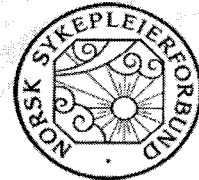


| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Helse- og omsorgsdepartementet | |
| Dok. nr.: 2004/05135 | Dok. nr.: 54 |
| Journ. dato: 520 | Journ. dato: 31.03.05 |
| Aut.: KTA | Saksbeh.: Kolt |
| Jakt: | |



Helse- og omsorgsdepartementet

Boks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår dato: 30.03.2005
Vår ref.: 2005/00150
Deres ref.:
Medlemsnr.:

Vår saksbehandler Anne Marie Flovik

HØRINGSSVAR NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

Norsk Sykepleierforbund (NSF) takker for å ha mottatt ovennevnte NOU til høring. Internt i NSF har dokumentet blant annet vært til uttalelse i NSF's landsgruppe for helsesøstre, NSF's landsgruppe for jordmødre og NSF's landsgruppe for psykiatriske sykepleiere.

NSF støtter ikke utvalgets modell til harmonisering av lovverkene i sosial- og helsetjenestene.

Vi velger å dele høringssvaret i to. I del én begrunner vi vårt syn på at dagens system med to lover, men i harmoniserte utgaver, er den beste løsningen.

Dersom en likevel velger å følge utvalgets forslag til harmonisering, har vi i del to valgt å kommentere aktuelle problemstillinger i lovforslaget.

Del 1.

NSF's begrunnelse for valg av modell for å bedre en harmonisering av lovverket.

NSF erkjenner behovet for å harmonisere lovverkene i sosial- og helsetjenestene med bakgrunn i utviklingen innenfor begge tjenestene og det faktum at de har overlappende funksjoner som bør ses under ett. Vi tenker da særlig på dokumentasjonsplikt og taushetsplikt. Videre er vi opptatt av helseperspektivet og at en god kvalitet på tjenestene må ivaretas i en ny lov. Spørsmålet er på hvilken måte dette best kan skje. Utvalget har skissert tre mulige løsninger:

1. Opprettholde dagens system med to lover – men i harmonisert utgave.
2. Utarbeide en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov, endre Helsepersonelloven til også å omfatte sosialpersonell, samt endre / utvide Pasientrettighetsloven til å omfatte mottagere av sosial ytelse.
3. Sammenslåing av de to lovene som spesifikt regulerer de kommunale tjenestene med fokus på de organisatoriske rammebetingelsene og behovet for en enhetlig og samordnet organisasjonsstruktur for sosial- og helsetjenesten.

Utvalget anbefaler – ut fra en samlet vurdering – modell 3, hvor dagens to lover erstattes med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov. Til støtte for utvalgets syn, argumenteres det med tjenestenes likeartethet, hensynet til kommunal frihet, og behovet for å nedtone nåværende detaljregulering av lovpålagte oppgaver.

NSF støtter *ikke* utvalgets forslag til modell og mener *primært* - i likhet med Lægeforeningen - at det beste hadde vært å opprettholde dagens system med to lover - men i harmonisert utgave. Da vil helseperspektivet være tydelig og klart forskjellig fra sosialperspektivet, begrunnet i tjenestenes egenart. Ikke minst gjelder dette helsefremmende og forebyggende tjenester til barn og unge, som er så godt som utelatt i lovforslaget. Vår hovedbegrunnelse for å opprettholde dagens system med to lover – men i en harmonisert utgave er at det bidrar til:

- at helseperspektivet tydeliggjøres og blir bedre ivaretatt
- at målet om en sømløs helsetjeneste som sikrer pasientene/brukerne rett helsehjelp uavhengig av forvaltningsnivå kan oppnås
- at viktige oppgaver gis prioritet gjennom lov, og at likhet og tilgjengelighet til velferdstjenester sikres. Kommunal frihet må ses på som et virkemiddel – og ikke et mål i seg selv
- at forebyggende tiltak fortsetter å spille en betydelig rolle

1. Helseperspektivet drukner i harmoniseringsiveren.

NOUen har et fundament som bygger på at felles verdier, kultur og holdninger skal være førende for kvaliteten på tjenestene. NSF synes imidlertid at utvalget har lagt for liten vekt på de faglige utfordringene og behovet kommunene vil ha for kompetanse for å imøtekomme alle kategorier tjenestemottakere. Utviklingen med brukere og pasienter med mer komplekse behov, redusert liggetid i sykehusene med overveltning av behandlingstrengende brukere og pasienter til kommunene, og et mer differensiert tilbud fordrer at kommunene har ulike tjenestetilbud til den enkelte bruker og pasient og at de har ansatte med kompetanse relatert til de individuelle behov og til å drive faglig forsvarlig virksomhet.

I tillegg er det erkjent at den demografiske utviklingen med økende antall eldre, og særlig av eldre over 80 år, vil gi økt behov for helsetjenester. Det er dokumentert at eldre som får hjemmesykepleie i snitt har tre aktive diagnoser og eldre i sykehjem har fire aktive diagnoser (Hofseth og Norvoll, ”Kommunehelsetjenesten, gamle og nye utfordringer” Oslo, SINTEF Unimed, 2003. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien.).

2/3 av dagens pasienter i pleie- og omsorgstjenesten er syke eldre med flere sykdommer og lidelser som danner et komplisert bilde og som fører til stort behov for medisinsk behandling, sykepleie og omsorg. Det krever høy helsefaglig kompetanse og bemanning å imøtekomme deres behov for individuell helsehjelp.

Lovforslaget fremstår som profesjonsorientert uten å være profesjonsspesifikt. Resultatet kan lett bli deprofesjonalisering og nedtoning av behovet for høy fagkompetanse i tjenestetilbudene. Sykepleiekompetanse utydeliggjøres og innbyggernes rett til helsetjenester kan bli redusert. Dette blir tydelig når tjenester kommunene i dag skal sørge for, og som er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven, er foreslått fjernet i det nye lovforslaget, herunder helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie, og jordmortjeneste. En deprofesjonalisering vil bidra til å usynliggjøre samfunnets behov for sykepleie og andre helsefag.

2. Kommunal frihet: Verdi i seg selv eller virkemiddel for å nå mål?

Kommunene er blant de største velferdsprodusentene i Norge. I løpet av de siste tiårene har en systematisk avinstitusjonalisering resultert i at flere brukergrupper får hjelp i egen kommune og i eget hjem. Samtidig har kommuneøkonomien blitt strammere. Kommunesektoren vil også i de nærmeste årene ha store utfordringer med å imøtekomme den stigende etterspørselen etter, og de økte kravene til gode og tilpassede tjenester.

Det kommunale ansvaret for å løse oppgavene innebærer også ansvaret for å ansette nødvendig og tilstrekkelig personell med relevant kompetanse. Den økte kommunale friheten vil føre til at det ikke skal være regler eller statlige retningslinjer som stiller krav til kommunene om å ansette kvalifisert personell og sørge for nødvendig opplæring og etterutdanning. NSF er særlig bekymret for pasienter og brukere med store hjelpebehov, som for eksempel døende, demente, rusmiddel-misbrukere og psykiatriske pasienter. Det kan også få konsekvenser for det forebyggende og helsefremmende arbeidet kommunene er pålagt å utføre i dag.

Dagens pleie- og omsorgstjeneste har allerede fått erfare hva en økt kommunal frihet kan føre til: Tjenesten opplever en kontinuerlig avgrensning økonomisk og administrativt. Det skal ytes mer for mindre penger, men det skal ikke fires på kvalitet og omfang på ytelser med referanse til manglende ressurser. Tjenesten opplever samtidig en økning i aktiviteten og den medisinskteknisk kompleksiteten, som ikke samsvarer med de økonomiske rammene som stilles til rådighet. Avgjørelsene om hvor kostnadsreduksjonene skal foretas skyves fra det politiske nivå og delegeres ofte helt ut til de ansatte i førstelinjen.

NSF mener at økt kommunal frihet med fokus på brukervalg og konkurranseutsetting, deprofesjonalisering og arenanøytral modell ikke vil bidra til å løse de mange utfordringene pleie- og omsorgstjenesten vil ha i fremtiden.

Innenfor den kommunale friheten stilles det tydeligere krav til kommunene om å utarbeide vedtak. Det innebærer at kommunene må etablere en ordning hvor skillet mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestiller) og tjenesteproduksjon (utfører) blir tydeligere enn det som er realiteten i de aller fleste kommunene i dag. Det må dermed gjennomføres store organisatoriske endringer i mange kommuner. Pr. desember 2004 (RO rapport) hadde 40 av landets kommuner etablert bestiller-utførermodell. Erfaringer viser at dette fører til en økt byråkratisering og at kommunene trekker fagfolk bort fra direkte pasientrettet arbeid over til saksbehandlerstillinger. Det gir også mindre fleksibilitet for pasienter og brukere fordi utfører yter tjenestene ut fra hva som står i vedtaket, og ikke ut fra varierende behov (Agendarapport).

NSF mener at det er positivt at den enkelte tjenestemottaker er klar over sin rettmessige hjelp, men at man må unngå at byråkrati og regelstyring fører til unødig tidsbruk og unødvendig mange ledd. Vi tror også at det er positivt for tjenestemottakere å få et samlet vedtak. Det vi savner i NOUen er en mer likevekt i engasjementet mellom saksbehandling og tjenestetildeling og hva innholdet i tjenestetilbudene skal være. Spesielt er vi opptatt av dette i forhold til de som har store behov for helsehjelp, som slik vi vurderer det, er undervurdert og underkommunisert.

Utvalget sier at det må tas høyde for at kommunene har begrensede ressurser. Beslutninger som tas om hvilke typer tjenester som skal gis, skal imidlertid baseres på et samspill av vurderinger av faglig, økonomisk og politisk art. "Retten" til å organisere seg som en lyster - versus rett til tjenester for den enkelte og med grad av likhet i tilgang på tjenester, skal ses i sammenheng med konsekvenser relatert til svak kommuneøkonomi. Kommunenes frihet til å organisere tjenestene slik at de er best mulig tilpasset lokale prioriteringer og behov kan, i neste omgang, bli brukt til å redusere kvalitet og standard på tjenestene i en presset kommuneøkonomi. Kommunene blir satt til å yte tjenester i kvalitet og mengde som det fra statlig hold ikke er vilje til å overføre tilstrekkelige midler til. Konsekvensene av at bemanningen reduseres og andelen personell med høy utdanning og kompetanse er for lav, er at det vil komme flere og flere eksempler på passivering, feilmedisinering, underernæring, ensomhet, overgrep og umyndiggjøring eller andre former for faglig uforsvarlige tjenester.

3. Forebyggende helsetjenester

Lovforslaget innebærer – slik vi ser det – at det helseforebyggende arbeidet nedtones til fordel for det kurative, når forebygging ikke lenger skal være en lovpålagt oppgave.

Befolkningens helse må fortsatt være et høyt prioritert samfunnsansvar, og kommunene må tilby forebyggende helsetjenester til alle sine innbyggere for å redusere helsesvikt og for å lære mennesker hvordan de kan ivareta sin egen helse. I denne sammenheng vil vi spesielt rette oppmerksomheten mot barn og ungdom. NSF frykter at lovforslaget vil føre til at grupperes behov for forebyggende helsetjenester blir et kommunalt skjønn der den enkelte kommune står fritt til å vurdere hvorvidt de vil videreføre dagens tjenester som for eksempel helsestasjons- og helsetjenester i skolen. Av erfaring vet vi at forebyggende tjenester ofte blir salderingspost ved trange økonomiske rammer.

Tjenestene som ytes skal baseres på etterspørsel og lokale forhold. Dersom helsefremmende og forebyggende tjenester til barn og unge bygges ned over tid, og det ikke lenger er en tjeneste med stor tilgjengelighet, er vi bekymret for at dette vil være tjenester det heller ikke blir etterspørsel etter. Nedsatt etterspørsel vil bidra til å radere ut et godt allmennpreventivt tilbud, som vil gå ut over de mest sårbare grupper av barn og unge. Forebyggende tjenester synes som kjent ikke før de har vært fraværende en stund.

I kap. 6 presiseres det at tjenestetilbudet skal være helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset, og at tilbudet skal være likeverdig for alle, uavhengig av bosted osv. For at loven skal føre til et likeverdig tilbud, mener vi at enkelte særlig sårbare tjenester fortsatt bør være lovfestet. Det gjelder for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er disse arenaene som i dag for en stor del ivaretar tilbud om helsefremmende og forebyggende tiltak som retter seg mot alle barn og unge. Helsestasjon og skolehelsetjeneste er et veletablert lavterskeltilbud som i møte med barn og unge utgjør et ikke – stigmatiserende kontaktpunkt. Også i forhold til å forebygge og oppdage tidlig psykiske lidelser er dette viktige og kostnadseffektive tilbud som må lovfestes.

Vi er sterkt uenige med utvalget som mener at det vil forstås som en avgrensning dersom helsestasjonsvirksomheten og helsetjenesten i skoler blir særskilt omtalt. Vi mener tvert om at det er helt nødvendig å omtale disse tjenestene, spesielt dersom man ønsker å ivareta dette godt utbygde apparatet for å jobbe tidlig forebyggende i forhold til barn og deres familier. De fleste kommuner prøver i dag å redusere eller kutte ut alle tjenester som ikke er lovpålagte, og vi frykter det samme vil skje med disse tjenestene dersom de ikke sikres via lovverket.

Dette kan eventuelt løses gjennom en egen lov om helsestasjons- og skolehelsetjenesten jfr. Forskrift av 3. april 2003 nr. 450 "Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten". En forskrift som det for øvrig ikke er henvist til i kapittel 18.

En egen lov eller en forskrift vil være en nødvendig måte å sikre tilbud om tjenester av betydning for folkehelsen, men som ikke blir etterspurt på samme måte som de kurative tjenestene blir.

Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven har en rekke forskrifter som berører sykepleieres yrkesutøvelse. Når de to lovene nå foreslås harmonisert inn i et nytt lovverk innebærer det at eksisterende forskrifter må gjennomgås og tilpasses nytt lovverk. NSF er opptatt av kompetansesammensetning hos de ansatte i kommunene. Omfattende dokumentasjon, forskning og erfaring viser at kommunene har et stort behov for sykepleiekompetanse for å imøtekomme pasientenes og brukernes behov for sosial- og helsetjenester. Dette må sikres gjennom utarbeidelse av forskrifter, et arbeid vi forventer å delta i, og der vårt bidrag kan være å sikre kvalitet og sykepleiekompetanse i pleie- omsorgs- og i helsetjenesten.

Del 2

Kommentarer til utvalgets lovforslag til en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov.

Innledning

NSF mener utvalgets forslag til harmonisering, som spesifikt regulerer de kommunale tjenestene med fokus på de organisatoriske rammebetingelsene og behovet for enhetlig og samordnet organisasjonsstruktur for sosial- og helsetjenesten, skaper mange uavklarte problemstillinger. Når utvalget velger å harmonisere, i praksis gjennom å avprofesjonalisere tjenestene, samt fjerne den regulering av lovpålagte oppgaver som ligger i nåværende lovgiving, står man i fare for å helle ”babyen ut med badevannet”.

Hva menes eksempelvis med faglig forsvarlighet og hvordan sikres den? Hva tenkes rundt individuelt ansvar, hva ligger i systemansvaret og hvordan sikre at systemansvaret forblir nettopp det og ikke blir et individuelt ansvar overlatt til den enkelte yrkesutøver. Utvalgets forslag innebærer en bestiller – utførermodell i alle kommuner. Hvilke konsekvenser kan det få i forhold til økt byråkratisering? Kommunene skal stilles fritt i organisering av tjenestene og bygging / utvikling av tjenestearenaer. Dagens rettslige skiller mellom tjenester i og utenfor institusjon fjernes helt. Hvilke konsekvenser kan helsetjenestetilbudet til de aller sykeste og skrøpeligste få hvis det ikke lenger vil være sykehjem i kommunene? Og hvordan vil det kunne påvirke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten? Hva med pasientrettigheter, skal de kun gjelde i spesialisthelsetjenesten? Og hva med målet om et sømløst helsevesen ?

Kap. 1. Lovens formål og rekkevidde

§ 1-3 Definisjoner

NSF er bekymret for at begreper eller ord som kan assosieres med helse eller sykdom tas bort i offentlige dokumenter, også i den aktuelle NOUen. Det kan føre til en svekkelse av innbyggerenes muligheter for å få ulike typer helsetjenester enten de er av undersøkende, utredende, vurderende eller behandlende art eller ren pleie og omsorg. Ikke minst ser vi på retten til å få forebyggende, behandlende, helsebevarende eller (re)habiliterende hjelp som essensiell.

Utvalget velger å fjerne pasientbegrepet når det er kommunene som har ansvaret for tjenesteytingen. Slik vi ser det blir det da uklart om en tjenestemottaker er sikret rett til helsetjenester gjennom lov om pasientrettigheter, på lik linje med en pasient i spesialisthelsetjenesten. Tvilen forsterkes når utvalget foreslår å fjerne dagens krav om at ledere i hjemmesykepleien skal ha sykepleiefaglig kompetanse og gi kommunene frihet til selv å avgjøre hvilken kompetanse ledere skal ha. Det kan i praksis resultere i at ufaglærte ivaretar pasienter som er svært syke og at ledere uten fagkompetanse blir vurdert i forhold til sitt systemansvar. Den enkeltes rett til å få hjelp og til å forebygge og ivareta egen helse innskrenkes.

Pasientenes rett til helsehjelp må klargjøres og forsterkes. Det systemfaglige ansvaret må defineres ut fra helsepersonelloven, herunder kompetansekrav for å kunne ivareta faglige vurderinger og definere god praksis med utgangspunkt i pasientens behov.

Kapittel 2. Kommunenes ansvar

§2-3 Oppgaver som skal ivaretas av kommunen

§2-3 1.

De sentrale oppgavene kommunene skal ivareta er listet opp i lovutkastet. Utvalget mener at dagens krav til de kommunale helsetjenestene ikke skal svekkes, men at kommunene skal få større fleksibilitet til selv å avgjøre hva som er faglig forsvarlig og hensiktsmessig.

Vi må unngå at "harmoniseringen" går så langt at fagligheten som de ulike yrkesgrupper besitter blir borte. Det er i ferd med å etablere seg en praksis i dag som baseres på at "alle skal kunne alt". I et samfunn med krav om stadig mer spesialisering, må vi ikke i kommune få en situasjon der pasientene "ikke vet om de snakker med legen eller vaktmesteren", slik enkelte har uttalt. Det blir uklart og utrygt når det ikke er tydelig hvem som har ansvar for hva. For at alle skal kunne bidra med sin kompetanse i et tverrfaglig samarbeid, er det viktig med tydelige fagområder. Vi mener derfor at det er viktig at det presiseres hvilke yrkesgrupper kommunen må ha for å kunne løse sine oppgaver og for å kunne sikre en faglig forsvarlig tjeneste. Det må være tydelig hvilken kompetanse som kreves for å sikre faglig forsvarlighet i lovforslagets §2-3.

NSF er bekymret over at dagens kommunale ansvar for å fremme helse, og forebygge sykdom, skade eller lyte, som det står i kommunehelsetjenesteloven, er erstattet med at kommunene skal ha ansvar for informasjon, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale- eller helsemessige problemer. Samtidig som helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skolen ikke lenger er med som en lovpålagt kommunal oppgave. Hensikten med dagens helsestasjoner er å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse, gi tilbud til foreldre i oppfølgingen av barns utvikling og trivsel og gi tilbud om vaksiner.

Helsestasjonen har ansvar for opplysningsvirksomhet, råd og veiledning til foreldre og gravide. NSF mener at det ikke er ønskelig og samfunnsmessig fornuftig at kommunene skal kunne velge disse viktige tjenestene bort. Økt frihet for kommunene kan resultere i at forebyggende virksomhet nedprioriteres i en trang kommuneøkonomi.

På helsestasjonene har kommunene i dag ansatt jordmødre som har spesialkompetanse på svangerskap, fødsel og barseltid som gir veiledning innen svangerskap, prevensjon, forberedelse til svangerskap etc. I tillegg gjennomfører jordmødrene forelderforberedende kurs, hjemmebesøk etter fødsel og samtale etter fødsel, prevensjonsundervisning i ungdomskolen.

NSF mener at skolehelsetjeneste og helsestasjonsvirksomhet må lovfestes, eventuelt gjennom forskrift, herunder plikt for kommunene til å ansette personale med godkjent helsesøster- og jordmorutdanning.

§2-3 2. Adgang til å forskriftsfeste krav til organiseringen og innholdet av kommunale tjenestetilbudet

Etter NSF's syn bør gjeldende forskrifter revideres og tilpasses nytt lovverk: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste, Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, Forskrift om miljørettet helsevern, Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie og Forskrift om habilitering og rehabilitering.

§ 2- 4 2. Faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlighet har fått en sentral plass i lovforslaget, samtidig som det ikke er definert eller skal forstås som et entydig begrep. Utvalget har valgt å knytte faglig forsvarlighet opp mot innhold og omfang av tjenestene. Det forventes at de beslutningene kommunene tar om hvilke typer tjenester som skal gis, skal baseres på et samspill av vurderinger av faglig, økonomisk og politisk art. Det totale tjenestetilbudet skal bygge på en forsvarlig ressursbruk, samtidig som det skal håndheves minimumsstandarder som tilsvarer dagens krav om minstenivå på tjenestene.

NSF ser på faglig forsvarlighet som en faglig, etisk og rettslig norm som danner grunnlaget for forsvarlig yrkesutøvelse og som setter en minstestandard for kvalitet i tjenestetilbudet. Kravet om faglig forsvarlighet er lovfestet for alt helsepersonell og stiller store krav til kompetanse.

Faglig forsvarlighet defineres i lovforslaget relatert til faglig forsvarlige tjenester når det gjelder innhold og omfang.

NSF mener at faglig forsvarlighet også må relateres til:

Profesjonene: En profesjon må forstås som en yrkesutøvelse som bygger på en høyere utdanning med en spesiell kompetanse og som gir krav på å vite mest innenfor et område. Profesjonalisering av et yrke forutsetter en utdanning som gir samfunnet en ekspertise som ingen annen gruppe i sin helhet kan ta over. Ekspertisen er basert på et bredt grunnlag av kunnskap og vitenskapelighet.

Kompetanse: Adekvat kompetanse er en forutsetning for å kunne hjelpe personer som er syke eller har funksjonshemming, uavhengig av alder og diagnose, med å ivareta sine grunnleggende behov, når de selv ikke er i stand til det, i et begrenset tidsrom, eller for resten av livet.

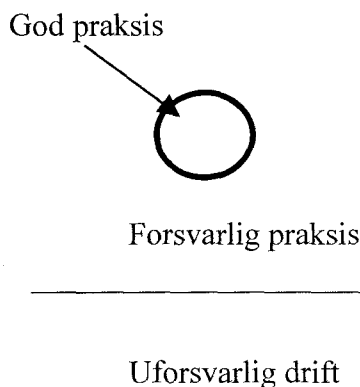
Faglig standard: Det er de ulike profesjonene som må definere faglig standard for sine ansvarsområder og kompetanseområder: Sykepleierne må definere den faglig standarden i pleie- og omsorgstjenesten, helsesøstrene den faglige standarden for forebyggende helsearbeid blant barn og unge etc.

Faglige standarder for de ulike tjenestene bør være nasjonale og forskriftsfestet.

Minstestandard: For pleie- og omsorgstjenesten er minstestandarden på tjenesten knyttet til pasientenes opplevelse av livskvalitet, god omsorg og forsvarlig sykepleie. Tjenestene skal gis individuelt og tilpasses behov og ønsker som varierer over tid. Mennesker med psykiske lidelser og de som er mest pleietrengende og som bor i eget hjem er de mest sårbare når det gjelder å få dekket sine behov fra pleie- og omsorgstjenesten. De kan ikke alltid gi uttrykk for sine ønsker og behov. Standarder som beskriver og avgjør kvaliteten på tjenesten må derfor utarbeides med bakgrunn i brukernes og fagfolks erfaringer og kunnskaper.

Faglig forsvarlighet må være et absolutt minstemål. Tjenestekvaliteten må ha god praksis som rettesnor og mål for til enhver tid å sikre faglig forsvarlighet. God praksis og forsvarlig virksomhet må defineres ut fra de ulike profesjonenes kunnskapsgrunnlag og sees i forhold til pasientenes og brukernes behov.

Skjematisk kan dette fremstilles slik:



Figur: Kvalitetslinjen

NSF mener at myndighetene, i samarbeid med fagmiljøene må utarbeide forskrifter som skal danne grunnlaget for kommunenes kvalitetsprosedyrer og tjenestepraksis, tilsvarende dagens kvalitetforskrift. Erfaringer tilsier at forskriftshjemling er nødvendig for å sikre faglig forsvarlighet, samt hindre kvalitetsbrist og at oppgaver blir saldert i en trang kommuneøkonomi. Manglende ressurser kan true kvaliteten på tjenestene. Presset økonomi kan føre til at mange virksomheter

legger seg på en minstenorm, når det gjelder bemanning og kvalitet er det lite å gå på før man bikker under forsvarlighetsgrensen med faglig uforsvarlig drift som konsekvens.

Kapittel 3. Rett til sosial- og helsetjenester

§ 3-1 2. Det foreslås i utkastet at aldersgrensen for helsekontroll skal være 16 år. I dagens forskrift for Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste skal det forebyggende helsearbeidet omfatte barn og ungdom fra 0 –20 år.

NSF mener at gruppen mellom 16 og 20 år fortsatt bør ha et tilbud om forebyggende helsearbeid, slik som for eksempel ungdomshelsestasjonene fungerer i dag.

Grunnlaget for god helse legges i barne- og ungdomsårene. Det er av stor betydning at det helsefremmende og forebyggende arbeidet for denne gruppen opprettholdes, utvikles og styrkes. Barn og unges helsetilstand trues i dag av adferdsproblemer, depresjoner og psykiske lidelser, selvmord, spiseforstyrrelser, mobbing, vold og overgrep. Kravene overfor barn og unge er store og oppleves tyngende for mange. Det er store endringer m.h.t. stabilitet og sosiale nettverk, som krever innsats og tiltak som omfatter familien, foreldre og skolen med et særskilt ansvar for å skape trivsel og forebygge mobbing. I skolehelsetjenesten i videregående skole og på ungdomshelsestasjonene kan ungdom få helseråd og kontakt med fagfolk som kan hjelpe dem der eller henvise videre. Ungdomshelsestasjon er et så viktig forebyggende tiltak at NSF mener at dette må forskriftsfestes særskilt.

§ 3-6 4. Individuell plan

NSF mener at individuell plan kan være et godt verktøy for pasienter og brukere med sammensatte og langvarige tjenester, der hvor bruker selv opplever eller har forventninger om at planen vil være til nytte.

NSF støtter forslaget om at når vilkårene for utarbeidelse av individuell plan er tilstede skal kommunen utpeke en planansvarlig slik at ansvaret tydeliggjøres.

Kapittel 4.6 Omgjøring utenfor klagesak

NSF støtter utvalgets syn på at klage på vedtak innebærer en gjennomgang av hele vedtaket

Kapittel 9. Taushetsplikt

Det er laget et forslag om endret plattform for taushetsplikt, for å oppnå en bedre individuell samhandling som samordner de to taushetspliktbestemmelsene som i dag er hjemlet i hver sin lov. Målet med endringer i taushetspliktsreglene er, i større grad, å gjøre det mulig å følge tjenestemottakeren på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller.

NSF støtter utvalgets oppfatning på prinsipielt grunnlag.

Kapittel 11. Organisering av den kommunale sosial- og helsetjenesten

§ 11-1 2. Adgang til å forskriftsfeste kommunenes organisering og faglig forsvarlighet

Utvalget vektlegger krav om faglig forsvarlighet som grunnleggende, både for kommunenes egen virksomhet og i klage- og tilsynsarbeidet

Skal dette være reelt, forutsetter det forskriftsfesting med definering av kompetansekrav både til det systemfaglige nivå og ansvar og til det individuelt faglige. Likeledes definering av faglig forsvarlig virksomhet, standard for god praksis og minstestandard for faglig forsvarlig tjeneste. Jfr. våre kommentarer til § 2, 4-2.

NSF mener at det også må utarbeides en forskrift som sikrer faglige kvalifikasjoner for personell i særskilte stillinger, som for eksempel forskriftsfesting av forebyggende og helsefremmende arbeid for jordmødre og helsesøstre

Det helsefaglige lederansvaret må forskriftsfestes særskilt slik at det tillegges ledere med relevant utdanning og som kan fylle kravene til å inneha det faglige systemansvaret.

§ 11-1 3.

Utvalget foreslår at kommunene skal utpeke en faglig ansvarlig for tjenestene, som skal ha et selvstendig og personlig ansvar for å påse at det tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om faglig forsvarlighet. Hva utvalget legger i ”utpeke” er uklart. Hvis utvalget her mener å tydeliggjøre og sikre lederes systemansvar, for å hindre at det blir et individuelt ansvar, må det komme klarere frem i teksten. Det er avgjørende viktig at det systemfaglige ansvaret defineres og tydeliggjøres gjennom forskrift, jfr. tidligere kommentarer.

NSF ser behovet for å ansvarliggjøre ledere i forhold til organisering, krav til kompetanse og tjenestekvalitet tydeligere enn det mange kommuner gjør i dag. Selv om pasienter og brukere har vedtak som beskriver deres individuelle rett til tjenester vil behovet for hjelp variere. Ledelsen må ha fagkunnskap, faglig tyngde og handlingsrom til å kunne få endret vedtak i tråd med skiftende behov.

§ 11- 6 Egenbetaling

Utvalget hevder at kommunenes friheten må føre til at tjenestene kan reguleres arenanøytralt. Det innebærer et system med juridisk og finansiell likebehandling av tjenester i institusjon og egne hjem. Det skal bli et klarere skille mellom tildeling av bolig og tildeling av tjenester. Dagens krav om at kommunene skal ha tilbud om sykehjem oppheves.

NSF mener at sykehjem er helseinstitusjoner. Overflyttingsklare pasienter fra sykehusene eller hjemmeboende som ikke kan bo i eget hjem, for en kortere eller lengre periode på grunn av helsesvikt eller alderdomssvekkelse har ofte behov for døgnbaserte helsetjenester. Da er sykehjem, med heldøgns bemanning, ofte den beste løsningen, hvor målet er at pasientene får muligheter for god helse, gjenvinne sin selvstendighet eller får en verdig død. Sykehjemmene må ikke alene betraktes som et botilbud, men fortsatt være helseinstitusjoner hvor helsepersonell kan ivareta omfattende og kompliserte oppgaver som å starte eller følge opp behandling, samhandle med øvrige tjenestetilbud, forebygge og lindre lidelse, bidra til at pasientene kan leve med konsekvensene av helse- eller funksjonssvikt og behandling. I Helsetilsynets rapport ”Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud” kommer det frem at de fleste sykehjemsbeboere er der i livets siste fase. Det dør ca. 45 000 mennesker hvert år i Norge, knapt 40 % av disse skjer i sykehjem, men andelen i sykehjem øker.

En konsekvens av innføringen av arenanøytral modell kan bli at tjenester det i dag ikke kan tas egenbetaling for, for eksempel personlig bistand, nå kan bli gjenstand for egenbetaling. NSF mener at det må utarbeides en forskrift som regulerer hvilke tjenester kommunene kan kreve egenbetaling for og som sikrer hvilke satser som eventuelt kan benyttes.

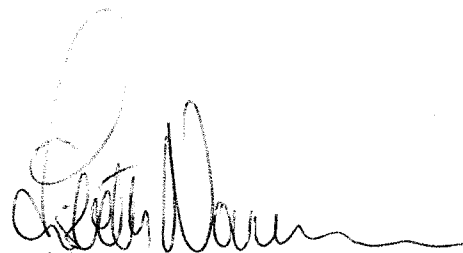
Kapittel 12. Tilsyn.

NSF er uenig i at Fylkesmannen skal overta tilsynet med kommunale helsetjenester og mener at Helsetilsynet i fylkene fortsatt skal ivareta dette. Dagens organisering, oppgavedeling og behandlingsforløp fører til at et av de største områdene for svikt er alle grenseflatene og inn-/utskrivninger/flyttinger som borgerne møter. Mange av de mest sårbare brukergruppene vil ha behov for tiltak og behandling både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, gjerne over lang tid. Det er behov for et tilsyn som kan følge opp denne samhandlingen. Organiseringen av tilsynet må understøtte målet om å sikre befolkningen nødvendige og grunnleggende helsetjenester, og et tilsyn som ser hele helsetjenesten i en sammenheng er en nødvendig forutsetning for dette. Vi har god erfaring med tilsynsordningen slik den fungerer i dag, der Helsetilsynet på bakgrunn av erfaring og faglig kompetanse kvalitetssikrer de helse- og sosialtjenestene som tilbys. **Vi mener at fremtidig tilsynsordning best utføres ved et samlet Helsetilsyn i fylkene.**

Med vennlig hilsen
NORSK SYKEPLEIERFORBUND



Bente G. H. Slaatten
Forbundsleder



Lisbeth M. Normann
Fagsjef

Kopi til: