



Helse- og omsorgsdepartementet

18. januar 2011

Høringsuttalelse fra Norsk psykiatrisk forening (Npf) vedrørende Høringsnotat til ny Kommunal helse- og omsorgslov.

Høringsuttalelsen er utformet av styret og har vært på høring til alle underutvalg i foreningen. Høringsuttalelsen er delt inn i fem følgende deler: Først en kort oppsummering av de områdene vi mener er viktigst. Deretter er det en generell uttalelse om hvordan Npf ser på ny lov, så en oppsummering om hva Npf mener er spesielt å kommentere for pasienter med psykisk lidelse. Deretter kommer det en uttalelse av selve lovteksten og til slutt en gjennomgang av de ulike kapitlene i Høringsnotat som danner grunnlaget for forslaget til den nye loven.

- Loven er viktig for å få en bedret helsetjeneste i kommunen og ”sørge for” ansvaret er en god måte og få dette til på. Loven har potensiale til å gi et bedret tilbud til mennesker med psykiske lidelser.
- Verdighet, helhetlig og individuelt tilpasset tilbud må bli kvalitetsmål for kommunene. Alle tre er i behov av faglig og teoretisk forankring.
- Npf er skeptisk til den sentrale plassen omsorg får i lovteksten og oppfordrer til at dette erstattes med et ord som assosierer til mestring
- Kommunene må ”sørge for” utdanning og forskning på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Dette er en forutsetning for bedret kvalitet på tjenestene.
- Forebygging må bli en egen etat i kommunene med større faglig tyngde og bredde enn i dag. Strategier må pålegges å bli utarbeidet i tett samarbeid med de regionale foretakene for å kunne ha størst mulig effekt. Innen psykisk helsefeltet må også de regionale helseforetakene ha et ansvar for forebygging. Kommunene blir for små enheter alene.
- Helsetilbudet til ungdom må tilrettelegges slik at ungdom oppsøker hjelp så tidlig som mulig. Det bør vurderes om ikke ungdoms-helse bør bli et eget fagområde.
- Kommunene må ”sørge for” gode boliger, ikke bare medvirke, til de som på grunn av sykdom ikke kan sørge for det på egenhånd.
- Fastleger og kommuneoverleger må ha økt kunnskap om rus og psykiatri. Obligatorisk psykiatri- og rus-turnus for alle leger vil være en måte å sørge for dette på.
- Tidlig intervensjon for både rus og psykiske lidelser må bli en hovedstrategi for kommunene i både folke- og kommunehelse arbeidet.

Oppsummert generelt om forslag til ny lov:

Norsk psykiatrisk forening ser på lovforslaget som et sterkt virkemiddel til å få til bedre helse og omsorgstjenester i kommunene, bedret ressursutnyttelse og bedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Npf mener det er bra at skillet mellom helse- og omsorgstjenester oppheves og at helsepersonelloven med forskrifter skal gjelde for alle som yter slike tjenester. Videre anser Npf det viktig at de to lovene, kommunehelsetjeneste- og sosialtjenesteloven erstattes med en felles lov. Men Npf er skeptiske til den sentrale plassen omsorg har fått i

lovteksten, da dette er et ord de fleste vil assosiere med å være syk og ikke mestre. I særdeleshet tror Npf at ungdom ikke vil føle seg komfortable med bruk av et slikt ord. Npf ber derfor om at ordvalget gjennomgås for å bli mer verdinøytralt og gjenspeile tilbudet til alle de ulike brukerne.

Det er et viktig forslag at pasientrettighetsloven og pasientskadeloven også skal gjelde på kommunalt nivå og at tjenester ses i sammenheng og skal tilbys samlet. Videre er det viktig at kommunens ulike etater er sentrale aktører i alt forebyggings- og rehabiliteringsvirksomhet, men i tett samarbeid med de regionale helseforetakene. Forebygging bør som rehabilitering være en egen etat i kommunehelsearbeidet.

Verdighetsprinsippet er en viktig overordnet holdning som ikke må bli honnør ord, men oppleves av den enkelte bruker i all hjelp som gis. Dette bør etterspørres av alle tjenesteytere og brukere må få innføring i hva dette innebærer for dem i møte med hjelpere. Like viktig er målet om et individuelt og samtidig helhetlig og tverrfaglig tilpasset tilbud til den enkelte bruker. Npf tror at forutsetningen for at det skal bli god kvalitet på tjenestene, er at det innføres ”nye” fagområder i utdanning og etterutdanningsprogrammer for alle yrkesgrupper som spesielt er rettet mot samhandling og koordinering, forebygging og tidlig intervensjon; og at alle yrkesgrupper trenger større kunnskap om psykisk helse og rus. Begrepene som verdighet og individuelt tilpasset tilbud er i behov av både en faglig og teoretisk forankring for ikke bare bli honnør ord.

Ingen som arbeider i helsevesenet er uenig i at økt samhandling er viktig, men bakgrunnsdata mangler for hvem dette angår mest og hvor og hvorfor det blir problematisk. Npf mener at det er svært viktig at slik kunnskap samles inn nå, for tydeligere å kunne si hvor det bør satses mest. Utfordringen for en så omfattende lov med få spesifikke føringer kan bli at det blir samhandling for alle, og at det blir vanskelig å plukke ut for hvem det trengs mest, og på hvilke områder. Det er svært ulike sykdomsgrupper som vil trenge samhandlende tjenester og med et stort aldersspenn. Det vil være et krevende arbeid å få dette til å fungere. Dette trenger faglig styring og Npf mener at kommuneoverlegene må ha et faglig ansvar for organiseringen av tjenestene i kommunen. Likeså må fastlegen ha det faglige ansvaret for tilbudet til sine listepasienter, og være sentral i å beskrive hva det skal ”sørges for”. Fastlegen må jobbe tett sammen med koordinator og bør alltid med-underskrive på individuell plan. Koordinator rollen er en utfordrende stilling, og det må beskrives mer nøyaktige krav til utdanning, opplæring og ansvar.

Kommunene må på lik linje med spesialisthelsetjenesten ha ansvar for og ”sørge for” utdanning og forskning på egne områder og kvalitetssikre sine tjenester, ikke bare medvirke. Det at kommunene får ansvar for utdanning og forskning mener Npf er helt sentralt for at kommunehelsetjenestens faglige innhold og tjeneste-tyting skal bedres. Her vil det være overlapp mellom forslag til den nye Folkehelseloven, men kommunene må også pålegges å drive forskning på egen virksomhet for å videreutvikle tilbud. Opplæring av pasienter og pårørende, som sykehusene har som oppgave i dag, bør bli en felles oppgave hvor det legges klare krav til samarbeid mellom de to nivåene.

Npf vil presisere at helsetjenestene til ungdom, i større grad enn det som kommer frem av høringsnotatet, må utformes slik at ungdom oppsøker hjelp så tidlig som mulig. Blant annet bør all ungdom under utdanning mellom 15 til 35 år fritas fra egenandel. Det bør vurderes om ikke ungdoms-helse bør bli et eget fagområde. Ungdomsklinikkene på skolene må ikke bli det eneste stedet der ungdom kan oppsøke hjelp på egne premisser, da det er særlig de ungdommene som faller ut av skolen tjenesten bør få kontakt med. Tjeneste til ungdom må få en helhetlig tilnærming.

Lovteksten beskriver godt hva det skal ”sørges for” på de fleste områder, unntatt boliger til vanskeligstilte, hvor det står *medvirke til*. Dette mener Npf er for vagt. Kommunene må ha ansvar for at de som ikke selv kan ivareta sine interesser på grunn av sykdom også får gode

boliger. Det trengs variert bo- og institusjonstilbud. Det trengs mer kunnskap om hva slags boform som fungerer best for ulike pasientgrupper, og hvordan ulike pasientgrupper kan ha nytte av å bo samlet. Det er også for lite kunnskap om fordeler og ulemper med institusjonsplass, bemannet eller samlokalisert bolig.

Differensieringen av det faglige innholdet mellom lokalsykehus og døgnplasser på kommunalt nivå er for lite problematisert, og vil trenge en grundig gjennomgang for ikke å få overlapp i tilbud, redusert og fragmentert faglig kvalitet.

Npf mener det er uheldig at det er foreslått overføring av penger fra Helseforetak til kommunen der kommunene tar imot ferdig behandlede pasienter. Npf tror dette viktige, men svært utfordrende samhandlingsområdet ikke bør belastes med diskusjon om økonomi mellom partene. Isteden bør staten gå inn med penger ("premie") til kommuner som tar imot, og "mulkt" slik det gjøres i dag for hvert døgn som "overligges".

Npf tror at den største utfordringen for at loven skal leve opp til sine forventninger, vil være i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenestens beskrivelse av optimal behandling og rehabilitering og kommunenes "sørge for" og samtidig prioritere tilbudet til de sykeste og svakeste.

Til slutt mener Npf det er svært viktig at all bruk av tvang samordnes i en felles en lov.

Npf ser følgende områder som svært sentrale for at loven skal makte å utøve sin intensjon for mennesker med psykiske lidelser.

Mennesker med psykiske lidelser eller rusavhengighet er pasientgrupper som svært ofte trenger koordinerende tjenester, tjenester fra mange ulike etater og med individuell tilpasning.

Forebyggende og tidlig intervensjon for denne pasientgruppen er det lite kunnskap om, og likeså vil hjelp i hjemmet for denne gruppen være faglig og innholdsmessig annerledes enn for en pasient med begynnende demens eller leddgikt. Npf mener det må settes krav til kommunene om faglig kompetanse på disse områdene for alle helse- og omsorgs arbeidere i kommunen. Npf tror at et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på kompetanseheving i form av undervising og veiledning vil bidra til bedret tjeneste for disse pasientene. Derfor må også psykiske helse- og rus kunnskap inngå som kompetansefelt på lik linje med sosialmedisin og medisinsk faglig kompetanse hos kommuneoverlegen.

Økt satsning på forebyggende og tidlig intervensjon er en forutsetning for bedret psykisk helse. Fagområdet trenger en større faglig tyngde og bredde for å nå de som trenger det mest, og det må evalueres. Det trengs også en bred tverrfaglig tilnærming, og psykologer i kommunen vil i dette arbeidet være viktige faglige medspillere.

Npf mener at rask tilgang til fastlege og øvrig omsorg/hjelpeapparat ved nyoppstått eller forverring av psykiske plager/symptomer, vil trygge alle. Det er viktig at terskelen inn til det kommunale hjelpeapparatet senkes. Alle kommuner bør måles på dette som en kvalitetsindikator. Opprettelsen av kommunalt tilbud om døgnopphold vil være et viktig tiltak for rask hjelp også for mennesker med psykiske lidelser, og vil kunne forhindre unødig innleggelse på sykehus og forhåpentligvis føre til at flere kan bo i eget hjem.

Grensesnittet mellom de kommunale helsetilbudene og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten er under stadig forandring. For at den fremtidige kommunale helse – og omsorgstjenesten skal fungere og mestre sine oppgaver, må behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten videreutvikles og bli fullstendig. Det psykiatriske spesialisthelsetilbudet er også mange steder ennå ikke ferdig utformet, dette gjelder både Distriktpsikiatriske Sentrene (DPS) og sentralsykehusene. Npf mener at flere av tjenestene som i dag gis ved DPS bør vurderes å få en plass innenfor det kommunale helsetilbudet. På den andre siden har heller ikke spesialisthelsetjenesten på sykehus klart å bygge opp et differensiert tilbud til ulike pasientgrupper, slik at mange pasienter med psykiske lidelser ikke

får et godt nok spesialisttilbud for sin lidelse.

”Sørge for ansvaret” vil være et viktig hjelpemiddel for å bedre helsen og gi nye muligheter til rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Gode boliger står sentralt i dette, og må defineres som en sentral del av det kommunale ”sørge for ansvaret”. Dette må tydeliggjøres bedre i lovteksten, som kun har formuleringen medvirke.

Rusavhengighet har frem til nå på kommunalt nivå vært en oppgave for sosialtjenesten. Npf mener at det er viktig at disse to fagområdene får et mye tettere samarbeid i fremtiden, både på kommunalt og spesialisthelsenivå. Fastlegen bør og ha en større oppgave også for denne gruppen.

Npf mener at fastlegen i større grad enn i dag må ha et faglig overordnet ansvar for helsehjelp som ytes, og at koordinator får ansvar for å få tjenestene til å fungere sammen.

Koordinatorrollen er derfor faglig utfordrende og den må tillegges en større faglighet, og det må stilles krav til utdanning og utøvelse av rollen. Videre må det være større faglig samhold mellom de ulike etatene i kommunen for å utnytte ressurser og samordne tiltak. Dette vil være en av de største utfordringene for at loven skal ha ønsket effekt. Dagens mange tjenestetteam, med hjemmesykepleie adskilt fra psykiatrisk sykepleie, adskilt fra sosialtjenesten må finne en ny og bedre form. Ny tenkning innen organisering bør stimuleres gjennom prosjekter.

Vedtaksordningen for å motta tjenester i kommunen oppleves som lite funksjonell for mennesker med psykisk lidelse. Ordningen blir lite dynamisk i forhold til behov, da det hele tiden skal søkes om hvor mye tid pr dag og for hvor lang tid tjenesten skal gis. Dette virker fremmedgjørende og også skremmende for den enkelte pasient. Her er det helt nødvendig med en mer dynamisk måte å ”sørge for ” tjenester på. Det er viktig at det fortsatt skal kunne klages på manglende tjenester. Men svar på klager må få en mye større brukervennlig form, og ikke bare begrunne avslag med hva som står i loven, men begrunne svaret ut fra en almennmenneskelig forståelse. For begge disse to viktige sidene av tjenesteyting bør det forskes mer på hva som er mest brukervennlig.

Npf tror at for at den nye loven skal virke må det en kontinuerlig kampanje til som opplyser om folks rettigheter og plikter og hva som er tegn på uhelse. Npf har gode eksempler på at opplysningskampanjer virker, og mener at Helsedirektoratet bør sterkere inn på dette feltet og ha ansvar i samarbeid med Helseforetakene, Folkehelse-instituttet og Universitetene slik at folk forstår forandringen.

Høringsuttalelse på lovforslaget

Npf har følgende bemerkninger til selve lovteksten.

§ 3-2: 3-b: Npf mener at det ikke bare skal gjelde medisinsk akutt beredskap, men også psykiatrisk og rusakutt beredskap. Dette oppnås ved at alle legevaksleger har pålagt opplæring i psykiatrisk og rusrelaterte akutt tilstander for å kunne arbeide ved en legevakt.

§ 3-8 Npf mener at ”medvirke til å skaffe boliger” til vanskeligstilte er for vagt i lovteksten og det skal stå **ha ansvar for** å skaffe boliger.

§ 6-2: 10: Npf mener avtalen *skal* omfatte samarbeid om forskning og utviklingsarbeid. I teksten står det *bør* og det er for vagt.

§8-1: Kommunen plikter å *medvirke* til er for vagt og det bør stå *skal delta* i undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell....

Høringsuttalelse gitt etter kapitlene i høringsuttalelsen.

Kapittel 2 Bakgrunn for høringen

Dårlig samhandling er noe av det som oftest kommer som kritikk mot hjelpetilbudet for mennesker med psykiske lidelser, og Npf støtter alt som sies om bakgrunn for høringen og

lovforslaget.

Kapittel 3 Fremtidige utfordringer

Npf mener at andelen brukt til helsestasjon, skole og annet forebyggende arbeid er alt for lav i dag. Det bør forskes på alternative pleie- og omsorgsmåter for å få mer av budsjettene rettet mot forebygging. Hvis en kommer til tidlig, vil behovet for pleie minske.

Antall personer i omsorgstjenesten er stort, og 1/3 har ikke helse- og sosialfaglig utdanning. Her er det et stort potensial for økt faglighet som vil kunne gjøre tjenestene bedre og mer effektive. Høyskolene må ta ansvar for utdanning av denne gruppen i samarbeid med kommunene.

Alle legevakter og de fremtidige kommunale døgnmottak må sørge for psykiatri- og ruskompetanse, slik at disse fagområdene ikke bare forvaltes av spesialisthelsetjenesten.

Psykiatrisk øyeblikkelig hjelp må inngå som obligatorisk opplæring for alle medisinerstudenter, og psykiatripraksis må inngå som en obligatorisk del av turnustjenesten på lik linje med kirurgi, indremedisin og allmennmedisin. Dette vil høyne det faglige nivået for allmennmedisin.

Spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen trenger et større forpliktende faglig samarbeid. De må dele ansvar for veiledning og kompetanseoppbygging og en løpende faglig oppdatering. Felles faglige råd innenfor de ulike spesialitetene kan være en måte å få dette til på.

Økt kunnskap og forskning i kommunehelsetjenesten vil kunne supplere spesialisthelsetjenesten, og til sammen vil dette gi økt forståelse og kunnskap om psykiske lidelser som i dag ikke finnes. En kan se for seg at de kommunale sentra bidrar med kunnskap om tidlig utvikling, tilfriskning og med mulige fellestrekk på tvers av sykdomsgrupper, og spesialisthelsetjenesten med spesialkompetanse på de enkelte sykdomsgrupper. Det er også viktig med utbygging av konsultasjon-liaisonpsykiatrisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten som kan ha en viktig funksjon for samhandling mellom somatikk og psykiatri både i første og annen linje.

Fysioterapitjeneste er en viktig del av rehabilitering til mange pasientgrupper, og svært viktig for mennesker med psykiske plager. Tilbudet må være differensiert fra tilrettelegging av individuell trening til mer gruppebasert trening på tvers av sykdomsgrupper. Frisklivstilbud må ikke bare bli for motiverte mennesker, men det må sørges for at tilbudet når mennesker som strever med å komme seg ut.

Ergoterapeuter og aktivitører er også svært viktig for rehabilitering i kommunene, og er en yrkesgruppe som mange steder har forsvunnet til fordel for sykepleie. Npf mener det er svært viktig med et mangfold av yrkesutdannete for å gi et best mulig individuelt rehabiliteringstilbud, og for utvikling av nye tilbud. Mange av de kommunale psykiatriske møteplassene har liten variasjon i tilbudene, og de er mer rettet mot vedlikehold og omsorg enn videreutvikling og rehabilitering. Små kommuner trenger i større grad å samarbeide om utvikling av tilbud. Igjen er det svært viktig at det er egne tilbud for ungdom. Tilbudene i dag er ofte rettet mot kvinner på 40-60 år, og bærer preg av lang tids sykdom, noe som skremmer nye brukere. Her er det nødvendig at små kommuner samarbeider for å få differensiert tilbud, det samme gjelder bydeler i de store byene. Innenfor psykiatrien trengs det spesielt å fokuseres på tilbud til unge menn og sørge for at de bruker tilbudene.

Mennesker med psykiske lidelser bruker ofte mange medisiner som kan ha helsefarlige bivirkninger. Det er flott at det foreslås en felles tilgjengelighet og gjennomgang av legemiddelbruken. Dette må gjøres av fastlegene, og gjennomgangen bør kvalitetssikres av spesialister fra spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 4 Sentrale verdier og forslag til ny lovregulering

Npf mener at hvis denne nye loven skal måles på suksess og kvalitet, må det være å etterprøve den grunnleggende intensjonen fra Samhandlingsmeldingen om ”Kort ventetid og mest mulig nærhet til brukeren”. Det bør kreves at hver kommune registrerer ventetid og setter seg mål for brukerens tilfredshet.

Understøttelse av brukerens eget liv er helt sentralt for mennesker med psykiske lidelser. Det må utvikles faglighet og metodikk for å oppnå dette. Det vil også utfordre det kommunale tilbudet som i stor grad i dag er gruppe-basert, ofte lite brukerinvolvert og legger til grunn egen motivasjon. Redusert motivasjon er et stort problem for mennesker med psykiske lidelser og noe som må understøttes spesielt, da mange ikke klarer det på egenhånd.

Det er viktig at kommunene tar på seg de oppgavene de skal ved å sørge for et helhetlig helse- og omsorgstilbud, slik at spesialisthelsetjenesten kan utøve sin funksjon ved å yte spesialisert undersøkelse, utredning, diagnostikk og spesialisert behandling, særlig i forhold til kompliserte sykdommer og uklare tilfeller. Spesialisthelsetjenesten må i større grad delta i forløpet etter utskrivning, slik at ervervet kunnskap under innleggelse blir overført til neste ledd i oppfølgingen. Epikriser er ikke nok for å få dette til. Dette kan blant annet sikres ved at også sengeposter har mulighet for poliklinisk oppfølging.

Samarbeid mellom de to tjenesteyterne vil være særlig viktig når det er kompliserte pasientløp. Kompliserte løp må identifiseres ved at de to nivåene er enige om kriterier for en slik definisjon. Identifisering må utløse et forpliktende samarbeid mellom spesialist- og kommunalt nivå innenfor en gitt tidsramme. Spesialisthelsetjenesten må i større grad være lydhøre for primærhelsetjenestens ønske om bistand, samtidig som primærhelsetjenesten må gjennomføre tiltak i det samme tidsrom. Individuell plan (IP) er særdeles viktig for å ivareta brukerens mål for oppfølging ved kompliserte løp, og vil beskrive og sikre et forpliktende samarbeid rundt den enkelte pasient. Koordinator må ha ansvar for at IP blir laget og revurdert i samarbeid med bruker.

Kapittel 5 Sentrale trekk i loveforslaget

Npf er svært positiv til at tydeliggjøring av kommunenes oppgaver presiseres i forslaget til den nye loven. ”Sørge for ansvaret” er en styrking av kommunenes oppgaver, men vi mener at ansvaret for bolig må være tydeligere. Kommunen blir pålagt å planlegge, evaluere, og korrigere sin virksomhet. Npf er bekymret for at for mange krefter og årsverk vil gå med til dette og lite til faktisk oppbygging av tilbud. Det er viktig at kommunene unngår den grøften som sykehus er havnet i, hvor mye tid brukes til å dokumentere, rapportere og evaluere sider ved virksomheten som er marginalt relatert til det den egentlig er satt til.

Det er mange tilbud som i dag ikke eksisterer på tilfredsstillende måte for mennesker med psykiske lidelser og rus. Dette har vært kjent i lang tid, men mye gjenstår. Tiltakene vil kreve store økonomiske og faglige ressurser, som f.eks gode botilbud, tilrettelagt oppfølging i hjemmet, individualisert aktivitets- og arbeidstreningsmuligheter.

Kapittel 6 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde

Harmonisering av Kommunehelsetjeneste loven og sosialhelsetjeneste loven

Npf synes det er bra at begreper defineres i forbindelse med utarbeidelse av den nye loven. Npf støtter at begrepet sosiale tjenester faller bort, men ønsker at omsorg blir erstattet av et annet ord, særlig når det gjelder navnet på loven. Npf tror ikke barn og unge mennesker vil føle seg fortrolige med et slikt begrep, og dermed ikke nyttiggjøre seg tjenestene fullt ut.

Rehabilitering, ressurs og tilrettelegging er eksempler på ord som er mer verdinøytrale.

Rehabilitering er definert for snevert i stortingsmelding med vektleggingen av tidsbegrenset innsats. For mennesker med psykisk lidelse og rus, vil rehabilitering være en årelang og tilbakevendende prosess. Definisjonen slik den står, egner seg best for rehabilitering av enkle og da ofte fysiske funksjonshemninger og ikke sammensatte som mentale og rusrelaterte.

Rehabilitering for mentale lidelser og rus er oftest rettet mot unge mennesker som ikke har flyttet hjemmefra, ikke fått fullført utdanning og ikke er i jobb. Ved utvidelse av begrepet rehabilitering vil omsorg få en mindre plass og være et av flere tiltak form

Kapittel 7 og 8: Forholdet til annen lovgivning

Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester

Npf støtter at helsepersonelloven skal gjelde for alle som yter tjeneste innenfor lovens virke. Det er særst viktig at det defineres hva faglig forsvarlighet skal innebære, særlig for ansatte uten fagutdanning. Det er mange av disse i kommunale tjenester. Det må også stilles krav til språk- og kulturkunnskap. En økende andel ansatte i helsevesenet, særlig innen eldreomsorgen, opplever å mangle basale kunnskaper om fagfeltet de jobber innenfor.

Npf støtter også de andre vurderingene som gjøres i høringsnotatet når det gjelder krav til yrkesutøvelsen, forsvarlighet, organisering, meldeplikt, dokumentasjonsplikt og autorisasjon. Taushetsplikten vil være en stor utfordring med så mange ulike tjenesteytere. Kravet til pasientens medvirkning og tilstedeværelse i tverrfaglige møter må presiseres ytterligere. Det bør komme et eget krav til dokumentasjon av hvilke taushetsbelagte opplysninger som er gitt i tverrfaglige møter, og det må begrunnes hvorfor pasient ikke er tilstede. Pasienten må alltid få kopi av referat.

Pasientskade- og pasientrettighetsloven

Npf har ingen spesielle kommentarer

Diskrimineringsloven

Npf mener at et viktig tiltak for å motvirke diskriminering av ansatte som ikke har norsk som sitt første språk, vil være tilbud om en språk- og kulturmentor for å videreutvikle sin kunnskap om norske forhold og årlige samtaler med fokus på utfordringer de møter i arbeidet. Alle bør tilbys regelmessige språkkurs. Kommunene bør i samarbeid med tolketjenesten ha et kartotek over fagfolk med spesiell kompetanse på kultur og språk.

Kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Npf mener at det må presiseres at nedsatt funksjon også gjelder psykisk funksjon. Ofte er funksjon lik fysisk funksjon. Brukermedvirkning må inkludere brukere med både fysiske og psykiske funksjonsvansker. Nedsatt funksjon er igjen et ord som bør utgå av loven og høringsnotatet og erstattes av funksjonsvansker.

Kapittel 9 Forvaltningsloven og pasientrettighetsloven

Npf kan ikke se at den nåværende praktisering av vedtak etter forvaltningsloven er hensiktsmessig for brukeren og for samarbeid mellom ulike etater. Det er en helt nødvendig byråkratisering og burde ikke være nødvendig hvis intensjonene i den nye loven skal oppfylles. Det virker oftest mot sin hensikt at hjemmesykepleie, ulike hjelpetiltak i hjemmet og tildeling av omsorgsbolig skal tildeles ved "vedtak". Forvaltningsloven fører svært ofte til forsinkelse av tjenester. Npf er uenig i departementets vurdering av at tildeling av hjelp i hjemmet ikke skjer i klinisk virksomhet. For de fleste mennesker med psykiske lidelser skjer en slik tjeneste nettopp i klinisk virksomhet og er ledd i en rehabiliteringsplan. Grad av hjelp og tjenesteform skjer i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det samme mener Npf gjelder tildeling av omsorgsbolig, som også skjer i klinisk virksomhet. Høringsnotatet bærer preg av tjeneste til eldre mennesker i behov av varig omsorg og ikke mennesker med psykisk lidelse i aktiv rehabilitering for et mer selvstendig liv.

Kapittel 10 Kommunenes overordnede ansvar for helse og omsorgstjenesten: "Sørge for ansvar"

"Sørge for ansvaret" er kjernen i den nye loven og det sentrale for en god helse og omsorgstjeneste, og skal omfatte både helse og tidligere sosialtjenester. Npf mener at

høringsnotatet, slik det står skrevet i dag, i for liten grad klarer å tenke nytt omkring hvordan disse tjenestene best kan ytes samlet, når de har en felles lov. Her vil det trengs prosjekter som kan evaluere ulike former for organisering av tjenestene, for å komme frem til gode fremtidsrettete løsninger. Tjenester bør i større grad samlokaliseres slik at det blir geografisk nærhet, noe som kan hjelpe til å styrke ”sørge for ansvaret”.

Npf støtter kravet til planlegging, gjennomføring evaluering og korrigerings, men mener at det må komme sentrale føringer på hvordan dette skal ”måles” at er gjennomført.

Npf mener at private aktører kun kan erstatte det offentlige når tilbudet kommer fra en ideell organisasjon og gir et samlet tilbud. Innenfor rusbehandling er det i dag alt for mange små aktører, og hver institusjon har egne krav til søker.

Kapittel 11 Kommunens plikter

Npf er enig i høringsnotatets uttalelse om at psykisk helsetjeneste i kommunen ikke bør lovfestes spesielt. Men både psykiatri og rus er fagområder som trenger økt kompetanse. Det er også fortsatt svært mange av disse pasientene som sliter med å få verdige og individuelt tilpassete tilbud, fordi hjelp ofte er sammensatt, omfattende og ”økonomisk kostbar ” for kommunen. Mange av disse er marginaliserte i sin funksjon og har liten kunnskap om hva det ” skal sørges for” for at de skal få god hjelp. Mange ønsker ikke hjelp og mangler innsikt i hva de trenger hjelp til. Hvordan disse skal få den tjeneste de har behov for, vil være en utfordring de neste årene. Npf mener at hvis kommunene ikke lykkes i dette, så har loven ikke lykkes heller. Helsemyndighetene bør derfor ha en spesiell forpliktelse til å sørge for at helse omsorgstilbudet til nettopp disse blir evaluert, og at det blir like tilbud mellom kommuner. Npf vil igjen presisere den vage formuleringen i lovteksten om ”medvirke” til bolig til vanskeligstilte. Det er utydelighet både i høringsnotatet og lovteksten når det snakkes om vanskeligstilte. Det sies ikke eksplisitt hvem de er. Ordet må skiftes ut da det stigmatiserer. Kommunale boliger i dag er ofte rene ”gettoer” med samling av mennesker som ikke klarer å ivareta sitt eget liv på en verdig måte, mange har psykiske problemer, de er arbeidsløse, det brukes og omsettes rus og kvaliteten på boligene er lav. Npf mener at opprydding i dette må være et prioritert område for kommunehelsetjenesten.

Særlig om psykisk helsetjeneste og rus

Npf mener at psykisk helsetjeneste og rustjeneste er ett av de viktigste områdene for kommunene i årene fremover. Det innebærer unge mennesker som ofte i lang tid viser tegn på at noe ikke fungerer. Forebyggende arbeid må begynne i barnehage og på skolen. Det blir viktig med en felles faglig forståelse på tvers av yrkesgrupper og etater for hva som er grunn til bekymring, hva slags intervensjon som kan hjelpe og når flere tiltak bør igangsettes. Fortsatt ventes det alt for lenge ned tiltak og oppfølging, og det gjøres for lite når en ser at tiltak ikke har effekt. Spesielt for dette området vil det blir viktig med samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Npf mener det bør være et eget fagteam både under fylkeslegen og hos kommunelegen slik at dette viktige området får faglig tyngde og oppmerksomhet og ikke bare blir et opplysningsarbeid om sunne levevaner.

Dette er ett av de viktigste områdene med styrket innsats for kommunehelsetjenesten.

Utvikling bør stimuleres av prosjektmidler.

Kapittel 12 Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale Helse- og omsorgstjenesten

Oppgavefordeling mellom spesialist- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er et svært viktig område i tiden fremover, men Npf mener at for psykiatri må det ikke innebære overføring av økonomiske midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Psykiatri er et fagområde som først de siste 10 årene har fått mulighet til faglig utvikling, og har ennå ikke utviklet gode nok spesialiserte tilbud på lik linje med somatisk medisin.

Fagområdet utvikler seg derfor på to områder, ytterligere spesialisering dvs. subspesialisering for å yte en bedre spesialisthelsetjeneste og en alminneliggjøring og nær bruker tjeneste i kommunen. Npf er derfor skeptisk til at ressurser skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen når det gjelder psykiatri. Npf mener at det fortsatt må komme nye midler til å styrke dette fagområdet av helsetjenesten. Fra mange kanter av landet kjenner en til at ”øremerkete psykiatrimidler” har blitt brukt til helt andre formål og dermed ikke har gitt psykiatrien det løftet som var tilsiktet. Konkrete eksempler på slike perifere mål er bl.a ventlitasjonsanlegg og IKT utstyr i somatisk blokk.

Tjenester som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen vil etter Npf sin vurdering være all tjeneste av lang varighet og stor grad av omsorg. Spesialiserte botilbud eller institusjoner som fortsatt drives i regi av spesialisthelsetjenesten er de beste eksempler på dette. Spesialisthelsetjenesten kan understøtte kommunene i den faglige utformingen av tilbudet, men også her mener Npf at kommunen gradvis bør opparbeide kompetanse for å overta ansvaret fullt ut. I dag er det slik at kommunen ikke kan ta i mot pasienter til tvungent psykisk helsevern som trenger døgntilbud. Tvungent døgntilbud over lengre tid går ofte fra aktiv behandling til stor grad av omsorg. Det er utfordrende pasienter, men de bør, som andre mennesker, få tilbudet fra kommunen de hører til. I dag har disse pasientene få valgmuligheter i forhold til hvor de skal få hjelp. Noen steder i landet får disse pasientene fortsatt tilhold på institusjoner som drives i regi av spesialisthelsetjenesten, men institusjonene ligger ofte spredt rundt og med minimal faglig kontakt med sykehus. Denne gruppen pasienter er ikke omtalt i høringsuttalelsen, men det er helt påkrevd at det diskuteres hvordan de skal få et verdig og individualisert tilbud fra kommunene.

DPS tilbudet er fortsatt under utforming. Det er her grensesnittet mellom allmennmedisin og spesialisthelsetjenesten i stor grad utarbeides. Det må jobbes med klarere kriterier for når det skal henvises, og at spesialisthelsetjenesten ikke kan avvise ønske om utredning og deltagelse i behandlingen. Mange steder i landet er kommunene ikke fornøyd med det tilbudet spesialisthelsetjenesten i psykiatri yter. Det er viktig at helseforetak og kommunehelsetjenesten sammen legger planer for å løse dette. Spesialisthelsetjenesten skal både utrede og behandle. Hvor lenge den skal behandle, og i hvilken grad behandlingen også må utføres av spesialisthelsetjenesten, er faglig utfordrende å svare på. Dette er det nødvendig å komme frem til i felleskap for at pasienten skal få god behandling og for at behandling skal foregå på lavest mulig nivå.

Døgnplasser på DPS er svært ulike rundt i landet og bør evalueres. Det bør utredes om ikke flere av døgnplassene kan erstattes av dagbehandling for å frigjøre ressurser, og om deler av døgnplassene på DPS bør gå over til de nye foreslåtte kommunale døgnplasser. Døgnplassene i regi av kommunen vil være et godt tilbud for pasienter med forverring av kjent psykisk lidelse, og hvor kortvarig økt omsorg kan stabilisere tilstanden. Men også her trengs det mer kunnskap om hva som gir best hjelp og hva som økonomisk gir mest uttelling.

Kapittel 13 Særlig om kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp og tilbud om døgnopphold

Npf mener at ø-hjelpstilbudet i alle kommuner trenger større kompetanse på vurdering av akutt psykiatriske tilstander og tiltak. For mange blir innlagt i akutt psykiatrisk avdeling uten at andre tiltak er vurdert. Opprettelse av døgnplasser på kommunalt nivå vil kunne være et godt tilbud for mange pasienter med forverring av psykiske plager. For å sikre god behandling bør alle vurderes av spesialist i psykiatri innen 24 timer for videre behandling. Denne vurderingen bør gjøres på DPS.

Kapittel 14 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Helsefremmende og forebyggende arbeid må ikke bare utformes i kommunen, men må

deles med spesialisthelsetjeneten slik at kunnskap om mulig tidlig tegn på sykdom ikke fører til unødvendig helseangst hos befolkningen, men at de som er i risiko får oppfølging på en helsefremmende måte. For psykiatri gjelder det særlig de alvorlige psykiske lidelsene. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmortjenester er også viktige arenaer for å oppdage psykiske lidelser og rusmisbruk, og komme i gang med adekvat behandling på et tidlig stadium.

Gode arbeids-, skole- og fritidstilbud har primærforebyggende effekt for psykiske lidelser og rusavhengighet, likedan god kommunal hjelp til familier på mange områder.

Opplysningsarbeid om psykiske lidelser i skole og arbeidsliv er viktig for at folk skal søke hjelp før problemene er blitt for store, før mer alvorlige symptomer oppstår og mer dramatiske tiltak blir nødvendige.

Adekvat diagnostikk og behandling av psykiske lidelser på tidlig stadium kan ha viktig sekundærforebyggende effekt. Adekvat oppfølging og behandling, deri medikamentjusteringer kan ha viktig tertiær forebyggende effekt.

Begge disse kan ha primærforebyggende effekt for pårørende, ofte i flergenerasjonsperspektiv.

Kapittel 15 Kommunelegeordningen

Psykisk helse og rus må inngå som eget kompetanseområde for kommunelegen på lik linje med sosial- og medisinsk faglig kompetanse. Npf mener at mange ulike spesialiteter kan inneha en slik stilling, noe som kanskje vil øke rekrutteringen. Npf mener at kommunelegens rolle må tydeliggjøres og at dette er en svært viktig fagstilling som skal bidra til å understøtte den nye lovens gode intensjoner.

Kapittel 16 Forskrifter om kvalitet og funksjonskrav til fastlegen

Det er bra om det presiseres hvilke tjenester fastleger har ansvar for mht "sine" pasienter. Her må psykisk lidelse, habilitering og rehabilitering tydelig inkluderes.

Fastlegen har ansvar for å oppdage, utrede og behandle, psykiske lidelser hos sine listepasienter, evt. ved å henvise til spesialist i tide, på samme måte som ved somatisk lidelse. Dette gjelder også rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse. Mange med psykiske lidelser henvender seg også til fastlege eller legevakt med somatiske symptomer. I øyeblikkelig- hjelp-situasjoner uten tilgang til fastlegen, er det legevaktslegen som har dette ansvaret. Legen kan henvise til fastlegen neste dag om dette vurderes tilstrekkelig, eller til spesialisthelsetjenesten direkte om det anses nødvendig.

Fastlegen er sentral aktør ved vurdering av langvarig medisinerings ved psykisk lidelse, gjerne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fastlegen bør også ha en sentral rolle i IP arbeidet / ansvarsgrupper og medunderskrive på denne sammen med koordinator.

Det må legges rammer som gir tid til samtale med pasientene og hindrer at legen blir redusert til en upersonlig konsulent. Dersom kvalitets- og funksjonskrav innføres for fastleger, bør det innføres for alle helseprofesjoner, for eksempel psykologer, ikke bare leger og fysioterapeuter. Kommunene bør ha eksplisitt plikt til å sørge for at deres leger og andre tjenesteytere har gode ferdigheter i norsk språk og kultur, og å skaffe nødvendige tolketjenester for fremmedspråklige pasienter og pårørende. Dette er nødvendig for god kommunikasjon mellom helsepersonell, pasienter, pårørende, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere, slik at vesentlige misforståelser og feil unngås. Det er bra om krav til kvalitetsforbedringsarbeid etableres både i spesialisthelsetjenesten og i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det bør også innføres i sosialtjenesten og NAV.

Kapittel 17 Undervisning praktisk opplæring og videre og etterutdanning

Utdanning av helsepersonell er helt vesentlige oppgaver både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Den må være kvantitativt og kvalitativt god nok, om vi skal ha god

helsetjeneste i fremtiden. Fortsatt mangler en del kompetanse på psykisk helsearbeid i kommunene. Stabilisering av kvalifisert personell er helt vesentlig skal vi kunne få kontinuitet i behandlings- og omsorgsrelasjonene. Det må legges til rette for gode etterutdanningsmuligheter.

Kapittel 18 Forskning

Forskning må være like selvfølgelig og pålagt i kommunehelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Forskningssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste bør videreutvikles. Det kan bedre samarbeidet og kvaliteten på tjenestene.

Kapittel 19 Systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid

Kommunene må ha samme krav til pasientsikkerhet, kvalitet, og forsvarlighet som spesialisthelsetjenesten. Forsvarlighetskravet må oppfattes som en absolutt nedre grense der gjennomsnittet over tid må ligge betydelig høyere. Ordet verdighet er et lettere tilgjengelig ord, men det vil nok også bli gjenstand for debatt. Det bør heller inngå i begrepet kvalitet. Kvalitet bør defineres i lovgivningen, og krav til kvalitetsforbedringsarbeid bør inn. Det samme gjelder pasientsikkerhet.

Kapittel 20 Pasienter og brukers rettigheter til et verdig tilbud

Npf støtter sterkt prinsippet om verdighet, men vil presisere at dette må gjelde alle grupper pasienter. Verdighet innebærer ulike områder for å være fullstendig. For at dette ikke skal bli det nye honnørordet som følger av loven, må verdighet ha en teoretisk forankring som kan omsettes til det kliniske arbeidet. Opplevd verdighet bør også kunne måles og etterspørres og bør være del av evalueringen av tjenestetilbudet.

Kapittel 22 Individuell plan

Npf mener at IP er et viktig arbeidsredskap for mennesker med psykisk lidelse i behov av sammensatte tjenester. Men IP trenger å bli videreutviklet slik at brukeren forstår til fulle hvordan de kan nyttiggjøre seg dette for å få hjelp til å nå sine egne mål. Npf støtter at spesialisthelsetjenesten har plikt til å melde fra til kommunen om IP og delta i arbeidet, men at kommunen har ansvaret for utarbeidelse sammen med bruker.

Kapittel 23 Plikt til å oppnevne koordinator

Mange trenger helse-, omsorgs- og sosiale tjenester og vil ha behov for koordinator. Koordinatorrollen må styrkes faglig og i sitt virke. Slik det ofte fungerer i dag, er det tilfeldig hvem som utpekes som koordinator og hva de legger i rollen. Noen er kun møteinnkallere. Npf mener dette er en svært sentral rolle som også vil innbære stor grad av kliniske vurderinger. Npf er tvilende til om det er nødvendig med en koordinerende enhet i kommunene, da vi mener koordinator må være del av tjenestene for å utføre jobben godt nok. I rammene for konkret samhandling må kommunen ha plikt til koordinering av de ulike tjenestene til hver enkelt bruker. Det er ikke mening i at syke mennesker skal måtte møte opp til en rekke instanser, mange ganger til hver instans og også fungere som postbud mellom dem for at behandlings- og rehabiliteringstiltak skal komme i gang og gjennomføres (eks. mellom fastlege, flere spesialister, fysioterapeut, ergoterapeut, NAV, arbeidsplass/skole). Det er ikke helsefremmende, hverken for pasienter eller pårørende. Men brukerne må ha kontroll på hvilke ”kontorer som får hvilke opplysninger, og få informasjon om status i prosessens gang. De åpne kontorlandskap der alle hører alt, er problematiske når personlige forhold omtales.

Begrepet pasientansvarlig lege kan med fordel erstattes med pasientansvarlig koordinator. Fastlegen har ansvar for pasientenes helhetlige undersøkelse, diagnostikk og behandling

Kapittel 24 Samarbeid mellom kommuner

Kapittel 25 Avtalesystem mellom kommunene og regionale helseforetak

Npf deler høringsnotatets bekymring for nytten av avtaler mellom de to nivåene, men ser at dette er et viktig felt å utvikle. Prosjekter rettet mot dette vil også kunne stimulere til nytenkning og videreutvikling.

Kapittel 26 Klage

Det virker fornuftig og lettfattelig for folk om klageprosedyrene er like for de ulike tjenestene. Det virker også fornuftig at klage først sendes den som tok avgjørelsen, både for å kunne løse saken på lavest mulig nivå, for å foreta ny avgjørelse, og for at tjenesteyterne skal kunne lære av sine feil. Fylkesmannen kan være ankeinstans hvis klagen ikke tas til følge, og bør også være tilsynsorgan. Fylkesmannen vil da i tillegg kunne se de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene i sammenheng. Statens helsetilsyn bør kunne gi pålegg.

Kapittel 27 Tilsyn

Se Kap. 26.

Kapittel 28 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner

Kapittel 29 Finansiering og egenbetaling

Kapittel 30 Kommunal medfinansiering

Kapittel 31 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Npf mener at det kommunale finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter også skal gjelde pasienter innenfor psykiatri. Vi kan ikke se hvorfor dette forholdet skal utredes særskilt og muligens utsettes for mennesker med psykisk lidelse og rus. Alt for mange pasienter blir inneliggende på sykehus fordi kommunene ikke klarer å skaffe gode boliger. Kommunene må sette seg i stand til og også ta i mot disse pasienten på en verdig måte slik at de opplever det samme tilbudet som alle andre mennesker.

Npf mener at det ikke kan overføres penger fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste fordi om kommunene tar over ansvaret, da de eksisterende midler trengs for å videreutvikle et godt spesialisthelsetilbud.

Kapittel 32 Elektronisk samhandling

Npf støtter en felles kjernejournal med begrensede personopplysninger og at all IKT standardiseres slik at man reelt og enkelt kan utveksle informasjon. Men IKT slik det er utviklet pr i dag, er fortsatt usikre og ustabile hjelpemidler og funksjonaliteten er ujevn. Programvaren er i stadig endring og krever nylæring. Feil gjøres regelmessig, og helseopplysninger havner på feil sted. I tillegg kan opplysningene være tilgjengelige for personer som ikke skulle ha opplysningene. Gamle opplysninger er ikke lett tilgjengelig når man trenger historikk og helhet. Ett sentralt ankepunkt er at EPJ systemer, som for eksempel DIPS, mangler sentrale journalsider som gir mulighet for kontinuerlig oppdatering av sykehistorie, inkludert medikamentanamnese.

Mye korrespondanse må fortsatt skje på papir, bl.a. til pasienter, pårørende og andre brukere. All ny programvare har barnesykdommer og tar mye tid fra pasientarbeidet.

IKT er derimot velegnet til innhenting av ny kunnskap og innsamling av store mengder data, så sant programvaren fungerer stødig, raskt og sikrer personvernet for pasientene. Men det vil

fortsatt kreve at kompetente mennesker legger data inn, slik at de data som legges inn er relevante og gjenspeiler virkeligheten.

I etableringen av elektronisk utveksling av pasientopplysninger, må pasientens personvern tas på det dypeste alvor. Personidentifiserbare data må krypteres. Ulike deler av helsetjenesten må ha ulik tilgang, slik at de ulike aktører ikke får tilgang til mer enn de trenger for å yte den hjelpen de skal.

Kapitel 33 bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning og Kapittel 34 Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige

Npf mener det er bra og hensiktsmessig å samle alt lovverk om anvendelse av tvang i helse- og sosialsektoren som del av pasientrettighetsloven. Det bør også for mennesker med psykiske lidelser betegnes som en rettighet å få adekvat helsehjelp (undersøkelse, behandling og omsorg) når man selv ikke forstår at man er syk, ikke forstår at virksom behandling finnes eller ikke forstår konsekvensene av å motsette seg helsehjelpen.

Men det krever grundig arbeid å få med alle sider av kontroll og regulering av tvangstiltak i de ulike situasjoner. Det er derfor rimelig at dette utsettes, men Npf ønsker at dette prioriteres.

Npf mener det er mindre faglige krav til anvendelse av tvang overfor psykisk utviklingshemmete enn for psykiatriske pasienter, og vi reagerer på kravet til faglighet hos de to personene som skal utøve tvangen overfor psykisk utviklingshemmede. Det kreves kun at den ene skal ha tilfredsstillende krav til utdanning. Npf mener at begge to må inneha den relevante utdanning og at det ikke kan gis dispensasjon. Dette er viktig for å ivareta faglig høy standard på utøvelse av tvang, da dette skjer i institusjoner med lite omgang med andre fagmiljøer som anvender tvang.

Npf mener det bør utredes nærmere om anvendelsen av tvang overfor rusmisbrukere bør utvides, og ikke bare gjelde de som er helt nedkjørt og ikke er i stand til å ta stilling til behandling. Prinsippet om tidlig intervensjon gjelder også her. Det at så mange unge år forsvinner mens en "venter" på at rusmisbrukeren selv skal ønske hjelp, er en stor utfordring å finne en god tilnærming til, og hvor bruk av tvang muligens på sikt er et mindre overgrep enn å la folk forkomme og ødelegge livene sine. Bruk av manglende innsikt i egen helse og behandling som kriterie for en felles lov om tvang vil muligens kunne føre til nye muligheter for et verdig liv for rusmisbrukere.

Kapittel 35 Pasient og brukervedvirkning

Brukermedvirkning i kommunenes helse og omsorgsarbeid er viktig for å levere gode tjenester. Men for at dette skal bli reelt og ha innflytelse, må det legges til rette for det på nye måter. Her er det viktig å hente ideer fra andre land og vellykkete forsøk. Kommunene må pålegges å synliggjøre innflytelse fra brukere i sine årsmeldinger og beskrive hvilke tiltak brukere har foreslått og hvordan dette er implementert og tatt hensyn til. For at brukere skal bli engasjert, må de ha en opplevelse av innflytelse. For eksempel kan kommuneoverlegen pålegges å ha årlige møter med de ulike brukerorganisasjonene.

Kapittel 36 beredskapsarbeid

Kapittel 37 Politiattest

Presisering av krav om politiattest støttes.

Kapittel 38 Andre forslag

Det er også bra at kommunene skal etablere døgntilbud. Men de må ha en viss kvalitet. Vurderingsfristen bør ikke være mer enn 15 dager.

Adgang for departementet til nærmere regulering av opprettelse av hjemler for lege- og

psykologspesialister synes fornuftig.

Å pålegge de regionale foretak krav om å planlegge, gjennomføre, evaluere og evt. korrigere spesialisthelsetjenestene synes opplagt. Det skjer i dag.

Å flytte meldingsordningen for feil fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter anses fornuftig, slik at det kan fungere som læringsarena. Det bør være mulig å melde anonymt. Den som mottar pasientopplysningene må ha klar taushetsplikt. Ordningen bør på sikt også gjelde kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

I lovforslaget finnes det en setning om at helseinstitusjoner skal utpeke en person som skal ha ansvaret for utlevering av pasientopplysninger.

Det virker fornuftig å få inn en kontroll og hjelp for helsepersonell på dette området. Men postgangen må defineres nærmere. Institusjonens administrasjon og ledelse skal ikke ha tilgang til identifiserbare individopplysninger. Denne/disse personer må ha adekvat utdanning. Spesialisthelsetjenestelovens nye § 2-2 er bra.

Sosialtjenesten og NAV er sentrale aktører for hjelpetrengende, men bør ikke defineres som helsepersonell og ikke ha direkte tilgang til pasientopplysninger. Aktørene bør likevel ha tilsvarende plikter mht taushetsplikt, journalføring osv.

Norsk psykiatrisk forening

Jan Olav Johannessen
Leder

Ann Færden
nestleder