

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår saksbehandler: Liz Helgesen	Kopi til	Vår dato 26.01.2011	Vår referanse 2007/00012	Deres referanse
------------------------------------	----------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Høringssvar Unio - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Unio ser behovet for et harmonisert lovverk som virkemiddel i oppfølging og gjennomføring av St. meld. nr 47, Samhandlingsreformen. Unio er tilfreds med at det nye lovforslaget har et helsefokus og at både dette lovforslaget og forslaget til ny folkehelselov, har et forebyggingsperspektiv.

Hovedfokus i Unios høringsinnspill vil være om *det aktuelle lovforslaget understøtter reformen på en tilfredsstillende måte.*

Unios synspunkter er knyttet til følgende hovedpunkter:

1. Kompetanse, kvalitet og profesjonstydighet. Unio mener:

- at helsehjelp, gitt av **autorisert helsepersonell**, må utgjøre kjernen i kommunale helsetjenester. Dette henger igjen sammen med behov for **profesjonstydighet**.
- at **forsvarlighetskravet** kan ikke være en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm. Hva som menes med forsvarlighet må utdypes.
- at tjenester må være basert på **kunnskapsbasert praksis**.
- at det må utarbeides **nasjonale, faglige retningslinjer, med kompetansekrav** for bruk i kommunale tjenestene. Dette forutsetter styrking av forskning på helsehjelp og omsorg for ulike brukergrupper og arbeidsmetoder i de kommunale tjenestene

2. Rehabilitering og forebyggende helsearbeid. Unio mener:

- at loven må bli tydeligere og styrkes på rehabiliteringsoppgaver og forebyggende helsearbeid.
- at det er behov for forebyggende aktivitet i kommunene for å underbygge deltagelse i arbeidslivet, sammenheng med målsetting i "arbeidslinja", IA og pensjonsreformen.

3. Økonomi. *Unio mener:*

- at kommunenes kapasitet og kompetanse vil avgjøre om samhandlingsreformen lykkes. Kommunene må dimensjoneres for oppgavene de skal ha ansvar for, enten innenfor egne grenser eller i interkommunalt samarbeid før det iverksettes nye økonomiske incentiver.
- at det foreslåtte økonomiske **incentivsystemet** er uheldig, noe som bl.a kan ramme tjenestetilbudet til de eldre og svakeste pasientene. at det er behov for **utdypning knyttet til anbudsregelverk**. Unio ønsker ikke at Samhandlingsreformen åpner for økt konkurranseutsetting og kommersialisering av helsetjenestene.

Mot slutten av dokumentet kommenteres også medbestemmelse og medvirkning, klagerettigheter, avtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, individuell plan, koordinator og elektronisk samhandling.

Unio viser også til høringssvar fra medlemsforbundene Norsk Sykepleierforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund.

1 Kompetanse, kvalitet og profesjonstydighet

Profesjonsnøytralitet svekker kvalitet og tillit til helsetjenester

Helsepersonell har profesjonsutdanning som fører frem til offentlig autorisasjon. Det gir trygghet for at personellet kan sitt fag og legger grunnlag for faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Profesjoner burde være et begrep for kvalitet og tydeliggjøring av hvilke oppgaver man er kvalifisert til å gjøre slik at pasientene får best mulig behandling. Hva man er kompetent til ligger i kravene som stilles i utdanningene.

Forslaget om at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal være profesjonsnøytral må også ses i sammenheng med det arbeidet myndighetene nå har satt i gang med en ny st. melding om utdanning til velferdstjenestene. I forbindelse med meldingen har det kommet signaler i retning av at profesjongrensene bør bygges ned, at helse- og sosialfagene bør bygge på en felles basis (noen har nevnt et felles første år i bachelorgarden). Unio er svært kritiske til en slik undergraving av de ulike profesjonsutdanningenes egenart. Profesjonskompetanse må ikke erstattes med en diffus *felles samarbeidskompetanse*. Bedre og tettere samhandling mellom ulike yrkesutøvere og profesjonsgrupper innenfor velferdstjenesten forutsetter at de som skal samarbeide har solid kunnskap om eget fag/egen profesjon. I tillegg er det viktig med kunnskap om og respekt for andre profesjoners fag.

Unio kan ikke støtte forslag som bidrar til å tilsøre eller bygge ned den profesjonsspesifikke kompetansen ulike helse- og sosialfaglige profesjoner innehar.

Unio mener at profesjonstydighet utgjør samhandlingens og kvalitetens fundament. Gode individuelle helsetjenester og god samhandling mellom tjenesteområder og rundt den enkelte pasient, sikres gjennom faglig kompetente profesjoner. Unio tror profesjonsnøytraliteten kan skape usikkerhet om hva som er riktig og tilstrekkelig kompetanse. Kommunene vil alltid slite med knappe ressurser og uten tydelige krav til

profesjonskompetanse og autorisert helsepersonell vil det være en fare for "kvalitetsdumping". Herunder ved at man ansetter mindre kvalifisert personell og reduserer lønnsutgifter. Kommunene velger tjenester som likner profesjonsutøvers tjeneste, men som er av billigere og av dårligere kvalitet.

Unio mener kommunene må ha en basisbemanning for å sikre kvalitativt gode helsetjenester til befolkningen og for å klare å nå målsettingene i samhandlingsreformen med forebygging, tidlig intervensjon, hindre sykehusinnleggelser og kunne ta i mote utskrivningsklare pasienter på en god måte som hindrer reinnleggelser. Basisbemanningen bør bestå av lege, fysioterapeut, psykolog, sykepleier, helsesøster, jordmor, ergoterapeut og ernæringsfysiolog.

Forsvarlighetskravet må knyttes til 'god praksis', ikke bli en minstenorm

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. Unio er svært positiv til at det i lovforslaget legges opp til at forsvarlighetsplikten også skal inneholde et krav om at kommunene skal gi et verdig tjenestetilbud.

Unio 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.

Unio ønsker også å framheve at vurdering av faglig forsvarlighet krever faglig innsikt. Det er mao ikke likegyldig hvem som utpekes som faglig ansvarlige for tjenestene i kommunen. For å sikre at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang er det derfor viktig at det i forskrifter stilles krav til kompetanse hos ledere og tjenesteutøvere på alle nivåer.

Utdanning og forskning

Rekruttering av ansatte med rett **utdanning** og rett kompetanse er en utfordring i dagens kommune-Norge. Unio tror at denne utfordringen vokser med reformen. Unio savner en forpliktelse for arbeidsgiver om å utarbeide, og for arbeidstaker til å bidra til utarbeidelse av individuelle opplærings- og kompetanseplaner. Det bør minimum omtales i tilhørende forskrift.

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

Unio mener at kommunenes ansvar for **undervisning og opplæring av helsepersonell** må innskjerpes. Ansvar må avtales, slik at ansvaret praktiseres slik som i spesialisthelsetjenesten (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5). Videre bør kommunens plikt til å bidra i undervisning og praktisk opplæring av nytt helsepersonell systematiseres. Et tilstrekkelig antall **praksisplasser for helsefagstudenter** er en forutsetning for at helse- og omsorgstjenestene skal få tilgang på faglig kvalifisert personell.

Fagutvikling og forskning må også være en del av lovteksten. Det kan eventuelt være en ny § 4-3. Fagutvikling og forskning må være en del av avtalen mellom kommuner og helseforetak. Frivillighet i forhold til forskning vil medføre nedprioritering og manglende akademisk attraksjon. Forskning knyttet til helse- og omsorgstjenesten må tvert i mot styrkes, for å fremme at praksis er kunnskapsbasert og dermed øke kvaliteten på tjenestene. Det vil også styrke og oppgradere helse- og omsorgstjenestene som en attraktiv arbeidsplass.

Forskningsbasert kompetanse er også en forutsetning for kvalitet i tjenestene.

2 Rehabilitering og forebyggende helsearbeid

Ved Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen var det bred politisk enighet om å styrke **rehabilitering**, som ble for lite vektlagt i meldingen. For å tydeliggjøre rehabilitering har vi følgende forslag til endringer i § 3-2:

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

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

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

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

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. Unio 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.

Unio ønsker også å framheve skolehelsetjenestens viktige funksjon mht forebygge drop-out fra skole, samt skolehelsetjenestens støtte til gode lærings- og undervisningsbetingelser.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sårbar for økonomiske svingninger og lokale prioriteringer. Som et forebyggende tiltak taper den ofte kampen om budsjettkronene.

3 Økonomi

Lovverk kan ikke understøtte en reform alene. 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 heller gi uønskede prioriteringsvirkninger.

Både betaling for utskrivningsklare pasienter og de foreslåtte modellene for kommunal medfinansiering har så stor risiko for uønskede prioriteringsvirkninger at Unio ikke kan slutte seg til at de innføres. Unio mener at det er for tidlig å iverksette økonomiske virkemidler. 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. Unio 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.

Forslagene om alder og diagnose som prioriteringskriteringer harmonerer ikke med den likeverdstanke og rettferdighetsintensjon som kommer frem i grunnlaget for Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011- 2015).

Unio vil istedenfor 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.

Unio 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 Unio 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.

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.

Unio har en generell bekymring for at reformen kan åpne for økt kommersialisering og konkurranseutsetting av helse- og omsorgstjenester. Unio ber om at lov og forskrift utarbeides slik at dette ikke skjer.

Unio ønsker samtidig å påpeke at 2/3 av dagens fysioterapitjenesten utføres av selvstendig næringsdrivende hvor kommunene delvis dekker utgiftene. Tjenesten er en viktig del av den kommunale helsetjenesten. *Unio mener rettsgrunnlaget for etablering av nye driftsavtaler ikke er like tydelig i lovforslaget som i dagens lov.* Dersom gjeldende rett skal videreføres må dette også i fremtiden sikres. Unio foreslår derfor endringer i paragraf 3-1, 3-2 første ledd nr 4, 3-2 andre ledd og 11-1 slik at avtaler kan inngås med de som har refusjonsrett etter kapittel 5 i folketrygdløven.

4 Andre innspill

Medbestemmelse og medvirkning

Reformens suksess forutsetter involvering og medbestemmelse fra ansatte/partene i arbeidslivet. Dette innebærer for det første at profesjonsutøverne involveres og gis innflytelse i lokale prosesser. For det andre må de sentrale fagforeningene involveres under planlegging og gjennomføring av reformen. Dette bør gjenspeiles i lovtekst og forarbeider.

Klageadgang

Unio 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.

Avtaleregime mellom spesialisthelsetjeneste og kommune

Unio mener at avtaleløsningen vil bli krevende å få til å fungere i praksis i alle kommuner. Det vil være behov for betydelig i assistanse prosessen med å utarbeide avtaler som ivaretar pasienters rett til tjenester av god kvalitet uavhengig av bostedskommune. Bistand til avtaleinngåelser vil antakelig være særlig aktuelt for mindre kommuner.

Individuell plan og koordinator

- Unio 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.
- Unio støtter departementets forslag om at hovedansvaret for individuell plan skal være kommunalt.
- Unio mener at koordinatorfunksjonen bør dekkes av en profesjonsutdannet med god kunnskap om hjelpeapparat. Pasienten bør ha innflytelse mht valg av denne koordinatoren.

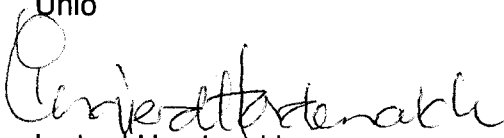
- Unio støtter forslaget om at helsepersonell skal ha plikt til å delta i individuell plan og plikt til å melde fra om behov for individuell plan.

Elektronisk samhandling

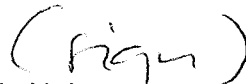
Bruk av elektronisk samhandling er et virkemiddel for helsepolitiske mål om kvalitet, effektivitet, helhetlig pasientforløp, personvern og god kommunikasjon med pasienter. Det vil være utfordrende å utvikle og ta i bruk IKT-systemer som virkeliggjør dette. Det dreier seg om et IKT-løft og et kompetanseløft. For at dette skal bli en hensiktsmessig og effektivt verktøy for samhandling må det avsettes tilstrekkelig ressurser til systemutvikling og opplæring, samt kvalitetssikringsrutiner. Unio minner om NAVs utfordringer knyttet til "samkjøring" og utvikling av felles IKT-systemer og mener at man må lære av disse erfaringene i innføring av elektronisk saksbehandling i forbindelse med Samhandlingsreform.

Vennlig hilsen

Unio



Ingjerd Hovdenakk
sekretariatssjef



Liz Helgesen
seniorrådgiver