



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Vår ref.
11/1638/ODRE

Deres ref.
201101755-/KJJ

Dato:
04.10.2011

HØRINGSSVAR: SAMHANDLINGSREFORMEN – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91L (2010-2011) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi vil henvise til vårt høringssvar ved tidligere høring vedr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som gir noe av bakgrunnen for våre erfaringer som er relevante i dette feltet. (se vedlegg)

Høringssvaret er i særlig grad knyttet til våre erfaringer med rusavhengige og personer som oppholder seg ulovlig i riket.

Vi vil innledningsvis bemerke at vi er godt fornøyd med at man fjerner begrepet tjenestemottaker og erstatter dette med pasient eller bruker. Endringen iht individuell plan med en avklaring av koordinerende enhet og en tydeliggjøring av ansvar er viktig.

Videre er det positivt at departementet anerkjenner at barnekonvensjonen har forrang i spørsmålet om helsehjelp til barn som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket.

Vi bekymrer oss for at rusavhengige og pasienter innen psykisk helsevern kan bli nedprioritert i samhandlingen mellom kommune og spesialisttjeneste da fokus vil måtte være på reformen slik den er beskrevet per i dag.

1. Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

(Regulerer kommunal betaling for pasienter i som får behandling i spesialisthelsetjenesten og som etter utskriving har behov for hjelp i kommunen, men hvor kommunen ikke kan yte pasienten den hjelp vedkommende trenger. Regulerer betaling mellom to tjenestenivåer.) Det er forslag at forskriften ikke skal gjelde for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

Kirkens Bymisjon mener at dette rammer deler av vår brukergruppe særlig hardt, da de ofte er avhengig av praktisk bistand fra kommunen i en rehabiliteringsfase etter utskriving.

Det gir seg for eksempel utslag på tildeling av leilighet på tidspunkt for utskriving av pasient. I mange tilfeller kan dette være en "propp" da det er utfordrende for kommunene å fremskaffe leiligheter. Dersom man innfører kommunal betaling, vil dette kunne forplikte kommunen i større grad til å bidra langt tidligere i behandlingsforløpet.

Se imidlertid vurdering i Prop. 91 L(2010- 2011)

2. Kommunal medfinansiering.

Det er foreslått ikke å gjelde for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet. Vi er inneforstått med at denne gruppen skal vurderes på et senere tidspunkt. Vi kan ikke se at det er mindre behov for samhandling på rusfeltet og vil påpeke at dette er viktig. Det kan reises spørsmål ved på hvilken måte dette harmonerer med rusreformen og rusavhengiges likeverdige pasientrettigheter?

3. Fordeling av kostnader mellom kommunen. Vederlag og disponering av kontantytelser.

Her foreslår Departementet at man fjerner dagens unntak fra oppholdskommuneprinsippet ved utskrivelse fra institusjon i ny oppholdskommune.

Det er ikke foreslått en utvidelse av dagens refusjonsordning. (eks. "hyttekommuner".) Dette kan innebære at Oslo som tilflyttingskommune ikke vil kunne kreve refusjon fra tidligere oppholdskommuner. Vi mener Departementet bør revurdere dette.

4. Forskrift om institusjon i den nye helse og omsorgstjenesteloven

Dette vil ha betydning bl.a. for enkeltvedtak, pasientbetaling, disponering av kontantytelser fra folketrygden for beboere som ikke er i stand til å disponere egne midler (trivselsordning). Det har også betydning for om huseie-loven kommer til anvendelse.

Pasientskadeloven (endret til å omfatte institusjon under helse og omsorgstjenesten i tillegg til institusjon under spesialisthelsetjenesteloven.) Dog er det foreslått å holde boliger med helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige utenfor virkeområdet for denne loven. Begrunnelsen er at det ikke primært gir helsehjelp. Vi mener at dette skaper videre forvirring rundt "institusjons begrepet".

Helsepersonelloven er endret slik at med helseinstitusjon menes institusjon under helse og omsorgstjenesten i tillegg til institusjon under spesialisthelsetjenesteloven. Dog foreslått å holde boliger med helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige utenfor virkeområdet for denne loven. Dette har betydning for manglende journalplikt for institusjonene.

5. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Lovfester plikt til å oppnevne koordinator og koordinerende enhet.

Presisert at kommunen har plikt til å tilby koordinator uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker individuell plan

Koordinatoren skal sikre at den enkelte bruker/pasient får tilbud om individuell plan dersom vilkårene er oppfylt.

Helsepersonell og annet personell som yter tjenester etter helse og omsorgstjenesteloven har plikt til å melde fra om behov for individuell plan og koordinator.

Dette er positive endringer for vår del i vår målgruppe som trenger særlig bistand til å orientere seg i sine rettigheter. Det er viktig å forskriftfeste ansvar for hvem og når man skal tilby individuell plan og ikke bare når man har krav på dette. Vi ønsker også å rette oppmerksomhet på spørsmålet om klageadgang.

6. Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket.

Dette avsnittet er skrevet på bakgrunn av at vi i samarbeid med Røde Kors driver ”Helsesenteret for papirløse migranter” og Møtestedet som er en kafé for mennesker med tilknytning til rus- og gatemiljøene i Oslo.

Det er vår erfaring at den hjelp som praktiseres er svært ulik og til dels tilfeldig. Dette kan skyldes tolkning av regelverk og/eller manglende finansiering av den hjelp som ytes.

Vi foreslår følgende for gruppen:

- Personer uten gyldig oppholdsstatus får rett til nødvendig helsehjelp i både kommune- og spesialisthelsetjeneste
- En refusjonsordning for dekning av egenandel for gruppen opprettes, samt refusjonsordning slik at behandlende institusjon / behandler får dekket utgifter for behandling
- Barn uten regulært opphold får rett til fastlege
- Informasjonskampanje rettet mot helsepersonell om utvidede helserettigheter til gruppen og allerede eksisterende rettigheter (som barns rettigheter)
- Informasjon til målgruppen selv om rettigheter og helsepersonells absolutte taushetsplikt, slik at de tør oppsøke hjelp

Genrelle betraktninger

Det er avgjørende at ikke helsepersonell unnlater å yte nødvendig helsehjelp til personer på grunn av deres oppholdsstatus. Som det framgår i det følgende, mener vi imidlertid at forskriften på en rekke felt ikke er tydelig og omfattende nok, og at den er utilstrekkelig så lenge den ikke også følges opp med egnede finansieringsordninger.

Profesjonenes yrkesetikk

De yrkesetiske retningslinjene for helsepersonell har i Norge stort fokus både i studie og yrkesutfoldelse. To eksempler er, sitat: *”Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.”* og *”En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn”.*

Det forstås av forslaget § 8 at ansatte i helse og omsorgstjenesten skal opptre som portvokter for hvem som skal få hvilken helsehjelp. Selv om det kanskje ikke er hensikten vil en slik tilsynelatende rangering av mennesker som trenger helsehjelp undergrave respekten for menneskerettighetene og helsepersonells yrkesetiske retningslinjer i og med at en setter økonomi og innvandringspolitiske hensyn foran å hjelpe et menneske med behov for helsehjelp. Den medisinske historie har dessverre vist oss hva helsepersonell har deltatt i når andre hensyn har kommet foran vernet av menneskets egenverdi. Det er derfor viktig å holde den yrkesetiske fanen høyt slik at en vurdering av hvilken helsehjelp som skal gis tas på grunnlag av det medisinske behovet og det alene.

Det må være mulig at det gis helsehjelp av offentlig helsevesen på lik linje med befolkningen ellers selv om myndighetene ønsker at de samme personene forlater landet. Dette har for eksempel Spania innført med en mye større gruppe av personer uten lovlig opphold. Vi ser også at Sverige i SOU 2011:48 *”Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet”* går inn for lik tilgang til helsehjelp i tråd med menneskerettigheter og yrkesetiske retningslinjer.

I forhold til § 8 må det i det minste avklares hvilken dokumentasjon Departementet finner gyldig som dokumenterer opphold selv om vi ønsker at denne formulering fjernes.

Manglende finansieringsordning

Etter vårt syn vil eventuelle klareringer eller utvidelse av helserettigheter ikke ha noen reell praktisk betydning for personer uten lovlig opphold, grunnet følgende: Det er ingen finansieringsordning knyttet til rettighetene og de fleste av pasientene på Helsesenteret og papirløse migranter generelt har svært liten betalingsevne.

At en refusjonsordning må følge rettighetene kan eksemplifiseres i retten til å få utført svangerskapsavbrudd. Helsesenteret har i 2011 tatt i mot mange kvinner, flere trolig utsatt for menneskehandel og tvangsarbeid, med uønsket graviditet. Vi har henvist kvinnene til sykehus som utfører svangerskapsavbrudd i Oslo. Etter 30.06.11 har kvinner etter Prioriteringsforskriften § 1 hatt rett til svangerskapsavbrudd etter bestemmelse i abortloven. Likevel krever noen sykehus forhåndsbetaling før kvinnen kan få utført abort. Kvinner uten betalingsevne får valget mellom å sette seg i gjeld (for mange i tillegg til allerede stor gjeld), utføre aborten på annet vis eller ta imot et uønsket barn i en svært vanskelig situasjon. Den reelle retten faller bort på grunn av manglende finansiering.

Problemstillingen knyttet til manglende finansiering er også relevant når det gjelder rett til helsehjelp som ikke kan vente. I og med at behandlende institusjon i praksis må dekke kostnadene er det naturlig å tenke seg at dette kan føre til en streng praksis når det gjelder vurderingen av hva som "ikke kan vente." Pasienten vil heller ikke kunne forfølge saken dersom institusjonen avviser pasienten - selv om han / hun har rett på behandling. En manglende refusjonsordning vil også virke urettferdig og belastende på bydeler/ regioner hvor sykehus, legekontor og helsestasjoner som har en større antall pasienter med denne problemstillingen enn andre.

Forslag om Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

Innskrenking av rett til kommunale helsetjenester

Prioriteringsforskriften § 1 er nylig endret. Før 30.06.11 kunne det argumenteres for at alle hadde rettigheter. Pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, sitat: "Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten." Ved endring av Prioriteringsforskriften § 1 og endring av Pasient- og brukerrettighetsloven til § 2-1 a og 2-1 b vil personer uten lovlig opphold ha innskrenkede rettigheter også fra kommunehelsetjenesten. Dette er svært bekymringsverdig. Som pasient er det i hovedsak kommunehelsetjenesten en først henvender seg til. Ved innskrenkede rettigheter, vil færre få mulighet til å ta vare på egen helse, forebygge helseproblemer og få behandling for sykdom. Ikke alle sykdommer har en akutt start og pasienter trenger oppfølging av lege utenfor legevakt for å få en vurdering om de har rett til § 5 Rett til helsehjelp som ikke kan vente mv. Det er klart at personer som ikke kan dra omsorg for seg selv fort vil komme i en øyeblikkelig hjelp situasjon. Slik det er foreslått etter § 6 Rett til nødvendig omsorg, vil personer uten lovlig opphold ikke ha rett på omsorgstjenester etter for eksempel å ha fått en utreisedato fra Utlendingsmyndighetene. Dersom pasienter blir omsorgstrengende etter øyeblikkelig hjelp kan de dermed bli liggende på sykehus med høy kostnad. Pasienter som har vært innlagt for øyeblikkelig hjelp trenger også av og til medisiner eller kortvarig oppfølging. Utskrivingsklar fra sykehus betyr ikke at en er frisk. Det er ikke rimelig at pasientene ikke får dette i perioden før de eventuelt forlater landet.

Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å behandle sykdommer på et så lavt nivå som mulig og så raskt som mulig før de utvikler seg. Det vil derfor også være hensiktsmessig at personer uten lovlig opphold får tilgang til forebyggende helsetjenester, som for eksempel tilbud om prevensjon og informasjon om psykisk helse. Ubehandlet sykdom vil ofte forverres over tid, og behandlingsutsiktene bli dårligere dersom man venter til den "ikke kan vente lenger". Det er i tillegg uetisk å ikke behandle pasienter i mange tilfeller der sykdommen ikke eskalerer til øyeblikkelig hjelp, men er svært plagsom. Det er videre også uklarerhet i definisjonen av begrepet "helsehjelp som ikke kan vente".

For at helsemyndighetene skal ha oversikt over smittsomme sykdommer og eventuelle andre folkehelse- og risikofaktorer, må personer uten lovlig opphold med helsemessige plager ha praktisk tilgang til lege i kommunehelsetjenesten for å få medisinsk vurdering. Det hjelper ikke folkehelsen at alle har rett på behandling (jfr smittevernloven), dersom de ikke blir fanget opp av kommunehelsetjenesten. Helsesenteret hadde i 2010 pasienter fra 50 ulike nasjoner der de store gruppene kommer fra land som Afghanistan, Iran, Irak Etiopia, Mongolia, Romania, Russland og Somalia, land med dårligere vaksinasjonsdekning og større forekomst av smittsomme sykdommer som tuberkulose og hiv. Det er derfor nødvendig med utstrakt tilgang til nødvendig helsehjelp i kommunen de oppholder seg i.

Om barns rettigheter

I kraft av Barnekonvensjonen skal barn og gravide uten lovlig opphold ha rett til nødvendig helsehjelp. Det er sånn sett positivt at disse rettighetene er fastslått i norsk lov. For at barnet skal få tilnærmede like rettigheter bør barn også få fastlege for å få forsvarlig oppfølging av sine sykdommer. Legevakt er ikke en egnet plass for barn med for eksempel kronisk sykdom som trenger oppfølging og tillit. Helsesenteret har fått informasjon om barn/foreldre med barn som er avvist av både fastleger og legevakt da de ikke har personnummer, ikke er øyeblikkelig hjelp eller ikke kan betale. Helsemyndighetene har slik vi ser det et stort ansvar i å informere pasientene, eller deres foresatte og helsepersonell om barn og gravides rettigheter og om helsepersonells taushetsplikt for at tilgangen skal være reell.

I § 4 Barns rett til helse og omsorgstjenester bør også siste komma fjernes, sitat: ", med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes." Dette er en formulering som i verste fall kan tolkes dithen at barns rettigheter kan innskrenkes.

Psykisk helse

Departementet er fremdeles ikke villig til å gi psykisk syke den behandlingen de trenger med mindre de er til fare for andre eller seg selv. Dette er vi sterkt uenige i og vil at Departementet ser på dette på nytt. Blant våre pasienter er det mange alvorlig syke med psykiske lidelser som tilsynelatende ikke er til fare for seg selv eller andre, men som like fullt har behov for behandling på lik linje med en som defineres som "farlig for seg selv eller samfunnet rundt." Dette er særlig betenkelig med tanke på at flere alvorlig psykisk syke hos oss har omsorg for barn. Det er i tillegg fare for at psykisk syke personer som ikke har rettigheter kan opptre irrasjonelt og føle seg tvunget til å gjøre truende handlinger for å få behandling. Det er vesentlig at psykisk sykdom forebygges slik at det ikke utvikler seg til å bli "farlig" eller alvorlig.

De fleste av våre pasienter kommer fra krigsherjede og fattige land, og flere er alvorlig psykisk syke. Psykisk syke har liten kapasitet til å planlegge og å ta gode valg for livet sitt. Selv når mennesker befinner seg i en situasjon som samfunnet mener er selvdestruktiv, mener vi at helsevesenet har en etisk og helsefaglig forpliktelse til å hjelpe. Dette spesielt da Utlendingsmyndighetene har fått kritikk fra flere rapporter for å ta lite hensyn til psykisk sykdom hos asylsøkere og at en slik sykdom kan indirekte være årsak til at de blir uten opphold.

Helsesenteret har flere rusavhengige pasienter med psykiske problemer. Disse personene står uten rettigheter til behandling og uten mulighet selv til å komme ut av et nedbrytende liv. Vi har pasienter som er diagnostisert med PTSD og rusavhengighet, med flere suicidforsøk bak seg og som ikke kan sendes tilbake til hjemlandet. Disse får ikke behandling fordi det ikke er øyeblikkelig hjelp. Uten behandling blir disse menneskene mørketall i overdose og selvmordsstatistikken. "Møtestedet" melder stor bekymring for gruppen når det gjelder både fysisk og psykisk helse.

Departementet ser ikke behov for endringer i det materielle innholdet. Vi mener det er meget beklagelig og det betyr for eksempel at personer utsatt for menneskehandel, tidligere asylsøkere som ikke kan returneres, og i særlig grad barn skal fortsette å stå uten reell tilgang til helsetjenester i Norge.

Helsesenteret har siden vi åpnet i oktober 2009 registrert et stort behov for helsehjelp blant personer uten lovlig opphold, og at mennesker lider uten å få hjelp.

Kapittel 1 i forskrift til sosialtjenesteloven

Vi viser til Forskriften § 1-3 andre ledd, om personer som ikke er norske statsborgere, som ikke har bopel i riket og som ikke kan dra omsorg for seg selv. "Disse har bare rett til nødvendig omsorg inntil de kan forlate landet", heter det. Her mener vi det er behov for en presisering av hva "kan forlate landet" vil si. Betyr det at vedkommende har penger til en billett? Har reisedokumenter? At opprinnelseslandet er villig til å ta vedkommende imot? Dette er uklart. Vi møter stadig personer som ikke har rettigheter i Norge, som ikke har inntekt eller kan ta vare på seg selv, og som samtidig ikke opplever å kunne reise hjem. De kan mangle penger, reisedokumenter, de kan komme fra et land som ikke vil ta dem tilbake osv. Dette er mennesker som "akterutseiles" i Norge, og som ofte ender opp hos frivillige organisasjoner fordi det offentlige Norge ikke tilkjenner dem noen rett til hjelp. Denne gruppa vil antakeligvis ikke bli mindre i dagens internasjonale situasjon. Departementet må ta dette på alvor og etablere et bedre regelverk og bedre helseinstitusjoners evne og mulighet til å ta vare på og hjelpe disse personene.

Med vennlig hilsen
Kirkens Bymisjon Oslo

Oddrun Remvik
Avdelingsdirektør Helse & Sosial

Vedlegg: hørings svar Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP

0030 OSLO

Vår ref.
11/97/STST

Deres ref.
200903950/ATG

Dato:
18.01.2011

SVAR PÅ HØRINGSNOTAT FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Oppsummering og anbefaling:

*Samhandlingsreformens mål og intensjoner handler både om å få til et bedre samspill mellom ulike nivåer og enheter i tjenesteapparatet og spesifikke tiltak rettet mot enkeltindividet, og om å styrke de muligheter og ressurser som ligger i lokalsamfunnet - familier, sosiale nettverk, frivillig organisasjoner osv. – og i individets egenomsorg og mestring.
Kirkens Bymisjon støtter disse mål og intensjoner.*

Ideelle/frivillige organisasjoner representerer - gjennom sin erfaring med å kombinere høy profesjonell kompetanse med de kvaliteter, ressurser og muligheter som knytter seg til sivilsamfunn, sosiale fellesskap, nettverk, deltakelse og egen mestring - et særegent tilskudd til velferdssamfunnet, både i forhold til offentlig drift og kommersielle tiltak. Disse organisasjonene representerer et bredt spekter av innsatsområder og har lange tradisjoner både for drift og utviklingsarbeid. Mange av organisasjonene har også en rolle som helse og sosialpolitisk aktør ved å avdekke skjulte behov og støtte utsatte grupper rettigheter og muligheter for deltagelse i samfunnet.

Vi støtter at ideelle/frivillige organisasjoner inkluderes systematisk og aktivt i det videre planarbeid for gjennomføring av reformen – både når det gjelder samhandlingen mellom tjenestenivåene og når det gjelder utvikling av forebyggende tiltak. Dette gjelder ikke minst deltagelse i den forsøksvirksomhet som skal knyttes til reformens trinnvise gjennomføring.

Vi er glade for at regjeringen vil følge opp arbeidet med å gi ideelle organisasjoner mer forutsigbare rammevilkår, men understreker at det haster å komme i gang med dette arbeidet.

Vi støtter dessuten tanken om å utvikle partnerskap mellom det offentlige, familie og ideelle/frivillige organisasjoner i lokalsamfunnet.

Vi viser forøvrig til høringsuttalelsen fra Gatejuristen (tilknyttet Kirkens Bymisjon) om rettsikkerhetsspørsmål knyttet til reformen for våre brukergrupper og til høringsuttalelsen fra Eldreaksjonen (der Kirkens Bymisjon er en av deltakerne) om virkninger for eldreomsorgen. Vi støtter Eldreaksjonens forslag om å lovfeste eldresentrene - oversendt departementet i september 2010.

Bakgrunnen for vår anbefaling:

Kirkens Bymisjon driver virksomhet i 17 av landets kommuner innen flere av områdene som omfattes av reformen – drift av sykehjem og eldresentra, omsorgstiltak innen rus/psykiatri, bosetting av bostedsløse, m.m. – basert på kommunale oppdrag. Kirkens Bymisjon driver også behandlingstiltak innen rus og psykiatri på oppdrag fra helseforetakene (HSØ og HV), arbeidstiltak på oppdrag fra NAV, barnevernstiltak på oppdrag fra Oslo Kommune og BUF-etat og dessuten en rekke andre relevante tiltak så som væresteder, frivillighetsentraler, integrering og helse, tiltak for HIV-smittede, rettighetsarbeid, forebyggende tiltak for

barn, tiltak etter soning, tiltak ifm prostitusjon og menneskehandel, krisetelefontjeneste, støtte til selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner, tiltak for papirløse migranter - med mer.

Bymisjonene i Norge har samlet ca 1600 ansatte og 2000 frivillige medarbeidere. Den store bredden i virksomhetsområder, fagkompetanse og frivilliges kompetanse gir oss betydelig erfaring med å møte Samhandlingsreformens sentrale utfordringer. Som ideell og frivillig aktør legger vi vekt på kombinere høy profesjonell kvalitet og kvaliteter, ressurser og muligheter som knytter seg til sivilsamfunn, sosiale fellesskap, nettverk, deltakelse og mestring. Samhandlingsreformens mål handler ikke bare om å få til et bedre samspill mellom nivå og enheter i tjenesteapparatet og spesifikke tiltak rettet mot enkeltindividene, men om å styrke de muligheter og ressurser som ligger i lokalsamfunnet - familier, sosiale nettverk, frivillig organisasjoner osv. – og individets egenomsorg og mestring.

Vår organisasjon (grunnlagt 1855) og andre ideelle organisasjoner innen helse og omsorg har lange tradisjoner som pionerer i både etablering og utvikling av behandlings- og omsorgstilbud på sentrale områder. Organisasjonene er idag en uavhengig og egenartet del av det samlede tjenestetilbudet både i kraft av hvordan vi utformer tilbudene våre og fordi vi har en rolle som uavhengig helse og sosialpolitisk aktør gjennom å avdekke skjulte behov og støtte utsatte gruppers rettigheter og muligheter for deltagelse i samfunnet. På enkelte områder utgjør ideelle organisasjoner dessuten fortsatt en stor del av det samlede tilbudet.

1. Støtte til samhandlingsreformens intensjoner.

Lovforslagene understreker målet om lik tilgang til gode og likeverdige tjenester uavhengig av diagnose, behov og sentrale bakgrunnsvariabler, og legger vekt på å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Sentrale verdier er trygghet, respekt, valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse, faglig god kvalitet og rettssikkerhet.

Folk skal få tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og størst mulig nærhet til brukeren. Det skal legges til rette for at tjenestene understøtter brukerens mestring av eget liv. Utgangspunktet er at kommunene selv organiserer tjenestene ut fra lokale forhold og behov, og målsettingene skal nås gjennom en styrking av kommunehelsetjenesten og en økt satsing på folkehelsearbeidet.

De sentrale føringene for folkehelsearbeidet er utjevning av sosiale helseforskjeller, prinsippet om å integrere helsemål i alle politikkområder, bærekraftig utvikling og en føre-var-tenkning som innebærer å søke å forebygge også der hvor årsakssammenhengene er usikre. Det understrekes at helse i hovedsak skapes utenfor helsesektoren, slik at bomiljø, nærmiljø og lokalsamfunn må integreres i folkehelsearbeidet. Ideelle organisasjoners rolle fremheves her på to måter; dels ved at frivillig arbeid og deltakelse i seg selv kan virke helsefremmende, dels ved at ideelle organisasjoner har vært raske til å fange opp nye behov og utvikle nye tjenester. Regjeringen ønsker derfor å forenkle og utvikle samhandlingen mellom det offentlige og frivillig sektor.

Samlet er dette intensjoner, forståelser og prinsipper som SKBO kan gi sin fulle tilslutning.

Vi vil i det følgende beskrive nærmere de særlige kvalitetene og mulighetene vår organisasjon kan bidra med for å skape et godt fungerende tjenestetilbud og bedre folkehelsen.

2. Ideelle og frivillige organisasjoners egenartede bidrag.

Vi mener ideelle organisasjoner har noen særlige fortrinn for å styrke de samlede helse- og omsorgstjenestene, både når det gjelder innhold og gjennom sin rolle som samfunnsaktør.

Ideelle/frivillige organisasjoner er verdibaserte, non-profit, har et ideelt/samfunnstjenlig formål og kombinerer profesjonell faglighet med frivillig innsats. Verdigrunnlag og forhistorie gjør ideelle organisasjoner forskjellige fra det offentlige og fra kommersielle foretak. De er også forskjellig fra hverandre. Som tjenesteleverandører vil vi yte de samme basistjenestene, men samtidig bidra med en variasjon i tjenestetilbudet som styrker mangfoldet i det samlede tjenestetilbudet og slik ivaretar pasienters og brukeres ulike behov og valgmuligheter.

Nedenfor følger eksempler fra egen virksomhet som vi mener er relevante for samhandlingsreformen.

Egenart knyttet til tjenestenes innhold:

- I tillegg til ansatte med høye faglige kvalifikasjoner, har vi god tilgang på frivillige deltakere og støttespillere. Disse bidrar med et bredt spekter av motivasjon og kompetanse – med ideer, som deltagere i planlegging og utviklingsarbeid og i gjennomføring av aktiviteter.
- Vi har frivillige/ideelle støttespillere som bidrar økonomisk til både drift og utviklingsarbeid. Blant disse er også samarbeidspartnere i næringslivet. Dette gir oss et eget økonomisk grunnlag for å drive systematisk og varig utviklingsarbeid med utgangspunkt i brukeres behov og ressurser. Dette gir oss også mulighet til å utvikle nye tiltak rettet mot utforskning, utprøving og eventuelt drift i tjenesteapparatets sprekker og randsoner.
- Disse muligheter har bidratt til at vi har utviklet egne driftsmodeller og prosjekter som har hatt betydning langt utover egen organisasjon. Blant disse er:
 - "Det åpne sykehjemmet" - modell for sykehjemdrift i Oslo, der driften av basistjenestene på oppdrag fra kommunen kombineres med lokal frivillig innsats, kulturarbeid, aktivt pårørendearbeid, arbeidstrening i samarbeid med NAV, faglig utviklingsarbeid – samt dokumentasjon og spredning av erfaringer til andre.
 - "Storbymodell" for eldresenterdrift som inkluderer sosialkontortjenester, oppsøkende virksomhet, ernæring og andre forebyggende tiltak og forsøksprosjekter.
 - Andre eksempler fra utviklingsarbeid i eldreomsorgen er: "Pårørendeskolen" (for pårørende til demente), "Grønn omsorg" (dagtilbud for hjemmeboende demente), "Bevegelse fra hjertet" (bevegelsesveiledning/kommunikasjon med demente) og "Å få henge som en dråpe" (kreativ skriving for eldre).
 - Andre eksempler på arbeidsmodeller med relevans for samhandlingsreformen som har basis i vår egenart som ideell/frivillig organisasjon er: "Pedalen" (sykkelservice med arbeidstrening for rusmisbrukere, et samarbeid med ROM-eiendom), Fri (Fra fengsel til bolig, arbeid og nettverk), Bybo (boliger med oppfølging for bostedsløse), Myrsnipa (møtested for foreldre og barn).
- I vår type organisasjon finnes også et organisatorisk og ideologisk rom for å utforske grensene mellom rollene som bruker/ansatt/frivillig og utfordre forskjellen mellom giver og mottaker. Hensikten er å endre maktforhold som hindrer deltagelse og bidra til myndiggjøring av individet med tanke på egen mestring i hverdagen, i relasjoner til andre og deltagelse i samfunnet.

Uavhengig rolle som verdibasert samfunnsaktør:

Som ideell/frivillig organisasjon har vi et ståsted uavhengig av offentlige myndigheter. Vårt verdigrunnlag forplikter oss på å innta en aktiv og kritisk rolle når menneskers liv og verdighet trues, uavhengig av at vi samtidig er leverandør av kontraktsfestede tjenester. Slik skiller en ideell organisasjon seg både fra offentlig forvaltning/tjenestesteder og kommersielle leverandører.

- Verdigrunnlaget forplikter oss til å se etter det som usynliggjøres i samfunnet -mennesker som faller utenfor. Det stimulerer også til å presse grenser for hva det er mulig å få til.
- Vår uavhengige rolle gir oss mulighet til å stå i et særlig tillitsforhold til målgrupper som ellers kan ha reservasjoner overfor myndighetenes tilbud. (ref "Gjennom det siste sikkerhetsnettet?" Av Steinar Stjernø og Therese Saltkjel I: Fattigdommens dynamikk: perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet / Ivan Harsløf og Sissel Seim (red.) Oslo : Universitetsforl. 2008)
- Verdigrunnlaget motiverer dessuten til å arbeide sammen med målgruppen med vekt på myndiggjøring, læring/mestring, eget ansvar og rettigheter, jfr. tiltak som Batteriet (servicekontor for selvhjelp mot fattigdom/sosial ekskludering), Primærmedisinsk verksted (senter for fremme av helse, dialog og utvikling i en flerkulturell befolkning), Aksept (senter for berørte av HIV) og Gatejuristen (fri rettshjelp for folk med rusproblemer). Dette har relevans for målene om å utjevne sosiale helseforskjeller.

3. Forutsetninger for ideelle/frivillige organisasjoners bidrag.

Noen samtidige politiske føringer på helse- og sosialfeltet står etter vår oppfatning i et spenningsforhold til hverandre. Disse kan dels representere helt allmenne utfordringer med hensyn til å virkeliggjøre reformens intensjoner, men innebærer i tillegg at ressurser og muligheter i ideell sektor vanskelig kan nyttiggjøres fullt ut.

For det første erfarer vi at måten anbudskonkurranser brukes på, legger sterke begrensninger på mulighetene for å *virkeliggjøre sammenhengende og individuelt tilpassede tjenester*, og å integrere helsearbeid i alle politikkområder ("helse i alt vi gjør"). Målstyring og konkurranseutsetting forutsetter

standardiserte og oppsplittede forhåndsbeskrivelser av tjenesteinnhold, og inviterer til ovenfradefinerte kvantitative for kvalitet. Dette kan stå i direkte motsetning til reell brukermedvirkning. Fritt brukervalg innebærer altfor ofte et valg mellom forholdsvis like tjenestetilbud, men betyr ikke dermed at behov og tjenester utformes i en løpende dialog med den enkelte brukeren eller pasienten.

For ideelle organisasjoner vil vekten på en standardisert og kvantitativt orientert beskrivelse av tjenesten innebære at den type egenartet utforming av tjenesten som de ideelle representerer, ikke etterspørres i anbudsdokumentet. Slike kvaliteter og egenskaper ved tilbudet kan da heller ikke vektlegges i sammenligning og vurdering av tilbyderne. De ideelle blir gjennom dette redusert til å levere forhåndsdefinerte standardtjenester på lik linje med andre. I så fall mister samfunnet mange av de mulighetene som er beskrevet tidligere. Dette vil etter vår oppfatning kunne representere en hindring for å oppnå de resultater samhandlingsreformen strekker seg mot.

Vi vil også peke på at et dominerende helsefaglig fokus kan svekke tverrfaglighet og de ressursene som ligger i relasjoner og sosiale systemer. Både som kunnskapsfelt og som praksis er helsefagene i all hovedsak individorienterte, og bærer i tillegg lange tradisjoner for paternalisme. Dette gjelder særlig på forebyggingsfeltet, men behovet for tverrfaglig tilnærming og sosialfaglig tenkning gjelder også forståelsen av og tilbudene til en rekke målgrupper, for eksempel folk med psykiske helseplager, rusavhengighet, fedme og såkalte ubestemte helseplager.

Etter vår erfaring er det ikke tilstrekkelig kunnskap i forvaltningen om hva ideelle organisasjoner kan bidra med. Dette betyr at ideelle organisasjoner bør trekkes aktivt med i det videre planarbeid for gjennomføring av reformen. Ikke minst er dette viktig i den forsøksvirksomhet som skal knyttes til reformens trinnvise gjennomføring.

Vi ønsker at det framover legges større vekt på

- Å utforme anbudskonkurranser slik at de ikke svekker muligheten for å tilrettelegge sammenhengende og individuelt tilpassede tjenester. Og dessuten slik at ideelle organisasjoners egenart blir etterspurt og tillagt vekt.
- Å utvikle samhandlingen med ideelle/frivillige organisasjoner gjennom partnerskapsavtaler basert på en faglig begrunnet oppfatning av hva ideelle/frivillige organisasjoner kan bidra med innen helse og omsorgsfeltet. Dette partnerskapet bør være langsiktig og ha fokus på utvikling av nye modeller for samspill mellom det offentlige, ideelle/frivillige organisasjoner og næringslivet. Det vises i denne forbindelse også til høringsuttalelsene til Frivillighet Norge og HSH.

Med vennlig hilsen
Kirkens Bymisjon



Sturla J. Stålsett
Generalsekretær