



Helse og omsorgsdepartementet
PB 8011, Dep
0030 Oslo

RI's hørings svar til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Rehabilitation International Norway (RI) ønsker å komme med synspunkter på **konsekvenser for de kommunale rehabiliteringstjenestene** i forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. RI mener at lovforslaget slik det foreligger ikke godt nok innfrir de krav til en styrket satsning på rehabilitering som Stortinget har gitt uttrykk for i sin innstilling til Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010). RI mener det er positivt at man får en felles lov for helse- og omsorgstjenestene, men det nye lovforslaget bærer i alt for stor grad preg av at den er sammensatt av to lover med detaljerte bestemmelser for noen områder. RI reagerer f. eks. på at rett til medvirkning og informasjon er en egen paragraf under kapittel 9. Denne paragrafen omhandler bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede. En slik rett skulle være allmenngyldig i loven og presiseres slik den foreslås i første ledd: *"Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren".*

RI er svært bekymret over den sterke medisinske forståelsen som preger forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. En medisinskfaglig virkelighetsbeskrivelse, problemforståelse og løsningsforslag der alt gjøres til et spørsmål om helse er for snevert i forhold til å favne en politikk og et lovverk som skal fremme likeverd, likestilling og full deltakelse. VI mener dette ikke bidrar til å møte eller løse de helhetlige utfordringer som loven skal regulere. Begrepsbruken i lovforslaget kan oppfattes som mennesket blir redusert til å befinne seg langs aksen frisk-syk.

Kapittel 1: Formålsparagrafen

RI mener at lovens formålsparagraf gir klart uttrykk for kjernen i de oppgaver de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal sørge for. Vi synes det er gledelig at forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring er av sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne er satt opp som første punkt. Det viser et sterkt mål om ikke bare å fokusere på sykdom, men i større grad bygge opp om det friske og mestring av konsekvenser som ikke kan helbredes. Dette er også kjernen i rehabiliteringsvirksomheten. RIs innspill vil derfor rettes mot om lovforslaget for øvrig bygger opp under den gode formålsparagrafen.

De fleste kommunene imøtekommer ikke behovet for rehabiliteringstjenester på en tilfredsstillende måte i dag. Dagens lovverk og forskrifter er lite tydelig på hvilke krav som stilles på dette feltet. Nytt lovverk må være mye tydeligere og underbygges av klare forskrifter og krav til kvalitet i tjenesten og nasjonale standarder for innholdet.

Kapittel 3: § 3-2 Kommunenes ansvar for individ og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Kommunen pålegges plikt til å planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere virksomheten i samsvar med lov eller forskrift. Det medfører behov for tydelige krav i lover og forskrifter, samt redskap til å registrere og dokumentere tjenestene. I dag fanges ikke rehabiliteringsvirksomheten opp i de kommunale registreringssystemene som IPLOS og KOSTRA. Det må derfor utarbeides dataverktøy for å følge opp denne forpliktelsen.

Departementet *må, ikke bare kan*, i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i rehabiliteringstjenestene, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Brudd på disse kravene må følges opp med sanksjoner som fører til endring.

RI foreslår en sterkere presisering av krav til kommunenes ansvar for rehabiliteringstjenester i lovteksten under § 3-2: (tillegg til lovteksten er satt i kursiv)

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, herunder

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

Det må være et krav at kommunene sørger for mulighet til **opptrening**. For noen brukergrupper vil dette best ivaretas ved et opphold på opptrenings- eller rehabiliteringsinstitusjon. Andre brukergrupper er best tjent med opptrening i nærmiljø og/eller i eget hjem. Uansett om rehabiliteringen starter i spesialisthelsetjenesten og fortsetter på rehabiliteringsinstitusjon, vil de aller fleste fortsatt trenge rehabiliteringstiltak når de kommer hjem. Det kan være behov for ulike typer opptrening avhengig av problemstilling, og det er derfor behov for assistanse fra ulike faggrupper.

De fleste har behov for **tilrettelegging** i hjemmet, eventuelt på arbeidsplass eller på skole/utdanningsted. Tilrettelegging kan inkludere utprøving, tilpassing og opplæring i bruk av tekniske hjelpemidler, endring av fysiske omgivelser og/eller inkludere tilrettelegging av oppgaver og endring av rutiner i dagliglivet.

Råd og veiledning er rettet mot å øke mestring for personer som skal lære seg å leve med endret funksjon eller kronisk sykdom. Råd- og veiledning for funksjon i eget hjem er ofte et viktig ledd i en rehabiliteringsprosess, både for den som er rammet og for dennes pårørende.

Kommunene må også sørge for at råd og veiledning må være tilgjengelig i et lavterskeltilbud som lærings- og mestringssentraer, gjerne kombinert med aktivitetstilbud og helsefremmende aktiviteter som frisklivscentralene mm. Her vil et

samarbeid mellom helsepersonell og brukerorganisasjoner være hensiktsmessig. Krav til råd- og veiledningstjeneste bør framgå i forskrift med klare kvalitetskrav.

Arbeidsrehabilitering må være tema i helse- og omsorgstjenestene, fordi kommunenes ansvar når det gjelder tiltak rettet mot arbeid og arbeidsplass, er uklart i dag. De helsefaglige sidene av arbeidsrehabilitering dekkes ikke tilfredsstillende verken av NAV eller kommunehelsetjenesten. Det er et stort behov for å klargjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar i forhold til tilbakeføring til arbeid. Derfor bør dette eksplisitt nevnes i loven.

Fastlegene må i ny forskrift om fastlegeordningen forpliktes til å delta i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet i kommunene. Det er imidlertid ikke nødvendig fastlegene som innehar koordinatorfunksjonen slik man har gått bort i fra i lov om spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 4: Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Helse- og omsorgstjenestene som tilbys skal være forsvarlig. Forsvarlighetsbegrepet knyttes her til; kommunens plikt til å tilrette tjenestene, helsepersonelles individuelle krav om å yte forvarlig yrkesutøvelse (helsepersonell-loven § 4) og krav om verdige tjenester. Forsvarligheten retter seg ikke mot kommunens plikt til et faglig forsvarlig *innhold*. Det stilles heller ikke krav til at helsehjelpen ytes av autorisert helsepersonell, eller krav til kompetanse. Det er en svakhet som må rettes opp.

Helsedirektoratet gis i lovforslaget ansvar for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Det er positivt og nødvendig. Skal tjenestene være forsvarlige må kommunen forpliktes til å følge Helsedirektoratets retningslinjer og melde avvik når dette ikke er tilfredsstillende ivaretatt. Klare retningslinjer og standarder gir både brukerne et mål på hvilke tjenester de har krav på og et grunnlag for å klage ved manglende tjenester. Det gir også fagpersonene klare forventninger til faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Standardiserte kvalitetssystemer kan også vurderes innført for å kunne evaluere og sammenligne kvalitet i tjenestene.

Kvalitetskravet må utover å være verdig, innebære at tjenesten gis av personell med rett og oppdatert kompetanse, gis til rett tid og i det nødvendige omfang.

Klageadgangen ved manglende tjenester må framkomme i loven og gjøres gjeldene for alle som har behov for å klage og at saksbehandlingstiden ikke blir urimelig lang. RI 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 fylkesmannens for avgjørelse, dersom den ikke var ferdigbehandlet i kommunen innen 4 uker. Dette tiltaket ville hindre en lang saksbehandling av klagesaker og unødig opphold i rehabiliteringsprosessen.

Kapittel 6: Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Lovforslaget legger opp til krav om samarbeidsavtaler og en konkretisering av innholdet i avtalene. Det er positivt. RI er imidlertid bekymret for hvordan rehabiliteringstilbudet blir ivarettatt i dette samarbeidet. Vår erfaring er at dette fagfeltet lett blir nedprioritert i spesialisthelsetjenesten og at samhandlingsreformen legitimerer at dette ansvaret overføres til kommunene. Rehabilitering og ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må tydeliggjøres og være en viktig del av disse avtalene. Det er også av vesentlig betydning at spesialisert rehabilitering ikke svekkes i spesialisthelsetjenesten slik at kommunehelsetjenesten får nødvendig faglig veiledning. Spesialisthelsetjenesten må også bidra i forsknings og utviklingsarbeid innen rehabiliteringsfeltet.

Kapittel 7: Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

RI mener det er positivt at kommunene blir pålagt gjennom loven å sørge for individuell plan (IP), koordinator og koordinerende enhet. Departementet *må* imidlertid på disse områdene gi nærmere bestemmelser som klargjør kommunenes ansvar og krav til innhold, kvalitet, kapasitet og kompetanse på tjenesten.

Kommunen må også forpliktes til å sørge for at innholdet i IP følger de nasjonale retningslinjene som utarbeides av Helsedirektoratet på ulike områder og at nødvendige tjenester blir gitt. Nødvendige tjenester skal heller ikke utelates i en IP med begrunnelse om at kommunen ikke har de ressurser eller den kompetansen tjenesten krever, slik det oppleves i rehabiliteringstjenestene i dag.

Koordinerende enhet er i dag pålagt kommunen i forskrift. Allikevel viser en undersøkelse fra Helsedirektoratet at mange fastleger ikke kjenner til denne enheten, og da sannsynligvis heller ikke de kommunale rehabiliteringstjenestene. Arbeidet med koordinerende enhets rolle og tydelighet, og fastlegenes kjennskap til enheten, må forsterkes framover.

Kapittel 8: Undervisning praktisk opplæring og utdanning

Rehabilitering krever tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Det krever helsepersonell med rehabiliteringskompetanse som er rettet mot økt mestring og samfunnsdeltagelse. Kommunen må sørge for å ha tilgang på nok personell med rett kompetanse, og at kompetansen utnyttes på mest hensiktsmessige måte. Det er også viktig at disse oppdaterer sin kompetanse jevnlig i tråd med ny forskning på området, slik at tjenesten blir i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap. Det må fortsatt settes fokus på kommunens plikt til å bidra med praksis og opplæring av helsepersonell.

Øvrige kommentarer

Finansiering

RI ser med bekymring på en medfinansieringsmodell for kommunene som ikke innebærer en reel ressursøkning. Skal kommunene overta flere oppgaver og styrke sine tjenester må det medføre friske ressurser. RIs erfaring er at rehabiliteringstjenesten ikke er noen "budsjettvinner" i kommunene, og en tjeneste som også ofte opplever nedskjæringer. Dette vil være i strid med den nye lovens formål.

RI ønsker departementet lykke til i det videre arbeidet med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med vennlig hilsen
Rehabilitation International Norge

Jan A. Monsbakken
leder