



NORSK REVMATIKERFORBUND

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, Dep
0030 Oslo

Vår ref.: J.nr.: A.nr.: Oslo, 17. januar 2011
mn 005/11 400.1

VEDR.: høring ny kommunal helse- og omsorgslov

Norsk Revmatikerforbund (NRF) ønsker med dette å komme med noen synspunkter til forslaget om ny lov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

NRF mener det er positivt at man får en felles lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Samtidig mener NRF at det i lovutkastet ikke er tatt nok hensyn til samhandlingsreformens intensjon om sammenhengende tjenester. NRF finner høringsnotatet svært omfattende og vårt høringssvar vil derfor ikke ivareta alle aspekter ved den nye loven.

Kapittel 1: formålsparagrafen

Formålsparagrafen favner godt de oppgaver og tjenester kommunen skal ivareta. Utfordringen ligger i om kommunene er i stand til å ivareta dette.

Kapittel 3: kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Under § 3-1 kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester punkt 4 utredning, diagnostisering og behandling foreslår vi oppdelingen

- a) fastlege
- b) fysioterapeut
- c) ergoterapeut
- d) psykolog

Dette utelukker ikke at også andre profesjonsgrupper er viktige, men disse fire representerer et nødvendig tverrfaglig kvalitativt godt tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesten er og vil fortsatt være den riktige arenaen for utredning, diagnostisering og behandling av revmatiske sykdommer.

Fastlegens rolle omhandler kunnskapen om symptomer på revmatiske sykdommer og behandlingsforløp som fører til god og rask henvisning for utredning og behandling hos spesialist. Oppfølgingen kan for enkelte revmatiske sykdommer ivaretas av fastlegen. Fysioterapeuten er en viktig behandler for revmatiske sykdommer og revmatiske smertetilstander og det må fortsatt være en plikt for kommunen å ha ansvar for at denne tjenesten finnes og med riktig volum.

Under punkt 5 sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering foreslår vi oppdelingen:

- a) opptrening og vedlikeholdstrening
- b) råd og veiledning
- c) tilrettelegging
- d) arbeidstrening.

Det må være et krav at kommunene sørger for opptrening og vedlikeholdstrening. For noen ivaretas dette best ved opphold på opptrenings- eller rehabiliteringsinstitusjon. For andre kan dette ivaretas i kommunen. Trening i varmtvannsbasseng (34 grader) er av stor viktighet for mange kronisk syke og bør helt klart være et tilbud kommunen gir. Kronisk syke trenger "kronisk" vedlikehold. Et sted å henvende seg til for råd og veiledning er også av stor betydning. Kanskje en slags "helsestasjon" for folk i alle aldre?

"sørge for" ansvar

Et "sørge for" ansvar som pålegger kommunen ansvar for at tjenestene gjøres tilgjengelige for alle som har rett til tjenester er bra. Det som er problematisk er at lovutkastet ikke sier noe om innholdet i ansvaret, eller hvilke tjenester ansvaret omfatter. Kommunene pålegges riktignok å analysere og vurdere behov for personell og kompetanse, slik at de til enhver tid skal kunne levere forsvarlige og nødvendige tjenester, men uten nødvendige virkemidler lar dette seg vanskelig gjennomføres i praksis slik NRF ser det. En del forebyggende, vedlikeholds- og lærings- og mestringsarbeid kan gjøres i samarbeid med frivillige organisasjoner, forutsatt at det opprettes et avtalefestet samarbeid.

Profesjonsnøytralitet

Lovforslaget tar dessverre til orde for profesjonsnøytralitet. Dette støtter ikke NRF. Profesjonsnøytraliteten begrunnes med at det vil være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte faggrupper. For revmatikere som trenger særskilt faglig kompetent bistand, blant annet i form av fysioterapi, er dette uheldig. Kvalifisert personell er viktig i forhold til kvalitet i et livslangt sykdomsforløp. Revmatikere vil i større eller mindre grad være avhengig av tilgang på fysioterapitjenester gjennom hele livsløpet. At det skal bli fritt for kommunen å velge vekk for eksempel fysioterapi er helt uakseptabelt for NRF.

Fastlegeordningen

NRF støtter en tydeliggjøring av at fastlegeordningen, inkludert privatpraktiserende leger, skal være et kommunalt forankret offentlig tjenestetilbud. Fastlegen og dennes kunnskap innen revmatisme, muskel- og skjelettsykdommer er av stor betydning om revmatikere skal komme raskt til utredning og derigjennom få riktig behandling til riktig tid. Gode henvisningsrutiner for dette bør innarbeides hos allmennlegene. NRF støtter også en revidert fastlegeforskrift med sterkere styring av legenes samhandling innad i kommunen, mellom kommunene og helseforetak. Det er også nødvendig med sterkere samhandling med andre faggrupper som for eksempel fysioterapeuten og psykologen. At fastlegen blir pålagt en proaktiv rolle i forhold til oppfølgingen av sine pasienter er bra. Svært mange kronisk syke vil ha stort behov for tettere oppfølging av sin fastlege. Fastlegen må gis mer tid ved konsultasjoner og til oppfølging av kronisk syke pasienter og til det tverrfaglige samarbeidet.

Kapittel 4: krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

At det ikke stilles krav til at helsehjelp ytes av autorisert helsepersonell er NRF sterkt kritisk til. Kvalitet for pasienten innebærer at tilbudet er tilgjengelig til rett tid og at det utøves av faglig kvalifisert personell.

Klageinstansens rolle

Klageadgangen ved manglende tjenester må framkomme i loven og gjøres gjeldene for alle som har behov for å klage. Det er også av stor viktighet at saksbehandlingstiden ikke blir for lang. NRF vil her be om at ordningen som Bernt-utvalget foreslo blir inkludert i loven. Dette vil styrke brukernes klagemuligheter ved at en klagesak skal oversendes fylkesmannen for avgjørelse, dersom den ikke var ferdigbehandlet i kommunen innen 4 uker. Dette tiltaket ville hindre en lang saksbehandling av klagesaker, og dermed kunne hindre forverring av brukernes helse- og livssituasjon.

Kapittel 6: samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

At lovforslaget legger opp til krav om samarbeid og en konkretisering av innholdet i avtalene mener NRF er positivt. Kronisk syke med revmatiske sykdommer har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Vi har allerede registrert avslag fra spesialisthelsetjenesten med begrunnelse i at tjenesten skal ivaretas i kommunehelsetjenesten. Resultat er at pasienten står helt uten nødvendig tilbud. Konsekvens av det igjen kan være at pasienten blir så dårlig at innleggelse i spesialisthelsetjenesten er neste utvei. Dette vil igjen føre til flere sykmeldinger og mulig ufrivillig uførhet.

Kronisk syke må ivaretas i disse samarbeidsavtalene og avtalene må baseres på likeverdighet mellom kommunen og helseforetaket.

Kommunesamarbeid

Samarbeid kommunene imellom er også svært viktig. De fleste kommuner kan ikke selv ivareta alle typer helse- og omsorgstilbud som den enkelte har behov for. NRF støtter derfor forslaget om at kommuner som selv ikke evner å ivareta det helse- og omsorgstilbudet som loven omfatter, må kunne pålegges å samarbeide med eventuelle nabokommuner. NRF ser dette som helt nødvendig om forsvarlige helse- og omsorgstjenester skal kunne tilbys på kommunenivå. Det må bygges opp robuste tverrfaglige miljøer i kommunene. Om samarbeidet blir i form av interkommunale selskap, vertskommuner og/eller samkommunemodeller er av underordnet betydning. Det som er av betydning er at den enkelte får et kvalitativt godt og nødvendig tilbud til rett tid. Skal Samhandlingsreformens intensjon ivaretas bør kommunene pålegges gjennom lovverket å etablere samarbeid. Pasientens behov for tjenester som krever at kommunene samarbeider, må gå foran alle andre hensyn.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Svært mange med behov for sammensatte og langvarige behov må selv koordinere sine behov for tiltak. Det er i dag altfor mange kommuner som ikke ivaretar plikten de har for å ha en koordinerende enhet. Dette går spesielt utover tjenester innenfor rehabilitering. Svært mange opplever også at individuell plan kan bli for omfattende og derav ikke etterlyser en slik plan. Mange kronisk syke revmatikere ønsker seg en individuell "plan light". En fremtidig ordning hvor ansvaret for individuelle planer

legges til koordinerende enhet kan være positivt. Det kan føre til at det etableres gode fagmiljøer omkring koordinatorrollen. At nødvendige tjenester utelates i en individuell plan med begrunnelsen om at kommunen ikke har de ressurser eller den kompetanse tjenesten krever, er helt uakseptabelt. Individuell plan er brukerens plan og må derfor utarbeides i tett samarbeid med brukeren.

NRF ønsker departementet lykke til i det videre arbeidet med lovteksten.

Med vennlig hilsen
NORSK REVMATIKERFORBUND



Svein Dāvøy
Forbundsleder

Merete Nielsen sign.
Interessepolitisk konsulent