en tjeneste. Begrepsbruken er upresis og direkte feil. Omskrivning av premissene i lovens forarbeider er helt nødvendig i den endelige lovproposisjonen for å luke ut motsigelser og uklarheter.

På viktige områder for fysioterapitjenesten foreslås det at reglene skal fastsettes i forskrift i stedet for i lov. Dette gjelder for eksempel lovforslagets § 3-2. Forskriftene skal blant annet angi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene som kommunene har ansvar for. NFF mener at en forskrift ikke vil kunne angi nærmere krav til tjenester som ikke er omtalt i loven.

4. Privat helsetjenestevirksomhet i kommunene

Kommunehelsetjenestelovens kapittel 4 om privat virksomhet som del av helsetjenesten i kommunen er ikke videreført i det nye lovforslaget. NFF mener dermed at rettsgrunnlaget

for etablering av nye driftsavtaler ikke er like tydelig som i dagens lov, hvor fysioterapitjenesten er lovpålagt. Rettsgrunnlaget for etablering av avtalehjemler for privat fysioterapivirksomhet er etter NFFs vurdering ikke godt nok omtalt i høringsnotatet. Videre stiller NFF spørsmål om nasjonale rammeavtaler på området fortsatt skal videreføres, og hva som menes med private tjenesteytere i lovutkastets § 3- 2. Er det tenkt at lov om offentlige anskaffelser skal komme til anvendelse på dette området?

Gjeldende lov er tydeligere på dette området, ettersom privat virksomhet her er omtalt og inngår som del av forarbeidene til loven. NFF erfarer likevel at kommunene har problemer med å håndheve dagens lov på de områder som er relevante for fysioterapitjenesten. Dette til tross for at dette dreier seg om relativt få, korte og konkrete bestemmelser. NFF er derfor svært bekymret for at en regelverksstruktur som innebærer en utydelig lov og en økt regelverksmengde, vil gjøre det enda vanskeligere å oppfylle lovens intensjoner.

NFF mener at privat virksomhet som del av kommunehelsetjenesten må videreføres og beskrives nærmere i forarbeidene til loven, i loven og eventuelt i forskrift. NFF mener det er nødvendig at privat fysioterapivirksomhet beskrives nærmere for å sikre en videreføring av denne virksomheten i kommunene, og for å sikre at uklartheter i forhold til avtaler i størst mulig grad sikres avklart i forarbeidene til loven.

I dag er en del av regelverket for privat praksis regulert i sentrale avtaler som ASA 4313 (Avtalen mellom KS og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter) i tillegg til kommunehelsetjenesteloven. Hvordan det blir med slike avtaler i fremover, er helt uklart. Lovforslaget kan forstås slik at forskrifter skal erstatte sentrale avtaler når det gjelder kunngjøring av ledig praksis, om fremgangsmåten ved valg blant søkere og om avtalevilkår. NFF mener det er uklart om departementet ser for seg at det skal inngås sentrale rammeavtaler på disse eller andre tema. Vi kan heller ikke se at driftsavtalebegrepet videreføres.

Realiteten er at det i dag er fysioterapeuter som har driftstilskuddshjemler som ikke samsvarer med praksisomfanget, da driftshjemmelen er lavere enn praksisomfanget. I ASA 4303 fra 2009 og 2010, i tillegg til statsbudsjettene for 2009, 2010 og 2011, ligger det en forutsetning om at et driftstilskudd skal samsvare med fysioterapeutens reelle praksisomfang. Likevel er det en nedgang i utlysningen av 100 %-avtaler og en økning i hjemler mellom 50 og 100 %. Denne utfordringen har med andre ord ikke latt seg løse gjennom føringer fra storting og regjering eller gjennom ASA 4313. I Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2011 påpekte både helse- og omsorgskomiteen og kommunal- og forvaltningskomiteen behovet for å gjennomføre tiltak som sikrer samsvar mellom driftshjemlenes størrelse og omfanget på utført arbeid. Verken ASA 4303 eller statsbudsjettdokumentene sier noe om hvordan et driftstilskudd skal bringes i samsvar med praksisomfanget. Samtidig som rettsgrunnlaget for nyetableringer synes å bli svakere, foreslås det i statsbudsjettet at kommunene skal ha økt finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten. NFF mener derfor det må utarbeides lovbestemmelser som regulerer nye utlysninger og allerede inngåtte avtaler med formål å sikre samsvar mellom avtalens størrelse og aktivitet enten i form av bestemmelser i forslag til lov, eller at slike skal fastsettes i forskrift.

I og med at lovforslaget er profesjonsnøytralt, kan det reises spørsmål om driftsavtalene som tradisjonelt inngås med fysioterapeuter i dag, nå kan inngås med andre profesjoner i stedet. Dette fordi lovforslaget ikke legger til grunn at det er de behandlingsgruppene som er regulerte av folketrygdlovens kapittel 5, det her siktes mot.

Når kommunene kan oppleve pliktbestemmelsen for å tilby fysioterapitjeneste mindre tydelige i lovforslaget, vil befolkningens tilgang til fysioterapibehandling bli redusert.

5. Elektronisk samhandling og IKT-systemer

Informasjonsteknologi (IKT) er et virkemiddel for helsepolitiske mål om kvalitet, effektivitet og helhetlig pasientforløp. Målsettingen er at elektronisk kommunikasjon skal være den ordinære måten å kommunisere på både mellom tjenesteytere og pasient og mellom de ulike tjenesteyterne.

Departementet ber særskilt om synspunkter om når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres til ulike brukergrupper og innen hvilke områder. Det er planlagt et prosjekt i hele 2011 for fysioterapeuter som skal belyse dette tema. Prosjektet vil kunne gi svar på hvilke funksjoner som er aktuelle for fysioterapeuter ved elektronisk samhandling. Det er økonomiske evt. tekniske kostnader som er avgjørende for hvor raskt fysioterapeutene etter gjennomført prosjekt i 2011 kan gå over på kommunikasjon over linje. Kostnadene for oppkobling til slike løsninger kan ikke belastes den enkelte næringsdrivende fysioterapeut. Videre er velfungerende og funksjonell adresseregistre noe som kan lette samhandlingen.

Forsvarlige IKT- systemer

Departementet foreslår at faglig forsvarlighetsbegrep utvides til å omfatte IKT-systemer for virksomheter som har avtale med kommunen. Dette kravet vil derfor gjelde for alle privatpraktiserende med avtale med kommunen. I praksis vil dette bety at fysioterapeuter må ha en elektronisk pasientjournal som tilfredsstiller nasjonale standarder og funksjonskrav. Det vil være et stort ansvar å pålegge den enkelte yrkesutøver dette. NFF mener derfor at en sertifiseringsordning må være på plass for å sikre den enkelte at den leverte programvaren overholder kravene. NFF mener også at pålegg om forsvarlige IKT-systemer ikke kan gjøres gjeldende for fysioterapeuter med avtale med kommune før en obligatorisk sertifiseringsordning er på plass. Det er vanskelig å uttale seg om hvor lang frist som bør settes for en slik sertifiseringsordning, men NFF antar at seks til ni måneder vil være tilstrekkelig for leverandøren. NFF ber om at sertifisering nevnes som en del av den ikke-uttømmende opplistingen av formål i helseregisterloven § 16 fjerde ledd.

6. Kommentar til kapitlene i lovforslaget

Kapittel 1 Formål, virkeområde og definisjoner

Til 1-3 Definisjoner

Begrepet helsehjelp er benyttet i lovens § 1-3 Definisjoner, men er ikke videre benyttet i lovteksten. Dette innebærer at loven ikke er til hinder for ansettelse av eller å inngå avtale med personellgrupper som ikke har autorisasjon til å yte helsetjenester. Definisjoner skal angi viktige begreper som benyttes videre i lovteksten. Vi kan ikke se at begrepet helsehjelp anvendes i lovteksten i henhold til dette.

Kapittel 2 Forhold til andre lover

Til 2-1 Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven skisserer en rekke kvalifikasjonskrav til det helsepersonellet som yter helsehjelp. Departementet har valgt å la en bestemmelse i lovforslaget få anvendelse foran lovteksten som står i gjeldende helsepersonellov. NFF kan videre ikke se at denne nye loven kan stå over helsepersonelloven. Lovforslagets § 2-1 bør derfor inntas i en eller annen form i helsepersonelloven. Begrunnelsen for at departementet ikke har valgt å ta inn en slik bestemmelse i helsepersonelloven, er at det er vanskelig å se konsekvensene av en slik lovendring. Man har likevel valgt å endre anvendelsesområdet til helsepersonelloven § 3. NFF mener at det også er vanskelig å se konsekvensene av en slik måte å gjøre dette på.

Lovforslagets § 2-1 er videre uklar. Bestemmelsen har ingen reservasjoner i ordlyden, til tross for at det skisseres unntak flere steder i høringsnotatet. I departementets vurderinger på lovforslagets side 61 står det for eksempel at "...helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel (vår understrekning) skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1." Under høringsnotatets punkt 8.2.5 (side 81) står det at helsepersonelloven likevel ikke skal gjelde for de som mottar omsorgslønn etter lovforslagets § 3-7.

Med en så vidtrekkende og uklar bestemmelse som det lovforslagets § 2-1 representerer, vil det også være vanskelig for pasientene og andre brukere av loven å forstå når den kommer til anvendelse.

I lovutkastets §§ 5-4 inntas det bestemmelser som i hovedsak er likelydende som helsepersonellovens tilsvarende bestemmelser. I og med at departementet foreslår at helsepersonelloven skal gis tilsvarende anvendelse på den foreslåtte loven, er det uheldig at man samtidig gjengir bestemmelser som allerede ligger i helsepersonelloven. Dersom disse bestemmelsene i helsepersonelloven endres, vil det lett oppstå uklarheter rundt tilsvarende bestemmelser i lovutkastet.

Til § 2-3 Forvaltningslovens anvendelse

NFF kan ikke se at det er behov for særregler som går foran forvaltningslovens regler. Dette av hensyn til pasientene.

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Strukturen og sammenhengen i lovens kapittel 3 er uklar, og vi mener at dette vil gjøre kapitlet vanskelig å forstå og vanskelig å anvende for kommunenes saksbehandlere. Det må foretas en gjennomgang av oppbyggingen av § 3-2 og de påfølgende bestemmelsene.

Departementet legger i høringsnotatet ikke opp til at lovforslaget skal innebære noen innskrenkning av de kommunale oppgavene. Forslaget kan likevel skape uklarheter i det som angår kommunens plikt til å yte tjenester og hva tjenestene skal inneholde. Sammenslåingen av sosial- og helselovgivning må ikke forringe innbyggernes tilgang på helsehjelp slik den er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Helsehjelp må være en tydelig del av loven og inkluderes i §§ 3-1 og 3-2 slik at begrepet *helsetjenester* endres til *helsehjelp*. Det vises for øvrig til punkt 2 i dette høringsnotatet.

Til § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Siden loven omhandler helse- og omsorgstjenester og ikke bare helsehjelp, vil kvalitetsstandarder være det som sikrer faglig forsvarlige tjenester og danne grunnlag for avviksmeldinger, revisjoner og forbedringer. Befolkningen må vite hvilken kvalitet de kan forvente, og de ansatte må vite når tjenestene avviker fra kvalitetsstandarden. I § 3-1 må det derfor tas inn en setning om at *kommunen plikter å følge veiledere og nasjonale retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet.*

Videre følger det av § 3-1 i ny helse- og omsorgslov at det er kommunen der personen bor eller oppholder seg, som skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. NFF erfarer at mange som trenger fysioterapibehandling, får dette i kommunen de arbeider, ikke i den kommunen de bor. Dette innebærer at det for mange er enklere å kombinere arbeid og behandling. Dette er dermed et viktig element for å sikre et inkluderende arbeidsliv. Videre er vi kjent med at brukere med behov for omfattende helse- og sosialtjenester får tilbud om tjenester som ligger utenfor kommunen. Slik lovforslaget er utformet, kan rettighetene til brukere begrenses i forhold til tjenester i hjemkommunen, og kommunen kan sette som vilkår at bruker er bosatt i kommunen. NFF mener det må komme tydelig frem av lovteksten og dens forarbeider at man har krav på helsetjenester også i oppholdskommunen.

NFF ønsker videre å påpeke at fjerde ledd er utformet slik at det kan stilles spørsmål om den private jordmor- og fysioterapitjenesten inngår som del av den offentlig organiserte tjenesten. Som omtalt i høringsuttalelsens del 4 er to tredeler av fysioterapitjenesten organisert som privat tjeneste. Dersom dette også i fremtiden skal være en del av den kommunale helsetjenesten, må § 3-1 fjerde ledd endres tilsvarende gjeldende kommunehelsetjenestelov. Følgende endring foreslås derfor av § 3-1 fjerde ledd (endringer er markert i kursiv): Kommunenes *helsehjelp* og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert *helsehjelp* og omsorgstjenester som ikke hører inn under stat eller fylkeskommune, *og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen som nevnt i §§ 3-2 og 11-1.*

Til § 3-2 Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Oppbyggingen av dette kapitlet er inkonsistent og bærer i stor grad preg av sammenslåingen av de to lovene, uten at man har lyktes å gjøre det slik at de ulike ansvarsområder og tiltak fremstilles likeverdig. I § 3-2 er mange av de nåværende tiltak under kommunehelsetjenesteloven listet opp, mens § 3-5 til 3-9 er egne avsnitt fra sosialtjenesteloven. Disse paragrafene må gjennomgå.

Det er for eksempel ikke logisk at personlig assistanse er en del av § 3-2, punkt 6, bokstav c, og at det er en egen § 3-9 om brukerstyrt personlig assistanse. Det samme gjelder for § 3-2, punkt 3, bokstav a og § 3-5. Det er en fare for at de viktige helse- og omsorgstjenestene i § 3-2 blir mindre synlig og mindre vektlagt.

Kvalitet, kapasitet og kompetansekrav danner grunnlag for beskrivelser av faglig forsvarlighet. Vurdering av faglig forsvarlighet krever faglig innsikt. Det er ikke likegyldig hvem som utpekes som faglig ansvarlige for tjenestene i kommunen. For å sikre at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang, er det derfor

viktig at det i forskrifter stilles krav til kompetanse hos ledere og tjenesteutøvere på alle nivåer. NFF mener kommunene må ha en basisbemanning for å sikre kvalitativt gode helsetjenester til befolkningen og for å klare å nå målsettingene i samhandlingsreformen om forebygging, tidlig intervensjon, hindre sykehusinnleggelser og kunne ta imot utskrivningsklare pasienter på en god måte som hindrer reinnleggelser. Basisbemanningen bør bestå av lege, fysioterapeut, psykolog, sykepleier, helsesøster, jordmor, ergoterapeut og ernæringsfysiolog. NFF mener kravene til en basisbemanning i kommunehelsetjenesten må tas inn som nytt ledd i § 3-2 eller som egen paragraf under kapittel 3.

Til § 3-2 første ledd nr 1 Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

NFF støtter departementets vurdering om at forebyggende tjenester må omtales mer konkret i forhold til hvilke tjenester som faktisk må ytes. Se også kommentarer til § 3-3.

Til § 3-2 første ledd nr 1 bokstav a. opplysning, råd og veiledning

I høringsnotatet er helseopplysning beskrevet som et pedagogisk virkemiddel som bør gis i en personlig form, slik at helseopplysningens budskap treffer enkeltindivider. Helsesøster og fastleger angis å ha viktige funksjoner i forhold til dette. NFF mener det også må omfatte veiledning som ytes av andre. Helseopplysning som gis som del av frisklivstilbud, må inngå i beskrivelsen av dette punktet, da dette er et svært viktig tiltak for å nå målene i samhandlingsreformen.

Til § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav b) og c) Helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste

NFF støtter at det fremgår eksplisitt av lovteksten at kommunen har plikt til å ha helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skolen, og at gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten videreføres med hjemmel i ny lov.

NFF har erfaring for at det ikke er nok å nevne helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjenesten for å sikre en god tjeneste. Rapporten om utviklingstrekk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser at det tverrfaglige tilbudet er redusert og at fysioterapiårverk går ned¹. Når først helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjenesten nevnes, bør det poengteres at det skal være en tverrfaglig tjeneste med fokus på forebygging. De sosiale helseforskjellene er store og økende i Norge. Atferd som gir økt risiko for sykdom, er mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Tidlig forebyggende innsats i helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjenesten er derfor av avgjørende betydning i et utjevningssperspektiv, men også i forhold til satsingen i samhandlingsreformen.

Til § 3-2 første ledd nr. 2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

I høringsnotatet står det at svangerskaps- og barselomsorgstjenester kan ytes av allmennlege/fastlege, på helsestasjon, hos jordmor ansatt hos lege eller hos privatpraktiserende jordmor. Videre beskrives oppgavene som er tenkt ivaretatt av svangerskaps- og barselomsorgstjenestene, og betydningen av jordmorkompetanse vektlegges.

¹ IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjon- og skolehelsetjenesten

I rapporten fra Helsedirektoratet om utviklingsrekk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gis følgende beskrivelse: "På den knappe tiden på sykehuset er få kvinner mottagelige for den viktige informasjonen fra fysioterapeut vedrørende mors helse i barseltiden, treningsråd, bekkenbunnstrening og ergonomi i forbindelse med bæring, løft og amming. Mange sliter med bekkenrelaterte plager og inkontinensproblematikk postpartum. Det er viktig at slike problemstillinger blir tatt på alvor da konsekvensene kan bli store både for individet og for samfunnet i form av økte kostnader til hjelpemidler og sykemeldinger" (s.50)². Bekkenproblematikk og plager i svangerskapet knyttet til mulighetene for å være i arbeid er ikke belyst i høringsnotatet. Forskjellen på kvinners og menns sykefravær i aldersgruppa 20-40 år kan i svært stor grad forklares med svangerskapsrelaterte plager, derfor må dette området beskrives i forarbeidene for å sikre at kommunene også ser dette som del av det forebyggende arbeidet overfor gravide.

I lovteksten fremkommer det ikke noen krav til fagkompetanse for å yte denne tjenesten. Ifølge forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som videreføres med hjemmel i ny lov, skal kommunen tilby svangerskapskontroller i tilknytning til helsestasjonen. Det beskrives også hva tilbudet til gravide skal omfatte. Forskriften omtaler imidlertid ikke behovet for konkrete faggrupper eller kompetanse på helsestasjonen. Kommunens plikt til å ha tilknyttet jordmor videreføres ikke fra kommunehelsetjenesteloven.

NFF mener det er positivt at tilbudet til gravide på helsestasjonen videreføres, men vil samtidig påpeke betydningen av å ha personell med rett kompetanse slik at tjenestene som ytes er forsvarlige. Kommunens ansvar for å vurdere kompetansebehovet opp mot de faglige utfordringene i tjenesten må tydeliggjøres enten i den nye loven eller i forskrift.

Til § 3-2 første ledd nr. 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

For å sikre at en fremtidig helsetjeneste bemannes av riktig personell, mener NFF det er nødvendig med en endring av lovforslaget. Det må være tydelig for kommunene hvilken kompetanse som bør ligge til grunn for å dekke innbyggernes behov innen utredning, diagnostisering og behandling. Det er et avgrenset antall profesjoner med autorisasjon som utreder og behandler pasienter. I folketrygdloven er disse gruppene beskrevet. Dette er i henhold til folketrygdlovens kapittel 5 lege, fysioterapeut og psykolog. Viser for øvrig til våre merknader til dette i høringsuttalelsens punkt 3.

NFF foreslår derfor følgende forslag til endring:

Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordningen, *fysioterapitjenesten og psykologtjenesten*.

Til § 3-2 første ledd nr. 5. Sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering

Ved Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen var det bred politisk enighet om å styrke rehabilitering, som ble for lite vektlagt i meldingen. Punktet omfatter store deler av helsetjenesten, og må presiseres på lik linje med andre punkter i § 3-2.

NFF foreslår derfor følgende forslag til endring:

² IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, *herunder*

- a) *Opptrening; fysisk, kognitivt og sosialt*
- b) *Tilrettelegging*
- c) *Råd og veiledning*
- d) *Arbeidsrehabilitering*

Vi erfarer at rehabilitering i liten grad prioriteres i kommunen. Skal kommunene ta en viktig del av rehabiliteringsarbeidet, må det være tydelig hvilke elementer som inngår i et rehabiliteringsforløp. Opptrening er en helt vesentlig del av dette, og som kun delvis ivaretas i spesialisthelsetjenesten i dag og kanskje i enda mindre grad i fremtiden.

Arbeidsrehabilitering må være tema i helse- og omsorgstjenestene, fordi kommunenes ansvar når det gjelder tiltak rettet mot arbeid og arbeidsplass, er uklart i dag. De helsefaglige sidene av arbeidsrehabilitering dekkes ikke tilfredsstillende av NAV. Det er et stort behov for å klargjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar i forhold til alle tre delmålene i IA-avtalen, og hvordan samarbeidet med NAV skal sikres. Derfor bør dette eksplisitt nevnes i loven.

Til § 3-2 andre ledd

I lovforslaget står det at tjenester nevnt i første ledd kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunene inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. I merknadene er det beskrevet at dette også gjelder inngåelse av driftsavtaler med for eksempel fastlege eller fysioterapeut. NFF mener det er uklart hva som menes med private tjenesteytere, og at det i lovteksten må henvises til folketrygdlovens kapittel 5, herunder § 5-8. Det er viktig at lovteksten inneholder regler om at fysioterapeuter som innehar deltids avtalehjemler, gis en fortrinnsrett ved utlysning av ledige avtalehjemler. Viser forøvrig til våre merknader i vår høringsuttalelse punkt 4 og våre merknader til § 11-1.

Til § 3-2 tredje ledd

For at forskriftene skal kunne benyttes i utvikling og kontroll av omfang og kvalitet på tjenestene, må de være like konkrete som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Andre forskrifter, som gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering, er i dag alt for lite konkrete når det gjelder hvilke oppgaver helse- og omsorgstjenestene skal løse i kommunene. Dette gjør forskriften uegnet både til utvikling og tilsyn/kontroll. For å oppfylle lovens formål om nødvendig tilbud av tjenester til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse må det stilles krav om tverrfaglig sammensetning av helsepersonell med rehabiliteringskompetanse.

For å sikre at det kan stilles krav til utdanning og praksis, foreslås følgende endring:
Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innholdet og nærmere krav til utdanning og praksis i tjenestene etter bestemmelsen her.

Til 3-3 Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

I samhandlingsreformen legges det vekt på forebygging og tidlig intervensjon i forhold til livsstilssykdommer. I situasjoner hvor lege ønsker å foreskrive endret livsførsel, har utfordringen vært at pasienten på eget initiativ skal klare dette. All erfaring viser at dette er svært vanskelig, og at mange har behov for tett oppfølging over tid for å lykkes. Kunnskapen om kropp og fokuset på vektlegging av ressurser står helt sentralt i forhold til dette. Det å

tørre å bevege seg selv om det gjør vondt, lar seg gjøre innenfor trygge rammer, med helsepersonell til stede. Kunnskapen om sykdom, kropp, funksjon og belastning er fysioterapeutenes fagområde, og nettopp derfor er de fleste frisklivssentraler bemannet med fysioterapeuter. Kunnskapen om behovet for tett oppfølging for å endre livsstil bør i større grad fremgå i beskrivelsen av dette arbeidet i kommunen. Dette er nødvendig for å endre kommunenes oppfatning av hva helsefremmende og forebyggende arbeid er, og derigjennom nå målene i samhandlingsreformen.

NFF mener derfor *frisklivssentraler bør være en lovpålagt oppgave for kommunene, enten som del av § 3-2 eller i § 3-3.*

Til 3-6 Kommunenes ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring

Dette er en uklar paragraf fordi avgrensingen mellom opplæring, opptrening og rehabilitering ikke er definert. Dette må tydeliggjøres.

Lærings- og mestringssentra er beskrevet i samhandlingsreformen, og NFF støtter etablering av kommunale lærings- og mestringssentra som et lavterskeltilbud knyttet til funksjon og ikke diagnoser. Sentrene må ha tilbud som frisklivstilbud knyttet til fysisk aktivitet, tobakk og ernæring og ha ansatt autorisert helsepersonell. Sentrene kan benyttes til kurs og selvhjelpsgrupper, for eksempel mestringskurs, innføringkurs for likemenn, fallforebygging, livsstilskurs og kurs i helsepedagogikk. Aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

NFF støtter intensjonene i den nye loven om å tydeliggjøre kommunenes ansvar for forsvarlige tjenester. Det er en utfordring at forsvarlige tjenester ikke er klart definert annet enn at det skal være et helhetlig, integrert og verdig tilbud og at helse- og omsorgspersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Obligatorisk faglig ajourføring som styrker tjenesteutøverne, kan være et virkemiddel for å styrke kvalitet og forsvarlighet som kan vurderes.

NFF mener det er positivt at Helsedirektoratets ansvar for å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer synliggjøres i loven. Det er imidlertid en stor oppgave for kommunene å integrere retningslinjene og kvalitetsindikatorene i sitt arbeid. Dette ansvaret til kommunene bør også få en plass i loven for at det skal ha en reell betydning for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i de kommunale tjenestene. Forståelsen av kvalitet i den nye loven er prosessorientert, og stiller krav til ledelse og styring. Det er en svakhet at loven bare angir retningen på kvalitetsarbeidet, og ikke spesifikke krav. NFF støtter forslaget om plikt til kontinuerlig kvalitetsarbeid i forskrift, og det er nødvendig med ressurser og kompetanse for å følge opp denne forskriften.

Mange selvstendig næringsdrivende i kommunehelsetjenesten, som f.eks. fysioterapeuter og leger, arbeider alene uten ledere eller erfarne kollegaer. Dette kan føre til begrensede læringsmiljø i form av internundervisning og erfaringsutveksling. Det er derfor viktig at lovens krav til kvalitet og forsvarlighet også tydelig omfatter denne gruppen.

Kvalitetskrav og forsvarlighetskrav omtales i lovens kapittel 4. Helse- og omsorgstjenesten skal være verdige tjenestetilbud og drive systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og

kvalitet. NFF mener det må defineres hva som menes med verdige tilbud eller hvordan sikre kvalitet.

Kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver

Se merknad til § 2-1.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Tydelige og forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak som omfatter sykehusenes veiledningsplikt og fordeling av ansvar for rehabilitering for ulike grupper pasienter er viktige og nødvendige for å nå målene i samhandlingsreformen.

Til § 6-2 Krav til avtalens innhold

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak kan være et viktig virkemiddel for å fremme kvalitet i tjenestene. Samhandlingsreformen fører til mer ansvar og oppgaver for kommunene, og det fører til et behov for forskning og utviklingsarbeid i kommunene. Forskning er sentralt i forskningsbasert praksis, kvalitetsutvikling i tjenestene og et forskningsbasert utdanningsforløp. Forskning som foregår i helseforetakene, er ikke alltid overførbar til kommunehelsetjenesten, samtidig som kommunene har behov for forskningskompetanse for å kunne drive forskning og utvikling. I § 6-2 Krav til avtalens innhold vil NFF foreslå at det i punkt 10 står at avtalen *skal* omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

NFF ser det som positivt at kommunenes ansvar for individuell plan er ivarettatt i loven. Presiseringen i helsepersonelloven om at helsepersonell har plikt til å melde fra om behovet for individuell plan, styrker dette ansvaret.

Koordinering og samordning av tjenestene er viktig for et helhetlig tilbud, og dette ansvaret kan innehas av ulike profesjoner, avhengig av den enkelte brukers problemer og behov. Begrepet koordinator er derfor en god betegnelse på denne rollen. Det er avgjørende at rammebetingelsene i kommunene legges til rette slik at koordinatoren kan gjennomføre sine oppgaver. NFF mener brukeren selv skal ha en stemme ved valg av koordinator.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

NFF er positiv til at den nye loven viderefører kommunenes ansvar for å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell både i forhold til grunn-, etter- og videreutdanning. For å følge opp samhandlingsreformen er det viktig at helsepersonell blir utdannet til å ivareta behovene i kommunene. Erfaringer fra dagens utdanning i fysioterapi viser at det er vanskelig å få praksisplasser i kommunehelsetjenesten. Det er derfor avgjørende at kommunene forpliktes i forhold til praktisk opplæring. I § 6-2 Krav til avtalens innhold vil NFF foreslå at det tas inn et tilleggspunkt hvor det står at avtalen *skal* omfatte samarbeid om praksis undervisning/praktisk opplæring. Se også NFFs merknader til § 6-2.

Kapittel 11 Finansiering og egenbetaling

Til § 11-1 Kommunenes ansvar for utgifter

Dette er en uoversiktlig bestemmelse.

I første ledd står det at kommunen ikke skal dekke utgifter til bedriftshelsetjeneste. NFF oppfatter dette slik at kommunen ikke har ansvar for å dekke utgifter til bedriftshelsetjeneste for kommunens innbyggere. Det ansvaret ligger hos arbeidsgiver. For de innbyggerne som kommunen har arbeidsgiveransvar for, skal derimot kommunen dekke utgifter til bedriftshelsetjeneste. Denne forskjellen må presiseres i merknaden til bestemmelsen.

NFF mener at lovutkastets tredje ledd må forankre bruk av selvstendig næringsdrivende. NFF er av den oppfatning at omleggingen av finansieringsordningen for fysioterapeuter med driftsavtale må forutsette en forankring av driftsavtaleordningen i loven. NFF mener videre at lovutkastets tredje ledd må deles opp i tre ledd for å gi leddet riktig innhold.

NFF vil at første setning i lovutkastets tredje ledd skal henvise til folketrygdlovens kapittel 5. Lovutkastets tredje ledd samt § 3-3 andre ledd regulerer kommunenes mulighet til å inngå avtaler med privatpraktiserende i kommune. Begrepet driftsavtale er ikke nevnt i lovteksten. Det foreslås ingen endringer av folketrygdloven på dette punktet, og lovutkastets tredje ledd må derfor endres slik at avtaler kan inngås med de som har refusjonsrett etter folketrygdloven. Det er kun fastlege og fysioterapi som faller inn under folketrygdlovens bestemmelse, da det kun er i disse tilfellene at kommunene delvis dekker utgiftene til privat virksomhet etter avtale. NFF foreslår derfor at det inntas et nytt ledd i lovutkastets tredje ledd som sikrer at fysioterapeuter med driftsavtale omfattes av loven:

Tredje avsnitt, forslag til nytt ledd: *Avtaler kan inngås med dem som har refusjonsrett etter kapittel 5 i folketrygdloven.*

Se for øvrig NFFs merknader til § 3-2 andre ledd og NFFs høringsbrev punkt 4.

Til kapittel 12 Forskjellige bestemmelser

Kapitlet inneholder bestemmelser som også har parallelle bestemmelser i helsepersonelloven. Dette mener NFF blir uklart, og bestemmelsene må endres slik at det er tydelig hvilke som skal gjelde for personell etter lovutkastet. Lovutkastet har bestemmelser om taushetsplikt, det samme har helsepersonelloven. Dette må også vurderes ut fra lovutkastet § 2-1.

Med vennlig hilsen
NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND



Eilin Ekeland
Forbundsleder

Elin Bjør
Seniorrådgiver
(sign)