

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår saksbehandler: Anne Marie Flovik
Vår ref: 168172

Vår dato: 17.01.2011
Deres ref.:

Høringssvar på Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Norsk Sykepleierforbund (NSF) takker for å ha mottatt ovennevnte lovforslag til høring. Internt i NSF har dokumentet blant annet vært til uttalelse i Rådet for sykepleietikk og flere av våre faggrupper.

Generelle kommentarer:

NSF ser behovet for et harmonisert lovverk som virkemiddel i oppfølging og gjennomføring av St. meld. nr 47, Samhandlingsreformen.

I høringen av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten var NSF kritisk til en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov bl.a. fordi vi mente at helseperspektivet var utydelig og fordi det var for lite oppmerksomhet på forebyggende helsetjenester. Vi er tilfredse med at det nye lovforslaget har et helsefokus og at både dette lovforslaget og forslaget til ny folkehelselov, har et forebyggingsperspektiv.

Et av våre største ankepunkt i 2005 var at lovforslaget fremsto som profesjonsnøytralt. Vi mente at det ville føre til en deprofesjonalisering og dermed en nedtoning av hvilken kompetanse som er nødvendig for at pasientene skal få den helsehjelpen de har rett og krav på. Vi er derfor svært lite tilfreds med at det nye lovforslaget også er profesjonsnøytralt, med unntak for legene. Etter NSF's mening vil profesjonsnøytralitet føre til en svekkelse av det fagspesifikke, og det vil først og fremst ramme de pasientgruppene som det er fokus på i samhandlingsreformen; de som har sammensatte og komplekse hjelpebehov og stort behov for koordinerte tjenester, samt de som vil profitere på økt forebyggende og helsefremmende innsats. Gode individuelle helsetjenester, god samhandling mellom tjenesteområder og rundt den enkelte pasient sikres ved faglig kompetente profesjoner. Den fagspesifikke kompetansen som utøves av andre enn leger må sikres og omtales gjennom et tydelig lovverk.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 22 04 33 04
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr.: NO 960 893 506 MVA

Fakturaadresse:
Postboks 1535
7435 Trondheim

Noen sentrale temaer:

Profesjonsnøytralitet

Som nevnt i innledningen mener NSF at departementets forslag til profesjonsnøytralitet svekker pasientenes rett og krav på individuelt tilrettelagte helsetjenester. Profesjonsnøytralitet vil svekke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene fordi det er sammenhengen mellom profesjonskunnskap og forsvarlighet som er avgjørende for kvaliteten på tjenestene.

Hva er nøytralitet? Det vil alltid ligge verdier til grunn for handling. I praksis er ikke nøytralitet mulig. Troen på at det finnes et objektivt, åpent 0-punkt i våre valg og handlinger har ingen relevans i det virkelige liv. Vi er alle bærere av verdier og bør derfor spørre, hvem har mandat til å beslutte hva som er nøytralt? Hvis alt er like gyldig blir vel alt likegyldig? Ville det være mer troverdig med begrepet profesjonsåpent hvis det ikke ønskes sentrale føringer for hvem som skal gjøre hva?

Departementet mener at profesjonsnøytralitet er gunstig for å fremme sammen-setningen av fagkompetanse på tvers av profesjoner og deltjenester; at det vil motvirke at noen fremstår som mer viktige enn de andre. Men noe er selvfølgelig alltid viktigere enn noe annet. Hvis virkeligheten er slik at det på tross av ulik grad av viktighet ikke muliggjør respektfull samhandling, - er vel hele samhandlingsreformen en fallitt?

Vi er alle like mye verdt som mennesker, men ikke som profesjoner og posisjoner i konkret yrkesutøvelse. Det er stor forskjell på likhet og likeverd. Likeverd i praksis betyr å lære seg til å trives med forskjellighet. Det er demotiverende og ødeleggende for ansvarlige yrkesutøvere og for kvaliteten å forsøke å fjerne forskjeller mellom fag og ansvarsroller i tjenesteutøvelse og i samhandlingsprosesser. I tillegg er det krenkende å sette ansatte til oppgaver de ikke har mulighet for å ivareta på en forsvarlig og verdig måte.

Innføring av profesjonsnøytralitet begrunnes med kommunenes behov for hensiktsmessig organisering av tjenestene, ut fra lokale ønsker og behov. Begrepet hensiktsmessighet kan se ut til å ta plass for å erstatte et gjennomgående krav om forsvarlighet. Selv med en felles ideologi og et felles menneskesyn for helse- og omsorgstjenesten er ikke forsvarlighetskravet mulig å innfri uten tydelig faglig ansvars plassering og forvaltning. Tydelig pleie- og helsefaglig lederskap kan bare ivaretas av sykepleiere. Tydelig faglig identitet og integritet er en forutsetning for gode tjenester i kommunene. Profesjonskulturer med sterk identitet og stolthet fremmer kvalitet og samhandling. Vi mener at det ikke er mulig å oppfylle en verdighetsgaranti uten profesjonell faglighet i møte med eldre og døende menneskers rettigheter. Helse- og omsorgstjenesten vil ikke klare å gi hjelpetrengende og syke pasienter nødvendig helsehjelp uten en grunnbemanning med kompetente sykepleiere.

Det er betenkelig at det ikke lenger er mulig å erkjenne at helse og omsorgstjenester primært handler om medisinsk behandling, helsehjelp og omsorgsfull pleie. I et pasientperspektiv er dette selvsagt og tydelig. I samhandlings- og maktprosesser mellom personer og profesjoner er det fristende å forsøke "å gjøre alle like". I økonomisk

trange virksomheter er også fristelsen til å tenke kortsiktig, "å jukse" med kvalitet og å velge minste motstands vei snublende nær.

Faglig forsvarlighet

NSF er uenig i at forsvarlighetskravet er en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm. Vi støtter Statens helsetilsyns oppfatning om at kjernen i forsvarlighetskravet kan betegnes som god praksis. Beskrivelsen av forsvarlighetskravet har stor betydning for alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Først og fremst fordi det er forskjell på om det skal lovfestes en grenseverdi mellom lovlig og ulovlig tjenesteutøvelse eller om det skal være en norm som blant annet er forankret i profesjonenes kompetanse og myndighetenes retningslinjer.

Når begrepet faglig forsvarlighet ses i sammenheng med forslaget om innføring av profesjonsnøytralitet blir det presiserende at det finnes forsvarlighetskrav som sikrer pasientene gode helsetjenester. Tjenestekvaliteten må ha god praksis som rettesnor og mål, for til enhver tid å sikre faglig forsvarlighet. Vi mener at det må komme klarere fram hvordan kravet til forsvarlighet skal forstås. God praksis og forsvarlig virksomhet må sees i forhold til pasientenes og brukernes behov og ut fra de ulike profesjonenes kunnskapsgrunnlag. Presset økonomi kan føre til at mange virksomheter legger seg på en minstenorm, hvor det skal lite til før man blikker under forsvarlighetsgrensen med faglig uforsvarlig drift som konsekvens.

Det foreslås i lovforslaget at forsvarlighetsplikten også skal inneholde et krav om at kommunene skal gi et verdig tjenestetilbud. Vi vet at de mest sårbare pasientene, som har omfattende tjenestebehov, ofte er de sykeste eldre eller kronikere med store hjelpebehov. Mange trenger hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov i hverdagen, som hygiene, ernæring, legemiddelhåndtering, forflytning, hjelp til å gi hverdagen innhold og til å kunne delta i fellesskap med andre.

Vi sier derfor et tydelig JA til å gjøre verdighetskravet tydeligere for alle, men i særlig grad for eldre. Sårbare eldre har lite makt og de får ofte altfor lite individuell hjelp. Tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav vil ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Derfor ser vi behovet for å fremheve begrepet verdighet som et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste som må reflekteres over og etterspørres tydeligere.

Økonomiske virkemidler

Økonomi er et avgjørende virkemiddel for å initiere og gjennomføre endringer i helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen vil føre til endringer både i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og i sykehusene. De økonomiske virkemidlene vil være styrende for tempo og engasjement i gjennomføringen av reformen. En utfordring er at det kan ta tid fra nye virkemidler etableres og til de får den effekt som er ønskelig. Vi ser allerede en tendens til at pressede sykehus bruker samhandlingsreformens intensjoner som argumentasjon for å få gjennomført tiltak, uten å gå i dialog med kommunene for å finne tilpassede løsninger.

Dagens 430 kommuner organiserer helse- og omsorgstjenestene ulikt, bl.a. ut fra økonomi, sykehusavstand og politiske prioriteringer. I noen kommuner er det god

kapasitet og kompetanse, mens andre mangler sykehjemsplasser og helsepersonell som kan gi pasientene den helsehjelpen de har rett på og behov for. NSF mener at kommunenes kapasitet og kompetanse vil avgjøre om samhandlingsreformen lykkes. Kommunene må dimensjoneres for de oppgavene de skal ha ansvar for, enten innenfor egne grenser eller i interkommunalt samarbeid. Før det er på plass vil de ulike økonomiske insitamentene som er foreslått ha liten effekt, men de kan i verste fall gi uønskede prioriteringsvirkninger.

Både betaling for utskrivningsklare pasienter og de foreslåtte modellene for kommunal medfinansiering har så stor risiko for uønskede prioriteringsvirkninger at NSF ikke kan slutte seg til at de innføres nå. Kommuner som har store mangler i forhold til kompetanse og kapasitet må enten alene, eller i samarbeid med andre først sikre at de kan gi pasientgruppene ordningen primært er tenkt å omfatte et nødvendig tilbud. NSF er spesielt opptatt av at de eldre pasientene ikke skal få redusert tilgang på nødvendige spesialisthelsetjenester og at de vil få et tilgjengelig, omfattende og kvalitativt godt tilbud i kommunene.

Gjennom rapporten "Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme? (NSF/Analysesenteret AS, august 2010) har NSF bidratt til å framskaffe kunnskap om utskrivningsklare pasienter. I rapporten dokumenteres det at bare 3 % av utskrivningene forskyves i tid. Hovedgruppen av disse er de sykeste gamle. Hovedårsaken til tidsforskyvningen er at pasientenes funksjonsnivå er blitt så redusert at de ikke kan skrives ut til det omsorgsnivået det ble lagt inn fra. De aller fleste er gamle som har behov for sykehjemsplass eller avansert hjemmesykepleie. Utskrivningsklare pasienter ser ut til å være et symptom på at kommunene er underdimensjonert både når det gjelder kapasitet og kompetanse. I den kvalitative delen av studien, kom det fram at dagens betalingsordning kan resultere i at kommunene gir de utskrivningsklare pasientene sykehjemsplass foran hjemmeboende med stort behov for institusjonsplass. Betalingsplikt fra første dag kan forsterke denne type prioritering ytterligere. Det kan føre til at de sykeste gamle med behov for spesialisthelsetjenester ikke blir henvist til sykehus, og at de sykeste gamle som bor hjemme eller i omsorgsbolig ikke får tilstrekkelig helsehjelp.

Det er foreslått å bruke kommunal medfinansiering for to grupper pasienter, begge med stor representasjon av de sykeste gamle. Selv om kommunal medfinansiering er ment som et økonomisk insitament for kommunene til å bygge ut sine tilbud, vil den utvilsomt påvirke prioriteringene fra den dagen den eventuelt innføres. Når det gjelder departementets forslag om å innføre en aldersspesifikk betalingsordning mener vi at det bryter med prinsippet om lik rett til behandling for alle og at fokus på alder vil bidra til å forsterke negative holdninger til eldre. Er det noe vårt samfunn ikke har behov for nå, så er det at folkevalgte, myndigheter og personell i helse- og omsorgstjenesten skal i verksette og forholde seg til tiltak/ finansieringsordninger som nærmest fremhever at eldre er en belastning for samfunnet.

"Diagnosemodellen" fokuserer på diagnoser, ikke på mennesket med helsesvikt, sykdom og plager. Helsetjenestens oppgave er å ta vare på hele mennesket. Ensidig fokus på diagnoser ser bort fra vesentlige faktorer som påvirker det syke og hjelpetrengende mennesket.

Forslagene om alder og diagnose som prioriteringskriterier er radikale. Vi oppfatter i utgangspunktet forslagene som diskriminerende. Både alder og diagnoser er på kollisjonskurs med tanken om alle menneskers likeverd og iboende ukrenkelige verdi. Forslagene harmonerer ikke med den likeverdstanke og rettferdighetsintensjon som kommer frem i grunnlaget for Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011- 2015). Vi ser også at gjennomføring av kommunal medfinansiering kan føre til økt privatisering av sykehustjenestene der de som har råd til det kjøper seg sykehusplass for egne midler og de som ikke har råd er prisgitt kommunens økonomi og prioritering. Det vil føre til forskjellsbehandling i strid med rettferdighetsprinsippet og øke de sosiale forskjellene som allerede finnes.

NSF vil foreslå at det brukes øremerkede midler i en opptrappingsperiode for å sikre kommunene tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, gjerne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan andre finansielle tiltak iverksettes og evalueres i noen prøvekommuner, for å finne gode løsninger som kan tilpasses lokale forhold.

Med bakgrunn i gode prosjekterfaringer i flere Vestfoldkommuner, vil vi anbefale bruk av et helhetlig styringssystem (Kompass) til flere kommuner. Styringssystemet tar utgangspunkt i den enkelte pasients behov for helhetlige tjenester ved at pasientene sikres hjelp av helsepersonell med tilpasset kompetanse gjennom pasientforløpet. Erfaringene viser at pasientene opplever økt trygghet fordi de vet hvem som har ansvar for dem og det utvikles et godt samarbeid mellom de ulike tjenesteområdene. I tillegg gir det økt motivasjon hos de ansatte, mer effektive tjenester, lite avvik og klager, og behovet for vikarer eller overtid reduseres.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens plass i helsetjenesten

NSF deler departementets vurdering av at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal nevnes eksplisitt i loven. Det handler om at vi fortsatt ønsker en universell lavterskel-tjeneste for barn, unge og deres foreldre, eller en utvikling med fremvekst av private tilbud og at fastlegene skal ivareta oppfølgingen av barn og ungdom. Vi ser at stadig flere kommuner splitter opp tjenesten og legger deler av oppfølgingen til fastlegen – eks. 4 års-kontroller. Vi vil advare mot en slik utvikling. Vi oppfatter det slik at lovforslaget understøtter vårt syn, men mener det må presiseres at dette svært vellykkede arbeidet, som også nyter stor tillit blant brukerne, ikke kan overføres til andre. Vi tror ikke at barn og ungdom får bedre helsefremmende og forebyggende helse-tjenester eller at samfunnet får mer helse for hver krone, ved å legge dette arbeidet over på fastlegene. Vi ønsker at betegnelsen helsestasjons- og skolehelsetjeneste konsekvent benyttes i evt. ny lovtekst. Det understreker at tjenesten skal sees som en helhetlig tjeneste.

Brukerne av helsestasjons- og skolehelsetjenesten er godt tilfredse med tilbudet de får i dag, bortsett fra at tilgjengeligheten spesielt i skolehelsetjenesten er for dårlig. Helsestasjon og skolehelsetjeneste har bred kompetanse på barn og unges helse og utvikling, en helhetlig tilnærming til barn, unge og familier, og et fokus på mestring og ressurser som er vi er redd vil svekkes om det medisinske fokuset blir enda sterkere. Å skulle bygge opp all kommunal helsetjeneste rundt fastlegen, vil etter vår mening være å gi slipp på et viktig prinsipp om å yte tjenester på det beste og lavest til-

gjengelige omsorgsnivå. Med tilnærmet 100 % oppslutning er helsestasjonen en universell arena det er verdt å bygge videre på. Innenfor rammene av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har også legene en viktig funksjon. Gjennom internasjonalt samarbeid ser vi styrkene ved den norske modellen. I stedet for å strekke seg mot modeller med stadig sterkere legeforankring (jfr. Storbritannia), burde man styrke det universelle tilbudet Norge gjennom tiår har bygd opp.

Kommentarer til kapitlene i lovforslaget:

Kapittel 3 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

I første ledd sies det at kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det spesifiseres ikke om det dreier seg om personer med lovlig opphold. Vi mener lovteksten her må avstemmes mot Prioriteringsforskriften.

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

NSF er som sagt tilfreds med at helsetjenester i skoler (punkt b) og helsestasjonstjeneste (punkt c) er eksplisitt ivarettatt.

For å sikre at kommunene fortsatt skal ha en kompetent sykepleietjeneste ønsker vi at Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste videreføres. Den er en garantist for at pasientene i helse- og omsorgstjenesten får sykepleie når de har behov for det. Den sykepleiefaglige kompetansen er helt nødvendig om intensjonene i samhandlingsreformen skal konkretiseres. Flere og mer komplekse oppgaver krever bedre og avklarte, ikke mindre og utydelig kompetansekrav.

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

NSF støtter at det står i lovteksten at det skal være helsestasjonstjeneste og helsestasjonstjeneste i skolene i alle kommuner, og at gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjeneste videreføres i ny lov.

Vi savner en tydeliggjøring av helsestasjons- og skolehelsetjenestens ansvar for det befolkningsrettede arbeidet, og mener det burde vært en henvisning til at dette ansvaret omtales i Folkehelseloven.

Vi ber om at det gjennom nytt lovverk (evt. forskrift) vurderes inntatt en bestemmelse om at enkelte tjenester som ytes i forebyggende øyemed til barnefamilier, tillegges og administreres av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det tenkes her på bistand som følge av ekstra belastninger, men uten at det er en barnevernssak – eksempelvis ved sykdom hos mor, søvnvansker hos barnet osv.

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

I høringsnotatet kommer det fram hvor viktig jordmorkompetansen er for å sikre god svangerskaps- og barselomsorgstjeneste i kommunene. Men i lovteksten stilles det ingen kompetansekrav. NSF mener at dagens tilbud til gravide på helsestasjonene må videreføres og at kommunene må ansvarliggjøres for kompetansebehovet, enten i den nye loven eller i forskrift.

Vi finner det uheldig at barselomsorgen i lovforslaget kun knyttes opp mot jordmortjenesten, da det sies at foreslått lovtekst skal tilsvare dagens § 1-3 andre ledd nr.5 i kommunehelsetjenesteloven. Denne omhandler kun jordmortjenesten. Det vises også til at den kan omhandle allmennlegetjenesten og legevaktordningen. Man overser her totalt at hovedtyngden av barselomsorgen i dag utøves av helsesøstre.

Barselomsorgen defineres i St. melding 12 En gledelig begivenhet, som de første 6 til 8 uker etter fødsel. I denne perioden har jordmor gjerne oppfølging av mor de første 1-2 ukene, mens helsesøster har oppfølging av barn og familie fra hjembesøk og de neste ukene – og årene. Det blir derfor mangelfullt når lovforslaget begrenser barselomsorgen til å omhandle jordmortjenesten.

Vi undres over at (svangerskaps- og) barselomsorgstjenester er skilt ut fra helsestasjonstjenesten. Barselomsorgen er som tidligere nevnt ikke et jordmor/ lege-anliggende, men den ivaretas etter første leveuke i stor grad av helsesøstre på helsestasjonen. Det ville derfor vært naturlig at denne ble innbefattet av punkt c). Vi viser her til tidligere innspill fra NSF til St. melding 12. Faglige retningslinjer for barselomsorgen.

Det sies at "Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere". Dette er en formulering NSF ikke kan stille seg bak. Vi mener at det universelle lavterskeltilbudet som helsestasjonen er og som nasjonale helsemyndigheter understreker betydningen av, blant annet for å utjevne sosiale ulikheter i helse, må sikres. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et flaggskip i de forebyggende helsetjenestene i Norge, og burde styrkes gjennom oppfølging av anbefalingene gitt i Utviklingsstrategien fra Helsedirektoratet. Den vil bidra til å gi 1,2 millioner brukere en likeverdig tjeneste av høy kvalitet og med reell tilgjengelighet, og kan i tråd med ny folkehelselov bidra til kommunens oversikt over barn og unges helsetilstand.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sårbar for økonomiske svingninger og lokale prioriteringer. Som et forebyggende tiltak taper den ofte kampen om budsjettkronene. Det er ikke likegyldig hvilke faggrupper som utgjør tjenesten skal man oppnå en tilsiktet kvalitet. Helsesøster, fysioterapeut, jordmor og lege skal utgjøre det tverrfaglige grunnlaget i tjenesten. Kompetansekrav må derfor forankres i paragraf 3-2, og utdypes i forskrift for tjenesten.

Vi vil advare mot at helsekontroller av barn overtas av fastlegene, slik vi opplever at lovforslaget understøtter. Vi tror ikke det gir barn og ungdom bedre helsefremmende og forebyggende helsetjenester eller at samfunnet får mer helse for hver krone. Vi ser

en bekymringsfull utvikling hvor stadig flere kommuner splitter opp tjenesten og legger deler av oppfølgingen til fastlegene. Med tilnærmet 100 % oppslutning er helsestasjonen en universell arena for alle barn og unge, og et viktig bidrag for å redusere sosial ulike i helse.

Vi ønsker at betegnelsen helsestasjons- og skolehelsetjeneste konsekvent benyttes i evt. ny lovtekst. Det understreker at tjenesten skal sees på som en helhetlig tjeneste.

§ 3-2 nr. 6 Andre helse og omsorgstjenester

Flere og flere syke og alderdomssvekkede pasienter bor hjemme med behov for hjemmetjenester, både praktisk bistand og helsehjelp. Helsetjenesten er helt avhengig av en velfungerende hjemmesykepleie for at pasientene kan få god helsehjelp i hjemmet og bidra til at sykehus- og sykehjemssengene blir brukt mest mulig effektivt. Det nye lovverket må beskrive innholdet i hjemmetjenestene slik at de som har behov for hjemmetjenester vet hva de kan søke om og eventuelt klage på.

§ 3-3 Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

NSF støtter en konkretisering av innholdet i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid.

§ 3-8 Boliger til vanskeligstilte

Det sies at man skal *”...medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet,...”*. Vi savner her en omtale av unge fysisk funksjonshemmede som ofte opplever mangel på tilrettelagte boliger og bistand fra kommunene med å skaffe denne type bolig.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Vi har allerede i innledningen uttrykt våre synspunkter på departementets drøftinger om forsvarlighet.

NSF er enige i forslaget om å videreføre kommunenes forsvarlighetsplikt.

§ 4-1. Forsvarlighet

Forsvarlighetskravet er presisert i tre underpunkter.

Punkt a). ...et helhetlig og integrert helse- og omsorgstilbud.

Vi mener at begrepet integrert må defineres nærmere. Tekstuelt knyttes det opp til den enkelte pasients tilbud, men høringsnotatet kan gi inntrykk av at det brukes for å sikre at kommunene legger om sin organisering til én omsorgstjeneste.

Punkt c)

Vi savner en egen paragraf/et eget punkt vedrørende krav til internkontroll i dette kapitlet.

NSF støtter Statens helsetilsyns oppfatning av at forsvarlighetsbegrepet må omtales tydeligere i forarbeidene til loven. Vi mener at Statens helsetilsyn har foreslått fem viktige og nødvendige punkter for å konkretisere de kommunale kravene til faglig forsvarlige tjenester:

- Det må stilles krav til risikostyring og oppfølging av uønskede hendelser (pasient- og brukersikkerhet)
- Det må være klar organisering av oppgaver, ansvar og myndighet
- Innholdet i tjenestene må forankres i faglige retningslinjer og anerkjente faglige standarder
- Kommunene må sørge for at ansatte har nødvendige kvalifikasjoner til å utføre oppgavene de blir tildelt
- Det må være gode rutiner for informasjonsflyt, samhandling og dokumentasjon.

§ 4-2 Pasientsikkerhet og kvalitet

NSF er enig i departementets målsetting om å styrke pasientsikkerhetsarbeidet og at tjenestene skal arbeide med kontinuerlig kvalitetsforbedring. Men NSF mener at sikkerhet er en av dimensjonene i kvalitetsbegrepet, på linje med effektive, brukerorienterte og tilgjengelige tjenester. Dette er i tråd med den helse-/resultatmodellen som OECD har i sitt rammeverk, og som Kunnskapssenteret har videreført i norsk språkdrakt. Det er også i tråd med Helsedirektoratets kvalitetsstrategi "og bedre skal det bli". Vi synes at det ikke er logisk å sidestille begreper på ulikt abstraksjonsnivå. Vi vil derfor foreslå at første ledd i § 4-2 Pasientsikkerhet og kvalitet endres til:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta tjenestenes kvalitet.

NSFs utgangspunkt er at pasientens opplevelse av helseutfordringer og helsehjelp må sees i sammenheng med øvrige perspektiv på helsehjelpen og ikke skilles ut fra prosess- og resultatevalueringen. NSF mener at helheten ikke foreligger dersom man tar ut en av hjørnesteinene og særbehandler den. Konsekvensen av å trekke ut "pasientsikkerhet" kan være at andre resultatmål, for eksempel pasientvurdert helse/helsegevinst, også kan tas ut av regnestykket. Dette blir et skritt tilbake i tid, i retning av at det kun er fagfolks perspektiv og økonomiske resultat som skal vektlegges.

NSF mener at kvalitetsdefinisjonen departementet foreslår er akseptabel. Men kvalitet må konkretiseres. Det kan gjøres ved å beskrive ulike kvalitetsdimensjoner. Vi mener at det også her vil være naturlig å bruke WHO/OECD/EU-begreper. Sikkerhet er dermed en av flere kvalitetsdimensjoner. Det kan legges flere parallelle perspektiv på de ulike kvalitetsdimensjonene. Det betyr at sikkerhet har et faglig vurdert perspektiv, et pasient-opplevd perspektiv, et perspektiv slik arbeidstaker vurderer det, samt et organisatorisk perspektiv.

§ 4-3 Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Vi undres over forslaget om å lovfeste et arbeid som det bør forventes at et direktorat skal utføre.

Hvis det er aktuelt å beholde denne paragrafen bør den følges opp med et krav om at kommunene må integrere retningslinjene, veilederne og indikatorene slik at de kommer pasientene til nytte.

Kapittel 5 – Særlige plikter og oppgaver

§ 5-2 Beredskapsarbeid

NSF støtter en videreføring av at kommunene skal ha plikt til å utarbeide en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten som skal samordnes med øvrige beredskapsplaner.

§ 5-4 Politiattest

NSF støtter departementets oppfatning om at kravet til politiattest også skal gjelde for støttekontakter, avlastere og lignende tjenesteytere. De yter ofte tjenester til sårbare grupper som barn og personer med utviklingshemming som kan være spesielt utsatte for overgrep fra voksne, også de som kun sporadisk er innom tjenesten.

§ 5-5 Medisinsk faglig rådgivning

NSF reagerer på at forslaget om at det kun skal stilles krav om medisinsk faglig kompetanse for å sikre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Legenes medisinske kompetanse har stor betydning for kvaliteten på helsehjelpen, men de er avhengig av å samarbeide med andre store profesjonsgrupper, først og fremst sykepleierne. Vi foreslår derfor at det i tillegg til en kommunelege også bør lovfestes at det skal være en kommunal sykepleieleder. Sykepleielederen vil bidra til å sikre overordnede standarder og mål på hvordan helse- og omsorgstjenesten skal utøves og utvikle seg fremover til pasientenes beste. En koordinering og samkjøring av sykepleietjenesten vil gi bedre ressursutnyttelsen og bidra til at tjenestene blir mer helhetlige og effektive.

§ 5-7 Registrering

NSF støtter forslaget om at kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen og kommunehelsetjenesten. Tilhørende forskrift må gi bestemmelser om hvordan kommunen skal følge opp, ikke bare formidle evt. bekymringsfulle meldinger.

Kapittel 6 Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

NSF er enig med departementet om at gode samhandlingsverktøy og – rutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene er viktige for å sikre helhetlige pasientforløp. Vi støtter derfor forslaget om å lovfeste forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunestyrene og aktuelle sykehus.

Kommunene og sykehusene har også i dag samhandlingsrutiner, men samhandlingsreformen utfordrer kommunene og sykehusene på nye måter. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en tydeligere medisinsk spesialisert retning og kommunene få ansvar for flere og mer avanserte helsetjenester. Det krever et samarbeid hvor alle parter planer korresponderer.

Det tar tid å etablere nye eller mer avanserte tjenestetilbud, både personell- og bygningsmessig. De 430 kommunenes kapasitet og kompetanse er ulik og de er derfor ulikt skodd for å kunne overta flere og sykere pasienter; i realiteten gjelder det ofte svært pleietrengende mennesker, spesielt de eldste. Løsningen er ikke å etablere en rekke ulike tilbud for å kompensere for kommunenes manglende kapasitet slik at de

sykeste gamle, som ofte er mentalt redusert, stadig må forholde seg til nye omgivelser. Vi vet at overgangene mellom tjenestesteder er krevende for pasientene og for kontinuiteten i helsehjelpen. De beste løsningene er derfor at det etableres eller videreutvikles helsefaglige tilbud i kommunene som er tilpasset pasientenes behov for helsehjelp over tid. Vi får tilbakemeldinger på at pressede sykehus allerede bruker samhandlingsreformens intensjoner som argumentasjon for å få gjennomført sine tiltak, uten å gå i dialog med kommunene for å finne tilpassede løsninger.

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1 Individuell plan

NSF støtter departementets forslag om at hovedansvaret for individuell plan skal være kommunalt.

§ 7-2 Koordinator

NSF støtter forslaget om å lovfeste at alle pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få oppnevnt en koordinator som har hovedansvaret for det individuelle tjenestetilbudet.

Vi mener at de som oppnevnes til å være koordinører må ha kunnskap om pasientens totale situasjon og det samlede tjenesteapparatet. De må kunne fungere som pasientens "agent" innad i systemet, med kunnskap og kompetanse om blant annet pasientenes helsetilstand, pasientrettigheter, helsetjenestetilbud, samhandling og informasjonshåndtering. Pasientens hjelpebehov må derfor være avgjørende for hvilken kompetanse koordinatoren skal ha for å sikre at pasientene får den helsehjelpen de har rett og krav på.

Kapittel 8 Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Vi savner en forpliktelse for arbeidsgiver om å utarbeide, og for arbeidsstaker til å bidra til utarbeidelse av individuelle opplærings- og kompetanseplaner. Det bør som et minimum omtales i tilhørende forskrift.

§ 8 -1 Undervisning og praktisk opplæring

NSF mener at kommunene ikke bare skal medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, men at det må stilles krav om at de må tilrettelegge for tilfredsstillende praksisstudier. Kommunenes helse- og omsorgstjeneste har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet, både som praksisarena og som fremtidig arbeidsgiver eller avtalepart.

Vår erfaring er at kommunene tilrettelegger, følger opp og prioriterer undervisning og opplæring ulikt. De inngår avtaler med høgskolene om studentplasser, men utdanningsinstitusjonene stiller i dag få eller ingen krav til kommunene. Konsekvensen er at det ofte blir inngått uformelle, muntlige avtaler direkte mellom kontaktpersonene og lærer. Avtalene blir da av privat karakter der alle "gjør så godt de kan".

Vi foreslår at det utarbeides en felles forskrift om undervisning og praksisstudier i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å tydeliggjøre og presisere at foretakene og kommunene har et samlet ansvar for medvirkning til

undervisning og tilrettelegging for praktiske studier. Det bør også vurderes om en ordning med øremerkede midler til kommunene for å veilede omsorgsarbeiderlæringer, sykepleiestudenter og andre aktuelle studenter kan bidra til flere og bedre praksisplasser.

§ 8 -2 Videre- og etterutdanning

NSF støtter en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 6-2 som pålegger kommunene å sørge for at ansatte får påkrevet videre- og etterutdanning.

Kapittel 11 Finansiering og egenbetaling

§ 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Det sies i første setning at *"Kommunen skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her"*.

Med mindre dette følges opp av økonomiske sanksjoner når tilsyn avdekker manglende oppfyllelse av denne lovbestemmelsen, vil den i praksis bli en ren papirbestemmelse uten praktisk betydning.

§ 11-2 Vederlag for helse- og omsorgstjenester

Departementet legger ikke fram noe forslag om endringer i egenbetalingsreglene.

NSF mener at det må utarbeides en forskrift som regulerer hvilke tjenester kommunene kan kreve egenbetaling for og hvilke satser som eventuelt kan benyttes. Når det legges opp til å oppheve skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester kan en konsekvens bli at tjenester det i dag ikke kan tas egenbetaling for, for eksempel personlig bistand (helsehjelp), blir gjenstand for egenbetaling. For NSF er det grunnleggende viktig at alle mennesker skal ha lik rett og tilgang på helsetjenester. Vi mener derfor at pasientene i hjemmesykepleien eller andre tjenester i kommunene fortsatt skal sikres gratis helsehjelp.

§ 11-3 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

NSF mener at kommunenes kapasitet og kompetanse vil avgjøre om samhandlingsreformen lykkes. Kommunene må dimensjoneres for de oppgavene de skal ha ansvar for, enten innenfor egne grenser eller i interkommunalt samarbeid. En kommunal medfinansiering på 20 prosent kan gi uønskede prioriteringsvirkninger ved at blant annet eldre mennesker ikke får det sykehustilbudet de skal ha.

NSF er inneforstått med at økonomi er et viktig virkemiddel for å initiere og gjennomføre endringer i helsetjenesten. Samhandlingsreformen vil føre til endringer både i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og i sykehusene. De økonomiske virkemidlene vil være styrende for tempo og engasjementet i gjennomføringen av reformen.

Det er foreslått å bruke kommunal medfinansiering for to grupper pasienter, begge med stor representasjon av de sykeste gamle. NSF mener begge modellene bryter med prinsippet om lik rett til behandling for alle og foreslår i stedet at det brukes øremerkede midler i en opptrappingsperiode for å sikre kommunene tilstrekkelig kapasitet og

kompetanse. I tillegg kan andre lokale finansielle tiltak for å dimensjonere kommunene iverksettes og evalueres i ut prøvekommuner.

Fokuset på alder vil bidra til å forsterke negative holdninger til eldre. Er det noe vårt samfunn ikke har behov for nå, så er det at folkevalgte, myndigheter og personell i helse- og omsorgstjenesten skal iverksette og forholde seg til tiltak/ finansieringsordninger som nærmest fremhever at eldre er en belastning for samfunnet. Selv om kommunal medfinansiering er ment som et økonomisk insitament for kommunene til å bygge ut sine tilbud, vil den utvilsomt påvirke prioriteringene fra den dagen den eventuelt innføres.

Vi oppfatter i utgangspunktet både "diagnosemodellen" og den "aldersspesifikke" modellen som diskriminerende. Både alder og diagnoser er på kollisjonskurs med tanken om alle menneskers likeverd og iboende ukrenkelige verdi. Forslagene harmonerer verken med menneskerettigheter, norsk lovverk eller profesjonsetiske føringer. Vi ser også at gjennomføring av kommunal medfinansiering kan føre til økt privatisering av sykehustjenestene der de som har råd til det kjøper seg sykehusplass for egne midler, mens de som ikke har råd er prisgitt kommunens økonomi og prioritering. Det vil føre til forskjellsbehandling i strid med rettferdighetsprinsippet og øke de sosiale forskjellene som allerede finnes.

§ 11-4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

NSF mener at innføring av kommunal betalingsplikt fra første utskrivningsklare døgn ikke vil bidra til bedre pasienttilbud og mer kostnadseffektive løsninger.

Mer enn 97 % av alle utskrivninger skjer til det tidspunktet spesialisthelsetjenesten fastsetter. Hovedårsaken til at 3 % av utskrivningene blir forskjøvet i tid er at pasientenes funksjonsnivå er blitt så redusert at de ikke kan skrives ut til det omsorgsnivået de ble lagt inn fra. De fleste er syke eldre over 70 år. De legges inn i sykehus på grunn av en akutt sykdom eller forverring av kjent situasjon, og mange har flere lidelser i tillegg til den aktuelle sykdommen. De har ofte et komplekst og sammensatt sykdomsbilde og behov for sykehjemsplass eller avansert hjemmesykepleie. (Rapporten "Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?", 2010)

Utskrivningsklare pasienter er et symptom på at kommunene er underdimensjonerte både i forhold til kapasitet og kompetanse. I tillegg er det fortsatt mangler på elektroniske kommunikasjonsløsninger og gode rutiner.

Kapasiteten og kompetansen i 1. linjen må bygges ut slik at det blir tilstrekkelig antall institusjonsplasser, eller tilrettelagte boliger, før kommunene får finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. NSF er bekymret for at innføring av en kommunal betalingsplikt kan føre til at det etableres en rekke ulike tilbud for å kompensere for kommunenes manglende kapasitet. Det vil føre til at de sykeste gamle, som ofte er mentalt redusert og forvirret, stadig må forholde seg til nye omgivelser. I tillegg skaper det flere overganger mellom tjenestesteder med de samhandlingsutfordringene det innebærer.

NSF mener at ordningen vil skape økt byråkrati og ikke vil bidra til å etablere gode løsninger. Hovedgruppen utskrivningsklare pasienter er de sykeste gamle, og ordningen kan føre til at de får redusert tilgang på helsetjenester, både i sykehusene og i kommunene.

Kapittel 12 Forskjellige bestemmelser

§ 12-4 Statlig tilsyn

NSF er enig med departementet i at det viktig å holde tilsyn og klagesaksbehandlingen samlet.

NSF mener at Helsetilsynet i fylkene fortsatt bør ivareta tilsynet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Organiseringen av tilsynet må understøtte målet om å sikre befolkningen nødvendige og grunnleggende helsetjenester. Det er behov for et tilsyn som har et overordnet faglig tilsynsansvar for alle tjenestene gjennom ulike pasientforløp og på tvers av tjenestekområder.

Klageadgang

NSF støtter Statens helsetilsyns bekymring for at departementet foreslår å innskrenke klageadgangen for pasientene og brukerne i helse- og omsorgstjenesten. Vi mener at Statens helsetilsyn fortsatt må være klageinstans og ha myndighet til å kunne endre innholdet i vedtak, for å hindre at pasienter og brukere blir tilbudt faglig uforsvarlige eller sågar ulovlige tjenestetilbud.

Kommentarer til Forslag til endringer i andre lover

1. Pasientrettighetsloven

§ 6-1 Barns rett til helsekontroll

NSF er tilfreds med at dagens bestemmelse videreføres og tilføyes foreldres plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Vi etterlyser imidlertid en bestemmelse om sanksjonsmuligheter i de tilfeller hvor foreldre unnlater å møte til helsekontroll med barnet. Pr. i dag kan ikke helsestasjonen kreve bekreftelse på om foreldrene har foretatt helsekontroll andre steder, og har dermed begrenset mulighet for å vurdere behov for en evt. bekymringsmelding til barnevernet. På denne måten vet vi at særlig utsatte barn er i større risiko for å falle ut av oppfølgingssystemet. Vi ønsker derfor at dette utdypes i forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

2. Spesialisthelsetjenesteloven

§ 3-3 Meldeplikt til nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

NSF støtter Statens helsetilsyns oppfatning av at meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ikke skal flyttes fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Pasientsikkerhetsenheten.

Ledere er premissleverandører for at pasientene får den helsehjelpen de har rett og krav på gjennom sitt lovpålagte systemansvar. De har ansvar for kvaliteten på tjenestene og at det arbeides etter gode systemer og rutiner. Et meldesystem hvor det ikke kreves at ledere er informert om at det er sendt avviksmeldinger, vil undergrave ledernes mulighet for å ta ansvar for og lede en strukturert kvalitetsforbedring.

Kvaliteten i helsetjenesten blir ikke bedre hvis ikke den lærer av sine feil og iverksetter nye eller sikrere tiltak. Det er der avviket skjedde at det kvalitetsforbedrende arbeidet best kan skje og vil ha effekt. Vi er enig med Statens helsetilsyn om at en meldeordning som omgår linjeledelsen vil være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet.

Med vennlig hilsen



Lisbeth Normann
Forbundsleder



Arvid Libak
Avdelingssjef
Samfunnspolitisk avdeling